

<http://www.healthdesk.it/>

## ***La pillola anticoncezionale aumenta il rischio di depressione?***

Per il momento è solo un'ipotesi. Ma secondo uno studio pubblicato su *Jama Psychiatry* il disturbo dell'umore è molto più frequente tra le donne che assumono contraccettivi rispetto alle altre

In borsa hanno la pillola anticoncezionale. Ma a volte anche l'antidepressivo. Sì, perché le donne che ricorrono alla contraccezione ormonale sono più a rischio di soffrire di depressione secondo un ampio studio condotto in Danimarca su più di un milione di donne tra i 15 e i 34 anni, seguite dal 2000 al 2013, che non avevano sofferto precedentemente di disturbi dell'umore e non avevano ricevuto nessuna diagnosi di malattia psichiatrica.

I ricercatori dell'Università di Copenaghen hanno scoperto che le donne che assumevano la pillola ricorrevano più facilmente agli psicofarmaci rispetto a quelle che non ne facevano uso. Durante i 13 anni dell'osservazione a 133.178 donne del campione analizzato è stato prescritto un antidepressivo e 23.077 hanno ricevuto una prima diagnosi di depressione.

È bene chiarire che **lo studio pubblicato su *Jama Psychiatry* non invita le donne a smettere di prendere la pillola**: non dimostra che i contraccettivi ormonali provochino la depressione, ma si limita a mostrare che esiste un nesso e che sarebbe opportuno indagare ulteriormente per saperne di più. Per ora, insomma, è presto per considerare la depressione come un effetto collaterale del contraccettivo. Non si può però neanche escluderlo. Gli altri fattori che avrebbero potuto spiegare il fenomeno non hanno infatti convinto i ricercatori. Tra le ipotesi plausibili poteva esserci la tendenza dei medici a prescrivere la pillola alle donne "giù di tono", ma gli scienziati non hanno

trovato indizi sufficienti per insospettirsi.

Gli autori dello studio hanno potuto sfruttare gli imponenti archivi danesi che come pochi altri nel mondo monitorano così scrupolosamente la salute dei cittadini. Ebbene, dalle informazioni ricavate dal National Prescription Register e dal Psychiatric Central Research Register, gli autori dello studio hanno potuto calcolare il rischio di depressione legato al tipo di anticoncezionale usato.

Ne è venuto fuori che per la pillola il rischio di depressione aumenta del 23 per cento; più alto il rischio per chi usa il cerotto (probabilità quasi doppie di acquistare psicofarmaci); per chi usa l'anello anticoncezionale il rischio di depressione aumenta del 60 per cento, mentre per chi sceglie la spirale scende al 40 per cento. Dallo studio emerge anche un legame con l'età: il rischio di depressione si riduce con l'avanzare degli anni. Le più esposte sono le ragazze tra i 15 e i 18 anni: rispetto alle loro coetanee che non assumono anticoncezionali hanno una probabilità dell'80 per cento di uscire da uno studio medico con in mano la prescrizione di un antidepressivo.

<http://www.ansa.it>

## **ONCOLOGI, URGE LEGGE UE CONTRO DIFFERENZE COSTI FARMACI**

**'In Europa gravi disparità acute da crisi economica'**

(ANSA) - COPENAGHEN, 8 OTT - "È necessario un intervento legislativo a livello europeo perché non è più sostenibile la frammentazione tra i singoli Stati membri di diverse valutazioni del costo-beneficio dei farmaci: ciò determina ulteriori differenze, causando variazioni sostanziali nel costo dello stesso trattamento oncologico da un Paese all'altro". A chiedere una regolamentazione comune a livello europeo è il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), Carmine Pinto, dal Congresso della Società europea di oncologia (Esmo) in corso a Copenaghen. In Europa, sottolinea Pinto, "vi sono infatti gravi disparità in materia di organizzazione sanitaria, oggi acute dalla forte crisi economica. In particolare queste diseguaglianze interessano i Paesi dell'Est". Un tema, quello delle disuguaglianze dei costi e della sostenibilità economica dei nuovi farmaci, al centro dell'agenda del 41/mo Congresso Esmo, e ciò a fronte dei numeri in costante crescita della malattia. In Italia nel 2016 sono stimate più di 365mila diagnosi di cancro, nell'Unione Europea i nuovi casi registrati sono stati 2.635.222 (anno 2012). A partire dal 2011 si è però assistito a una riduzione dei tassi di mortalità globale in UE (8% tra i maschi e 3% tra le donne). Quanto ai tassi di sopravvivenza, l'Italia fa registrare indici molto incoraggianti: nel tumore del seno la sopravvivenza a cinque anni è dell'86,2% (85,3% in Germania, 83,7% in Spagna, 81,1% in UK), nel polmone del 14,7% (13,6% in Francia, 12,6% in Spagna, 9,6% in UK), nello stomaco del 32,4% (31,6% in Germania, 27,7% in Francia, 27,3% in Spagna, 18,5% in UK), nel colon del 63,2% (59,8% in Francia, 59,3% in Spagna, 53,8% in UK). (ANSA).

<http://www.corriere.it/>

## La longevità ha un limite: 115 anni (ma qualcuno ipotizza 125)

*Uno studio sfata la credenza che la longevità stia aumentando progressivamente e fissa a 115 anni il limite umano (anche se in rarissimi casi è stato superato)*

**di Emanuela Di Pasqua**



Da anni si ipotizza che l'aspettativa di vita non si arresterà più o comunque che possa continuare a crescere sempre un pochino. Se all'inizio del 1900 era sui 55 anni e oggi è più di 82 anni significa evidentemente che la progressione è galoppante. E del resto la massima estensione della vita umana è sempre stata oggetto di interesse da parte di varie discipline e fa da sfondo a racconti mitologici. Ma uno studio americano pubblicato su Nature mette un paletto ben preciso all'aspettativa di vita e parla di un limite di 115 anni, mentre altri ricercatori smentiscono questa conclusione e arrivano alla soglia dei 125 anni.

Complice la scienza, la medicina, la genetica e l'organizzazione della società si crede da tempo che la vita sia destinata ad allungarsi sempre più, magari a un tasso di crescita più debole rispetto al

passato, ma sempre e comunque ad allungarsi. E del resto così ci ha abituati la scienza negli ultimi lustri. Tanto che qualcuno ha anche immaginato un ipotetico futuro francamente un po' inquietante e ci si chiede se veramente sia auspicabile un allungamento della vita (o forse sarebbe meglio dire della vecchiaia) oltre ogni limite. Ci piacerebbe vedere in giro (o magari farne parte) un esercito di over 200? Non preoccupiamoci, tanto non accadrà. Nonostante la scienza, nonostante la genetica, il benessere, la ricerca, la felicità, la dieta e tante altre cose esiste un limite umano invalicabile secondo l'ultimo studio sull'aspettativa di vita.

### ***Lo studio***

Gli studiosi dell'Albert Einstein College of Medicine di New York hanno analizzato i dati dello Human Mortality Database, riguardanti la mortalità della popolazione di più di 40 Paesi e le morti dei supercentenari nei quattro Paesi (Stati Uniti, Francia, Giappone e Regno Unito) con il più alto numero di anziani. Come nota Jan Vijg se nella media l'età di morte è cresciuta di molto, oltre i 105 anni il tasso di crescita è stato minimo. E del resto esiste una differenza importante tra il miglioramento dell'aspettativa di vita media e l'allungamento di quella massima.

### ***115 o 125 anni?***

Interpretando e studiando i modelli matematici e statistici da cui si evincono i trend di crescita e di arresto della longevità i ricercatori sono arrivati a concludere che l'aspettativa massima di vita per gli esseri umani si stia approssimando verso i 115 anni. C'è chi ipotizza 125 anni, ma secondo Jan Vijg, alla guida dello studio «è praticamente impossibile e sarebbero necessari diecimila mondi come il nostro per imbattersi in un solo 125enne». Di diverso parere è invece James Vaupel, direttore del Max Planck Institute for Demographic Research che, criticando la ricerca ed enfatizzando le scoperte passate, arriva ad aggiungere a questo limite ancora una decina di anni.

### ***Jeanne Calment***

Jeanne Calment è a oggi la persona più longeva in assoluto ed è morta nel 1997 a 122 anni. La persona vivente (sempre donna) più anziana al mondo è invece un'italiana, la signora Emma Martina Luigia Morano, che ha compiuto la bellezza di 116 anni. Ovviamente il mondo e il progresso sono in continuo divenire e gli scenari futuri talvolta sono i più bizzarri. Ma secondo gli esperti per andare oltre questo limite anagrafico sarebbe necessario cambiare l'intero patrimonio genetico della specie umana.

<http://www.adnkronos.com>

## Svezia, bebè nato da utero nonna trapiantato nella mamma

Emelie Eriksson e il suo bambino Albin hanno un legame molto più speciale di quello di qualsiasi altra madre e figlio: sono nati dallo stesso utero. Infatti la donna, 30 anni, **nata senza l'organo riproduttivo**, ha potuto avere un bebè grazie a un gesto di solidarietà estremo da parte della mamma, Marie, 53 anni, che le ha donato appunto l'utero.

L'intervento è avvenuto due anni fa, e solo pochi mesi dopo nella vita di Emelie è arrivato un bel maschietto. A seguire le pazienti, il team del Sahlgrenska University Hospital di Gothenburg guidato da Mats Brannstrom, medico svedese che è a oggi l'unico a essere riuscito a far nascere dei bambini, finora 5, a seguito di **trapianto di utero**.

Ma la storia delle Eriksson è sicuramente la più singolare: "Sembra quasi una fiction - dice Emelie al 'Daily Mail' - qualcosa che si legge sui libri di fantascienza e che si pensa non accadrà mai. Spero che questo intervento possa diventare realtà anche per altre donne che ne hanno bisogno". Dopo l'operazione di trapianto e la terapia antirigetto, la paziente ha eseguito col marito tecniche di procreazione medicalmente assistita, con il trasferimento di un embrione, che ha dato subito luogo alla gravidanza tanto attesa. Il progetto della coppia è quello di raccontare ad Albin il singolare modo in cui è nato, non appena sarà più grande.

<http://www.ilfattoquotidiano.it/>

## Cancro, “così lo stress guida le migrazioni cellulari di massa”



Il lavoro, guidato da Caterina La Porta e Stefano Zapperi del Centro della complessità e dei biosistemi della Statale, è pubblicato su Pnas e fa pensare a possibili ricadute nel settore della medicina rigenerativa e della lotta al cancro

C'è qualcosa che accomuna un **gruppo di cellule** che si dirigono verso una ferita per ripararla e un **ammasso tumorale** che invade un tessuto sano: un viaggio buono e uno cattivo guidati dal medesimo 'Gps'. Probabilmente lo stesso che, a livello macroscopico, muove lo **spostamento di animali e persone**. Uno studio internazionale coordinato da un team di ricercatori dell'università degli Studi di Milano **svela le leggi fisiche** che regolano le migrazioni cellulari di massa. Il lavoro, capitanato da Caterina La Porta e Stefano Zapperi del Centro della complessità e dei biosistemi della Statale, è pubblicato su **Pnas** (Proceedings of the National Academy of Sciences) e fa pensare a possibili ricadute nel settore della **medicina rigenerativa** e della **lotta al cancro**.

I ricercatori hanno osservato le raffiche di attività migratoria e le hanno descritte da un punto di vista matematico, scoprendo che questo movimento a ondate è simile a quello osservato negli schemi di spostamento di gruppi di animali e di uomini, **poiché risponde alle stesse leggi universali**. Valide anche per il moto di **particelle inanimate**, come le gocce di un fluido che riempie uno spazio vuoto. Gli studiosi hanno inoltre scoperto che la migrazione cellulare è fortemente influenzata dalla struttura e dalla rigidità del materiale sul quale le cellule si stanno

spostando.

“La migrazione è una caratteristica basilare dell’invasività delle cellule tumorali”, commentano dalla Statale, e “i risultati ottenuti implicano che le **cellule cancerose** sfruttano per muoversi diversi meccanismi interni, a seconda dell’ambiente. Una scoperta di grande importanza per la comprensione dei processi di metastasi”.

Gli scienziati hanno esaminato il modo in cui diversi tipi di cellule si muovono su diversi materiali, dalla **plastica a tessuti biologici**, e in diverse condizioni sperimentali. I risultati ottenuti da questi esperimenti sono stati analizzati in modo da identificare le proprietà statistiche dell’“esodo” studiato, e poi confrontati con alcune **simulazioni realizzate al computer**. Le migrazioni cellulari – spiegano dall’ateneo meneghino – sono guidate sia da **meccanismi biologici interni alla cellula**, sia da fattori esterni rappresentati soprattutto dalla matrice extracellulare che fornisce un supporto a cellule e tessuti. Il principale componente di questa matrice è il **collagene**, che forma una rete di fibre in grado di conservare l’integrità del tessuto, conferendogli una certa resistenza e un’alta sensibilità alle piccole deformazioni. Quando una singola cellula si muove, la sua struttura interna si ritrova a fronteggiare un **certo livello di stress** che attraverso la matrice può essere trasmesso alle cellule vicine. Si formano così vere e proprie **onde di stress**, che a loro volta si traducono in un movimento di gruppo a scatti.



# Sorpasso in corsia “Un medico su due è ormai over 55”

**Lo studio.** Negli ospedali italiani  
i camici bianchi più anziani d'Europa  
Allarme per pronto soccorso e notti

La Cgil: “L’esperienza è importante ma con gli anni le capacità fisiche e mentali diminuiscono”

MICHELE BOCCI

**C**APELLI come i camici, bianchi. Un lavoro duro come quello del medico ospedaliero, tra pronto soccorso, turni di notte, guardie, lunghe sessioni in sala operatoria ormai è sempre più appannaggio di professionisti maturi. Nessun'altra categoria del pubblico impiego sta invecchiando così rapidamente. Il dato ufficiale deve essere ancora diffuso ma nel 2015 si è certamente superata una soglia fatidica: oltre il 50% di chi esercita negli ospedali e nelle Asl ha più di 55 anni. Per gli altri dipendenti di Stato e Regioni, e tra questi tutti coloro che lavorano nel sistema sanitario, la percentuale si ferma al 30. Nelle corsie si sta vivendo una trasformazione silenziosa che sta incidendo, riducendolo, sul ricambio generazionale.

Cosa sta succedendo? Il sistema di reclutamento dei medici ha una serie di imbuti. Intanto c'è il problema del blocco del turn over da parte di molte Regioni. I giovani medici vengono assunti con il contagocce sia dalle realtà locali con i bilanci in rosso sia da chi sta meglio

economicamente. In più in questi anni, e ancora per un po', siamo nel picco dei pensionamenti, visto che la maggior parte dei dipendenti degli ospedali sono nati negli anni Cinquanta. Poi c'è la questione delle scuole di specializzazione. I giovani professionisti che escono dai corsi post laurea, anche se venissero assunti tutti, sarebbero comunque assai meno di coloro che ogni anno si pensionano. Più uscite che entrate, e l'età media dei camici bianchi si alza. La situazione italiana è tra le peggiori al mondo, almeno secondo la ricerca “Health at a glance” dell'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e per lo sviluppo economico). Il dato riguardante tutti i professionisti, quindi non solo gli ospedalieri ma anche i medici di famiglia e gli specialisti privati e non, ci piazza all'ultimo posto in classifica. Nessuno ha così tanti over 55 (il 49% secondo l'ultima rilevazione, del 2013). Il Regno Unito è a circa il 13%, la Francia al 45%, la Spagna al 26%, la Germania al 42% e gli Usa al 34%.

I sindacati da tempo dicono che la soluzione del problema passa attraverso lo sblocco del turn over, l'assunzione dei precari, l'aumento dei posti delle scuole di specializzazione e più in generale maggior investimenti nella sanità. La Cgil dei

medici ha fatto uno studio sull'età dei dottori assunti nel servizio pubblico. Il responsabile Massimo Cozza è partito dal conto annuale del Tesoro. L'ultimo, quello del 2014, registra un 48,9% di medici con più di 55 anni di età sul totale di 112 mila assunti. «Le proiezioni per il 2015 e il 2016 — spiega il sindacalista — tra blocco del turn over e aumento dell'età pensionabile, e quindi con un maggior numero dei colleghi usciti rispetto a quelli entrati, porta la percentuale ben oltre il 50%». Colpisce che appena dieci anni prima, nel 2004, gli over 55 erano molti meno, il 17,4%. «I turni sempre più massacranti pesano di più sui medici più anziani, a partire dalle guardie e dalle reperibilità di notte, il 20% delle quali sono svolte anche da medici con più di 60 anni — dice sempre Cozza — L'esperienza da un lato costituisce una importante risorsa ma le capacità fisiche e mentali comunque di norma peggiorano con il tempo. E si fanno sentire soprattutto nel lavoro notturno». Tra i reparti dove l'invecchiamento produce più effetti negativi c'è il pronto soccorso. «E va considerato anche come, con meno giovani e più anziani, diminuisca la trasmissione delle conoscenze e dell'esperienza sul campo tra colleghi di generazioni diverse».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



# Regione che vai prestazioni che trovi

## Il segnale

Ripristinato  
il fondo  
per i malati di Sla

Come evidenziano i dati dell'Istat, i servizi socio-assistenziali a sostegno di persone anziane non autosufficienti e di malati, di competenza dei Comuni, sono diminuiti nel corso degli ultimi anni. Il rapporto Crea Sanità rileva infatti che nel quinquennio 2007-2012 c'è stata una riduzione degli utenti del 16 per cento, anche a causa dei tagli dei fondi che gli enti locali ricevono dallo Stato. Tuttavia, sembra che qualcosa si stia muovendo a livello centrale: l'anno

scorso, in seguito alle battaglie del "Comitato 16 novembre", che raggruppa soprattutto malati di Sclerosi laterale amiotrofica, è stato ripristinato il "Fondo per la non autosufficienza", con una dotazione annua di 400 milioni di euro. Per gli enti locali si tratta di una fonte di risorse cui poter attingere per finanziare proprio gli interventi sociali e socio-sanitari necessari.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le differenze

I dati del ministero della Salute sono chiari: l'assistenza domiciliare integrata a livello regionale è eterogenea. Se, infatti, in Piemonte, Lombardia, Provincia di Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo, Molise e Sicilia la quota di anziani fruitori del servizio supera la media nazionale (già in sé bassa, il 2,31% della popolazione di 65 anni e oltre), in Valle D'Aosta e Calabria il valore scende addirittura sotto l'1%.

Nel 2014, per quanto riguarda l'Adi, ben otto Regioni non arrivavano nemmeno alla soglia minima di rispetto dei livelli essenziali di assistenza. L'Adi avrebbe dovuto riguardare almeno l'1,8% degli ultrasessantacinquenni, ma questo parametro non è stato raggiunto neppure in Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Lazio, Campania e Puglia.

Che cosa succede alle Regioni inadempienti? Intanto, perdono la possibilità di accedere a una quota "premio" del fondo sanitario nazionale subordinata al rispetto dei Lea, perché la percentuale di anziani trattati in Adi è uno degli indicatori nella valutazione. Inoltre, il Comitato Lea e il Tavolo di verifica degli adempimenti

segnalano le criticità rilevate, perché le Regioni dovrebbero sanarle (la segnalazione viene effettuata quando il valore regionale risulta inferiore all'1,56% e non in aumento rispetto all'anno precedente).

Scarse anche le ore di Adi dedicate a ciascun paziente: in media 22 all'anno, contro le 28 ore a settimana erogate in Germania.

Il Rapporto Crea Sanità, che ha confrontato i dati registrati nel nostro Paese nel corso di un decennio, evidenzia una diminuzione del 14% rispetto al 2002, anno in cui le ore per paziente erano state in media 26. E anche su questo si rilevano le solite differenze: il Molise con 74 ore annue per caso trattato, la Basilicata con 46 e la Sardegna con 40 hanno la più elevata intensità assistenziale. La Calabria, invece, è passata da 120 ore annue per malato nel 2002 a 21 ore l'anno nel 2012. E poi c'è il nodo qualità. L'assistenza domiciliare deve essere erogata in base al Pai (Piano assistenziale individuale). «Non è un semplice pezzo di carta — chiarisce Gianfranco Damiani, dell'Istituto di sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma —. Il Pai deve essere definito, non solo in base alle condizioni cliniche del paziente, ma anche considerando gli aspetti sociali e l'ambiente in cui vive. Nell'Adi la componente sanitaria, che pure è importante, si

deve integrare con quella sociale. Né si tratta di "portare" l'ospedale a casa dell'assistito, ma sono le diverse figure coinvolte in base al piano personalizzato a dover ruotare intorno alla persona assistita». Tuttavia non sempre è così, anzi.

«Spesso i Pai sono documenti fotocopia piuttosto che progetti personalizzati — denuncia Chiara Bonanno, del Coordinamento nazionale famiglie disabili —. Capita anche che se il familiare che segue il malato reclama le prestazioni dovute, magari ricorrendo al tribunale, riesce a ottenere un'assistenza adeguata, mentre chi non è informato finisce per accontentarsi di ciò "che passa la Asl"».

«L'assistenza territoriale deve farsi carico della crescente domanda da parte di malati cronici e anziani non autosufficienti, ma, invece di essere potenziata e riqualificata dopo la riorganizzazione degli ospedali, il più delle volte è stata ridimensionata — afferma Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva —. Eppure, era uno degli obiettivi del Piano per la Salute. E anche il Piano nazionale per la cronicità, — in dirittura d'arrivo dopo il via libera della Conferenza Stato Regioni —, prevede le cure domiciliari tra gli elementi chiave per la gestione delle malattie croniche».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'inchiesta «L'epatite C? Costretti a comprare in India il farmaco necessario»

VITO SALINARO

«Giorno 1: benvenuti in India!... Giorno 3: visita in farmacia e acquisto del Sofosbuvir generico e Sofosbuvir - Ledipasvir generico (i farmaci che curano l'epatite C). Giorno 4: rientro in Italia».

I costi non sono trascurabili, ma per chi convive con il virus acquistare il trattamento a 800 euro contro i 48.000 in Italia è quasi una manna.

PRIMOPIANO A PAGINA 6

# «L'epatite C? Noi ce la curiamo in India»

*I costi delle nuove terapie spingono i pazienti italiani al "turismo farmaceutico"*

**800** **50.000** **12.000** **180mila**

IL COSTO IN EURO  
DELLA TERAPIA PER  
L'EPATITE C IN INDIA  
O IN EGITTO

IL COSTO IN EURO  
DI LISTINO, IN ITALIA,  
DEL TRATTAMENTO  
ANTI-EPATITE C

LA SPESA IN EURO  
DEL NUOVO  
FARMACO PER  
IL NOSTRO SSN

I PAZIENTI ITALIANI  
CON DIAGNOSI  
ACCERTATA  
DI EPATITE C

## Tra rischi e diritti

Germania, Portogallo e Olanda hanno reso universale la cura del virus. Ma, messi insieme, questi Paesi non raggiungono il numero di malati che ha l'Italia. Il problema del Web: è vietato importare farmaci ma sull'uso personale è caos normativo

## Il fenomeno

I preparati innovativi vincono il virus ma solo i pazienti più gravi, in Italia, hanno accesso a cure gratuite. In Paesi in via di sviluppo si può trovare per meno di 1.000 euro un preparato che, di listino, in Occidente arriva a 50.000

VITO SALINARO

«Giorno 1: benvenuti in India! Trasferimento in hotel. Giorno 2: incontro con il vostro dottore. Giorno 3: visita in farmacia e acquisto del Sofosbuvir generico e Sofosbuvir - Ledipasvir generico (i farmaci che curano l'epatite C con un successo superiore al 95%). Giorno 4: rientro in Italia». Il pacchetto, per i più esigenti, comprende pure hotel a 5 stelle, autista, traduttore, e persino lo chef privato. I costi non sono trascurabili ma per chi convive col virus acquistare il trattamento a 800 euro a fronte dei circa 45.000 - 50.000 (prezzi ufficiali di listino) da sborsare in Italia è quasi una manna. Le case farmaceutiche infatti stabiliscono i prezzi con i governi in base al Pil del Paese acquirente. La differenza sta (quasi) tutta qui. E così nasce e si sviluppa. non

solo in Italia, il turismo farmaceutico. Che ha già numeri rilevanti: se si considerano anche i compratori online, in un paio di anni è passato da poche decine di coraggiosi sperimentatori agli attuali ordini di acquisto di migliaia di persone. L'epatite C può essere con-



trollata a lungo in una condizione che non crea rischi imminenti. Ma la malattia può progredire pericolosamente fino a diventare mortale. Il Servizio sanitario nazionale, che paga alle case farmaceutiche, al netto degli sconti, tra i 10 e i 12.000 euro a trattamento, offre oggi i nuovi e potenti farmaci gratuitamente solo quando la patologia ha già avuto una grave progressione. Questione di costi. I malati - circa 180.000 quelli diagnosticati in Italia - vogliono invece prevenire lo stadio avanzato. E chiedono, attraverso le associazioni, la rimozione delle limitazioni.

Il mancato accoglimento di questa richiesta produce il ricorso a strade diverse. Come quella intrapresa da un cittadino milanese che ha ordinato il farmaco generico online dall'India. La Dogana italiana, però, ha sequestrato i flaconcini con il medicinale in aeroporto perché le nostre leggi vietano l'importazione di farmaci. Il ricorso dell'uomo ha prodotto una sentenza del Tribunale di Roma (seguita in realtà ad altrettanti pronunciamenti dei magistrati di Genova, nel 2010, e Bari, nel 2012) che il 2 settembre ha ordinato il dissequestro del farmaco perché «è il caso di osservare che la quantità limitatissima dei prodotti importati, la accertata malattia del signor..., e la prescrizione medica prodotta, non possono lasciare dubbi in ordine alla destinazione esclusivamente personale dei prodotti importati». Dunque, per i giudici, avere importato il farmaco a fini personali non costituisce reato. Quella dei magistrati capitolini è una sentenza importante ma che non fa giurisprudenza perché se è vero che in questo tipo di transazione commerciale l'illecito penale è del venditore e non del compratore, resta il fatto che la vendita online di farmaci soggetti a prescrizione costituisce pur sempre una condotta vietata e contrastata a vari livelli dal nostro ordinamento.

Restano, dunque, i viaggi. Chi promuove quelli in India spiega che i medicinali sono «sicuri, legali e affidabili» perché «ognuno dei nostri clienti li acquista personalmente e direttamente in farmacia, ad Hyderabad». Inoltre, «sono tutti prodotti da case farmaceutiche indiane internazionalmente note e sotto licenza ufficiale». I malati si

fidano. Il business aumenta. E così nascono opportunità altrettanto favorevoli in Pakistan, Egitto e Marocco. Mentre le mafie ci strizzano l'occhio e iniziano ad alimentare l'immancabile mercato nero.

E in Europa? Se in Italia l'accesso universale alla nuova terapia è complicato, portoghesi, tedeschi e olandesi hanno deciso di compiere il grande passo: tutti i cittadini con il virus, gravi e meno gravi, hanno accesso alle nuove cure. «Anche da noi ci sono le condizioni per garantire un accesso programmato ma senza limitazioni considerando che presto nuove aziende

farmaceutiche metteranno a disposizione il farmaco a prezzi più vantaggiosi. Manca "solo" la volontà politica - tuona Ivan Gardini, presidente dell'Associazione di pazienti EpaC onlus -. Germania, Olanda e Portogallo, hanno mostrato affidabilità e capacità di negoziazione con le case farmaceutiche puntando a programmi pluriennali. Inoltre, loro sanno quanti pazienti curare. L'Italia, al contrario, naviga a vista, punta su un Fondo (Farmaci innovativi, ndr) che ha durata annuale e non ha idea di quanti pazienti trattare, anche perché la nostra epidemiologia è vecchia di 25 anni. È inaccettabile! La stima più aggiornata, quella che indica circa 180.000 malati, l'abbiamo ottenuta noi facendo una ricerca regione per regione». Un'altra ricerca l'ha condotta l'Università di Roma Tor Vergata. Nell'ipotesi in cui si decidesse di trattare 30.000 pazienti ogni anno, al 2022, spiegano dall'ateneo, si avrebbe un costo complessivo di 2,5 - 2,8 miliardi di euro (con una spesa media per paziente di circa 15.000 euro). L'efficacia della cura, secondo i ricercatori, comporterebbe il mancato esborso successivo di 12.500 euro per paziente - che non avrebbe più bisogno di altre terapie - già a partire dal 2018. Conclusione: «L'investimento proposto sembra avere tutti i criteri di una sostenibilità economico-finanziaria». Parola al governo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## DA SAPERE

### UN VIRUS E NESSUN VACCINO

Le epatiti virali sono processi infettivi che colpiscono il fegato. Per l'epatite C non esistono vaccini. Rispetto alle forme A e B, qui l'iniziale infezione acuta diventa cronica in una percentuale che arriva fino all'85%. Il 20-30% dei pazienti con malattia cronica sviluppa, in 10-20 anni, una cirrosi e da questa (1-4%) il cancro. In Italia sono 180.000 i pazienti diagnosticati. Ma tanti altri, pur avendo il virus, non lo sanno: in totale si potrebbe arrivare a 800mila.

### EPATITE A E B: ECCO LE DIFFERENZE

Nell'epatite A, il decorso è generalmente benigno. La malattia, come rileva l'Istituto superiore di sanità, è letale in una percentuale che arriva all'1,8% negli adulti over 50. Il resto dei pazienti guarisce completamente. Nell'Epatite B, il tasso di letalità è pari a circa l'1%, ma la percentuale aumenta negli over 40. Nell'adulto la malattia può cronicizzare in circa il 5-10% dei casi. Nel 20% l'epatite cronica può progredire in cirrosi epatica in pochi anni. Il cancro al fegato è un'altra complicità frequente. Da entrambe le forme (A e B) ci si può vaccinare.

# Quando e per quale tipo di paziente serve davvero la **telemedicina** a casa

## La ricerca

Una task force europea ha analizzato gli studi sul controllo a distanza di ventilatori meccanici

**L**e soluzioni tecnologiche offerte dalla sanità digitale attirano i pazienti ma nello stesso tempo li spaventano ancora. Anche — o forse soprattutto — quando si tratta di malattie respiratorie gravi dove è indispensabile il ventilatore meccanico.

Lo racconta l'indagine condotta da European Lung Foundation (si veda grafico), l'ente creato dalla European Respiratory Society (ERS) nel 2000 allo scopo di riunire professionisti del settore, pazienti e pubblico per migliorare la salute respiratoria.

Quasi la metà degli intervistati (cittadini di Italia, Spagna, Germania e Portogallo) si dichiara favorevole a un controllo a distanza, da parte del proprio curante, del dispositivo utilizzato per monitorare lo stato di salute dei pazienti che seguono una terapia a domicilio, ma un altro 30% del campione resta in forse e oltre il 20 per cento si oppone per i motivi più diversi.

Eppure si tratta di patologie altamente invalidanti, il cui peso assistenziale, psicologico, fisico e anche economico ricade tutto sui familiari che nella stragrande maggioranza possono contare solo su se stessi. Dunque la possibilità di un sostegno, sia pure a distanza, dovrebbe essere il benvenuto. Così non è. Basta riflettere sugli ultimi dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano: in Italia solo il 2% dei citta-

dini ha già usufruito dei servizi di telemedicina, solo il 30% ne ha sentito parlare (37% tra i cronici) e solo il 21% sa di cosa si tratta. «Questo ci dimostra che la tecnologia è una cosa positiva per certe patologie e per certi tipi di pazienti. Per altri, no — commenta Michele Vitacca, responsabile del gruppo di studio Pneumologia Riabilitativa e Assistenza domiciliare di Aipo (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) —. Sono convinto che per la telemedicina come per le altre applicazioni della eHealth non esista una ricetta unica per tutti, ma si dovrà puntare alla personalizzazione delle risposte».

Assieme al professor Nicolino Ambrosino, direttore del Centro di riabilitazione Auxilium Vitae di Volterra, Michele Vitacca coordina una task force della European Respiratory Society sul telemonitoraggio dei pazienti trattati con ventilazione meccanica domiciliare. Il gruppo di esperti ha voluto fare il punto della situazione in materia, attraverso una revisione sistematica della letteratura scientifica pubblicata sull'argomento fra il 2013 e il 2015. La ricerca ha portato all'estrapolazione di 2.975 articoli di cui solo 150 considerati appropriati all'analisi che si intendeva svolgere.

Lo studio, pubblicato sullo *European Respiratory Journal*, ha portato all'elaborazione di un documento che definisce una serie di raccomandazioni circa il telemonitoraggio del paziente in ventilazione meccanica.

«Ciò che emerge dall'analisi della letteratura è ancora contraddittorio — sottolinea Vi-

tacca, che è anche responsabile della Pneumologia Riabilitativa agli Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa, Centro Medico di Lumezzane (Bs) —. Come ho già detto, non si può pensare a un utilizzo indiscriminato di questi sistemi».

Così, il tipo di paziente che può ottenere maggiori benefici dalla telemedicina è quello che vive in aree disagiate (può esserlo anche la periferia di una metropoli), cronico e con più patologie, isolato socialmente e con scarso o nessun supporto familiare. Insomma, un grande “consumatore di risorse sanitarie” come lo definiscono i tecnici. Secondo la task force di ERS, poi, alcune patologie rispondono meglio di altre all'uso del telemonitoraggio: quelle neuromuscolari disabilitanti, come la sclerosi laterale amiotrofica, oppure i disturbi respiratori del sonno.

«In questo contesto il telemonitoraggio può offrire un grande supporto dal punto di vista diagnostico e prescrittivo — aggiunge lo pneumologo —, nonché in termini di controllo di aderenza alla terapia. Il telemonitoraggio può inoltre essere d'aiuto nelle campagne di educazione alla promozione del cambiamento degli stili di vita, nei pazienti che soffrono di disturbi del sonno che siano obesi e, o ipertesi. Più contraddittori, invece, sembrano essere i risultati su patologie come la broncopneumopatia cronica ostruttiva e la conseguente insufficienza respiratoria cronica».

**Ruggiero Corcella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il laboratorio

Gli ausili più adatti messi alla prova in tecno-abitazioni

**S** spesso il rientro a casa dopo un evento traumatico, che ha ridotto l'autonomia di una persona, si rivela un incubo perché in quelle condizioni l'ambiente domestico diventa "ostile". La Provincia Autonoma di Trento, in collaborazione con i Dipartimenti di Ingegneria dell'Università degli Studi di Trento e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, ha lanciato il progetto "Ausilia", per studiare "dal vivo" le soluzioni migliori per facilitare il rientro a casa

di pazienti con disabilità motoria e cognitiva. A questo scopo sono stati creati una palestra-laboratorio e un appartamento altamente tecnologico. In palestra saranno preparati gli ausili "su misura" per il paziente che potrà poi sperimentarli nell'appartamento, dove soggiognerà per un determinato periodo. Un sistema di sensori integrato nell'abitazione consentirà di monitorare uso ed efficacia degli ausili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il progetto di Fondazione ANT

## La realtà virtuale a domicilio può aiutare i malati oncologici?

La realtà virtuale portata a casa dei pazienti oncologici per migliorarne la qualità della vita e ridurre l'impatto negativo dell'isolamento socio-sensoriale. È l'obiettivo di *The Look of Life*, progetto di realtà virtuale ideato da Fondazione ANT (associazione non profit italiana per l'assistenza specialistica e domiciliare gratuita ai malati di tumore), e dall'associazione culturale Menomale (esplora le nuove possibilità di linguaggio offerte dalle innovazioni tecnologiche digitali), in collaborazione con il Centro di Ricerca HIT (Human Inspired Technology Research Centre) dell'Università di Padova diretto dal professor Luciano Gamberini. Un team di psicologi si recherà nelle case dei pazienti in assistenza con Fondazione ANT per valutare con uno studio scientifico l'effetto di questa tecnologia innovativa, sottoponendo loro video tridimensionali selezionati fra quelli presenti in rete e alcuni creati ad hoc. Le esperienze proposte, alcune personalizzate in base ai desideri dei pazienti, hanno la potenzialità di regalare un momento rilassante, risvegliare l'attenzione e il piacere della scoperta attraverso emozioni come la meraviglia, la gioia e lo stupore che spesso la malattia rischia di allontanare dalla quotidianità del malato e dei suoi famigliari. Sarà anche creato un portale *The look of life* aperto anche a chi soffre di patologie non oncologiche ma ugualmente invalidanti.

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'indagine europea

Sarebbe soddisfatto se il suo curante la seguisse con un sistema di controllo a distanza (del ventilatore meccanico)?



#### LE RAGIONI DEL «NO»

- ♥ Paura/fastidio di essere sempre controllati da qualcuno («il Grande Fratello»)
- ♥ Preoccupazioni sulla sicurezza della privacy per quanto riguarda informazioni/dati personali
- ♥ Ansia circa le conseguenze, cioè meno visite/preferenza per il contatto personale
- ♥ La quantità di aria che si riceve dal ventilatore a casa è adeguata e quindi non si vuole/ritiene utile cambiarla a distanza
- ♥ Potrebbe essere utile per pazienti «non autonomi» ma altri potrebbero perdere un certo senso di controllo/responsabilità
- ♥ C'è bisogno di ulteriori informazioni per prendere una decisione

Fonte: European lung foundation (ELF), Indagine sulla ventilazione meccanica a domicilio (campione di 890 pazienti), 2016 CdS