

# PILLOLA D'EMERGENZA A CHI CHIEDERLA ADESSO

Dopo mesi di dibattito è arrivata la decisione definitiva: questo contraccettivo si può acquistare senza ricetta. Ma tra le donne ci sono ancora tanti dubbi. Facciamo chiarezza

di CINZIA TESTA scrivi a [dminforma@mondadori.it](mailto:dminforma@mondadori.it)

Lo ha deciso l'Aifa, l'Agenzia del farmaco. Chi ha più di 18 anni potrà acquistare la cosiddetta "pillola dei 5 giorni dopo" senza passare prima dal medico. L'obbligo di ricetta resta solo per le minorenni. A questo si aggiunge un'altra novità: finora prima di usare questo contraccettivo di emergenza si era obbligate a fare il test che escludesse una gravidanza già in atto. Adesso non più. Ma semplificare l'acquisto e l'uso del medicinale non porterà ad abusarne? «Al contrario. In Francia e in Svezia, dove l'educazione alla contraccezione viene effettuata abitualmente anche dai farmacisti, è aumentato del 20 per cento l'uso di metodi sicuri tra le più giovani» spiega Rossella Nappi, docente di ginecologia e ostetricia all'università degli studi di Pavia. «Anche in Italia sono in fase di preparazione depliant sui metodi anticoncezionali che verranno consegnati in farmacia insieme alla pillola d'emergenza». Vediamo, con l'aiuto dell'esperta, come muoversi d'ora in poi.

**Le novità previste dall'Aifa sono già in vigore?**

In questa fase è ancora richiesta la ricetta medica anche a chi è maggiorenne. Perché manca un passaggio burocratico indispensabile per poter classificare il farmaco tra quelli vendibili senza ricetta. La procedura verrà completata in un paio di mesi.

**E se il farmacista si rifiuta di vendere la pillola (o il medico di prescriberla)?**

La pillola dei 5 giorni dopo non è un farmaco abortivo: funziona bloccando l'ovulazione, ma non intercetta l'ovulo se è già avvenuto il concepimento. Per legge, comunque, medici e farmacisti sono tenuti a indirizzare a un collega che non sia obiettore di coscienza.

**Alle minorenni può prescriberla solo un ginecologo?**

No, va bene qualsiasi medico. Bisogna però tener presente il fattore tempo. È vero che la pillola può essere presa fino a cinque giorni dopo il rapporto a rischio. Ma l'efficacia è massima nelle prime 48 ore. Di notte o nel weekend meglio andare direttamente in ospedale o all'ambulatorio della guardia medica.

**Può creare problemi di salute?**

In rari casi viene un po' di mal di pancia o nausea e qualche giorno dopo l'assunzione a volte si hanno leggere perdite di sangue. È importante, però, usare il preservativo fino al ciclo successivo perché non si è protette.



Sul sito dell'associazione Vita di donna ([www.vitadidonna.it](http://www.vitadidonna.it)) trovi il consultorio più vicino a te. E, se sei in difficoltà, puoi chiamare l'associazione al numero sempre attivo 3339856046.

## due ragazze raccontano

### Mi ha aiutato un'infermiera

**Sara, 17 anni.** Ero in vacanza con il mio ragazzo e si è rotto il preservativo. Siamo corsi in ospedale ma i medici di turno si sono rifiutati di assistermi, sostenendo di essere obiettori di coscienza. Ero spaventata, non sapevo dove sbattere la testa. Per fortuna ci ha aiutati un'infermiera. Ci ha chiesto a che ora avevamo avuto il rapporto a rischio e ci ha spiegato che potevamo aspettare la mattina successiva. Ci ha anche consigliato un sito [www.mettiche.it](http://www.mettiche.it) con la mappa dei consultori di tutta Italia: così abbiamo trovato una struttura vicina e risolto il problema.



### Tenevo sempre una ricetta nella borsa

**Cecilia, 16 anni.** Nel portafoglio conservavo una ricetta già pronta, che mi ha preparato la mia ginecologa. E 40 euro, più o meno il costo del farmaco. Mi sembrava una precauzione inutile, perché uso la pillola contraccettiva. Invece una sera ho dimenticato di prenderla e me ne sono accorta solo il giorno dopo. Ero nel panico, perché era pure domenica. Per fortuna avevo la ricetta e i soldi, così sono andata direttamente in una farmacia di turno. Ho avuto un po' di problemi perché mancava la data sulla ricetta. Ma la mia ginecologa mi aveva avvertito che poteva succedere e mi aveva autorizzata a chiamarla a qualsiasi ora. Infatti ha parlato lei con la farmacista, che mi ha dato la pillola.

## Il voto

# Fecondazione: la Consulta rinvia la decisione sulle coppie fertili

## Il caso

**Legge 40**  
Il verdetto  
entro  
l'estate  
Al vaglio  
il divieto  
di diagnosi  
pre impianto

Slitta il verdetto sulla fecondazione assistita e sulla diagnosi pre-impianto per le coppie fertili. È la Consulta che si deve pronunciare ancora una volta sulla legge. La causa discussa in udienza pubblica, verrà approfondita e votata in altra data.

Le due coppie il cui caso è alla base della nuova questione di legittimità costituzionale presentata alla Consulta sulla legge 40 e la fecondazione assistita, per ora non si lasciano andare a commenti e aspettano. «Un'attesa fiduciosa», fanno sapere gli avvocati Filomena Gallo e Gianni Baldini, che per conto dell'Associazione Luca Coscioni hanno rappresentato le loro istanze di fronte alla Corte, con la richiesta di abbattere uno degli ultimi limiti della legge 40 rimasti in piedi: quello che ne-

ga alle coppie fertili con malattie genetiche l'accesso alla fecondazione, impedendo anche - retaggio tutto italiano - la diagnosi pre-impianto. La Corte Costituzionale, infatti,

ha deciso di prendere tempo. Ieri la questione è stata affrontata in udienza: il giudice Rosario Morelli, relatore, ha illustrato il caso. Gli avvocati Gallo e Baldini hanno esposto la propria posizione. Lo Stato non si è espresso, perché l'Avvocatura - ed è un segnale - ha deciso di non costituirsi a difesa del dettato attuale della norma. La Corte si è poi chiusa in camera di consiglio nel pomeriggio, ma non ha votato e la decisione è slittata. Oggi, quando era convocata un'ulteriore camera di consiglio per discutere altre cause, non sono stati fatti altri passaggi verso una decisione ed è filtrato che la questione è aggiornata «ad una prossima camera di consiglio». La prima occasione utile è a partire dal 27 aprile, perché la settimana entrante è «bianca», cioè la Corte non si riunisce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

## Manovra sanità 2015. Tagli per 2,637 miliardi

**Colpiti Beni e servizi e dispositivi medici. Prestazioni specialistiche e riabilitative “inutili” a carico del cittadino. Sforbiciata ai “primariati” e a ricoveri privati. Mazzata per la farmaceutica. Ma c'è stop Regioni. Rinvio al 23 aprile**

*A un passo dall'intesa nuovo stop delle regioni che chiedono modifiche ([vedi](#)). I tagli peseranno su beni e servizi e dispositivi medici per quasi 1,5 miliardi. Per 195 mln su prestazioni specialistiche e di riabilitazione. Per 10 mln sui ricoveri nelle cliniche con meno di 40 letti e per 68 mln sulla riduzione dei "primariati". E infine per 545 milioni sulla farmaceutica tra prezzi di riferimento, scadenza brevetti e diminuzione del fondo per territoriale e ospedaliera. [IL TESTO DELL'INTESA](#), [LE TABELLE](#), [GLI EMENDAMENTI DELLE REGIONI](#).*



**15 APR** - La sforbiciata di 2,637 miliardi alla sanità è stata definita. Manca solo l'intesa tra Stato e Regioni prevista per oggi pomeriggio. Rispetto alla manovra [da noi anticipata il 2 aprile scorso](#) non cambia quasi nulla. C'è infatti una sola novità che riguarda le aziende produttrici di dispositivi medici che dal 2016 saranno chiamate a concorrere al pagamento dell'eventuale sfondamento del tetto di spesa programmato, come avviene già da tempo nel settore della farmaceutica.

**Ma andiamo con ordine.** Al totale di 2,637 miliardi si arriva sommando i 2,352 miliardi (di cui 2 a carico delle regioni a statuto ordinario e 352 di quelle autonome) di minore stanziamento del fondo sanitario 2015, stabilito [dall'intesa del 26 febbraio scorso](#), con i 285 milioni in meno per l'edilizia sanitaria, previsti anch'essi dall'intesa di febbraio.

Con questa nuova intesa sono stati individuati, come previsto, i settori dove intervenire per recuperare il minor finanziamento del Fondo. Nel testo finale che pubblichiamo in allegato, trasmesso ieri pomeriggio alla Stato Regioni, si confermano tutte le misure messe sul tavolo dai tecnici nelle settimane scorse e in particolare:

### **Beni e servizi**

Si prevede la rinegoziazione dei contratti di acquisto per raggiungere uno sconto medio del 4%. L'ammontare dei contratti rinegoziabili per il 2014 è stimato di circa 16,3 miliardi e il risparmio associabile all'abbattimento

del 4% medio dei prezzi unitari di fornitura (esclusi farmaci e dispositivi medici), derivante dall'applicazione del dl 35/2013 e del dl 66/2014, **è stimato in un valore pari a 652,5 milioni di euro.**

### **Dispositivi medici**

Per i dispositivi medici si prevede ugualmente la rinegoziazione dei contratti, ma non si indica una percentuale media di sconto. In ogni caso secondo i calcoli dei tecnici di regioni e governo, **l'ammontare del risparmio associabile a tale misura sarà di 845 milioni di euro** quale differenziale tra l'attuale valore di spesa e il valore del tetto che resta fissato comunque al 4,4%.

Viene poi previsto, ma a partire dal 2016, che le aziende produttrici di dispositivi medici dovranno concorrere, in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa, al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato in misura del 30% dal 2016, del 40 dal 2017 e del 50% dal 2018.

Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che deriverà dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione dovrebbe diventare operativo presso il Ministero della Salute l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da ANAC o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

### **Appropriatezza. Cittadino pagherà di tasca propria le prestazioni "inutili"**

E' un altro dei pilastri della manovra. Governo e Regioni sono convinti che si possa incidere su prestazioni specialistiche e riabilitative non necessarie ma prescritte ugualmente dai medici. Sarà un decreto ministeriale ad individuare, entro 60 giorni dall'intesa, le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza.**

Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando una riduzione del trattamento economico accessorio per il personale medico dipendente del SSN o degli incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza per il personale medico convenzionato.

**In relazione a questi interventi le Regioni saranno poi tenute a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assicurando un abbattimento medio dell'1% del valore dei contratti in essere.**

**L'ammontare del risparmio per queste misure contro l'inappropriatezza è stato stimato in circa 106 mln di euro**, di cui 69 mln di euro quale effetto derivante dalla riduzione dei consumi nel settore privato accreditato e di 37 mln di euro dall'efficientamento del settore pubblico attraverso la conseguente riduzione dei costi variabili.

### **Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza**

Previsto un altro decreto ministeriale, sempre entro 60 giorni dall'intesa, che individuerà i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

**L'ammontare del risparmio stimato per questa misura è di 89 mln di euro**, quale effetto derivante dalla riduzione dei ricoveri e della relativa valorizzazione tariffaria nel settore privato accreditato.

#### ***Applicazione dei nuovi standard ospedalieri***

**Si stima un risparmio di 10 milioni di euro dall'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto** (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospecialistiche).

**Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale**, a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio. **L'ammontare del risparmio si stima in 68 mln di euro**, quale effetto derivante dalla riduzione di 2.069 strutture complesse ospedaliere (le sole condizionate dal parametro dei posti letto previsto dal regolamento ospedaliero) e di 8.718 strutture semplici (condizionate dal numero di strutture complesse) nelle regioni tenute a ridurre il numero di strutture semplici e complesse rispetto allo standard calcolato sulla base dell'applicazione del regolamento.

Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118, sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.

#### **Farmaceutica territoriale ed ospedaliera**

Si prevede **l'introduzione dell'elenco dei prezzi di riferimento**. In proposito è previsto che entro il 30 giugno 2015 AIFA provveda alla ridefinizione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale prevedendo l'introduzione di prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del SSN di medicinali terapeutamente assimilabili.

Per farlo l'Aifa definirà le modalità di individuazione e valutazione di medicinali terapeutamente assimilabili; individuerà i raggruppamenti di medicinali terapeutamente assimilabili; individuare, nell'ambito di ogni raggruppamento, i sottogruppi di confezioni che consentono la medesima intensità di trattamento (intesa come numero totale di giornate di terapia di ogni confezione), fissando il prezzo massimo di rimborso da parte del SSN in corrispondenza della confezione con il prezzo al pubblico più basso.

**L'ammontare del risparmio si stima in 400 milioni di euro su base annua e, pertanto, per il 2015 in circa 200 milioni di euro.**

Riforma della disciplina di definizione del **prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale**. All'Aifa viene dato il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche, in riduzione di almeno il 20%, il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeutamente assimilabile.

**L'ammontare del risparmio si stima in 35 milioni di euro nel 2015 e 105 milioni di euro nel 2016.**

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (**payment-by-result, risk- cost-sharing, success fee**). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata

dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

**Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati.** In conseguenza dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), **i livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 310 milioni di euro.** In caso di sfondamento, come è noto, esso sarà a carico della filiera farmaceutica (per la spesa territoriale) e della filiera farmaceutica e delle regioni (per la spesa farmaceutica ospedaliera) ciascuna nella misura del 50%.

#### **Nuove misure per la governance del sistema sanitario**

In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni convengono sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario da considerare nell'ambito del lavoro di spending review in atto da parte del Governo.

#### ***In particolare:***

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi:

#### **Medicina difensiva**

Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

Mercoledì 15 APRILE 2015

## **Intervista a Scaccabarozzi: “Proposte Regioni inaccettabili. Dicano loro ai malati che i farmaci se li dovranno pagare”**

***Il presidente di Farindustria è furioso, ma anche sconcertato per l'ennesima proposta di taglio al farmaco contenuta negli emendamenti delle Regioni all'intesa che già prevede pesanti interventi sul settore. Ecco cosa ci ha detto***

Il presidente di Farindustria è...un aggettivo è difficile da trovare per descrivere lo stato d'animo di **Massimo Scaccabarozzi** che abbiamo raggiunto al telefono questa sera per commentare la manovra sanità e i nuovi emendamenti proposti dalle Regioni.

“Lo devono dire loro (*le Regioni, ndr.*) ai cittadini che da domani non ci saranno più farmaci a disposizione per la cura di malattie importanti. Si devono prendere questa responsabilità”, esordisce ancor prima di porgli la prima domanda, che è questa.

***Ma presidente, in realtà le Regioni dicono di voler andare incontro ai cittadini prevedendo che la differenza di prezzo tra un farmaco per la stessa terapia non sia posta a carico loro, ma che sia l'azienda a scegliere se allinearsi al prezzo di riferimento oppure andare in fascia ...***

“Sì ma non dicono che, visti i prezzi che abbiamo in Italia, che sono già i più bassi d'Europa, nessuno potrà abbassarli ulteriormente. E non stiamo parlando di equivalenti, ma di specialità medicinali per terapie anche importanti. Quello che le Regioni dovrebbero dire, lo ripeto, è che non sono state in grado di amministrare la sanità e che riescono solo ad andare avanti con questi tagli lineari e senza senso”.

***E quindi che succederà?*** “Succederà che se dovesse passare questa proposta scellerata saranno tantissimi i farmaci che andranno in fascia C e vediamo chi avrà il coraggio di dirlo ai malati”.

***C'è poi un'altra proposta emendativa, che prevede di inserire anche i farmaci innovativi, di cui al nuovo Fondo, nel calcolo dello sfondamento dei tetti...***

“Un'altra follia, che costerà altri 500 milioni alla farmaceutica. E' un assurdo, primo perché c'è il Fondo nazionale che serve proprio a finanziare l'innovazione e poi perché la legge che lo ha istituito già prevede il concorso delle imprese all'eventuale sfondamento del finanziamento dedicato. Ma, lo ripeto, siamo alla follia e all'incapacità delle regioni di governare i propri servizi sanitari”.

“Tutto il contrario di quanto stiamo cercando di impostare con il Governo, Renzi e Lorenzin in testa, per dare una svolta all'impresa farmaceutica in Italia. Con nuovi investimenti in ricerca e nuova occupazione. Ma certo se le ipotesi regionali andranno avanti penso che questa speranza crollerà molto presto”

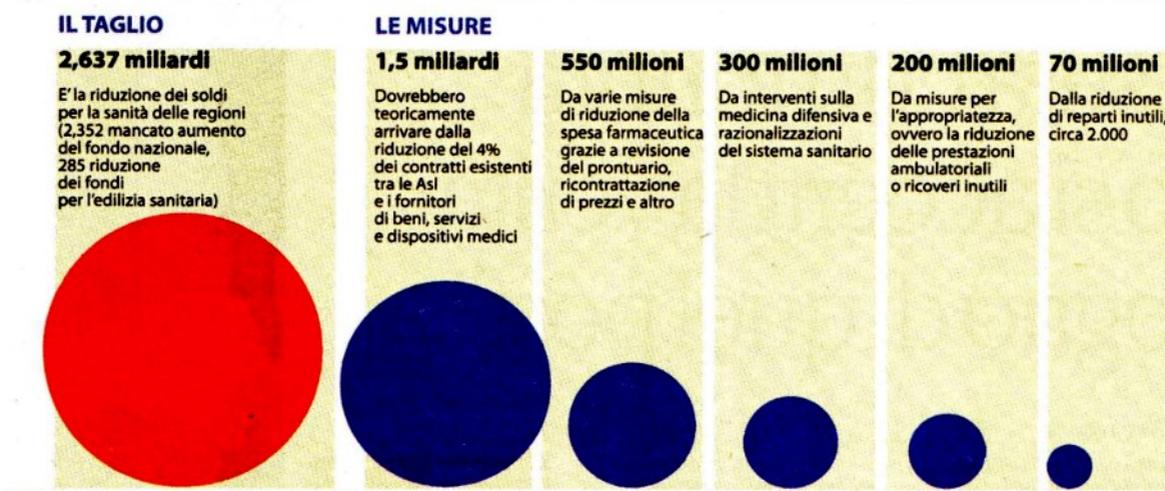
***Ma c'erano alternative a questi tagli?*** “Penso che nei quasi 200 miliardi di spese regionali, tolta la sanità e il personale regionale, qualcosa da tagliare ci sia. Ma le Regioni hanno scelto di puntare tutto su due settori, quello della salute e quello degli investimenti per le aree disagiate, senza alcuna volontà di andare a vedere realmente sprechi e inefficienze nelle mille voci dei loro bilanci. E' veramente triste”. “Del resto se avessero lasciato fare a Renzi lui avrebbe probabilmente usato altri parametri e altre forbici. E forse è proprio questo che le regioni hanno voluto evitare”.

“Noi la nostra parte, del resto, l'abbiamo già fatta per il rilancio del Paese. Portanto investimenti e nuovi posti di lavoro. Non si dovrebbe mai dimenticare”

**C.F.**

# Acquisti e farmaci, ecco i tagli alla sanità

Le Regioni dovrebbero realizzare il grosso dei sacrifici richiesti (2,6 miliardi) risparmiando sui contratti con i fornitori ma alcune di loro resistono e preparano misure alternative. Prevista anche una riduzione dei reparti inutili



## Possibile ricontrattazione dei prezzi dei medicinali e revisione del prontuario

MICHELE BOCCI

LA SANITÀ italiana quest'anno deve affrontare un taglio da 2 miliardi e 637 milioni, e i soldi li va a cercare soprattutto dai fornitori. E' ormai chiuso l'accordo tra le regioni sulla riduzione, o meglio sul mancato aumento, del Fondo sanitario nazionale per il 2015, anche se ieri c'è stato un rinvio di una settimana perché i governatori hanno proposto alcuni emendamenti e chiedono rassicurazioni per i prossimi 2 anni.

La maggior parte dei soldi, circa un miliardo e mezzo, teoricamente verranno recuperati presso i fornitori di beni e servizi o i produttori di dispositivi medici. Teoricamente. Le misure previste, infatti, non devono essere adottate per forza dalle varie amministrazioni. E così andrà a finire che in pochi taglieranno del 4%, come previsto nell'accordo, i contratti con chi fornisce la mensa o pulisce gli ospedali. L'idea era già venuta al governo Monti e fu un fallimento, chi provò a portarla avanti si trovò di fronte ricorsi e proteste delle aziende private. E infatti già alcune regioni si smarcano. «Noi non vogliamo creare problemi occupazionali a chi lavora in queste ditte, percorreremo altre strade», dice l'assessore alla Salute Luigi Marroni della Toscana. Sergio

Venturi dell'Emilia è su una linea simile: «La nostra regione ha già avviato la sua spending interna, non useremo tutte le misure previste a Roma». Praticamente tutte le amministrazioni stavano lavorando sulla spesa perché sapevano della riduzione di quest'anno. «Avevamo avviato già le nostre misure - dice l'assessore siciliano Lucia Borsellino - ma useremo anche quelle dell'accordo, compresa la rinegoziazione dei contratti con i fornitori». La novità non piace per niente ad Assobiomedica, che riunisce i produttori di dispositivi. «Sono misure inique e contrarie ai principi della Ue e a quelli sostanziali del diritto nazionale», dice il presidente Stefano Rimondi.

Anche dalla farmaceutica si vogliono recuperare soldi (oltre 500 milioni). Intanto si prevede una revisione del prontuario, inserendo prezzi di riferimento per i medicinali che sono assimilabili dal punto di vista terapeutico (ad esempio quelli per abbassare il colesterolo). Si vuole anche ridurre del 20% il prezzo dei farmaci biotecnologici e se, quando scade il brevetto, non c'è ancora un generico. Poi ci sono misure sulle prestazioni non appropriate. Si prevede di individuare visite e esami a rischio (ad esempio le risonanze alle articolazioni) e indicare ai medici le "condizioni di erogabilità". Fuori da queste, il cittadino paga per intero la prestazione. E se la Asl scopre che è stato il professionista a definire necessario un esame che non lo era, può ridurre il suo trattamento economico. Nello stesso fi-

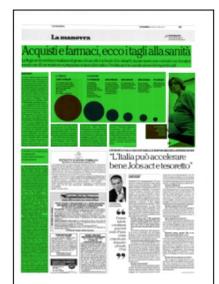
lone (che tutto insieme dovrebbe far risparmiare 200 milioni) ci sono riduzione dei reparti inutili (circa 2.000) e stop alle cliniche convenzionate con meno di 40 letti. Verranno anche ridotte le centrali operative del 118. Più in generale, si ipotizza una riorganizzazione del sistema delle Asl.

Solo il Veneto non ha approvato l'accordo e ieri il governatore Zaia ha ribadito che le misure previste la sua regione le ha già adottate tutte, e non ha margini di intervento. Il presidente della Conferenza delle Regioni, Chiamparino, ha invece spiegato che prima di chiudere si chiede al governo un tavolo sui farmaci innovativi, in particolare si vorrebbero inserire i nuovi costosissimi farmaci per l'epatite C nel sistema di payback, che prevede nel caso di uno sfondamento della spesa farmaceutica che tutte le industrie partecipino a ripianarla. «Possiamo affrontare sicuramente i nodi 2015 - aggiunge - però chiediamo che da subito si affronti il tema del patto della salute lavorando tra l'altro sulla rivisitazione dei Lea e sui ticket. Così renderemo sostenibile il servizio sanitario dal 2016».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AL GOVERNO  
Il ministro  
della Salute,  
Beatrice  
Lorenzin



**Sanità.** Scontro sui medicinali anti epatite C

# Stretta sui farmaci, salta in extremis l'intesa con le Regioni

## STRETTA SUI MEDICI

I governatori: i medici che prescrivono farmaci e analisi in modo inappropriato siano perseguiti per responsabilità patrimoniale

**Roberto Turno**

■ La stretta sui farmaci e quella sui dispositivi medici. Il danno patrimoniale a carico dei medici iperprescrittori. E la querelle che si inasprisce sui medicinali anti epatite C, con una soluzione che potrebbe azzerare i ricavi per le industrie che li producono. Giunta all'ultimo miglio, l'intesa Governo-regioni sui tagli da 2,35 mld alla spesa sanitaria nel 2015 ha subito ieri un'improvvisa battuta d'arresto. I governatori hanno alzato il tiro con i loro emendamenti al testo del [ministero della Salute](#) e la Conferenza Stato-Regioni straordinaria è stata rinviata. La matassa dovrà essere sbrogliata entro giovedì prossimo.

Una settimana di tempo per cercare quel compromesso che ieri, di punto in bianco, s'è rivelato impossibile. «Serve una riflessione», ha risposto il Governo col sottosegretario agli Affari regionali, Gianluca Bressa, davanti a richieste non tutte giudicate «opportune». Fatto sta che si annunciano sette giorni caldissimi. Anche perché nel frattempo i governatori non le hanno mandate a dire: chiedono che il «Patto per la salute» sia rivisto, come del resto prescrive lo stesso accordo del luglio scorso. Altrimenti, ha dichiarato il rappresentante dei governatori, Sergio Chiamparino (Piemonte), «il 2016 sarà un anno impossibile da gestire». Un segnale che rafforza la volontà delle regioni di avere con la legge di stabilità per il 2016 un aumento

dei fondi per la salute che la manovra 2015 ha cristallizzato al 2014. Tutto questo mentre si è ormai a ridosso del voto in sette regioni e materie come ticket, livelli essenziali di assistenza e ospedali, non sono di sicuro un buon biglietto da visita sotto le urne.

Lo strappo dei governatori ha toccato almeno quattro aspetti dell'intesa in itinere. A partire dai farmaci e dalla rivoluzione del Prontuario che con i suoi criteri di revisione «scarica i risparmi ipotizzati sui cittadini che dovranno aggiungere di tasca propria la differenza di prezzo tra il farmaco meno costoso e quello più costoso». Il risparmio ipotizzato è di 200 mln quest'anno e di 400 dal prossimo. La proposta regionale è di fissare il livello di rimborso per ogni raggruppamento secondo uno speciale meccanismo secondo il quale le imprese che non abbassano i listini all'asticella del prezzo di rimborso vedranno il proprio farmaco uscire dalla rimborsabilità. Altra richiesta: sui farmaci biotech scaduti di brevetto l'Aifa deve ridurre i prezzi del 20%, non trattare lo sconto. Ed ecco poi la partita dei farmaci contro l'epatite C per i quali, su proposta della ministra [Beatrice Lorenzin](#), è stato istituito con la manovra 2015 un fondo ad hoc (500 mln per 2 anni): le regioni, su input della Lega, chiedono di inserire i costi per i farmaci C nel tetto della spesa farmaceutica territoriale (di fatto cancellando il Fondo ad hoc), altrimenti, scrivono, quella spesa sarebbe «fuori dal meccanismo del pay back» a carico delle imprese. Un calcolo che eviterebbe ripiani per le regioni ma rischierebbe di penalizzare pressoché intera-

mente le aziende produttrici, costrette a un maxi ripiano. Senza scordare i 50 mila pazienti in attesa di accedere alla cura.

Ma gli emendamenti dei governatori non si esauriscono alla «voce farmaci». Per i dispositivi medici chiedono che il ripiano per gli sfondamenti di spesa parta già nell'ultimo semestre di quest'anno. Che sangue ed emoderivati, come i contributi alle associazioni di volontariato, siano esclusi dalla rinegoziazione dei contratti d'acquisto di beni e servizi. Che, anziché tagli al trattamento economico accessorio, i medici cattivi prescrittori (per inappropriata prescrizione) siano perseguiti per responsabilità patrimoniale, come già avviene per i farmaci indebitamente prescritti. E, ancora, che siano rinegoziati gli acquisti di prestazioni «da privato» rivedendo tetti e tariffe.

Insomma, modifiche di peso, non semplici riscritture, quelle dei governatori. Non a caso Chiamparino ha rilanciato la necessità a questo punto di rimettere mano al «Patto». Mentre il governatore veneto del Carroccio, Luca Zaia, come aveva anticipato l'assessore Luca Coletto, ha letteralmente sbarrato le porte: «Restiamo sulle barricate con un no granitico».

Intanto contro la manovra ieri sono scese in campo altre imprese, dopo Farindustria. «La farmaceutica non sopporta altri tagli», afferma Federfarma (farmacie private). Mentre Stefano Riboldi, presidente di Assobiomedica (dispositivi medici), accusa: «Così si umilia un settore produttivo. La rinegoziazione dei contratti e il payback per le nostre imprese sono misure inique e contrarie alla Ue e ai principi sostanziali del diritto nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SALUTE IL SEN. D'AMBROSIO LETTIERI**

## «Come ottimizzare la spesa sanitaria e tutelare i malati»

● **BARI.** «Separazione di competenze, ma obiettivi unitari - dice il sen. Luigi d'Ambrosio Lettieri, presidente dell'Ordine interprovinciale dei Farmacisti di Bari e Bat - per contribuire a migliorare la qualità della vita dei pazienti, ottimizzare la spesa sanitaria e ottenere da un farmaco, con la piena aderenza alle cure prescritte, la massima efficacia: è questa la direzione che segna il percorso di collaborazione tra medico e farmacista già avviato con la Pharmaceutical care e il progetto Mur. E ritengo sia sempre questa la strada maestra in cui vada inquadrata la questione dell'appropriatezza delle prescrizioni per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci biologici e di quelli bio-similari che non si può ridurre evidentemente ad un mero problema di costi, né può essere affrontato, come ha fatto l'assessorato regionale alla Sanità, con l'emanazione a prescindere di circolari unilaterali, penalizzanti e che non risolvono il problema».

«È noto - prosegue D'Ambrosio Lettieri - che per i farmaci biotecnologici non si può garantire la bioequivalenza tra originator e similare. Per sua natura, infatti, il farmaco biologico non è riproducibile in maniera perfettamente identica. E, dunque, la sostituzione con un suo similare deve essere valutata attentamente dal medico, senza condizionamenti di tipo economicistico ma facendo prevalere, quando e se possibile, il rapporto costo-beneficio garantendo sempre al paziente il diritto di accesso alla terapia più efficace».

«Naturalmente - conclude D'Ambrosio Lettieri - sono proprio gli strumenti di interazione tra medico-farmacista-paziente che possono contribuire a garantire efficacia delle terapie e governo della spesa sanitaria. Il pieno rispetto delle peculiarità professionali, delle competenze specifiche e del ruolo esercitato da ciascuna componente, in piena autonomia e senza improprie sovrapposizioni, ne è condizione essenziale. La parola d'ordine, dunque, non può che essere collaborazione. Non solo tra farmacisti e medici, ma anche tra professioni e istituzioni».



**Codacons** Nuova condanna per lo Stato per il mancato adeguamento retributivo per gli anni di specializzazione

## Medici specialisti risarciti con 590mila euro

■ «Nuova condanna per lo Stato Italiano sul fronte dei medici specialisti. La I sezione della Corte d'Appello di Roma, infatti, ha riconosciuto i diritti di 208 medici rappresentati dal Codacons, che non avevano ricevuto le retribuzioni loro spettanti durante gli anni di specializzazione.

Tra questi anche 22 camici bianchi residenti nel Lazio, che avevano promosso il ricorso attraverso l'associazione dei consumatori. Secondo i giudici della Corte (Pres. Corrado Maffei, Rel. Raffaella Tronci), la domanda dei camici bianchi «va accolta con riferimento al danno da tardivo recepimento delle direttive comunitarie, concretizzatosi nella mancata percezione del trattamento economico, va in via generale osservato che il dottore in medicina che abbia frequentato scuole di specializzazione nel periodo interessato al mancato adeguamento alla normativa, avrebbe frequentato i corsi secondo le caratteristiche prescritte dalla normativa comunitaria se vi fosse già stato l'adeguamento.

Sicché il danno per il mancato tempestivo adeguamento va individuato nella perdita del beneficio economico che sicuramente sarebbe stato connesso alla frequenza del corso. La Corte d'Appello ha così condannato la Presidenza del Consiglio dei Ministri a risarcire, tra gli altri, 22 medici specialisti assistiti dal

Codacons e residenti nel Lazio con la maxi-cifra totale di 590.827 euro, pari a oltre 26.800 euro a medico».

Così in una nota il Codacons. «Una sentenza che fa seguito ad altre decine di pronunce analoghe in favore di centinaia di camici bianchi ottenute dal Codacons nei tribunali di tutta Italia, e che hanno portato l'associazione ad ottenere complessivamente 62 milioni di euro di risarcimento dallo Stato Italiano. Ed è ancora possibile per i medici aderire all'azione entro il prossimo 20 maggio, seguendo le istruzioni riportate sul sito [www.codacons.it](http://www.codacons.it)».

**R.D.C.**



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

## Colon, la sopravvivenza dipende anche dalla posizione del tumore

*I carcinomi che insorgono a destra della flessura splenica hanno una prognosi peggiore, ma sembrano essere numericamente meno frequenti*

**di Vera Martinella**



Cambia qualcosa se il tumore è localizzato nella metà destra o sinistra del colon? Ovvero, bisognerebbe considerare anche il punto in cui si trova la lesione per decidere le terapie da intraprendere nei malati con questa neoplasia? Se lo è chiesto un gruppo di ricercatori italiani e americani che ha valutato i dati di oltre duemila pazienti con un carcinoma colonrettale metastatico (non trattato in precedenza e curati in prima linea con chemioterapia e l'eventuale aggiunta di bevacizumab) per verificare se esiste una differenza nella prognosi sulla base della posizione del tumore. «Sappiamo che i tumori situati nella parte destra del colon hanno una prognosi peggiore di quelli a sinistra - dice Stefano Cascinu, responsabile dell'Oncologia Medica azienda ospedaliera universitaria di Ancona -. I motivi restano in parte da chiarire: per ora è noto che nella parte destra sono presenti le mutazioni genetiche più sfavorevoli e che la biologia dei tumori è diversa a seconda della loro collocazione anatomica». Insomma, le neoplasie che interessano la parte dell'intestino posta a destra della flessura splenica (ovvero colon cieco e ascendente) appaiono più aggressive e difficili da curare di quelle a sinistra (colon distale e sigma).

### ***Il 70 per cento dei tumori trovati a sinistra***

E lo confermano gli esiti dell'analisi pubblicata sul *Journal of the National Cancer Institute* dal team di oncologi della University of Southern California di Los Angeles e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana Istituto Toscano Tumori di Pisa, coordinati da Fotios Loupakis, che hanno esaminato i dati di tre differenti studi. Dalle informazioni raccolte dai 2027 pazienti inclusi nell'indagine emerge che circa il 70 per cento dei partecipanti aveva un carcinoma nella parte sinistra e ha avuto un esito migliore delle cure, in termini di sopravvivenza, rispetto al 30 per cento con malattia a destra. «E' un'informazione molto interessante da tenere presente nelle future sperimentazioni cliniche – commenta Cascinu -, ma per ora non comporta nessuna differenza nelle terapie somministrate ai malati oggi. E' un passo avanti nella conoscenza di queste neoplasie, che come sottolineano gli autori va però approfondito per capire meglio come trattare in maniera più efficace possibile la malattia».

**Oscar Bertetto, Rete oncologica**

**“Riduciamo i farmaci anti-tumorali ma qualsiasi taglio deve essere mirato”**



**ALESSANDRO MONDO**

«**L**a diminuzione della spesa farmaceutica è un obiettivo complesso, ma condivisibile, da perseguire con il concorso di tutti: ad alcune condizioni». Il giorno dopo la diffusione dei dati da parte della Regione - 36 milioni di sfioramento rispetto al tetto previsto dal piano di rientro - Oscar Bertetto, direttore del Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, interviene su una questione che lo coinvolge direttamente: i farmaci oncologici sono tra quelli che incidono maggiormente.

**Quali condizioni?**

«Ho chiesto all'assessorato alla Sanità che sia la Rete a decidere come e dove ridurre: ci sono margini di risparmio ma dev'essere la Rete ad occuparsene, in accordo con i medici sul campo».

**Altrimenti?**

«Si rischia che anche su questo fronte, com'è accaduto in passato per il personale, si facciano tagli non selettivi. L'appropriatezza non deve riguardare solo le cure ma anche, per l'appunto, la riduzione della spesa. Allo stesso modo, chiediamo che sia la Rete, e non la Regione, a stabilire quali devono essere, tra i medici, i soggetti titolati a prescrivere determinati farmaci». **Della serie: no a decisioni calate dall'alto.**

«Più che altro, si tratta di agire in modo coerente su un tema delicato qual'è il costo delle malattie: un costo che, aggiungo, può essere ridimensionato intervenendo anche sull'appropriatezza della diagnostica,

cioè degli esami». **Quali sono i margini di intervento sul consumo dei farmaci?** «La sensibilizzazione di medici e pazienti, ma non solo. Penso al fronte, diciamo così, logistico: ad esempio l'accentramento delle terapie che prevedono l'uso di prodotti in fiala».

**Perché?**

«Per ottimizzare il contenuto delle fiale, che non sempre viene utilizzato completamente e si getta una volta terminata la terapia alla quale si sottopone il singolo paziente».

**Salvo aprirne una nuova fiala?**

«Esatto. Accentrando queste terapie in determinate strutture, si evitano sprechi. Al contrario, non ha senso prevedere centri dedicati alla somministrazione di farmaci per bocca, cioè tramite compresse, dato che in quel caso il problema non si pone. Parliamo sempre di antitumorali».

**Insomma: ci sono diversi margini di intervento.**

«Che è necessario: talora prescrivere un farmaco diventa accanimento terapeutico. Basta muoversi con criterio».

**Sulla Stampa**

**Spese per i farmaci Asl e ospedali sfiorano di 36 milioni**

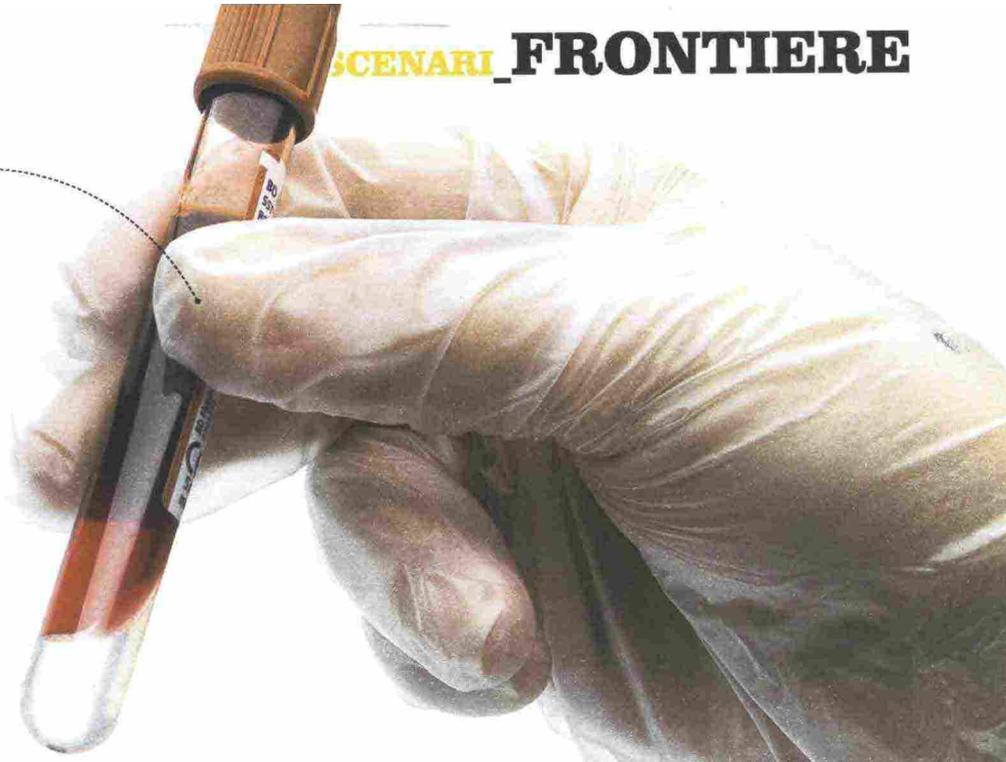
**Il caso**

**La spesa farmaceutica si riduce ma continua a sfiorare la soglia prevista dal piano di rientro della Sanità piemontese.**



**Nuovi criteri**  
 La Regione è impegnata a controllare la spesa per i farmaci

## SCENARI FRONTIERE



**1 su 3**  
GLI ITALIANI  
CHE SI  
AMMALANO  
DI TUMORE  
(MA LA META  
GUARISCE)

## Il nuovo test che predice le metastasi

Ideato da una scienziata italiana, permette di valutare in anticipo il rischio, e di intervenire per tempo.

«**F**ra un mese e mezzo in Italia ci sarà un test capace di individuare cellule tumorali nel sangue» dice Patrizia Paterlini-Bréchet, professoressa di oncologia e biologia molecolare all'Università di Parigi Descartes. A lei si deve la scoperta di Iset, un metodo diagnostico che predice il rischio di metastasi. Paterlini-Bréchet ha studiato e insegnato medicina in Italia fino al 1988, poi si è trasferita a Parigi dove ha ottenuto un dottorato con una tesi sull'oncogenesi. Le sue ricerche sulle cellule tumorali circolanti l'hanno spinta a fondare una compagnia, Rarecells Diagnostics.

### Professoressa, a che cosa serve il test?

A rivelare in modo molto sensibile la presenza di cellule tumorali. Queste cellule circolano nel sangue per lungo tempo prima che le metastasi si formino, e ne sono all'origine. Il test è utile per i pazienti che hanno subito un'operazione per il tumore e vogliono sapere se darà metastasi. Queste ultime possono formarsi perché le cellule del cancro primitivo sono penetrate nel sistema sanguigno e hanno proliferato in altri organi.

### Quali sono le caratteristiche di Iset?

È una sorta di pap-test del sangue, il nome completo è Citopatologia sanguigna Iset. Per fare un paragone: il test del Psa per la prostata misura la concentrazione di certe glicoproteine; ma fornisce solo una probabilità

che vi sia un tumore e può dare falsi positivi. Invece Iset ci dice se le cellule tumorali ci sono o non ci sono.

### E se il test rivela cellule tumorali?

Significa che è alto il rischio di metastasi, ed è molto importante saperlo per adattare la cura. Qualsiasi sia il tumore originario, esistono terapie specifiche che si possono applicare senza aspettare. Il test serve anche per sapere se la cura è stata efficace: in tal caso, le cellule tumorali scompaiono dal sangue. Permette di personalizzare tempi e terapie adeguandoli al caso del paziente.

### Dove e quando sarà pronto?

Fra un mese in Francia e poi in Italia. Non posso dire dove, ma stiamo collaborando con un laboratorio italiano. Chi vuole saperne di più può andare su [www.isetbyrarecells.com](http://www.isetbyrarecells.com) e scriverci.

### Esistono altre applicazioni possibili?

Iset potrà servire anche per la diagnosi precoce del cancro in soggetti apparentemente sani: se ci sono cellule maligne nel sangue di una persona considerata senza tumore vuol dire che il sistema immunitario non è stato capace di distruggerle. Allora bisogna intervenire. Siamo anche impegnati nella diagnosi prenatale su semplice prelievo di sangue: isolando le cellule fetali del sangue materno siamo capaci di rivelare anomalie genetiche, come la trisomia.

(Luca Sciortino)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Droni, stampe 3D e telemedicina La farmacia è già nel futuro

*A Bologna da domani a domenica si svolge il Cosmopharma Exhibition, salone dedicato alla salute, al benessere. Non solo farmaci*

**Daniela Fedi**

■ «Veleni e medicine sono spesso fatti con le stesse sostanze, vengono solo dati con diversi intenti». L'ha detto Peter Mere Latham, educatore sanitario nato a Londra alla fine del 700. All'epoca i farmacisti non erano ancora un'agguerrita tribù costretta però a rispondere alle richieste più disparate: dalla prenotazione di visite ed esami ai vari screening imposti dalle Asl, dalla consegna dei referti alle prestazioni di telemedicina. Tra i loro strumenti di lavoro c'erano erbe, bilancini e alambicchi, mentre oggi devono conoscere e dominare le nuove tecnologie intese come droni volanti e stampanti tridimensionali.

Di questo si parlerà domenica nel corso di quello che è forse l'evento più originale di Cosmofarma Exhibition, la manifestazione leader a livello europeo nel settore, a Bologna da domani a domenica con il patrocinio

di Federfarma. Verranno mostrate dal vivo le applicazioni tecnologiche più promettenti e innovative. Poi parlerà Giancarlo Orsini, responsabile dei percorsi formativi per l'innovazione e dell'educazione finanziaria di Mediolanum Corporate University: il futuro è qui. Se ne discuterà durante il salone che di fatto comincia oggi con Nuce, ovvero il salone delle materie prime per l'industria nutraceutica e Food-Ing dedicata agli ingredienti food & Beverage per l'industria alimentare e delle bevande. «La nutraceutica è il focus che avvicina Cosmofarma a Expo» dichiara Duccio Campagnoli, presidente di Bologna Fiere aggiungendo poi che grazie alla specifica competenza sviluppata organizzando il Sana (Salone Internazionale del Biologico e Naturale), l'ente bolognese curerà la realizzazione del Padiglione della Biodiversità e del Padiglione del Biologico a Milano.

Tornando al salone di Bolo-

gna, da oggi si parla di quei nuovi prodotti tra integratori e alimenti funzionali che crescono del 7,3 per cento sul mercato nazionale, con un fatturato di 2,2 miliardi annui e circa 147 milioni di confezioni vendute, il 90 per cento delle quali in farmacia. «Il mondo farmaceutico sta cambiando alla velocità della luce» sostiene Annarosa Racca, Presidente di Federfarma, la federazione che riunisce oltre 16000 farmacie italiane. «È necessario rinnovare rapidamente la convenzione farmaceutica nazionale - prosegue - anche per poter sviluppare la famosa farmacia dei servizi che il Governo ha delineato e che i cittadini aspettano». Inutile dire che la signora ha ragione da vendere, perché in farmacia oggi si trova di tutto, un po' come avviene negli Stati Uniti dove Duane Reade e CVS hanno la stessa funzione degli empori del Far West ma con un'efficacia nei servizi impagabile. Per esempio, nel 2014 le vendite dei prodotti cosmetici in farmacia han-

no raggiunto un valore economico di oltre 1800 miliardi di euro in leggero aumento (0,5 per cento) rispetto all'anno prima. Del resto la pelle è l'organo più esteso del corpo, va trattata con prudenza e competenza: non si possono usare sostanze che possono creare intolleranze e allergie. Un buon farmacista deve essere quindi in grado di consigliare il deodorante giusto (senza alluminio, per esempio) il solare più efficace e, magari, i prodotti da trucco per coprire o come minimo mascherare gli insulti della chemioterapia. Ecco quindi il convegno Dermocosm Vitacutis del professor Antonino Di Pietro che spiegherà cosa c'è dietro la dermocosmesi. Non mancherà un approfondimento sui medicinali OTC per l'automedicazione che fanno risparmiare il Servizio Sanitario. Da non sottovalutare un dato: esiste almeno una farmacia in ciascuno degli 8000 comuni italiani e secondo le statistiche nazionali in media serve 3.364 abitanti.

**PRESIDENTE**

Duccio  
Campagnoli  
presidente  
di Bologna  
Fiere



**IN VISTA DI EXPO**

Si parlerà delle materie  
prime nutraceutiche  
dell'industria alimentare

**STAPHYLOCOCCUS AUREUS**  
**L'antibiotico giusto**  
**per eliminare il batterio**

A quella del lettore D'Arienzo (*il Giornale* 12/4) desidero aggiungere la mia esperienza diretta circa lo staphylococcus aureus. Dall'esame del tampone su una ulcera al mio piede sinistro eseguito presso il Laboratorio di Analisi della Asl di Viterbo lo scorso 25 marzo è risultato che al 96% di probabilità ero positivo allo staphylococcus aureus (risultato del 27 marzo). Il mio medico curante mi ha prescritto quale antibiotico Levoxacin 500 mg da prendere ogni sera dopo cena per dieci giorni e ripetere di nuovo il tampone. Mercoledì scorso non c'è stato bisogno di ripetere il tampone perché il piede era perfettamente asciutto. Aggiungo che Levoxacin non è costoso come il farmaco indicato dal signor D'Arienzo.

**Augusto Simboli**  
 Acquapendente (Viterbo)





## l'intervista

di Francesca Lozito

# «Samaritani», ma con cautela

*Prima donazione italiana di rene a uno sconosciuto. Il bioeticista don Cucchetti: «Menomazione di una persona sana, generosità che va attentamente valutata»*

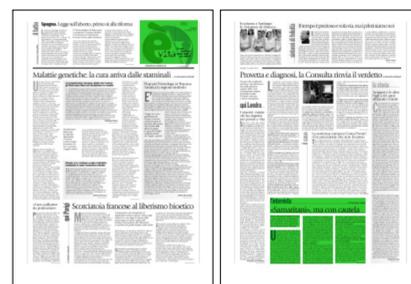
**U**n gesto di bene fuori dall'ordinario che ha avuto una grande eco proprio perché si è trattato di una scelta che non ti aspetti. Il **Ministero della Salute** e il Centro nazionale trapianti hanno infatti reso noto nei giorni scorsi che è avvenuta la prima donazione «samaritana» in Italia, come ha riferito anche *Avvenire*. Una persona che ha scelto spontaneamente di donare un rene a uno sconosciuto in attesa di un trapianto. E, fatto ancora più straordinario, per un effetto-domino sono state sei le persone che hanno potuto ricevere un organo. Per don Stefano Cucchetti, docente di Etica sociale all'Istituto superiore di scienze religiose di Milano e docente di bioetica al Seminario arcivescovile di Venegono (Varese), «la discussione etica sulla donazione samaritana è abbastanza complessa e per certi versi ancora aperta. L'etica dei trapianti si basa su due principi: la non maleficenza per il soggetto donatore che non deve rimetterci troppo e il principio di totalità, cioè la possibilità che si possa recidere una parte del corpo in nome di un bene maggiore. Nel caso della donazione samaritana la domanda etica riguarda il fatto che una donazione non diretta a un soggetto con cui c'è un legame possa costituire un moti-

vo sufficiente per giustificare una amputazione di una persona sana. Però è chiaro che il soggetto in futuro potrebbe andare incontro a conseguenze».

**Qual è la risposta?**

Normalmente la risposta a questa domanda etica vede posizioni diverse sia in ambito ecclesiale che sociale. Io ritengo che la questione fondamentale sia la libertà del soggetto donante. Chi fa una scelta di questo tipo deve essere consapevole di ciò a cui va incontro e dei motivi per cui lo fa, anche per i tratti di grande generosità che la caratterizza. Cosa sta dietro a una scelta del genere? È compito dell'équipe medico-psicologica valutare questo tipo di scelta. Dall'altro lato, a questo gesto deve corrispondere una grande organizzazione del sistema dei trapianti perché non vada disperso. **Questa donazione ha avuto una grande eco. Come lo interpreta?**

È un atto al di là del bene, una gratuità sopra misura. Un gesto che va oltre le logiche d'interesse a cui siamo abituati non può che scuotere. L'eco, inoltre, è stata volutamente utilizzata per mandare un chiaro



messaggio a favore della cultura dei trapianti. Una legittima enfaticizzazione.

**Non è possibile sapere nulla del donatore, che deve rimanere anonimo: potrebbe essere chiunque...**

Il suo è stato un gesto eroico e tale deve restare. Non deve essere in nessun modo proposto come modello. I gesti eroici si presentano come interrogativi alla normalità. Il corpo non è una cosa tra le altre ed è affidato a noi stessi. Ce ne prendiamo cura con logiche di interesse: la dieta, lo sport l'igiene. Questo gesto è eroico perché va contro l'interesse personale per pura generosità, che, ripeto, è stata e deve continuare a essere adeguatamente valutata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ALLARME. IL RAPPORTO OSMED SULL'ABUSO DI FARMACI**

# Troppi antibiotici e i batteri resistono



**L**e cifre mettono ansia, non c'è davvero dubbio. In un mondo in cui i batteri diventano sempre più insensibili agli antibiotici, il cattivo impiego di questi farmaci che comporta la comparsa di resistenze da parte dei germi più "robusti", che si selezionano proprio per questo processo, sta portando ad avere sempre più infezioni difficili da affrontare. L'allarme lanciato dal Governo britannico in questo senso è solo l'ultimo di una lunga serie e crea allarme anche in Italia dove la resistenza agli antibiotici è al di sopra della media europea.

«Secondo i dati del Rapporto **Osmed** sull'uso dei farmaci in Italia curato annualmente dall'Agenzia Italiana del Farmaco», dice Giuseppe Spriano, Presidente Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico - Facciale (SIO-eChCF), «il nostro paese è il maggior consumatore di antibiotici in Europa e il trend, nonostante gli allarmi, è ancora in crescita, con un aumento del consumo di oltre il 5 per cento nell'ultimo anno». Tra le principali indicazioni terapeutiche associate alla prescrizione di antibiotici ci sono le malattie dell'apparato respiratorio che rappresentano il 40 per cento delle prescrizioni e le malattie del sistema genito-urinario con oltre il 18 per cento. In particolare la cistite rappresenta l'infezione con il maggior numero di prescrizioni di antibiotici che sono quasi il 10 per cento del totale, seguita dalla faringite con oltre l'8 per cento di prescrizioni. In otorinolaringoiatria e urologia c'è il massimo uso e abuso di antibiotici come rilevato da **Aifa** nel rapporto **Osmed** 2013 con un uso inappropriato del 49,3 per cento nelle laringotracheiti e del 36,3 per cento nelle cistiti. «È, quindi, proprio in questi ambiti che vanno maggiormente combattute le resistenze batteriche e, sulla base delle raccomandazioni Oms è diventato neces-



*Sono soprattutto laringotracheiti e cistiti a diventare croniche*

sario promuovere lo sviluppo di presidi terapeutici alternativi ed efficaci».

In questo senso, proprio le infezioni delle vie urinarie rappresentano un settore in cui si punta a individuare nuove opportunità, anche perché l'Italia è il paese a più alto tasso di infezioni urinarie da germi multiresistenti di tutta Europa. Le infezioni più frequenti sono le cistiti, soprattutto nella donna, e ciò è dovuto alla sua anatomia che favorisce la risalita di microrganismi intestinali dall'uretra. Per prevenirle, oltre a bere molto e ad evitare il ristagno di urina, è fondamentale mantenere l'equilibrio della flora intestinale con l'uso di probiotici e ristabilire l'integrità del rivestimento interno della vescica che può essere stato danneggiato da ripetute infiammazioni e che protegge i tessuti dalla penetrazione dei batteri. Sul fronte dei trattamenti, in ogni caso, l'antibiotico rappresenta spesso la soluzione ma si punta a individuare anche qualcosa di diverso. Si tratta di soluzioni che vanno sempre indicate dal medico ma che possono aiutare in casi specifici. Monica Sommariva, della Divisione di Urologia presso l'Ospedale Fornaroli di Magenta, ricorda in questo senso che l'«utilizzo clinico di un trattamento con acido ialuronico, condroitin solfato» e altri componenti può offrire risultati interessanti nel controllo delle cistiti. «Ad esempio quando sono necessari lunghi e ripetuti periodi di trattamento senza controindicazioni ed è una terapia mirata a restituire al tessuto di rivestimento della vescica le sue proprietà di integrità e di barriera contro le infezioni, ma ha anche azione antinfiammatoria e analgesica, favorendo il miglioramento dei classici sintomi della cistite come frequenza e urgenza ma soprattutto dolore», precisa la Sommariva.

**Federico Mereta**

RIPRODUZIONE RISERVATA

*Necessario promuovere lo sviluppo di presidi terapeutici alternativi*



# Insetti in tavola. Solo un'eccezione

**S**corpioni ricoperti di cioccolato, larve giganti in bustina, termiti disidratate. Sono già arrivati a Milano i primi insetti da tavola, destinati – per il momento – a restare una curiosità in mostra a Expo. Per importarli in Italia, dove il loro utilizzo come ingrediente nell'alimentazione è vietato, il **ministero della Salute** ha dovuto predisporre una “deroga”, ovvero un'eccezione alla legge: cavallette e grilli potranno essere visti – e probabilmente assaggiati – nei padiglioni dei Paesi dove sono considerati una leccornia. Ma gli insetti

cotti o caramellati sono ben più di una stranezza da mettere in mostra: sono una risorsa a cui da più parti si guarda con attenzione, una fonte proteica eccezionale. L'associazione che riunisce i produttori di insetti di Francia, Olanda, Germania e Sud Africa ha rivolto un appello all'Unione Europea perché modifichi le legge che vieta l'uso degli insetti nei prodotti commestibili, anche nei mangimi animali. Per gli allevamenti le farine di insetti potrebbero rivelarsi un ottimo affare: nutrienti ed economiche!

© RIPRODUZIONE RISERVATA



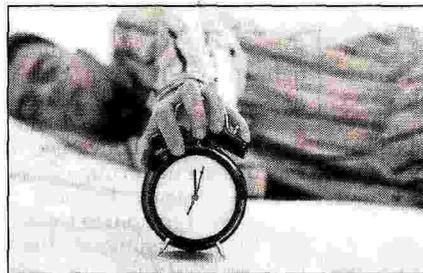
**CHI DORME POCO, RISCHIA GROSSO**
**Studiosi francesi raccomandano  
 l'utilità della siesta pomeridiana**

Galli a pag. 16

 Viene raccomandata anche la siesta  
**Chi dorme poco  
 rischia grosso**

DI MASSIMO GALLI

**D**ormire poco fa male: non è una novità, ma una nuova conferma è arrivata dalla Francia, e precisamente dall'Istituto nazionale del sonno e della veglia. Chi si abbandona tra le braccia di Morfeo meno di sei ore a notte aumenta del 34% il



rischio di obesità per le donne e addirittura del 50% per gli uomini.

Le ultime indagini riferiscono che il 22% dei francesi di età compresa fra 35 e 54 anni soffre di insonnia rispetto al 16% sotto i 35 anni e sopra i 64. Il problema è accentuato nella popolazione femminile, con il 22% del totale contro il 14% degli uomini.

Uno dei rimedi più dibattuti è quello del pisolino durante la giornata. Recentemente alcu-

ni ricercatori si sono mostrati favorevoli a questa pratica. In particolare, secondo il neuroscienziato **Brice Faraut**, una siesta di mezz'ora basta a controbilanciare lo stress generato dalla carenza di sonno. Fatto sta che i francesi, in media, dormono troppo poco: sei ore e 48 minuti durante la settimana. Un tempo considerato

insufficiente dai medici. Inoltre più del 30% della popolazione si piazza sotto le sei ore, con punte del 50% fra i lavoratori. Quanto al pericolo dell'obesità, non si tratta soltanto di una questione legata al comportamento,

ma di un meccanismo biologico che porta a ingrassare. In particolare la leptina, l'ormone della sazietà, viene prodotta durante le ore notturne e fa sì che le persone siano meno affamate una volta sveglie e lungo la giornata.

© Riproduzione riservata.

**Le due pagine di «Estero  
 - Le notizie mai lette in  
 Italia» sono a cura di  
 Sabina Rodi**

IL CASO

# Chi vuole censurare l'Happy Meal

ALBERTO MINGARDI

L'Europa è un posto ben strano. Un posto dove siamo tutti convinti che sia un legittimo esercizio della propria libertà di parola disegnare Papa Ratzinger che brandisce un preservativo come fosse un'ostia, e che alla stessa maniera sia accettabile fare del profeta Maometto una barzelletta, ma guai a dire che l'Happy Meal è più buono della pizza.

La libertà d'espressione è sacra: basta non venga usata a fini commerciali.

Questo c'insegna una polemica di questi giorni. McDonald's ha avviato una nuova campagna pubblicitaria che mostra mamma, babbo e bimbo a cena in pizzeria. Il cameriere li interroga per l'ordinazione, ma il più giovane dei tre, alle prese con l'eterno dilemma capricciosa o quattro stagioni, chiede un «Happy Meal». Per inciso, è probabile sia una scena di vita vissuta. Al menù per infanti di McDonald's si accompagna spesso un pupazzetto a immagine e somiglianza di un eroe dei cartoni, o un'altra sorpresa. I bambini hanno uno straordinario senso pratico e vorrebbero che ogni pasto fosse un uovo di Pasqua: gradevole da consumare e accompagnato da un giocattolo in omaggio.

Ma il punto del contendere, ovviamente, non sono le preferenze dei più piccoli, dei quali non importa granché a nessuno. Il problema è che la catena di hamburgerie si sarebbe macchiata del reato di lesa italianità, provando a «svalutare» la «pietanza più nota e amata del Made in Italy». Alfonso Pecoraro Scario ha diffuso una petizione affinché l'amministratore delegato della multinazionale cancelli lo spot. L'associazione pizzaioli sforna pepate dichiarazioni. Il vicepresidente della Camera Di Maio ha chie-

sto all'Expo di «ritirare McDonald's come sponsor», che non è ben chiaro cosa significhi: rinunciare ai quattrini che offrono, o semplicemente eliminare la contropartita, stile esproprio gastro-proletario? Per i pentastellati, Matteo Renzi «non difende l'Italia e le sue tradizioni». Loro hanno presentato un esposto all'Agcom, per impedire che la réclame continui ad andare in onda.

La difesa delle tradizioni italiane passerebbe quindi per una censura preventiva dei messaggi pubblicitari. Resta da appurare se ci si debba limitare ai prodotti alimentari oppure no. Se a una compagnia aerea venisse in mente di suggerirci che i musei di Berlino sono più belli di quelli di Firenze, come dovremmo comportarci? E se una catena di alberghi insinuasse che Praga è più pulita e sicura di Roma? La libertà d'espressione può essere un diritto di tutti, fuorché di chi prova a vendere qualcosa?

La pubblicità informa le persone dell'esistenza di nuovi prodotti e ricorda loro i marchi ai quali sono affezionate. Non ne plasma le preferenze, ma gioca sul filo della curiosità, per indurle a provare cose nuove. I più scaltri sostengono che non esiste pubblicità cattiva: «purché se ne parli». Non è improbabile che a molti telespettatori sia venuta voglia di una margherita anziché di un Big-Mac. Ma anche se così non fosse, il fine, tutelare l'Italia e le sue tradizioni, non è di quelli che giustifica i mezzi, la bollinatura degli spot permessi e di quelli no, cioè la censura. Le cose buone si difendono da sole, lasciando ai consumatori la libertà di sceglierle. Come avviene, tutti i giorni, in migliaia di pizzerie.

Twitter @amingardi

