

**Legge di stabilità.** Fumata nera per il parere dei governatori

# Sanità: governo e regioni ancora divisi sui tagli

**IL CAPITOLO PIÙ DELICATO**

Riguarda la sforbiciata alla spesa sanitaria: i governatori sono disponibili ad arrivare al massimo a 1,5 miliardi anziché a 1,8

**Roberto Turno**

ROMA

■ Niente intesa, niente parere. Rimasti a bocca asciutta in attesa che il Governo rispondesse alle loro proposte o che almeno chiarisse come e se intende modificare i tagli da 4 mld che colpiranno le regioni nel 2015, ieri i governatori hanno sospeso il parere sulla manovra. Con un capitolo che scotta più di tutti: i colpi di forbice alla spesa sanitaria, che oscillano tra 1,5 mld (disponibilità massima ma "condizionata" delle regioni) e 1,8 mld. Fatto sta che sui tagli alla sanità il Governo, anche dopo l'ultima riunione notturna, non avrebbe intenzione di scoprirsi più di tanto. Lasciando che a stabilire quantum e modalità si provveda con un Dpcm a fine gennaio. Come dire che insiste a scaricare sulle regioni le responsabilità dei tagli, in un gioco a scaricabarile che i governatori (chissà se anche quelli filorenziani) volentieri ribaltano su palazzo Chigi. È chiaro che se le regioni non si metteranno d'accordo, a quel punto dovrà decidere il Governo.

Insomma, una vera e propria partita a scacchi. Alla quale ieri i governatori si sono avvicinati in Conferenza Unificata con una proposta "aperta". Dicendosi disposti a tagli fino a 1,5 mld alla spesa sanitaria, ma a precise condizioni, senza le quali, come poi è stato, non

avrebbero espresso alcun parere sulla manovra. Tra le proposte, oltre alla riduzione dell'aumento (2,1 mld) del Fondo sanitario 2015, altri 400 mln per il trasporto pubblico locale a loro carico, un gruzzolo (circa 1 mld) a loro favore col patto di stabilità verticale incentivato, 100 mln dalla ristrutturazione dei mutui (che aprirebbe però ad altri risparmi). Voci su cui il Governo, sanità a parte, sarebbe pronto ad aprire. Ma certo non basterebbe.

Ecco allora il tasto delicato della spesa di asl e ospedali. Sul piatto ci sarebbero soprattutto beni e servizi, dispositivi medici, farmaci (non quelli innovativi), ma in modo non precisato. Più come provocazione verso il Governo - «decida palazzo Chigi» dicono non proprio sotto voce molti governatori - che come scelta già presa a priori in sede locale. E del resto anche palazzo Chigi e via XX Settembre evitano di indicare qualsiasi rotta o quantificazione. Solo il vice ministro all'Economia, Enrico Morando, in attesa degli emendamenti del Governo che dovrebbero arrivare oggi (e chissà se tutti), s'è limitato ad affermare sibillino che «sulle regioni sono possibili aggiustamenti significativi». Mentre Sergio Chiamparino, rappresentante dei governatori e renziano tutto d'un pezzo, glissava: «Col Governo c'è un'interlocuzione carsica che appare e scompare». E che però il governatore della Campania, Stefano Caldoro, chiariva: «Non c'è dubbio che sulla sanità ci saranno tagli, ma il Governo ci dica dove tagliare». Il pas-

saggio del cerino.

«Le manovre di finanza pubblica che prevedono riduzioni del Fondo sanitario devono contenere anche i meccanismi di copertura o individuare quali Lea ridurre o quali costi e per quanto è possibile effettuare la riduzione», scrivono le regioni in un documento già pronto (si veda [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)) ma non ancora consegnato al Governo. Per aggiungere: altrimenti salta la collaborazione istituzionale e il «Patto» e ci saranno solo «disavanzi e non risparmi: i Lea devono essere garantiti».

Senza scordare la partita nella partita dei tagli sui farmaci, sui quali Renzi (e il «Patto» stesso) vuole puntare per il rilancio. Nel mirino ci sarebbero tra l'altro i prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. Per un valore totale teorico tra 200-500 mln di risparmi. Toccando una spesa che è ai minimi in Europa, come ha detto di recente l'Ocse. «Sarei stupito da un eventuale nuovo intervento, non c'è alcuna necessità. Trattarci ancora come un bancomat farebbe soltanto un danno al Paese», commenta Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria. Chissà nella notte cosa deciderà il Governo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Cnel.** Relazione sulla Pa

## «Giustizia lenta bene la Sanità»

■ Costi alti e servizi a cittadini e imprese spesso inefficienti: la relazione del Cnel al Parlamento e al Governo bocchia la pubblica amministrazione sui livelli e la qualità dei servizi erogati salvando solo il servizio sanitario che ha costi medi pro capite inferiori alla media Ocse pur assicurando una speranza media di vita ai livelli più alti tra le economie sviluppate. Ma se sulla sanità il Cnel vede rosa (pur sottolineando le grandi differenze di servizio tra Nord e Sud) sugli altri servizi dell'amministrazione non può che registrare un flop generale a partire dalla situazione della giustizia.

L'Italia è in fondo alla graduatoria dei Paesi Ocse per la capacità del sistema di far rispettare le regole con equità, davanti solo a Grecia, Turchia e Messico. Per la conclusione di un processo civile ci vogliono in media 1.185 giorni. «Emerge in tutta evidenza - scrive il Cnel - l'enorme ritardo del sistema giudiziario italiano, le cui caratteristiche di onerosità e inefficienza contribuiscono sicuramente alla scarsa fiducia nello stesso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La nonna del piccolo Loris: «Veronica non la vedo da



Abarth 695 Biposto, la prova



Officina Bramante, tra rigore morale e effetto



Catene da neve, quale scegliere



STUDIO



## Tumore della vescica, nuova cura promettente per i casi più gravi



La prima novità dopo 30 anni che funziona nei malati in fase avanzata, per i quali la chemioterapia è poco efficace. Sperimentazione agli inizi, servono conferme



di Vera Martinella

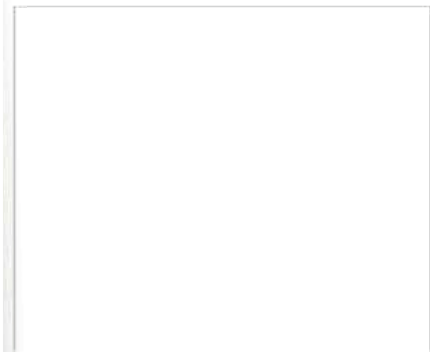


Dopo 30 anni senza novità significative, pare finalmente esserci una terapia efficace per il tumore alla vescica in fase avanzata. Serve cautela, perché i primi e assai incoraggianti risultati sono quelli di una fase iniziale di sperimentazione e condotta su soli 68 pazienti, ma sembra proprio che i ricercatori questa volta abbiano fatto centro. Gli esiti del trial,

appena pubblicati sulla rivista *Nature* da un team di ricercatori britannici della Queen Mary University di Londra, sono stati infatti giudicati così promettenti che il nuovo farmaco ha già ricevuto negli Stati Uniti lo status di «breakthrough therapy» (un riconoscimento d'importanza innovativa tale da venire valutato per approvazione dall'ente regolatore americano, il corrispettivo della nostra **Aifa**, con un iter accelerato).

### Lo studio

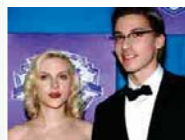
Nella sperimentazione di fase uno (che prevede l'uso di un farmaco per la prima volta nell'uomo con l'obiettivo d'identificare la dose massima sicura con cui quel farmaco può essere somministrato ai pazienti senza eccessivi rischi di tossicità), a cui devono seguire prima dell'approvazione definitiva altri due passaggi, il nuovo medicinale MPDL3280A è stato testato su 68 malati di carcinoma vescicale uroteliale in stadio avanzato che non avevano ottenuto benefici con le cure tradizionali. «Questo farmaco – spiega Tom



SPORTELLINO CANCRO  
**Endometrio: se la diagnosi è precoce basta un intervento chirurgico**



SPORTELLINO CANCRO  
**Attenti ai tumori alla pelle per i nati in primavera**



SU AMICA.IT  
**I gemelli (non proprio belli) delle celeb**



SPORTELLINO CANCRO  
**Maratonete cercasi per New York (operate di tumore al seno)**



Powels, oncologo e autore principale dello studio –s’inserisce nel filone dell’immunoterapia perché va a sostenere l’attività del nostro sistema immunitario. Di fatto l’anticorpo monoclonale MPDL3280A è stato creato per bloccare una proteina (PD-L1) che aiuta le cellule cancerose a eludere la sorveglianza del sistema immunitario ed è spesso presente nei malati di cancro vescicale». Dopo sei settimane di terapia il tumore si era ridotto nel 43 per cento dei pazienti PD-L1-positivi (dopo 12 settimane nel 52 per cento) e in due partecipanti non c’è addirittura più traccia della malattia. E il farmaco è risultato efficace anche nell’11 per cento dei malati PD-L1-negativi, ovvero nei quali quella specifica mutazione genetica non è presente. Il responso favorevole alla cura pare essere duraturo nel tempo e il medicinale sembra ben tollerato (stanchezza cronica e mancanza d’appetito sono gli effetti collaterali più segnalati).

**Chemioterapia poco efficace per i pazienti più gravi**

In Italia si diagnosticano oltre 20mila nuovi casi all’anno di tumore della vescica, di cui oltre 16mila tra gli uomini e poco meno di 4mila tra le donne, generalmente dopo i 65 anni d’età. Le opzioni terapeutiche dipendono dallo stadio della malattia che si stabilisce con una resezione endoscopica transuretrale, detta anche TURB. Se individuato negli stadi precoci il tumore è classificato come superficiale e viene trattato con chirurgia conservativa, per rimuovere la lesione, seguita da un trattamento intravesicale (ovvero il posizionamento del farmaco direttamente in vescica tramite un catetere) con immunoterapici (di solito il bacillo di Calmette-Guerin, BCG, lo stesso utilizzato per la vaccinazione contro la tubercolosi) o chemioterapici (ad esempio la mitomicina) per prevenire la comparsa di recidive o la progressione di malattia a stadi più avanzati. Ma quando la neoplasia viene scoperta in fase avanzata e si è già diffusa in altre sedi del corpo, l’unica alternativa disponibile oggi è la chemioterapia: «In questi pazienti la prognosi è severa – dice Powels – e l’aspettativa di vita limitata a poco più di un anno. L’attuale chemioterapia non è una strategia abbastanza efficace, mentre con questo nuovo farmaco la situazione potrebbe migliorare in modo notevole. Certo servono conferme su numeri più ampi di pazienti, ma le premesse sono entusiasmanti».

**Più a rischio chi fuma**

La causa principale del tumore alla vescica è il fumo di sigaretta, tanto che la malattia è più frequente nel sesso maschile (tradizionalmente più fumatore), ma negli ultimi anni si è registrato un significativo aumento delle diagnosi fra le donne, molto probabilmente legato ad una maggiore diffusione del tabagismo «rosa». Anche la dieta, però, gioca un ruolo importante: fritture e grassi consumati in grande quantità sono infatti associati a un aumentato rischio di ammalarsi. La diagnosi precoce è fondamentale per avere maggiori probabilità di guarigione e ad oggi quasi l’80 per cento dei malati è vivo a cinque anni dalla scoperta della malattia. I sintomi più frequenti a cui prestare attenzione sono l’ematuria (il sangue nelle urine che assumono un colore rosso o ruggine), la disuria (l’alterato svuotamento vescica), la difficoltà ad urinare anche in presenza di stimolo. E nelle forme più avanzate dolore alla zona pelvica o dolore persistente al fianco.

10 dicembre 2014 | 13:03  
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SPORTELLINO CANCRO**  
*Cancro alla prostata: malattia sessualmente trasmessa?*



**La moda sotto l’albero: come scegliere i regali?**



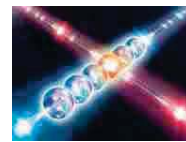
**SPORTELLINO CANCRO**  
*Terapie rispettose del bebè in arrivo*



**SPORTELLINO CANCRO**  
*Si può curare il tumore preservando la fertilità*



**LIVING**  
**Tendenze arredo: cucine di legno**



**SPORTELLINO CANCRO**  
*Protoni e ioni carbonio possono distruggere i tumori più difficili*



**SPORTELLINO CANCRO**  
*In Italia gli «adroni» si trovano a Pavia*



**SCEGLI TU IL PREZZO**  
**Leggi il Corriere su tablet e smartphone!**



**SPORTELLINO CANCRO**  
*Nuovo caso di farmaci contraffatti*

Mercoledì 10 DICEMBRE 2014

## L'immunoterapia riapre le speranze nelle recidive di linfoma di Hodgkin

***Uno studio pubblicato sul New England Journal of Medicine dimostra che il nivolumab, un farmaco capace di risvegliare le difese immunitarie, messo fuori uso con un sotterfugio dai tumori, è molto efficace anche nei pazienti con recidiva di linfoma di Hodgkin, per i quali la speranza di vita mediana sarebbe di appena 1,3 anni.***

I risultati del CheckMate -039, uno studio pubblicato sul [New England Journal of Medicine](#) in contemporanea alla presentazione al 56° congresso dell'*American Society of Hematology*, inaugurano una nuova, importante via di trattamento nei pazienti con linfoma di Hodgkin recidivo o refrattario. E' l'immunoterapia, che si va ad aggiungere dunque, come quarto filone, ai trattamenti tradizionali, rappresentati da chemioterapia, radioterapia e trapianto autologo di cellule staminali.

Il linfoma di Hodgkin classico presenta un'alterazione genetica che probabilmente facilita la crescita tumorale, andando a 'manipolare' con uno stratagemma un percorso immunitario comune, detto 'via del PD-1'. In questa maniera il tumore riesce a 'spegnere' la risposta immunitaria diretta contro le cellule cancerose. La via del PD-1 è una sorta di freno di cui dispone l'organismo per 'calmierare' le risposte immunitarie mediate dai linfociti T. Alcune molecole (i ligandi PD-1, PD-L1 e PD-L2), legandosi al recettore PD-1, attivano la via di segnale PD-1, che a sua volta va a 'soffocare' temporaneamente l'attivazione e la proliferazione dei linfociti T.

E' insomma un po' quello che accade quando un ladro, per entrare in una villa sorvegliata da cani da guardia, getta delle polpette al sonnifero per addormentare gli animali e agire indisturbato. Allo stesso modo, il tumore, attraverso l'attivazione del *pathway* PD-1, diventa invisibile alle difese immunitarie dell'organismo, che altrimenti lo attaccherebbero.

Le cellule di Reed-Sternberg, tipiche del linfoma di Hodgkin, sfruttano dunque la via della 'morte programmata 1' (*pathway* della *programmed death* -1 o PD-1) per eludere la sorveglianza del sistema immunitario dell'organismo. Nella forma classica del linfoma di Hodgkin sono infatti presenti alterazioni del cromosoma 9p24.1, che favoriscono la comparsa di numerosi ligandi del PD-1 (PD-L1 e PD-L2) sulla superficie delle cellule linfomatose, promuovendone l'induzione attraverso il trasduttore di segnale JAK (*Janus kinase*) e il segnale dell'attivatore di trascrizione (STAT). Anche l'infezione da virus di Epstein-Barr (EBV) induce un aumento di espressione dei ligandi del PD-1 sulla superficie delle cellule di linfoma di Hodgkin EBV-positivi.

Tutto ciò suggerisce come possibile strategia terapeutica quella di 'mirare' al recettore PD-1, piuttosto che ai singoli ligandi. Che è appunto quello che fa il nivolumab, un anticorpo monoclonale diretto contro il recettore PD-1.

Partendo da questi presupposti, gli autori dello studio di fase 1b CheckMate -039 hanno ipotizzato che il nivolumab, potesse impedire alle cellule tumorali di sfuggire alla sorveglianza delle sentinelle immunitarie nei pazienti con linfoma di Hodgkin recidivante o refrattario al trattamento tradizionale; renderle di nuovo 'visibili' consente alle difese immunitarie dell'organismo di attaccarle e distruggerle. Il farmaco è stato somministrato (una somministrazione endovena ogni 2 settimane, fino a progressione di malattia o a comparsa di effetti indesiderati) a 23 pazienti con linfoma di Hodgkin

classico, recidivato o refrattario. E i risultati sono stati sorprendenti. Il trattamento con nivolumab ha prodotto un tasso di risposta globale dell'87% (risposta completa nel 17% dei pazienti e parziale nel restante 60%) e la stabilizzazione della malattia nel 13% dei pazienti.

Chemioterapia e radioterapia rappresentano il trattamento standard iniziale per il linfoma di Hodgkin, seguito dal trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) in caso di recidiva. I pazienti che presentano una recidiva entro un anno dal trapianto autologo, presentano purtroppo una sopravvivenza mediana di appena 1,3 anni dopo progressione di malattia.

“Nonostante i trattamenti oggi disponibili – afferma **Philippe Armand**, autore *senior* dello studio, oncologo medico al Dana-Farber *Cancer Institute* e Professore Associato presso il Dipartimento di Medicina della *Harvard Medical School* – questi pazienti hanno ancora risposte di breve durata, che spesso precedono la recidiva. E' dunque molto importante ricercare nuove opzioni terapeutiche che possano migliorare il corso della malattia. I risultati ottenuti con nivolumab nel linfoma di Hodgkin recidivato o resistente al trattamento sono dunque estremamente incoraggianti perché validano l'ipotesi scientifica che il linfoma di Hodgkin sfrutti ampiamente la via del PD-1 per sopravvivere e dimostrano che un approccio immuno-oncologico, basato sul blocco di un *checkpoint* immunitario, ha tutte le carte in regola per poter essere usato anche nei linfomi”.

Farmaci anti-PD-1 come il nivolumab vengono usati con successo in vari tipi di tumori solidi, a cominciare dal melanoma. È la prima volta tuttavia che uno studio ne dimostra l'efficacia anche nei tumori ematologici.

Sulla base dei risultati del CheckMate -039 il nivolumab ha ricevuto dalla FDA statunitense la '*Breakthrough Therapy Designation*' per il trattamento dei pazienti con linfoma di Hodgkin dopo fallimento del trapianto autologo di cellule staminali e brentuximab. E' attualmente in corso un ampio studio di fase II multicentrico e condotto in diversi Paesi. Lo studio è stato realizzato con il supporto di Bristol-Myers Squibb.

***Maria Rita Montebelli***

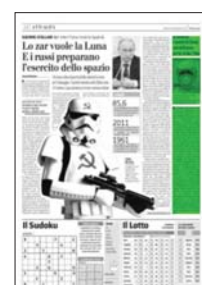
## IN COPERTINA

## I medici di Ebola eroi dell'anno per la rivista Time

■ Gli operatori sanitari e i volontari che combattono contro l'epidemia di Ebola sono il personaggio dell'anno secondo la rivista statunitense *Time*. I «combattenti contro l'Ebola», ha scritto la direttrice del settimanale Nancy Gibbs, sono stati scelti «per gli atti instancabili di coraggio e di misericordia, per aver dato del tempo al mondo per aumentare le sue difese, per aver rischiato, persistito, sacrificato e salvato». La Casa Bianca plaude alla scelta della rivista: «Sono uomini e donne che meritano il riconoscimento internazionale», ha detto il portavoce della Casa Bianca, Josh Earnest. Con quattro «missioni Ebola» alle spalle, tre in Guinea e una in Liberia, e il biglietto aereo in tasca per tornare in Africa a gennaio, l'epidemiologo di Medici senza frontiere Saverio Bellizzi è uno degli «Ebola fighters». «È un bel messaggio da rivolgere al mondo, anche per svelare una realtà che non è ancora ben conosciuta: quella delle tante persone che lottano a livello locale, e dei pazienti guariti che lavorano con noi da mesi. Non siamo supereroi». Le condizioni cliniche del medico di Emergency affetto da Ebola e ricoverato allo Spallanzani sono migliorate. Il paziente respira senza necessità di supporto ventilatorio, e inoltre interagisce con gli operatori e risponde a stimoli verbali.



La rivista americana «Time» dedica la copertina ai «combattenti contro l'Ebola», personaggi dell'anno 2014





«PERSONAGGIO DELL'ANNO», SECONDO LA RIVISTA, TUTTI COLORO CHE STANNO AFFRONTANDO L'EPIDEMIA

# Time incorona i medici che combattono Ebola

Paolo Mastrolilli E UN COMMENTO DI Domenico Quirico A PAG. 16

## “Ho visto quei medici morire per fermare Ebola”

Time nomina “Personaggio dell’anno” tutti coloro che hanno lottato contro il virus. Barbeschi (Oms): la sfida continua



«Noi abbiamo solo fatto il nostro mestiere. Gli eroi sono altri». Maurizio Barbeschi, dirigente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha guidato la missione per fermare il contagio di ebola in Nigeria, reagisce così alla scelta del settimanale «Time» di nominare persona dell'anno tutti coloro che hanno lavorato per bloccare l'epidemia. Gli «Ebola Fighters», come dice il titolo.

Cosa vi ha spinto a rischiare così la vita?

«Io sono un manager delle emergenze; i colleghi con cui ho condiviso l'intervento erano medici e infermieri. Credo che tutti fossero spinti dal senso del dovere, dalla volontà di servire, e dalla missione della loro professione».

Ci racconta qual era il suo lavoro?

«L'epidemia era arrivata in Nigeria attraverso una persona, Patrick Sawyer, un diplomatico liberiano-americano, che a sua volta aveva contagiato diverse persone. Il nostro compito è stato bloccare l'epide-

mia, prima che si diffondesse in questo paese con oltre 160 milioni di abitanti e collegamenti con tutto il mondo».

Finora l'unica storia di successo, al momento in Nigeria non c'è più l'ebola. Come ci siete riusciti?

«Individuando e isolando subito i malati. Abbiamo usato pratiche già collaudate durante altre epidemie simili, e siamo stati aiutati da persone molto competenti».

Qual è stata la situazione che l'ha colpita di più sul piano emotivo?

«Sempre la stessa: quando entri nella corsia di un ospedale, e vedi dei bambini malati. Vorresti abbracciarli, salvarli tutti, ma sai già che non sarà possibile».

E quella più difficile?

«Forse quando ci hanno informato che un uomo era morto all'aeroporto di Lagos: se fosse stato un caso di ebola, poteva essere l'inizio di un vero disastro. Avevamo fatto le prove per gestire queste emergenze, e andammo subito a prendere il cadavere. Per fortuna era un falso allarme, ma per qualche ora abbiamo temuto che sarebbe scoppiata una pandemia».

Se lei ha fatto solo il suo mestiere, chi sono gli eroi?

«Ad esempio il medico che curò per primo Sawyer, e ne fu contagiato. Lo andavo a trovare tutti i giorni: amava la lette-

ratura, e per distrarlo gli leggevo le pagine dell'Enrico IV di Shakespeare. Purtroppo non siamo riusciti a salvarlo. Questi medici e infermieri si sono sacrificati per spirito di servizio?»

«Le racconto un episodio. Un giorno i sindacati del personale sanitario della Nigeria ci dissero che non volevano più lavorare con i malati di ebola, perché non si sentivano abbastanza protetti, e chiesero di fare una riunione con noi. Io proposi di trovarci nella corsia di un ospedale dove venivano ricoverati i contagiati. I sindacalisti vennero, videro questi poveretti sui loro letti, e pochi minuti dopo, praticamente senza discutere, avevamo già sessanta volontari pronti a indossare le maschere per assisterli».

Il contagio sta rallentando?

«La situazione sta migliorando, ma è presto per celebrare. Di sicuro dovremo imparare da questa esperienza, perché avremmo potuto fare molto meglio».





## **EBOLA: NUOVO TEST RAPIDO PER DIAGNOSI PRECOCE VIRUS**

Roma, 10 dic. (AdnKronos Salute) - Un dispositivo portatile di analisi genetica che in meno di 75 minuti consente di identificare la presenza del virus Ebola. Lo hanno sviluppato in poche settimane le aziende STMicroelectronics e Clonit in collaborazione con l'Istituto nazionale per le malattie infettive 'L. Spallanzani', per aiutare a individuare Ebola nel sangue di un potenziale paziente in modo rapido e in una fase molto precoce dell'infezione per minimizzare i rischi di contagio. Il dispositivo portatile si basa su una tecnica di biologia molecolare, il Real Time Pcr. Il prossimo obiettivo è ottimizzarlo per l'uso con i soggetti a rischio, minimizzando i rischi di contagio durante la manipolazione del campione biologico e abbattere i costi. Si apre così la strada a test diagnostici rapidi per ebola in primis ma anche per una molteplicità di virus, molto più diffusi di ebola. La soluzione, un prototipo di kit, è stata verificata con successo dallo Spallanzani secondo standard internazionali di comparazione. Il test consente di individuare la presenza del virus con estrema sensibilità anche in campioni di sangue umano di pochi microlitri, diluito fino a un milione di volte. L'elevata sensibilità consente quindi la rilevazione della presenza del virus già in una fase estremamente precoce della malattia, riducendo notevolmente i rischi di contagio. "Questo test - sottolinea il direttore scientifico dello Spallanzani, Giuseppe Ippolito - potrà avere importanti ricadute sia cliniche che di sanità pubblica. Infatti una diagnosi rapida porterebbe all'identificazione dei pazienti con Ebola con conseguente attuazione immediata di misure di isolamento, quindi riduzione del rischio di diffusione dell'infezione in comunità e inizio di un idoneo trattamento per il paziente". "Con la messa a punto di questa tecnica - afferma Valerio Fabio Alberti, commissario straordinario dell'Inmi - l'Istituto risponde ancora una volta alla necessità della comunità scientifica e del Paese di sviluppare tecnologie essenziali a fronteggiare le malattie infettive". "Siamo fieri di mettere le nostre capacità innovative al servizio dell'umanità - dichiara Andrea Cuomo, Corporate Vice President, Advanced Projects di STMicroelectronics - e di portare il nostro contributo alla lotta contro questa gravissima epidemia che sta affliggendo intere nazioni. Ancora una volta la Ricerca di STMicroelectronics dimostra la propria vocazione ad aprire nuove prospettive al mondo della microelettronica". "Considero questa realizzazione della ricerca biomedica italiana un esempio virtuoso di collaborazione tra soggetti Pubblici e Privati", ha commentato Carlo Roccio, A.D. di Clonit. Ora i partner, in collaborazione con altri leader industriali del settore, hanno allo studio un sistema integrato capace da un lato di operare in un ambiente totalmente isolato dal personale che esegue l'analisi e dall'altro di portare a termine più analisi in parallelo e su un numero cospicuo di campioni. L'ottimizzazione dei tempi, unita alla portabilità, all'automazione e all'integrazione, consentirà di ridurre ulteriormente i costi e di avere un processo più efficiente con un intervento umano limitato al prelievo del campione, aprendo la strada a uno screening a costi contenuti e non solo per Ebola.

<http://www.sindacatomedicitaliani.it/smi/?content=AKS20141210153310>

## Ospedali pubblici, Rapporto Aiop: «Disavanzi per 6 mld ma una terapia d'urto ne farebbe recuperare fino a 4»

di Barbara GobbiCronologia articolo10 dicembre 2014



Dal disavanzo "reale" delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta - pari a 6 miliardi complessivi (3,3 miliardi di euro di disavanzo per le Aziende ospedaliere e di 2,7 miliardi di disavanzo per gli ospedali gestiti dalle Asl) - si potrebbero recuperare almeno 1,2 miliardi di euro. Fino ad arrivare a 4 miliardi, considerando l'ipotesi più estrema. Esattamente quanto chiesto dal premier Matteo Renzi alle Regioni con la legge di Stabilità.

A fare le pulci al possibile recupero di efficienza rispetto agli ospedali pubblici "puri" è 12° Rapporto annuale Aiop "Ospedali e salute 2014", presentato oggi alla Camera dei deputati a Roma.

Un report che all'insegna dei tagli lineari degli ultimi anni, della minore spesa rispetto al Pil che anche quest'anno l'Ocse certifica per l'Italia come nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi del G7, del crescente affanno dei cittadini sempre più strangolati da addizionali Irpef e spesa sanitaria out of pocket, recupera il principio del "less in more". Per liberare risorse, è infatti la tesi, si dovrà fare di più e meglio anche con meno risorse, con la conseguenza di dover riorganizzare la macchina sanitaria e ospedaliera, attuando una revisione profonda - si spiega nel report curato da Nadio Delai in collaborazione con la società Ermeneia - del relativo modo di essere e di operare, come del resto è richiesto indistintamente a tutti i soggetti: aziende, pubblica amministrazione, istituzioni, sistemi di rappresentanza. La coperta è cortissima e, come ricorda il presidente Aiop Gabriele Pelissero, «bisogna essere molto bravi per fare con il 7% del Pil (e anche meno) ciò che Francia e Germania fanno con più del 9% e questo è sicuramente un primato italiano al quale la rete delle aziende Aiop fornisce un contributo fondamentale,

assicurando il 25% delle prestazioni ospedaliere con il 15% della spesa pubblica e il mantenimento di un sistema solidaristico, universalistico e pluralistico».

Ma anche per scongiurare i rischi pressanti di "traslazione" dell'impegno nel fare efficienza, che tenderebbero a «trasferire le esigenze di razionalizzazione di un sistema ospedaliero pubblico (fortemente rigido) sui soggetti di offerta privati (farmaceutica, ospedalità accreditata, laboratori accreditati) e a ribaltare, ancora, sui pazienti e sui cittadini oneri aggiuntivi derivanti dal pagamento di servizi oppure dall'incremento delle addizionali», il report accende i riflettori sulle strutture di ricovero. Dove sprechi e inefficienze certo non mancano, con le debite differenze e tenendo conto sia del gradiente Nord-Sud sia, soprattutto, del case-mix relativo alla complessità dell'assistenza prestata.

Non siamo all'anno zero e il processo attuativo della certificabilità che dovrebbe portare alla successiva certificazione dei bilanci delle Asl e dei singoli Ssr lo dimostra. Ma il cammino verso la trasparenza è ancora decisamente da completare. Aiop prova a "dare una mano": da una simulazione effettuata su 24 tra aziende ospedaliere e ospedali a gestione diretta, emergerebbe un disavanzo complessivo valutabile tra il 13,2% e il 20,1% della spesa sostenuta per le prime e tra il 12,6% e il 14,0% della spesa per i secondi. Anche scegliendo l'ipotesi più prudentiale di stima - si legge nel report - si sarebbe comunque davanti a cifre dell'ordine di 3,3 miliardi di euro di disavanzo effettivo per le aziende ospedaliere e di 2,7 miliardi di euro per gli ospedali a gestione diretta. Dati «prudenziali», sottolineano gli estensori del rapporto, anche perché ci si è limitati a valutare i disavanzi dichiarati nei conti economici a cui sono stati aggiunti i contributi (al ripianamento) esplicitamente attribuiti in conto gestione ordinaria: ma ad essi andrebbero anche a sommarsi i contributi straordinari come pure il trasferimento implicito di risorse che ha a che fare in particolare con le attività "a funzione".

Dalla simulazione, che - va sottolineato - non considera le altre strutture del Servizio sanitario nazionale, emerge il quadro dei possibili risparmi: pur adottando le stime più prudentiali, con un recupero del 20% si avrebbe un risparmio di 1,2 miliardi, con un recupero del 40% si recupererebbero 2,4 miliardi e con un recupero, infine, del 60% di efficienza si libererebbero 3,6 miliardi.

Risparmi che, ricordano gli esperti, potrebbero essere utilizzati negli ambiti più diversi: strutture, attrezzature, formazione, ricerca, riduzione degli oneri in capo agli utenti, miglioramento del collegamento tra ospedali e territorio, tra le note dolenti segnalate dagli italiani nella survey che ogni anno, nell'ambito del report, Aiop dedica loro.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2014-12-10/dagli-ospedali-pubblici-possibile-105909.php?uuid=Abbz6YIK>



## Con 500 diabetologi in piu' un risparmio da un miliardo l'anno

*Proposta della Sid, piu' medici meno esami e ricoveri inutili*



(ANSA) - ROMA, 9 DIC - Inserire altri 500 diabetologi nella rete pubblica italiana costerebbe ogni anno 40 milioni di euro, ma farebbe risparmiare fino ad 1 miliardo. E' la proposta che arriva dai diabetologi della Societa' italiana di Diabetologia Sid. La spiegazione è presto data: la spesa per la sanità assorbe ben più dell'80% dei budget regionali. E non è un mistero per nessuno che esiste un rischio concreto che la scure degli amministratori della cosa pubblica continui ad abbattersi su questo settore di spesa anche nei prossimi anni. Gli esperti della SID stanno lavorando a varie proposte per il contenimento della spesa sanitaria con l'obiettivo di 'liberare' risorse da destinare, appunto, all'innovazione.

"In primo luogo - sostiene il presidente della SID Enzo Bonora - bisognerebbe che la governance della spesa non fosse frammentata in molteplici governance: quella dei farmaci, quella dei dispositivi, quella delle cure ambulatoriali e ospedaliere (esami di laboratorio, ricoveri, ecc.). La valutazione del rapporto costo/efficacia è opportuna, anzi necessaria, ma non dovrebbe limitarsi ai farmaci o alle strisce per la misurazione della glicemia a domicilio. Dovrebbe estendersi alle prescrizioni di esami di laboratorio e strumentali, ospedali, unità operative e anche singoli professionisti. Non dimentichiamo che farmaci anti-diabete, dispositivi per il monitoraggio glicemico, esami standard e centri diabetologici generano complessivamente il 10% circa della spesa per le persone con diabete, mentre il 90% è

legato ai costi generati dalle complicanze e dalle comorbidità. Inoltre, servirebbe una governance del sistema nel suo complesso, che si estendesse a tutte le patologie e a tutte le discipline, con una pianificazione puntuale delle priorità e, quindi, degli interventi, senza navigare 'a vista'. Per risparmiare 1 miliardo di euro, conclude Bonora, basterebbe investire 40 milioni. Con la somma risparmiata si potrebbe sostenere l'innovazione terapeutica per il diabete e per molte altre patologie. (ANSA).

[http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/12/09/sanita-500-diabetologi-per-risparmiare-un-miliardo-lanno\\_ea103ec2-7769-4192-bf2a-5eaef8836a11.html?idPhoto=1](http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/12/09/sanita-500-diabetologi-per-risparmiare-un-miliardo-lanno_ea103ec2-7769-4192-bf2a-5eaef8836a11.html?idPhoto=1)

**IL CASO** Clausola di coscienza o abuso?

# Infermiera licenziata per la pillola negata: «Deve essere riassunta»

Sabrina Cottone

■ Si chiama Margherita Ulisse e suo malgrado è diventata un'eroina dell'obiezione di coscienza. Suo malgrado perché la trentaduenne infermiera è rimasta senza lavoro per un caso di coscienza sulla pillola del giorno dopo. La vicenda, già oggetto di un'interrogazione in consiglio regionale, è tornata prepotentemente d'attualità perché l'ospedale di Voghera, dopo alterne vicende, ha recapitato all'infermiera una lettera di «cessazione del rapporto». Stefano Carugo, consigliere regionale di Ncd, presenterà oggi un'interrogazione urgente in commissione all'assessore alla Salute, Mario Mantovani, chiedendo «quali siano le ragioni» e «se a questo punto sussistano motivazioni puramente ideologiche per quanto accaduto».

Per chi non lo ricordasse, ecco quanto accaduto all'ospedale di Voghera il 15 maggio: quando all'accettazione del pronto soccorso, una donna ha chiesto di accedere d'urgenza per la pillola del giorno dopo, la Ulisse ha invitato la donna a riflettere sulla sua decisione, dalla quale poteva «derivare l'interruzione di una vita umana». Poi, nel caso avesse deciso comunque di procedere, le ha chiesto di tornare alle 14, dopo la fine del suo turno, oppure di rivolgersi al consultorio ginecologico del-

## Interrogazione urgente in Regione Carugo: «Motivazioni ideologiche»

l'Asl.

Un caso finito su tutti i giornali qualche mese dopo, con opposti punti di vista: chi diceva che la Ulisse aveva fatto male perché non avrebbe dovuto negare la pillola del giorno dopo, chi invece la difendeva per aver esercitato il suo diritto all'obiezione

### A VOGHERA

#### Aveva rifiutato di dare la pastiglia contraccettiva del giorno dopo

di coscienza, soprattutto perché in alcuni casi (dopo un certo numero di ore dall'assunzione) la pillola può avere effetti abortivi e non più contraccettivi. Ma la questione è andata ben al di là della disputa teorica, perché si è aggiunto il tema del lavoro.

L'infermiera di Voghera, sottoposta a forte esposizione mediatica e a tensioni all'interno dell'ospedale (l'avevano interrogata e lei aveva candidamente rivelato di essersi comportata così non una, ma cinque volte), in una condizione di pressione psicologica, il 2 ottobre si era dimessa. Dopo un mese di ferie, ha presentato una richiesta di

revoca delle dimissioni, sia per raccomandata sia personalmente, spiegando che le dimissioni erano state date sotto pressione. Tornata al lavoro, il 4 dicembre la sorpresa: in ufficio le consegnano una raccomandata in cui le comunicano che le sue dimissioni sono state accettate e che dal primo gennaio lei è a casa. Insomma, fine del lavoro. Da qui l'interrogazione urgente. Nell'attesa della risposta politica, abbiamo provato a contattare l'ospedale per ulteriori spiegazioni tecniche, senza però riuscire a parlare con i responsabili della comunicazione.

Margherita Ulisse è stata difesa all'Aigoc, l'associazione italiana ginecologi ostetrici cattolici, che parla di «mobbing culturale». Il codice deontologico dell'infermiere, all'articolo 8, dice che «l'infermiere, in caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione con il dialogo. Qualora persistesse un contrasto con i principi della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza». E all'articolo 16: «L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici... e promuove il ricorso alla consulenza etica». Ora si tratta di valutare torti e ragioni.



IN CORSIA Dilemma etico all'ospedale di Voghera





## DATI SAVE THE CHILDREN

# Quasi 1,5 milioni di bambini senza cibo e latte

di **Vittorio Daniele\***

«**I**l più prezioso di tutti i capitali è quello investito negli esseri umani». Così Alfred Marshall nel 1890, in un bellissimo passo dei Principi di Economia. Quel capitale di cui parlava il grande economista, è il capitale umano: ossia l'insieme delle capacità, dalle competenze, delle conoscenze che accumuliamo nel corso della vita. Il processo di accumulazione del capitale umano non avviene solo in età scolare, ma ancor prima. È già nei primi mesi di vita che si formano le capacità cognitive e relazionali di base, che risultano decisive per l'apprendimento successivo. L'infanzia ha un'importanza cruciale. Trascorrerla in condizioni di povertà materiale, in ambienti carenti di stimoli e di opportunità può segnare profondamente una vita.

I dati sulle povertà minorili in Italia, contenuti nel quinto Atlante dell'Infanzia di Save the Children, sono allarmanti. Nel 2013, nel nostro paese, i minori in condizioni di povertà assoluta, cioè non in grado di accedere a un paniere minimo di beni e servizi, erano 1.434mila. Un numero che, negli ultimi anni, è in costante crescita. Dal 2009, l'aumento è stato del 39%. Un dato impressionante, che mostra quali effetti abbia la grande crisi che sta attraversando il paese sul tenore di vita di ampie fasce sociali. L'Italia è un paese duale. Lo è anche nelle condizioni dell'infanzia. L'incidenza della povertà assoluta raggiunge livelli scandalosamente alti nel Mezzogiorno, dove un minore su cinque vive in una famiglia povera, mentre nel Centro-Nord uno su dieci. In Calabria, 104mila minori, cioè il 29%

del totale, vivono in povertà assoluta; la quota sfiora il 25% in Sicilia.

La povertà non riguarda soltanto la sfera economica, ma anche quella educativa. Nel Mezzogiorno, il numero di bambini e ragazzi che non sono mai andati a teatro, a concerti, al cinema è assai più alto che al Nord. In Calabria, il 79% dei bambini e ragazzi tra 6 e 17 anni non ha mai visitato mostre o musei, il 40% non è mai andato al cinema. Colpiscono, poi, le disuguaglianze regionali nella distribuzione dei servizi pubblici come quelli sanitari, assistenziali, educativi. In Emilia, il 27% dei bambini tra 0 e 2 anni usufruisce di asili nido e servizi per l'infanzia; in Campania e Calabria poco più del 2%. Ci si interroghi, dove ci sarebbe maggiore bisogno di servizi pubblici, di assistenza, di cure per l'infanzia e per le famiglie? Dove è maggiore il bisogno? Non lo è, forse, nei quartieri più poveri di città come Napoli, in cui, come mostra l'Atlante di Save the Children, il degrado urbano si associa spesso con quello sociale? Non lo è, forse, nelle aree più interne ed economicamente arretrate della Calabria? Non si pensa che, in quei contesti, minori opportunità nelle condizioni di partenza significhino, anche, maggiori rischi di povertà, disoccupazione, delinquenza quando i bambini diverranno adulti?

Come in un circolo vizioso, povertà economica ed educativa tendono ad alimentarsi a vicenda. Lo dimostrano le differenze nei test sull'apprendimento scolastico. In molte regioni del Nord, i risultati medi degli studenti quindicenni nei test di matematica superano ampiamente la media dei paesi Ocse (494) e sono analoghi a quelli dei paesi più

virtuosi (Giappone, Olanda, Finlandia). In alcune regioni del Sud si attestano fino a 60 punti sotto la media internazionale, minori anche di quelli di Turchia e Grecia. Come mostrano decine di studi, i risultati nei test scolastici sono fortemente correlati con i redditi degli individui, con il grado d'ineguaglianza nella distribuzione del reddito e con la crescita economica dei paesi.

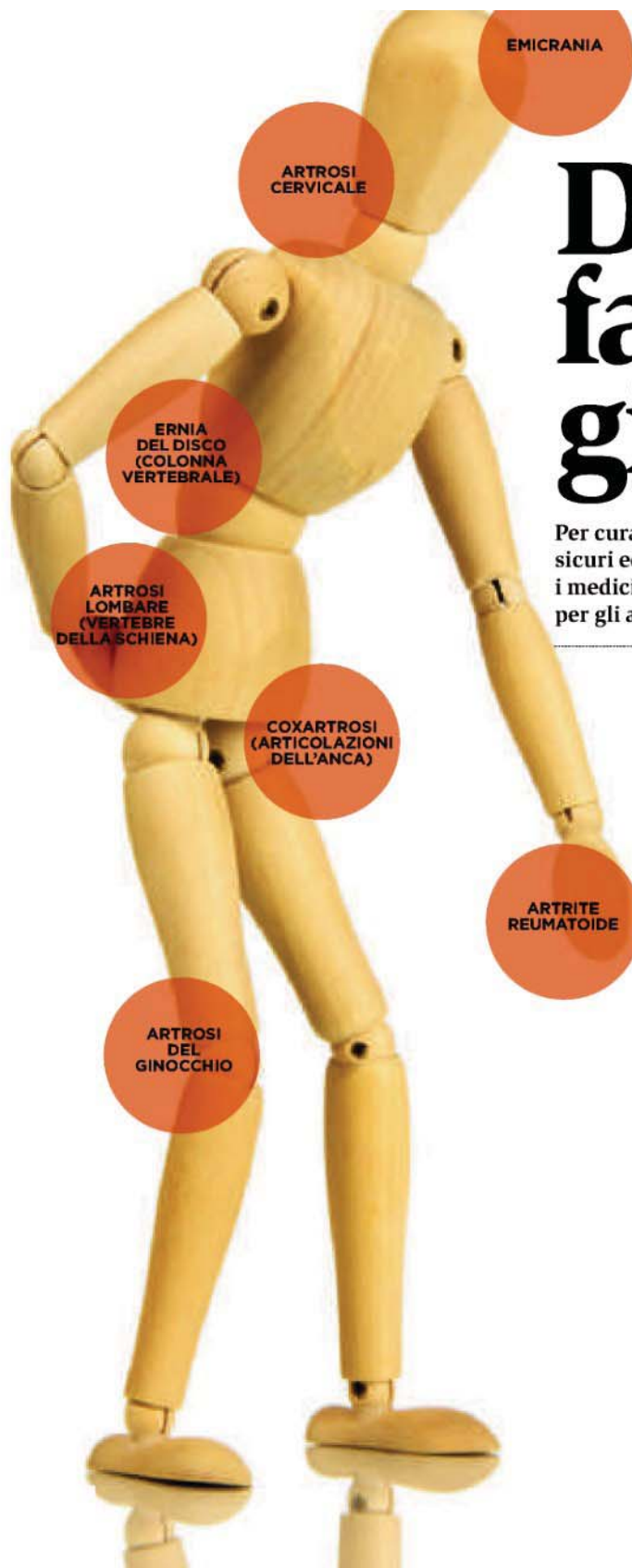
Le disuguaglianze di partenza non sono solo un ostacolo alla concreta realizzazione di diritti di base, come quello all'istruzione o alla salute. Rappresentano anche un'insidia. In un paese in cui le politiche pubbliche non rimuovano efficacemente gli svantaggi iniziali, anzi le aggravano attraverso differenze nella qualità dei servizi pubblici fondamentali, il successo nella lotteria della vita dipende fortemente dalla famiglia e dal luogo in cui si nasce. Così, le disuguaglianze di partenza si accentuano e si trasmettono tra le generazioni: in larga misura, povertà e disuguaglianza si ereditano. La ricerca internazionale mostra come la qualità del capitale umano rappresenti un fattore fondamentale per lo sviluppo economico. In Italia, i divari regionali nei risultati scolastici, nella disponibilità di servizi pubblici per l'infanzia, nell'incidenza della povertà economica ed educativa mostrano un paese profondamente diviso. Questi



divari non sono solo sintomo di iniquità, di disuguali opportunità, ma si riflettono anche sulla crescita economica. La riduzione delle disuguaglianze di partenza, a partire dalla prima infanzia, non porterebbe solo al conseguimento di maggiore equità sociale e di un effettivo riequilibrio territoriale. Investire nell'infanzia, in istruzione, nel "più prezioso dei capitali", significherebbe, innanzitutto, investire nello sviluppo, sul futuro del paese.

\*Docente di Economia politica - Università Magna Grecia di Catanzaro





# Dolore, fai la scelta giusta

Per curare la sofferenza cronica esistono farmaci, gli oppioidi, sicuri ed efficaci. Ma in Italia, a differenza che nel resto d'Europa, i medici di base li prescrivono poco. Eppure, soprattutto per gli anziani e i cardiopatici, sono la terapia più indicata.

**P**er chi ha dolore cronico, di qualsiasi origine (una persona su cinque, dicono le stime) vivere senza farmaci è praticamente impossibile. Nella stragrande maggioranza dei casi, i medicinali prescritti sono gli antiinfiammatori non steroidei, i cosiddetti Fans. Sono utili se usati per brevi periodi, ma spesso non sono i più indicati per gli anziani perché possono aumentarne il rischio cardiovascolare. Il problema è che sono soprattutto le per-

IN ITALIA IL 27%  
DEI PAZIENTI  
CON DOLORE  
ACCUMULA  
IN MEDIA 12,5  
GIORNI  
DI ASSENZA  
DAL LAVORO  
IN UN ANNO





sono più avanti negli anni a soffrire di dolore cronico e ad avere, al tempo stesso, problemi di cuore o ipertensione.

Per dare loro sollievo senza esporli a inutili pericoli la scelta migliore sarebbero gli oppioidi (deboli o forti), sicuri ed efficaci contro il dolore moderato o severo; ma in Italia l'uso di questi medicinali derivati dalla morfina è ancora indietro, nonostante la legge 38 sul dolore del 2010: come rileva un'indagine Doxa su 200 medici di medicina generale, l'80 per cento conosce la legge ma, nella pratica, uno su due la ignora; i Fans restano la categoria di medicinali più prescritta, 36 per cento, solo dopo vengono gli oppioidi, 26 per cento, e poi antipiretici, 22 per cento. Nel resto d'Europa è il contrario: per il dolore cronico il trattamento elettivo sono gli oppioidi.

**I motivi di tale riluttanza?** «A prescrivere di preferenza gli antiinfiammatori sono i medici più anziani, seguendo l'onda lunga dell'abitudine; fino a poco tempo fa i Fans erano gli unici a disposizione, gli oppioidi sono una novità degli ultimi anni» riflette Fiorenzo Corti, medico e responsabile comunicazione nazionale della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale). «Per questo la Fimmg ha contribuito all'iniziativa Dica38, partecipando con propri docenti ai corsi sul trattamento del dolore organizzati nelle Asl» aggiunge. «E fra qualche settimana lanceremo una scuola di formazione nazionale sulla terapia del dolore. Occorre superare resistenze e pregiudizi, per esempio l'errata convinzione che gli oppioidi si possano prescrivere solo ai pazienti terminali».

A sostenerne l'utilizzo è anche Raffaele Rotunno, direttore dell'Unità operativa di cardiologia all'ospedale Roccadaspide, Salerno: «La principale causa di dolore negli anziani è l'artrosi, ancora più drammatica nelle donne a causa dell'osteoporosi» dice. «E in oltre il 70 per cento dei casi, contro questa forma di reumatismo

L'80% DEI MEDICI INTERVISTATI CONOSCE LA LEGGE 38 SUL DOLORE MA 1 SU 2 NON VI ADEGUA LE PROPRIE PRESCRIZIONI



IL DOLORE, IN EUROPA, TRA TERAPIE E COSTI INDIRETTI, «BRUCIA» 300 MILIARDI L'ANNO



degenerativo i medici danno ancora gli antiinfiammatori, Fans o Coxib. Però, secondo uno studio pubblicato su *Lancet*, per ogni mille pazienti con problemi cardiovascolari trattati con Coxib, c'è un eccesso di 7-8 malati che vanno incontro a eventi avversi, ictus o infarto». Questi farmaci favoriscono la formazione di trombi, cosa che non avviene con gli oppioidi (che è preferibile utilizzare, come nel caso dell'ossicodone, in associazione al naloxone per evitare il loro effetto collaterale più fastidioso, la stipsi).

Per mettere in sicurezza i malati, Rotunno ha avviato il progetto CardioPain: «Alla dimissione del paziente cardiopatico, accanto alla diagnosi mettiamo un avviso con un bollino rosso, che al medico di base indicherà la limitazione a prescrivere antiinfiammatori non steroidei». Nato nel 2013 e applicato nell'ospedale di Salerno su 700 pazienti, CardioPain è oggi adottato in una sessantina di altri centri italiani. «L'obiettivo è duplice» spiega Rotunno. «Etico, perché così curiamo non solo la malattia ma la persona nella sua globalità; ed economico: usare farmaci più sicuri e indicati fa risparmiare costi al servizio sanitario nazionale, evitando che i malati tornino in ospedale». (M.S.)



1/3 DEI PAZIENTI VISITATI HA DOLORE: LIEVE NEL 34% DEI CASI, MODERATO NEL 44%, SEVERO 22%.

# Ecco l'arma segreta per battere l'obesità

I microrganismi dell'intestino consentono una sana digestione  
Ora si è scoperto che sono correlati alla regolazione del peso

## LO STUDIO DI LABORATORIO

LIVIA PARISI

**Roma**

**S**i trova nell'intestino l'arma segreta' per controllare il peso e combattere obesità e diabete di tipo 2. A dimostrarlo, uno studio dell'Università Cattolica di Louvain (Ucl) in Belgio, pubblicato sulla rivista 'Nature Communication'. È noto da tempo che i microrganismi dell'intestino umano, approssimativamente 100 trilioni di batteri appartenenti a oltre 1000 specie, giocano un ruolo importante per una sana digestione. Ma una ricerca mostra ora che il microbiota intestinale è correlato anche ad aspetti della salute, compresi l'obesità e il diabete e che, grazie ad una proteina del sistema immunitario intestinale, è possibile influenzare la regolazione del peso corporeo.

Lo studio, condotto su topi da laboratorio, ha mostrato che la disattivazione della proteina MyD88 solo nelle cellule che ricoprono l'intestino, permette di migliorare il metabolismo e consumare più energia. I ricercatori hanno reso i topi obesi e diabetici con una dieta ricca di grassi.

Poi hanno indotto una mutazione per disattivare la MyD88, osservando le modificazioni del sistema immunitario dell'intestino: hanno verificato che era possibile rallenta-

re lo sviluppo del tessuto adiposo, riducendo l'infiammazione presente nell'obesità e proteggere contro il diabete di tipo 2. Hanno dimostrato, inoltre, che i topi che non hanno questa proteina nei loro intestini, sono così protetti contro l'obesità perché consumano più energia di altri. Inoltre, che è possibile fornire una protezione parziale contro l'obesità e diabete trasferendo tramite un innesto i batteri intestinali di questi topi ad altri topi senza flora batterica.

In Italia, oltre quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso di peso. Percentuale che nella popolazione tra i 65 e i 75 anni di età arriva al 60% degli individui. E il problema ha ormai iniziato ad interessare anche le fasce più giovani della popolazione: secondo dati del **ministero della Salute** (relativi al 2010), tra i bambini di terza elementare il 22,9% è in sovrappeso e l'11,1% obeso. Dati allarmanti a causa dell'ampio spettro di complicanze acute e a lungo termine che comportano.

Si stima che il 23% dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori sono attribuibili all'obesità o al sovrappeso. Così come il 44% dei casi di diabete tipo 2, che riguarda il 5,5% della popolazione, cioè oltre 3 milioni di italiani.

Sebbene siamo ancora lontani dall'applicazione sull'uomo, la scoperta è una grande notizia poiché «per la prima volta si mostra che il sistema immunitario intestinale svolge un ruolo nella regolazione del peso», commenta uno degli autori della ricerca, Patrice D. Cani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Epatite C, il farmaco che vale oro

Arriva in Italia il Sovaldi, costosissimo salvavita che cura l'infezione. Ma lo Stato non ha i soldi per garantirlo a tutti.

**U**na battaglia è vinta, ma la guerra è ancora lunga per i malati italiani di epatite C che da mesi si sono mobilitati per ottenere l'accesso al nuovo farmaco salvavita Sovaldi (principio attivo sofosbuvir) di Gilead sciences, che promette in sole 12 settimane di eradicare nel 90 per cento dei casi il virus che attacca il fegato. Con la pubblicazione in *Gazzetta ufficiale* del 5 dicembre, l'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, ne ha autorizzato prescrizione e vendita in Italia, ma il prezzo resta esorbitante: 24.756 euro per 28 giorni di trattamento, che diventano 74.268 per 84 compresse, i tre flaconi che servono per un ciclo completo.

Il prezzo a carico dello Stato, precisa Aifa, è quello di partenza, che decrescerà all'aumentare delle prescrizioni; ma anche se scendesse a 35-40 mila euro a paziente sarebbe salatissimo (e insopportabile) per le malandate casse del [ministero della Salute](#) che sta cercando di creare un fondo ad hoc per curare questo killer silenzioso: 3-400 mila malati conclamati in Italia, cui se ne aggiungono altri 5-600 mila «sommersi» (anche se dati certi non ce ne sono)

facendo del nostro Paese il più infettato d'Europa, con una media di 20 morti al giorno.

«È iniziata una rivoluzione che porterà all'eradica-zione del virus» dice Ivan Gardini, presidente dell'associazione EpaC onlus che si batte per i diritti dei contagiati. «Ma è una vittoria a metà dato che lo Stato non ha i soldi per curare tutti gli infettati». Il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ha ribadito che per fermare l'emergenza epatite C servirebbero almeno 600 milioni di euro l'anno per 10 anni, soldi che non ci sono. «Per ora non si sa neanche quali malati potranno accedere gratuitamente al farmaco» sottolinea Gardini. «Ci auguriamo che almeno nella legge di stabilità si faccia chiarezza entro fine anno».

Per la casa produttrice sarà comunque un ottimo Natale; se fino a qualche mese fa le proiezioni degli analisti che seguono l'azione Gilead sul listino Usa ritenevano che Sovaldi avrebbe venduto per 9 miliardi di dollari entro il 2017, ora le stime sono state riviste e già quest'anno i ricavi dovrebbero arrivare a 15 miliardi.

(Mikol Belluzzi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**24.756** euro  
per 28 giorni  
di trattamento:  
costo del farmaco

**84** compresse  
(tre flaconi) per  
un ciclo completo

**400** mila  
i malati  
di epatite C  
in Italia



## FRANCIA, PRESTO UN TEST RAPIDO PER L'HIV IN FARMACIA

Marisol Touraine stringe i tempi sull'autotest per l'Hiv: vorrebbe che il saggio per una diagnosi rapida di orientamento fosse disponibile nelle farmacie francesi entro luglio 2015. Il ministro della Salute ha autorizzato questo test che fornisce il risultato sulla eventuale sieropositività in meno di mezz'ora per ampliare l'accesso allo screening, in particolare per le persone che non possono o non vogliono ricorrere ad altre opzioni diagnostiche esistenti. E già la società francese AAZ che lo produce si augura di ottenere il marchio CE entro la fine del primo trimestre 2015. Fabbricato in Francia, il test potrebbe quindi essere disponibile a partire da quella data, acquistabile in farmacia senza la necessità di prescrizione medica. Intanto su richiesta della Direzione generale per la salute (Dgs), l'Alta autorità per la salute (Has) sta elaborando un documento di informazioni destinato agli operatori sanitari e alle associazioni, in modo che si trovino preparati a rispondere alle potenziali domande degli utenti. Il documento dovrebbe essere disponibile alla fine di dicembre. (E.L.)

**NUOVE ETICHETTE SUI CIBI**

# TRASPARENZA DEGLI ALIMENTI: COME L'EUROPA CAMBIA LE REGOLE

Tutte le pecche legislative del nuovo Regolamento Ue. Quasi sicuramente salterà l'indicazione dello stabilimento di produzione



di **Caterina e Giorgio Calabrese**  
Tecnologa e medico nutrizionista

**I**l 13 dicembre entrerà in vigore in Europa la nuova normativa sull'etichettatura dei prodotti alimentari, basata sul **Regolamento europeo n. 1169/11**, che disciplina le informazioni sui cibi che i consumatori possono immediatamente leggere **per consentire loro di compiere scelte consapevoli**. Gli esperti, tuttavia, hanno trovato le prime pecche legislative.

La prima critica è sull'indicazione dello stabilimento di produzione dei vari alimenti, che quasi sicuramente salterà. Qualcuno si è chiesto, infatti, perché sia necessario togliere un'informazione già esistente quanto meno in Italia. Il ministero delle Politiche agricole ha risposto che **la priorità è identificare all'origine le materie prime**, visto che dobbiamo garantire la libera circolazione di alimenti sicuri.

**SICUREZZA ALIMENTARE.** Leggendo con attenzione il Regolamento ci si accorge che qualche lacuna legislativa in effetti esiste: la prima critica sopra riportata, cioè la mancanza dell'indicazione



obbligatoria della sede dello stabilimento di produzione o confezionamento, è vera. Attualmente in Italia **la Legge 109/1992, in vigore sino al 12 dicembre 2014**, prevede l'obbligo di indicare la sede dello stabilimento.

Con il nuovo Regolamento, invece, tale indicazione potrà essere mantenuta solo a condizione che il Governo italiano provveda a **notificare questa norma alla Commissione europea**. In questo caso chi è sotto tiro dei critici è il ministero dello Sviluppo economico, che ha risposto spiegando come al momento non ci sia una legge utile a rendere obbligatoria l'indicazione della sede dello stabilimento, **senza però chiarire se questa legge verrà presto emanata**.

In questa nuova normativa europea n. 1169/11 mancava anche l'indicazione del **lotto di produzione**: in realtà, questa falla per fortuna è stata tamponata in tempo perché recuperata dalla direttiva 2011/91, e quindi **sarà reintrodotta sulle nostre etichette**. Dunque, almeno l'informazione sul lotto e la sicurezza alimentare sono salve. ●

**IL QUESTIONARIO DEL MINISTRO**

## FATE SAPERE COSA VOLETE IN ETICHETTA

Il ministro delle Politiche agricole **Maurizio Martina** ha invitato a ristabilire le giuste priorità, impegnandosi a salvaguardare in primo luogo la tracciabilità e quindi l'indicazione dell'origine del prodotto. Il dicastero ritiene che sia più importante sapere innanzitutto da dove proviene la **materia prima**. Martina, seriamente impegnato a risolvere il problema, ha lanciato sul sito del ministero una consultazione pubblica corredata da un questionario: si chiede ai cittadini d'indicare le informazioni che vorrebbero sull'etichetta dei cibi. **La consultazione è aperta sino al 7 gennaio 2015** e le risposte saranno vincolanti per elaborare le proposte di legge successive all'entrata in vigore del Regolamento europeo. In una settimana sono arrivati più di 2 mila questionari compilati.