

Italia, la serenità in pillole

Allarme dell'Osservatorio dell'Aifa: dal 2004 al 2012 il consumo di **farmaci** contro l'ansia e la depressione è aumentato del 4,5% soprattutto a causa della crisi economica che fa crescere "la paura di non farcela". Il fenomeno si percepisce sia nella fascia d'età tra i 25 e i 30 anni per l'incertezza del futuro, sia tra gli ultrasessantenni che soffrono di solitudine

**ANTIBIOTICI IN CALO
MA SI CONTINUA
A USARLI IN MODO
SBAGLIATO,
LA SPESA MEDIA
430 EURO A TESTA**

IL RAPPORTO

Ansia, depressione, sbalzi di umore, notte insonni, paura delle malattie, sentimento di fragilità, fatica emotiva e fisica. Questi i malesseri emergenti degli italiani attraverso l'analisi del consumo dei **farmaci**. Sempre più antidepressivi, pasticche per sedare le crisi di panico, sostegni umorali di ogni tipo. In particolare per le donne. Un aumento costante di anno in anno. Un aumento documentato dalle ricette del servizio sanitario nazionale e alle quali andrebbero aggiunte tutte le altre prescrizioni che non vengono censite.

E' il dato che più preoccupa e colpisce del Rapporto 2012 dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco). Dal 2004 all'anno scorso un aumento del 4,5%. «Una situazione - commenta il presidente dell'Aifa Sergio Pecorelli - strettamente collegata con la crisi economica. Non a caso il fenomeno lo rileviamo anche tra i giovani, in quella classe di età in cui la ricerca del lavoro incide in modo importante sull'equilibrio. Quando una popolazione, soprattutto quella più fragile, fa un uso così elevato di **farmaci** antidepressivi un problema effettivamente lo abbiamo».

IL MALE DI VIVERE

Un dolore che, nella vita di tutti i giorni si trasforma in «paura di non farcela». Nel lavoro come nelle relazioni private. Sono soprattutto i giovani e gli anziani a chiedere aiuto per tamponare il male di vivere e sopportare il malessere. Due fasce di età: quella dai 25 ai 30 che non riesce a guardare il futuro e quella degli ultrasessantenni che soffrono di solitudine e di esclusione.

Un dato conforta: la spesa pro-capite totale per **farmaci** del sistema nervoso centrale è

pari a 55,7 euro l'anno, mentre a livello europeo l'Italia risulta in assoluto in paese con la più bassa incidenza della spesa pubblica e privata per questa categoria. «Certo è che la sofferenza è aumentata - commenta Massimo Biondi, ordinario di Psichiatria all'università La Sapienza di Roma - soprattutto nell'ultimo decennio. Alle malattie come depressione, ansia o abuso di sostanze, si sono aggiunte quelle psicosomatiche. E' sicuramente aumentato, con diverse manifestazioni, il sentimento di paura diffusa. Sono cresciuti i casi di depressione lieve e moderata ma anche quelli di ipocondria. E poi disturbi fisici tipo coliti, mal di testa, dermatiti e problemi vascolari. Abbiamo sempre più benessere nel senso della protezione di un servizio sanitario ma, al tempo stesso, ci troviamo a fronteggiare sempre più sofferenza. Il sonno, spesso, è diventato un optional». «La depressione, dopo le malattie cardiovascolari - aggiunge il Direttore generale dell'Aifa Luca Pani - sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute. Gli antidepressivi rappresentano, ad oggi, una delle principali componenti della spesa **farmaceutica**. Il consumo di antidepressivi, nell'ultimo decennio, è cresciuto in maniera drammatica».

Le linee guida raccomandano un trattamento di almeno sei mesi in virtù dell'alto rischio di recidiva. A cui si attribuisce gran parte dei costi economici e sociali di questa malattia. In realtà quasi il 50% dei malati sospende il trattamento con antidepressivi nei primi tre mesi di terapia e oltre il 70% nei primi sei.

«Su questi dati - sono le parole del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** - do-

vremo riflettere. Mentre per alcune patologie come quelle che riguardano l'apparato cardiovascolare e gastrointestinale si può lavorare sugli stili di vita, in questo caso l'analisi dovrà essere diversa e molto attenta. Nonostante il generale aumento del consumo dei **farmaci** la spesa è rimasta sotto controllo. Grazie ad una maggiore appropriatezza nella prescrizione e l'emissione di medicinali a brevetto scaduto e di generici».

LA CURA DEL CUORE

Al primo posto dei consumi dei **farmaci** sono ancora quelli per la cura del cuore (le statine anti-colesterolo restano la categoria top per il servizio sanitario) seguiti da quelli utilizzati per i disturbi dell'apparato gastrointestinale. Poi le terapie destinate a malattie del sangue. Le pillole contro ansia e depressione, pur in crescita, sono al quarto posto. Diminuisce l'uso degli antibiotici anche se in una percentuale consistente si continua a farne cattivo uso impiegandoli quando non è necessario. Le dosi giornaliere di medicinali prescritti sono aumentate del 2,3% dal 2011 al 2012, anno in cui ogni italiano ha consumato 30 confezioni di **farmaci**. In media, per ogni cittadino, la spesa è stata di 430 euro. Per un totale di 25,5 miliardi. Una tendenza al contenimento anche se non in tutto il Paese. E' la Sicilia la Regione che registra il maggior numero di prescrizioni mentre Liguria e Provincia autonoma di Bolzano hanno la palma delle virtuose. In Sicilia si contano 1.110 dosi giornaliere ogni mille abitanti, a Bolzano 743. Nel Lazio 1.097, sempre per mille abitanti.

Carla Massi

I comportamenti

Lui si cura solo dopo i 55 anni, lei non segue bene le terapie

Lui, lei e il farmaco. E' molto diverso l'atteggiamento nei confronti della salute, della malattia e della terapia da parte degli uomini e delle donne. Come dimostra il Rapporto "L'uso dei **farmaci** in Italia" dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'Aifa (Agenzia del farmaco).

Lui, dai 24 ai 55 anni, va dal medico raramente, si preoccupa poco dei suoi malanni, rifiuta, nella maggior parte dei casi (ovviamente se non si tratta di patologie particolarmente gravi) di prendere i **farmaci** e sottostima i sintomi. Proprio tra gli uomini è alto il numero degli ipocondriaci ma questo non determina, nel complesso generale, un'attenzione alla salute. Solo dopo i 55 anni, secondo i farmacologi, l'uomo si trova (volendo o no) a fare i conti con le malattie e i **farmaci**. E, proprio allora, si sommano le prescrizioni per diversi tipi di patologie. «Ma arrivato a quel momento - spiega Luca Pani Direttore generale dell'Aifa - l'uomo mette giudizio, si cura e segue con diligenza le terapie. A differenza di lei che, fin da giovane, va dal medico, si fida di lui e poi prende iniziative in fatto di terapie».

Le donne si occupano di più della loro salute anche se, di fatto, sono meno diligenti.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al primo posto le terapie per il cuore

Il consumo di **farmaci**



quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 24 SETTEMBRE 2013

Farmaci. Rapporto Osmed: spesa ospedaliera fuori controllo: + 101% rispetto al tetto. Scende la territoriale: - 6,9%. Cardiovascolari al top

Presentato il [Rapporto](#) curato dall'Aifa. Nel 2012 ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private. Le donne assumono più farmaci degli uomini (64,6% contro 57,5%). L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche.

Trend in discesa per la spesa farmaceutica italiana, [passata dai 26,3 miliardi del 2011](#) ai 25,5 miliardi del 2012, il 76% dei quali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale. Lo rileva il nuovo Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Aifa, presentato oggi a Roma dai vertici dell'Aifa e dal ministro della Salute Lorenzin, da cui emerge che la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, si è assestata a 19,389 miliardi di euro con una riduzione del -5,6% rispetto all'anno precedente. Nel dettaglio, per 11,823 miliardi si è trattato di spesa pubblica, mentre 7,566 sono stati i miliardi usciti dalle tasche dei cittadini per ottenere i farmaci, tra ticket, automedicazione, classe C con ricetta e classe A acquistata privatamente.

E così, a fine anno, ogni italiano aveva acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private, per un totale di oltre 1,8 miliardi di confezioni (in riduzione rispetto all'anno precedente dello 0,4%), spendendo, in termini di spesa procapite, 430 euro (erano 434 euro nel 2011). Ad assumere più farmaci, a livello regionale, in regime di assistenza convenzionata, sono i siciliani con 1.110 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti (DDD/1000 ab. die), mentre il valore di consumi più basso si è registrato dalla Provincia Autonoma di Bolzano (743,1 DDD/1000 ab. die). I farmaci più consumati sono i cardiovascolari (516 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti, DDD/1000 ab die.) al primo posto anche in termini di spesa farmaceutica (4.350 milioni di euro).

[TETTI DI SPESA. BENE LA TERRITORIALE, FUORI CONTROLLO L'OSPEDALIERA](#)

Non accenna a fermarsi la corsa della spesa farmaceutica ospedaliera, che ha sfiorato del 101% il limite che gli viene permesso rispetto all'entità del Fondo sanitario nazionale. Tale limite è fissato al 2,4% del Fsn per la spesa farmaceutica ospedaliera e al 13,1% del Fsn per la spesa farmaceutica territoriale (dal 2013 il tetto scenderà all'11,35% per la territoriale mentre salirà al 3,5% per l'ospedaliera). Da sottolineare che per la valutazione dello sfioramento, la spesa territoriale è calcolata come somma della spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, al netto di ogni importo versato dalle aziende farmaceutiche in attuazione di procedimenti di legge. Allo stesso modo la definizione "assistenza farmaceutica ospedaliera", ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera ai sensi della L. 135/2012, include nel consumo di medicinali in ambito ospedaliero anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

Nel dettaglio, **la spesa ospedaliera**, toccando quota 5.170,6 milioni di euro, ha segnato rispetto allo scorso anno una crescita di oltre il 3,7%, con un disavanzo complessivo di 2.598,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (+101% rispetto al tetto del 2,4%, appunto).

Di contro, la spesa farmaceutica territoriale continua il suo andamento virtuoso, fermandosi a 13.070 milioni di euro, con un avanzo complessivo di 968,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (-6,9% rispetto a 14.038 milioni di euro) e con una riduzione del 6,7% rispetto alla spesa del 2011.

TICKET E SPESA PRIVATA

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto consegnato al cittadino e il corrispondente prezzo di riferimento), la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, è stata di 7.566 milioni di euro, in riduzione del -1,5% rispetto al 2011. Ad influire maggiormente è stato il decremento della spesa a carico dei cittadini per l'acquisto di medicinali di classe C con ricetta medica (-6,5%), in parte compensato dall'incremento della spesa relativa alla compartecipazione a carico del cittadino (+5,2% rispetto al 2011), dall'incremento dell'acquisto privato di medicinali di fascia A (+0,6%) e dall'incremento della spesa per medicinali di automedicazione (+0,7%).

CARATTERISTICHE GENERALI DELL'USO DEI FARMACI IN ITALIA

Nel 2012 ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private, per un totale di oltre 1,8 miliardi di confezioni (in riduzione rispetto all'anno precedente del -0,4%).

La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 25,5 miliardi di euro, il 76% dei quali è stato rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 430 euro. Le dosi giornaliere totali prescritte ogni mille abitanti nel 2012 sono state 1.626,8.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è ridotta rispetto all'anno precedente del -5,6% ed è stata pari a 19.389 milioni di euro.

Le dosi giornaliere prescritte ogni mille abitanti a carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di assistenza convenzionata sono state 985 (in aumento rispetto all'anno precedente del 2,3%), corrispondenti ad oltre 1 miliardo di confezioni dispensate (18,4 confezioni pro capite), con un incremento del +0,6% rispetto al 2011.

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso è stata pari al 61%, con i più alti livelli nella popolazione pediatrica e nella popolazione anziana: il 50% dei bambini e oltre il 90% della popolazione anziana con età superiore ai 75 anni ha ricevuto almeno una prescrizione durante l'anno. Un anziano (con età superiore ai 74 anni) presenta consumi e spesa rispettivamente 22 e 8 volte superiori a quelli di un paziente con età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Emergono elevati livelli di inappropriata nell'uso di antibiotici nella popolazione anziana: il 56% dei pazienti di età compresa tra i 66 e i 75 anni con diagnosi di influenza è stato trattato con antibiotici rispetto al 24% dei pazienti con età inferiore ai 45 anni.

CATEGORIE TERAPEUTICHE PIÙ PRESCRITTE

I farmaci cardiovascolari rimangono al primo posto in termini di consumo (516 DDD/1000 ab die.) e di spesa farmaceutica totale sia pubblica che privata (4.350 milioni di euro). Al secondo posto per consumo (e per spesa) si collocano i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (242,2 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del sangue e organi emopoietici (218 DDD ogni 1.000 abitanti die), dai farmaci per il Sistema Nervoso Centrale (161 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (95 DDD ogni 1.000 abitanti die).

I farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresentano la terza categoria terapeutica in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.323 milioni di euro) e la dodicesima categoria in termini di consumi, pari a 13,5 DDD ogni 1.000 abitanti die.

DIFFERENZE DI GENERE NELL'USO DEI FARMACI

Le donne consumano più farmaci antitumorali: sempre maggiori le prescrizioni per il cancro alla mammella per maggiore frequenza della patologia e migliore capacità di diagnosi in stadi precoci. Nelle donne con meno di 54 anni la frequenza di utilizzazione dei farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale prevale di circa il +6% rispetto agli uomini della medesima fascia di età; tale differenza arriva al +8% nelle donne con più di 74 anni.

Si mantiene sempre superiore nelle donne in età fertile rispetto agli uomini l'utilizzo dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici, verosimilmente per il maggior consumo di antianemici.

Il 60% degli uomini over 74 utilizza farmaci per il sangue e organi emopoietici per la prevenzione cardiocerebrovascolare.

Più frequente è l'utilizzo di antimicrobici nelle donne, in particolare nelle fasce di età adulta.

Il 30% degli uomini ultra74enni utilizza farmaci per il sistema genito-urinario, essenzialmente per il trattamento dell'ipertrofia prostatica.

Costantemente superiore nelle donne rispetto agli uomini la prevalenza d'uso dei farmaci per l'apparato muscolo-scheletrico, dovuta alla maggior frequenza di utilizzo dei bifosfonati per la cura dell'osteoporosi.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Il livello di aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi è inferiore al Sud (29,5%) rispetto al Nord (40%) e al Centro (39,7%). Le donne (38,3%) risultano lievemente più aderenti rispetto agli uomini (36,2%).

L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche, con particolare impatto per la laringotracheite (48,6%) e la cistite non complicata (37,0%). Per quanto concerne la distribuzione geografica, le Regioni del Centro Italia mostrano i livelli più alti di trattamento inappropriato dell'influenza e del raffreddore comune. Particolarmente inappropriato risulta l'uso di antibiotici nella popolazione anziana: il 56% dei pazienti tra i 66 e i 75 anni è stato trattato per l'influenza con antibiotici rispetto al 24% dei pazienti d'età inferiore ai 45 anni.

FARMACI A BREVETTO SCADUTO

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2012 il 62,1% delle dosi e il 37,7% della spesa netta, di cui il 13,4% è stato costituito dai farmaci equivalenti. Sia i consumi che la spesa dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento a confronto con il 2011, rispettivamente del 10,6% e del 6,4%. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa: atorvastatina, irbesartan sia come monocomposto sia in associazione, candesartan, rabeprazolo, donepezil e la quetiapina.

Nel 2012 lansoprazolo, pantoprazolo e omeprazolo continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

Sono stati registrati nell'anno 2012 rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari dell'epoetina alfa e del filgrastim.

CONSUMO DI ANTIBIOTICI

Nel 2012, in regime di assistenza convenzionata (farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso le farmacie pubbliche e private), sono state consumate 21,1 dosi giornaliere di antibiotici ogni mille abitanti, facendo registrare una riduzione rispetto all'anno precedente del -6,1%.

Le categorie di antibiotici maggiormente utilizzate sono state le associazioni di penicilline, i macrolidi e lincosamidi e le penicilline ad ampio spettro e le penicilline sensibili alle beta-lattamasi.

FARMACI ORFANI

Il consumo di questi farmaci corrisponde a un totale di 5,9 milioni di dosi (esprese in DDD) per una spesa che ammonta a circa 671 milioni di euro, pari all'8% della spesa relativa agli acquisti farmaceutici da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

VARIABILITÀ REGIONALE

Per quanto concerne il consumo di farmaci a livello regionale in regime di assistenza convenzionata, il valore più alto, con 1.110 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti (DDD/1000 ab. die), si riscontra in Sicilia. Seguono il Lazio (1.097,3 DDD/1000 ab. die), la Sardegna (1.082,5 DDD/1000 ab. die) e la Puglia (1.081,9 DDD/1000 ab. die).

Al contrario, il valore di consumi più basso è registrato dalla Provincia Autonoma di Bolzano (743,1 DDD/1000 ab. die), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (864,9 DDD/1000 ab. die), dalla Liguria (881,9 DDD/1000 ab. die) e dalla Valle d'Aosta (896,1 DDD/1000 ab. die).

Il maggiore incremento del consumo di farmaci si riscontra in Sardegna e in Lombardia (+2%).

Dall'altro lato, le maggiori riduzioni nei consumi si sono verificate in Liguria (-2,5%) e in Basilicata (-2,2%).

Il consumo di antibiotici è stato caratterizzato da un gradiente Nord-Sud. La Campania (31 dosi giornaliere per 1.000 abitanti), seguita dalla Puglia (27,8 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e dalla

Calabria (26,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) continuano ad essere le Regioni con il maggior consumo di antibiotici mentre l'utilizzo meno elevato è stato registrato nella P.A. di Bolzano (12,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti), in Liguria (14,3 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e in Friuli Venezia Giulia (14,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti).

MONITORAGGIO DELLE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI

Durante il 2012 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 489 segnalazioni per milione di abitanti, valore ben al di sopra del Gold standard di 300 segnalazioni per milione di abitanti definito dalla WHO per un efficiente sistema di farmacovigilanza . Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti, e rispetto al 2011 è stato registrato un incremento del 38%.

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2012 ha riguardato i farmaci antineoplastici, antimicrobici, i farmaci del sistema nervoso centrale, del sistema cardiovascolare e del sistema muscolo-scheletrico.

Tali risultati confermano l'efficacia dei progetti messi in atto negli ultimi anni, che dovranno in futuro continuare a promuovere il coinvolgimento di clinici e degli altri operatori sanitari nella segnalazione.

INTERVISTA **Beatrice Lorenzin** **Ministro della Salute**

«Cinque miliardi al lavoro e due alla sanità nel 2014»

«Abbassare anche le tasse. Una centrale unica per gli acquisti contro il malaffare»

Roberto Turno

■ Cinque miliardi per ridurre il cuneo fiscale e 2 miliardi da investire in sanità. In vista della legge di stabilità, **Beatrice Lorenzin** è pronta a fare la sua proposta al Consiglio dei ministri e al Parlamento per utilizzare quei risparmi nei conti pubblici che secondo la nota al Def si potrebbero realizzare nel 2014. «La sanità ha dato tanto, più di tutti gli altri comparti», sostiene il ministro della Salute. Che assicura: l'aumento dei ticket per 2 miliardi non ci sarà. Ma promette un controllo serrato sugli appalti, e non solo. E intanto lancia i Fondi sanitari integrativi anche locali per le fasce disagiate e gli incentivi fiscali per le Casse già in vita. Giura che il «Patto per la salute» potrà essere il punto di svolta, e che ora «tocca alle regioni». A partire dai costi standard.

Ministro Lorenzin, la nota aggiornamento al Def prefigura un universalismo selettivo per la sanità pubblica. Le preoccupazioni su nuovi tagli sono diffuse.

Io non ho registrato questo nella nota al Def. Semmai, c'è la presa d'atto che la sanità ha già dato dal 2011 al 2015 con una riduzione di spesa di 22 miliardi di euro. Il comparto in assoluto più toccato in questi anni. Ma serve un sistema sostenibile, che assicuri a una popolazione sempre più anziana cure appropriate e quell'assistenza sociosanitaria di cui nessuno parla. Vanno pensati nuovi modelli, per un Ssn davvero equo. Questo dice il Def. Perché la sfida va affrontata subito.

Niente altri tagli, dunque. Cosa propone allora?

Sono pronta a fare presto pubblicamente una proposta al Consiglio dei ministri e al Parlamento. Se verrà mantenuto l'andamento dei conti pubblici fotografato nella nota al Def, anche per il

2014 si realizzerebbe un margine di almeno 7 miliardi. La mia proposta è che 5 miliardi siano destinati a continuare ad abbassare le tasse e aggredire il cuneo fiscale, gli altri 2 miliardi alla sanità per investire in infrastrutture, nell'adeguamento degli ospedali, nella tecnologia, nella sicurezza.

Dovrà trovare ampie sponde nel Governo...

Due miliardi investiti in sanità producono 4-5 volte di più. Un volano per l'economia e l'occupazione. D'altra parte è nei momenti di crisi che cresce il bisogno di Welfare da parte dei più deboli. Quindi il Welfare va sostenuto, non demolito.

Quali saranno i passaggi chiave nell'immediato?

I costi standard, faranno cambiare la partita: prima le regioni li fanno, prima si risparmia. Poi per Natale il «Patto-salute» con la programmazione nazionale di best practice dagli ospedali al sistema **farmaceutico** alle cure h24. E la prevenzione con un piano nazionale che punti su quella primaria: in tre anni risparmieremo miliardi di euro.

Domani (oggi per chi legge, ndr) i governatori saranno in conclave proprio sul «Patto»: che s'aspetta da loro?

Collaborazione e la consapevolezza che va aperta una nuova stagione. Mi avevano chiesto la garanzia che non ci sarebbe stato l'aumento dei ticket. Così è stato. Ora tocca a loro.

La sanità integrativa è un tabù per il Governo?

Sto ragionando in prospettiva, non certo per la prossima legge di stabilità. Penso alla parte della popolazione più disagiata, quindi a Fondi integrativi aperti anche locali per queste fasce sociali sempre più ampie, vista la disoccupazione di ritorno. Con un contributo minimo per chi aderisce e con un fondo pubblico ad hoc.

Ele Casse già esistenti?

Potrebbero essere incentivate sul piano fiscale o anche facendo un patto con le assicurazioni perché non aumentino le polizze o prevedano clausole di esclusione o recesso.

Tre sprechi da cancellare, se mai ne bastassero tre...

Le liste d'attesa, quando non ci sono veri e seri motivi: è insopportabile. Poi i macchinari inutilizzati: investimenti per centinaia di milioni in Tac o risonanze magnetiche usate sei ore al giorno. Facciamole lavorare h24. E la giungla degli appalti: l'unico modo per disboscarla è realizzare una centrale unica di acquisti a livello nazionale. Gli appalti non vanno, in sanità. C'è troppa disparità. E poi chi controlla la qualità? Siamo preoccupati dei controlli a monte, ma i controlli a valle?

Niente briglie sciolte alle regioni commissariate...

Una delle basi del federalismo fiscale è il principio di responsabilità. Certo se una regione fa sforzi enormi per risanare il debito, bisogna darle una mano a partire dai Lea. Ma quelle regioni hanno rispetto alle altre uno spread che è pagato dai cittadini assistiti: riducendolo, ricaveremo senza colpo ferire 20 miliardi. Per abbassarlo serve un'azione convinta ed efficace. Tutti facciano un passo indietro: ministro, regioni, sindacati. Solo così potremo fare un passo avanti in due o tre anni.

Cure all'estero, a fine ottobre si parte. Con proroga?

Nessuna proroga. Stiamo valutando tutto, non è molto chiaro ad esempio chi paga/cosa. Nel semestre europeo faremo marketing per la sanità italiana, che ha molte eccellenze.

Lavora per il semestre Ue, dunque Letta non cade.

Io lavoro con un lungo orizzonte. Se poi la storia mi porterà un orizzonte breve, avrò fatto il lavoro anche per gli altri. Sono una ragazza generosa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin

IMMAGINE ECONOMICA



Dopo il caso Michael Douglas campagna contro il papilloma virus

Infezioni in aumento in Europa e gli specialisti denunciano i rischi del sesso orale

Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE DELL'UNITÀ DI OTORINOLARINGOIATRIA ALL'OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA-MARTINI DI TORINO E SEGRETARIO GENERALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ONCOLOGIA CERVICO-CEFALICA

ONCOLOGIA

STEFANO RIZZATO

Le cose migliori della vita - diceva qualcuno - sono immorali, illegali o fanno male. Forse non è del tutto vero, eppure sono molti i piaceri che comportano qualche rischio per la salute. Quelli da camera da letto non fanno eccezione e l'ultima conferma è arrivata lo scorso giugno, quando Michael Douglas ha rivelato la vera causa del tumore alla gola che ha di recente sconfitto: il sesso orale.

Una notizia clamorosa e un po' imbarazzante, subito smentita dallo staff dell'attore, eppure confermata dalla registrazione dell'intervista. Quello che conta tuttavia è che per una volta il petto può essere istruttivo: il «caso Douglas», infatti, è meno unico di quanto si possa pensare. Anzi, racconta di un fenomeno in crescita: quello dei tumori a testa e collo causati da infezione da papilloma virus, l'Hpv.

Meglio astenersi e rinunciare, dunque, anche a questo piacere? Niente affatto, anzi. Dire che il sesso orale, maschile o femminile, faccia venire il cancro sarebbe una sciocchezza. I rischi esistono, ma non sono così elevati da suggerire decisioni drastiche. È utile però informarsi, conoscere i sintomi e sapere quando è il caso di rivolgersi al medico.

Nasce anche da questa necessità la campagna «Make Sense», in corso in Europa dal 23 al 27 settembre e dedicata alla prevenzione per i tumori di testa e collo. «Sono un

gruppo poco conosciuto, che racchiude qualsiasi tipo di cancro che interessi la regione della testa o del collo, esclusi cervello, occhi, orecchie ed esofago», spiega Giovanni Succo, tra i promotori dell'iniziativa in qualità di segretario generale della Società italiana di oncologia cervico-cefalica. «A causare questo tipo di tumori sono il fumo, responsabile del 64% dei casi, l'alcol, per circa il 20%, e le infezioni da papilloma virus, che sono un fattore minoritario ma in crescita».

Rimasti sotto traccia anche per la causa un po' imbarazzante, i casi «à la Michael Douglas» aumentano. Continua Succo: «Negli ultimi anni è cresciuta la sensibilità sui rischi di fumo e alcol, ma questi tumori non calano. Sono il sesso orale e papilloma virus e per questo anche la geografia dei tumori di testa e collo sta cambiando. «Prima erano diffusi soprattutto nelle zone dove si beve e fuma di più, come le regioni montane, oppure il dipartimento di Calvados, in Francia, il caso più famoso. Oggi sono in aumento nelle nazioni occidentali e dove maggiore è stata la liberalizzazione dei costumi sessuali».

Va detto che l'Hpv non colpisce solo tra le lenzuola, ma è tra le cause d'infezione più diffuse. Esiste in circa 100 diverse varianti e può essere così responsabile del cancro al collo dell'utero come di una semplice verruca. «Si stima che circa il 90% delle persone, prima o poi, sviluppi un'infezione da Hpv nella propria vita - dice Succo -. Solo alcuni

tipi sono davvero aggressivi e capaci di causare tumori e per questi da qualche anno si sta anche sperimentando la vaccinazione facoltativa, da fare per ragazzi e ragazze prima che inizino ad avere rapporti sessuali».

La priorità del momento è però la diagnosi precoce. Per questo nel nostro Paese l'iniziativa europea ha preso la forma di un ambulatorio mobile, che oggi è a Genova e domani fermerà a Torino, in corso Bramante, nel cortile dell'ospedale Molinette. «I tumori di testa e collo - sottolinea Succo - si prestano bene, per la loro natura e collocazione, a una diagnosi assai poco invasiva. E, quando si individuano con tempestività, anche il trattamento non è difficile: si usano tecnologie come il laser e il robot chirurgico per mini-interventi che consentono un recupero di solito molto rapido e completo».

Il problema, dunque, resta quello di saper riconoscere i sintomi. I più comuni sono le ulcere alla lingua o in bocca, la raucedine persistente, un nodulo al collo, dolore o difficoltà nel deglutire. «Spesso sono disturbi banali e passeggeri, ma quando, invece, durano troppo a lungo non vanno sottovalutati - avverte ancora Succo -. La regola che suggeriamo è quella dell'uno per tre: quando uno di questi sintomi persiste per più di tre settimane, bisogna subito rivolgersi a uno specialista».

In questi casi risulta fondamentale la collaborazione tra otorini e oncologi. «Quest'anno, per la prima volta, ci sarà un convegno congiunto proprio sui tumori di testa e collo, con l'obiettivo di mettere in rete le conoscenze sulla materia. Il modello è quello dei tumori dell'utero, che da anni, ormai, vedono



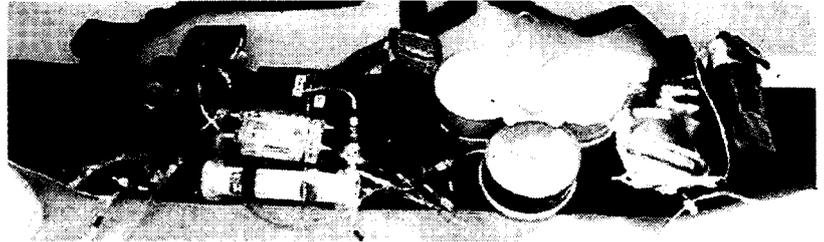
Oltre la dialisi, il rene ora diventa indossabile

FRANCO GIUBILEI

In Italia 55mila persone sono costrette alla dialisi e a loro si aggiungono 170 nuovi pazienti ogni milione di abitanti ogni anno. Ma ora una nuova speranza arriva dal «rene indossabile», di cui si è parlato a Bologna al congresso della Società internazionale di purificazione del sangue: è il dispositivo portatile che si sta sperimentando negli Usa e in Inghilterra e che, tra un paio d'anni, sarà messo alla prova anche in Italia, all'Ospedale Sant'Orsola.

Se questo macchinario, che somiglia a una cartuccia e pesa sei chili, sarà approvato e messo a disposizione dei malati di insufficienza renale, semplificherebbe loro la vita. «I pazienti con insufficienza renale oggi hanno due strade - spiega Antonio Santoro, direttore dell'Unità operativa di nefrologia del Sant'Orsola - : il trapianto per il 20% dei casi o, più di frequente, la dialisi. I più anziani in genere devono sottoporsi a dialisi extracorporea in ospedale, 3 volte alla settimana e per 4-5 ore. L'alternativa è la dialisi peritoneale, effettuata a domicilio durante la notte, dopo che è stato applicato un catetere nell'addome». Una procedura, quest'ultima, meno impegnativa della dialisi in ospedale, che nella struttura bolognese interessa il 28% dei nuovi pazienti dializzati, percentuale quasi doppia rispetto alla media nazionale.

Il rene indossabile rappresenta quindi un salto in avanti rispetto alle tecniche tradizionali: «È frutto di un progetto concepito da Victor Gura dell'Università della California, al momento sperimentato da Andrew Davenport al Royal Free Hospital di Londra - aggiunge il nefrologo -. Si tratta di un rene artificiale che il paziente si porta addosso e che funziona 24 ore su 24 come il rene umano e quindi senza l'intermittenza della dialisi. Il dispositivo però deve ricevere grandi quantità di sangue (la «versione» umana tratta circa 150 litri di sangue al giorno), depurarlo e smaltire il liquido. Tutto questo comporta la necessità di un accesso vascolare con tubicini da collegare ai vasi del collo, un sistema di anticoagulazione e una serie di filtri in resina che assorbono le sostanze tossiche, oltre a una sacca che raccolga il liquido».



Via ai test
Il nuovo
modello
di rene
indossabile
che sarà
sperimentato
in Italia



L'emergenza La denuncia dell'associazione Dossetti

Patologie rare, due milioni di malati invisibili

*Terapie troppo costose, è come se lo Stato li avesse abbandonati***Tiziana Paolucci**

Roma Due milioni di italiani dimenticati dallo Stato. Le persone affette da patologie rare nel nostro paese sono un esercito di fantasmi. Non ci si accorge di loro da 12 anni, hanno un'assistenza di serie B e nessuna garanzia di esenzione dalle spese farmacologiche. Lo denuncia l'associazione «Giuseppe Dossetti: i Valori, Sviluppo e Tutela dei Diritti» che oggi promuove alla Camera il convegno «Siamo rari... ma tanti» per chiedere l'approvazione del ddl presentato nel giugno scorso a Palazzo Madama e a Montecitorio. La nuova legge integrerebbe e perfezionerebbe il D.M. 279/2001, che ha istituito la Rete Nazionale delle Malattie Rare, ma che è fermo a 12 anni fa.

Queste lacune legislative gravano sulle spalle di milioni di pazienti e una modifica permetterebbe la «presa in carico» del malato al livello sociale, l'assistenza domiciliare, maggiore velocità nella diagnosi, farmaci e assistenza, accesso in centri specializzati dislocati sul territorio e ampliamento della Rete delle Malattie Rare con supporto «a distanza» e scambio di pareri tra vari specialisti italiani.

Nonostante sia previsto un aggiornamento triennale dell'elenco di malattie rare, in dodici anni non è stata apportata alcuna integrazione. «Questo significa che nell'assistenza i pazienti hanno una disparità di trattamento da regione a regione - spiega Claudio Giustozzi, segretario dell'associazione Dossetti - e che è difficile per loro ottenere gratis quelli che noi chiamiamo «farmaci orfani», ovvero

quei medicinali che le aziende farmaceutiche producono in minor quantità visto la minor diffusione delle patologie e quindi a fronte di spese ingenti, immettendoli di conseguenza sul mercato a prezzi proibitivi. Manca poi un'integrazione delle cure a livello territoriale e questo nonostante stime recenti rivelino che le persone affette da malattie rare oggi sono circa due milioni, il 70 per cento dei quali bambini». Esistono 7 mila tipologie di malattie rare, ma il nostro Ssn ne riconosce solo 400 e garantisce le cure solo a chi rientra tra queste.

Stesso discorso, se possibile ancora più triste, per la maggior parte degli italiani colpiti da tumori rari (sono considerati tali quelli che ogni anno non superano i 6 casi su 100 mila persone sane). Anche loro non possono usufruire dei benefici previsti dalla legge. «Nella lista, infatti, figurano solo 6 tipologie di tumori rari e chi ne è colpito ha l'esenzione dalle spese farmaceutiche, peraltro altissime - prosegue Giustozzi -. Ma secondo un censimento eseguito da Orphanet, queste neoplasie sono oltre 600. Che accade a tutti questi malati? Devono acquistare le medicine a costo pieno mentre per l'assistenza devono affidarsi al buon cuore dei medici che si trovano di fronte». Un'ingiustizia considerando che queste patologie costituiscono il 20 per cento dei nuovi casi di tumori maligni registrati ogni anno. «Per cancellare questa vergogna - conclude Giustozzi - è necessario approvare il ddl subito e dar vita a una collaborazione stretta tra istituti di ricerca, case farmaceutiche e organi governativi».



Italia agli ultimi posti nelle terapie anti-diabete

LA DENUNCIA

Italia "Cenerentola" d'Europa nell'accesso alle terapie anti-diabetiche innovative. Che interessano circa cinque milioni di pazienti. È la denuncia degli esperti della **Società italiana di Diabetologia** (SID) che arriva da Barcellona, dove si tiene in questi giorni il congresso dell'Associazione Europea per lo Studio sul Diabete (EASD), il più grande del mondo in questo campo.

Al contrario degli altri pazienti europei, alla maggior parte dei nostri connazionali con diabete di tipo 2 è di fatto impedito l'accesso alle terapie anti-diabetiche di ultima generazione, efficaci sul controllo della glicemia, senza esporre al rischio di pericolosi episodi di ipoglicemia e senza far aumentare di peso. Colpa delle revisione in senso ancor più restrittivo delle indicazioni prescrittive realizzata nel corso dell'estate dall'AIFA nei confronti delle terapie basate

sulle incretine (inibitori del DDP-4 e analoghi del GLP-1).

«Le terapie basate sulle incretine – afferma il professor Stefano Del Prato, presidente della Società Italiana di Diabetologia e vice-presidente dell'EASD – sono efficaci, sicure, non danno rischio di ipoglicemie e non determinano un aumento del peso. Per tutte queste caratteristiche dovrebbero idealmente trovare una collocazione in una fase precoce della malattia, anziché essere usate tardivamente e solo su poche categorie di pazienti come vorrebbe la revisione prescrittiva approntata dall'AIFA. Ci auguriamo che gli esperti dell'Agenzia regolatoria italiana vogliano prendere in considerazione i suggerimenti a suo tempo fatti pervenire dalle società scientifiche e dalle associazioni dei pazienti, dopo l'incontro del giugno scorso e dai quali non abbiamo mai ricevuto riscontro alcuno».

An.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ANALISI Misurare la glicemia: primo passo per capire il diabete



SELPRESS
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Mario Calabresi

Diffusione Testata
234.856

Corsa alla dieta gluten free ma se è solo una moda può diventare pericolosa

ALIMENTAZIONE

NADIA FERRIGO

«C'è chi sottovaluta i sintomi e chi invece li enfatizza»

Dura la vita del celiaco. Chi è intollerante al glutine lo sa bene: niente pasta, pane e pizza, niente croissant né tramezzini. Ma, se fino a qualche anno fa gustare fuori casa un piatto di spaghetti a prova di dieta era un miraggio, sono sempre di più ristoranti e pizzerie che offrono un menù «gluten free». Secondo l'Associazione nazionale celiaci, circa l'1% della popolazione dovrebbe evitare ciò che contiene il glutine, un complesso di proteine che si trova nella maggioranza dei cereali: frumento, farro, kamut, orzo e segale. I casi diagnosticati sono 135 mila, con un incremento del 20%, anche se i celiaci stimati dal ministero della Sanità sono 600 mila, quasi un italiano su 100.

Con o senza diagnosi, i fan della dieta senza glutine si moltiplicano, sia in Italia sia negli Usa: stare senza pane e pasta diventa simbolo di una dieta più sana e leggera, buona per tutti. Tra le celebrità che hanno scelto di eliminare il glutine, spiccano Victoria Beckham, Miley Cyrus, Russell Crowe, Gwyneth Paltrow ed Elisabetta Canalis, che ha comunicato la sua decisione con un tweet: «Mi sono convertita al gluten free. Sapevo che questo vi avrebbe cambiato la giornata. No, non sono celiaca e amo i carboidrati, ma devo ammettere che, mangiando senza glutine, mi sento molto meglio».

Normale, quindi, che ristoranti e gastronomie facciano a gara per accaparrarsi l'esercito dei nuovi intolleranti: il mercato del «gluten free» vale 230 milioni, con una crescita di an-

no in anno del 25%. Paste e biscotti «speciali» si trovano con facilità in tutti i supermercati, senza contare il sempre più fiorente mercato delle farine «alternative», come la farina di riso, grano saraceno e mais.

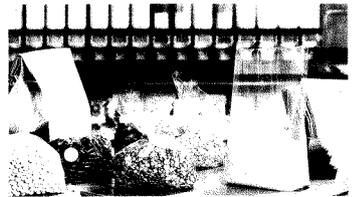
«E' un bene che se ne parli: ci sono casi di celiachia asintomatica, che, trascurata per lungo tempo, può creare danni anche gravi, ma c'è molta confusione. Le patologie allergiche negli ultimi anni sono in aumento, sia le forme più banali sia quelle più serie - spiega Gianni Cadario, direttore del reparto di allergologia e immunologia della Città della salute di Torino -. C'è chi sottovaluta il problema, ignorandone i sintomi, chi invece lo enfatizza, fino a un comportamento ossessivo. D'altra parte, le intolleranze causate da alimenti e farmaci sono difficili da indagare con i test allergologici. Solo per glutine e latte esiste una procedura codificata, che può dare una diagnosi certa. Bisogna stare attenti: molte intolleranze al glutine negli ultimi tempi vengono diagnosticate da test senza alcuna validità scientifica».

Per sapere con certezza se è necessario seguire una dieta «gluten free», quindi, la strada sembra essere solo una. «Se si sospetta di avere qualche intolleranza, meglio rivolgersi prima di tutto al proprio medico curante, che predisporrà le analisi opportune e indirizzerà il paziente da un allergologo o da un gastroenterologo - continua Cadario -. Con una gastroscopia, una biopsia intestinale ed esami del sangue dedicati si può avere un responso certo. Seguire una dieta senza che sia necessaria per l'organismo, invece, è pericoloso: il rischio è ritardare la diagnosi di altre patologie».

Tra le cause del moltiplicarsi dell'intolleranza al glutine ci sono anche i processi di lavo-

razione e selezione del grano: oggi gli agricoltori preferiscono le varietà più ricche di proteine, che permettono di ottenere raccolti migliori. «Senza dubbio l'aumento di casi di celiachia è dovuto anche alla coltivazione del grano. Nei secoli abbiamo abbandonato le forme di cereali più semplici - conferma Maria Caramelli, direttrice dell'Istituto zooprofilattico di Piemonte, Valle d'Aosta e Li-

guria -: la nostra ricercatrice Maria Mazza ha condotto una ricerca su tre tipi di grano monocolto, varietà molto semplice dal punto di vista genetico: la tossicità delle proteine è scarsa e quindi più digeribile. Tornare a coltivare anche i grani antichi potrebbe essere



Moda e mania I prodotti senza glutine hanno scatenato una vera e propria passione di massa

Allergologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL REPARTO DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA DELLA CITTÀ DELLA SALUTE DI TORINO



Check-up anche per gli embrioni

I nuovi screening genetici incrementano l'efficacia della procreazione assistita

Ginecologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO DELLA SISMER (SOCIETÀ ITALIANA STUDI DI MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE)
IL SITO: WWW.SISMER.IT/



MARCO PIVATO

Le speranze per le coppie che non riescono ad avere figli e che si rivolgono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sono racchiuse nelle rivoluzioni della genetica.

Era il 1978, quando a Londra nasceva Louise Brown, la prima creatura concepita in vitro con la tecnica Fivet, la fecondazione «in provetta» dell'ovulo con il successivo trasferimento dell'embrione così formato nell'utero della donna. Da allora le cose sono cambiate e di molto. Con l'avvento delle nuove tecniche di biologia molecolare, infatti, quelle che permettono di scrutare la «salute» dei geni dell'embrione, si può cominciare a pensare di abbattere il numero di gravidanze senza successo.

È noto che la stimolazione farmacologica per ottenere embrioni da una coppia che ha difficoltà (o è incapace) ad averne non dà garanzie che questi poi evolvano sani. Se l'embrione artificialmente ottenuto nasce con un corredo genetico incompatibile con la vita - per esempio è portatore di malformazioni - la natura lo destina all'aborto. La Fivet è quindi una soluzione solo «a metà»: permette di ottenere embrioni, ma nulla assicura che questi siano effettivamente «ideali»: per saperlo, distinguerli e impiantare quelli «giusti», quindi, bisogna studiarli attentamente.

L'altra metà dell'opera tocca allora alle «lenti» del genetista, che oggi, sempre di più, è in grado di individuare ano-

malie cromosomiche e alterazioni e selezionare in sicurezza solo gli embrioni che, una volta impiantati, non saranno rigettati dall'organismo della madre. Ecco perciò che la percentuale di successo di una gravidanza riparte dalla diagnosi dell'embrione.

Centoventi medici ginecologi, biologi e genetisti si sono dati appuntamento a Bologna, al Convegno mondiale della Società italiana studi di medicina della riproduzione (Sismer) per fare il punto sul funderanno proprio l'accuratezza nell'analisi genica dell'embrione. Luca Gianaroli, ginecologo e direttore scientifico della Sismer, spiega che la prima tecnica ad occuparsene è stata la «Pgs» («Pre-implantation genetic screening»), che permette di esaminare l'assetto cromosomico degli ovuli fecondati distinguendo quelli sani da quelli instabili. Ma sono passati 20 anni dalla sua messa a punto e ora una rivoluzione è in atto. «Se la «Pgs» - sottolinea - è stata a lungo una tecnica sostanzialmente sperimentale, poco accurata, molto costosa e in dote a pochi Paesi, oggi la stiamo trasformando, perché evolva in uno strumento efficace e alla portata di tutti».

Come? Affiancando per esempio la «Ngs» («Next generation sequencing»), una tecnica di ultima generazione che affina la ricerca degli embrioni «utili», vale a dire geneticamente stabili. «Se un tempo l'analisi dell'embrione poteva darci solo poche indicazioni sui cromosomi - aggiunge Gianaroli - oggi riusciamo a ottenere addirittura il completo sequenziamento del suo genoma: all'estero sono già nati dei bambini in questo modo».

La scienza progredisce, ma al mercato - pronostica lo specialista - spetta di fare l'altro passo fondamentale: «Solo un paio di anni fa un esame genetico dell'embrione costava tra i 4 e i 5 mila euro, mentre oggi siamo sui 1500, ma contiamo di scendere a poche centinaia». E intanto la «Ngs» sta ridefinendo i confini e le possibilità della procreazione medicalmente assistita. Occhi puntati sul-

l'embrione, dunque, ma non subito e dappertutto. In Italia i luoghi dove le coppie possono accedere alla diagnosi genetica preimpianto sono a Bolo-

gna, al Centro di fecondazione assistita della Sismer, oppure a Roma, al Centro «Genoma». All'estero l'analisi genetica dell'embrione è già realtà in Inghilterra, Spagna e Belgio, mentre è in via di approvazione in Germania e Austria.

I dati, comunque, riportano un'impennata del ricorso alle tecniche in vitro, una realtà che fa da stimolo ulteriore alla ricerca. Dai vari registri internazionali si stima che ogni anno vengono eseguiti nel mondo un milione di cicli di cure e che, grazie alle tecniche di procreazione assistita, siano nati più di sei milioni di individui.

E allora la questione sempre più diffusa è la seguente: come capire se si hanno problemi riproduttivi prima che sia tardi? È bene partire dalla definizione di «condizione di infertilità»: è l'incapacità di avere un figlio dopo due anni di rapporti non protetti. Anche se però, già dopo un anno di tentativi, la coppia ha un rischio elevato di avere problemi riproduttivi. Dunque, è bene iniziare un percorso dia-

gnostico dopo 12 mesi, soprattutto se l'età della donna supera i 35 anni. Si stima che l'infertilità interessi tra il 12 e il 15% delle coppie. In Italia, tra le nuove coppie che si formano ogni anno, 40-50 mila sono destinate ad avere difficoltà riproduttive nella loro futura vita relazionale.

Vasto è l'universo delle cause. Fattori nutrizionali, abitudini di vita, malattie sistemiche e stress incidono fortemente. L'esposizione a

sostanze tossiche (come le emissioni dei veicoli, gli xenoestrogeni e i pesticidi) e le abitudini voluttuarie (caffè, alcoli-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

ci, fumo, droghe) sono fattori che sembrano avere effetto sulla qualità del seme maschile. Quanto alla vita riproduttiva della donna, è limitata nel tempo. Il culmine della fecondità si raggiunge sui 20-24 anni, dopo i quali inizia una lenta ma costante riduzione, che diventa più rapida dopo i 38-40. Tanto che, quando si superano i 40, l'età può rappresentare, da sola, la causa primaria dell'infertilità.



ISS, OSSERVATORIO SULLA IODIOPROFILASSI

Carenza di iodio: problema aperto per 2 miliardi di persone nel mondo

DI ANTONELLA OLIVERI * E SILVIO BORRELLO **

Lo iodio è il costituente fondamentale degli ormoni tiroidei, i quali svolgono un ruolo determinante nelle fasi dello sviluppo e dell'accrescimento, come pure nel mantenimento dell'equilibrio metabolico dell'organismo adulto. Per tale motivo gli effetti negativi della carenza nutrizionale di iodio possono interessare tutte le fasi della vita, anche se gravidanza, allattamento e infanzia sono quelle in cui gli effetti possono essere più gravi. Infatti, sebbene il gozzo rappresenti la manifestazione più frequente della iodocarenza, in realtà le conseguenze più gravi sono rappresentate dai disturbi neurologici derivanti da insufficiente apporto nutrizionale di iodio durante la vita fetale e neonatale, che può tradursi anche in una esagerata prevalenza del gozzo in età pediatrica, in difetti dell'accrescimento di vario grado e nel raggiungimento di un quoziente intellettivo inferiore a quello ottenibile in condizioni di ottimale apporto di iodio.

Certamente i disordini da carenza iodica rappresentano un serio problema di salute pubblica in tutto il mondo, compresi i Paesi occidentali più industrializzati. L'Organizzazione mondiale della Sanità ha stimato che quasi 2 miliardi di persone nel mondo sono affette da disordini da carenza iodica. Per ciò che riguarda più strettamente il nostro Paese, il gozzo colpisce oltre il 10% della popolazione e l'incidenza di ipotiroidismo congenito, alcune delle cui forme sono strettamente legate alla carenza nutrizionale di questo micronutriente, è ancora molto alta (1:2400 nati vivi). La strategia definita dall'Organizzazione mondiale della Sanità come ideale per la prevenzione dei disordini da carenza iodica è l'utilizzo di sale iodato, e molti Paesi nel mondo attuano questo sistema di iodoprofilassi già da molti decenni. Dal 2005 in Italia è in vigore una legge che

prevede la vendita obbligatoria del sale iodato in tutti i punti vendita (con la possibilità di vendita del sale non iodato solo su richiesta), e l'utilizzo del sale iodato presso la ristorazione collettiva e nell'industria alimentare. Inoltre, dal 2009 è attivo, presso l'Istituto superiore di Sanità, l'Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi in Italia (Osnami) che valuta periodicamente l'efficienza e l'efficacia di questo programma di prevenzione su scala nazionale.

I dati di vendita elaborati annualmente indicano che, sebbene la percentuale di vendita di sale iodato nel nostro Paese abbia subito un notevole incremento (era il 27% nel 2003, mentre oggi è intorno al 55%), c'è ancora una larga parte della popolazione che non lo utilizza. Tali dati sono coerenti con le analisi relative al periodico monitoraggio di indicatori biologici nella popolazione (contenuto di iodio nelle urine, prevalenza di gozzo, incidenza di ipotiroidismo congenito) che, pur dimostrando il migliora-

In Italia il gozzo colpisce circa il 10% della popolazione

mento della carenza iodica negli ultimi anni, ancora dimostrano il permanere di una condizione di insufficiente apporto nutrizionale di iodio a livello di popolazione. A tal proposito val la pena di ricordare due cose importanti: la prima è che tutti possono usare il sale iodato, perché le quantità di iodio in esso contenute sono quantità fisiologiche e servono solo a compensare lo iodio mancante, senza alcun rischio di aggiungerne in eccesso; la seconda è che la prevenzione dei disordini da carenza iodica attraverso l'utilizzo di sale iodato non è in contrapposizione con la raccomandazione della riduzione del sale in genere. I due programmi di prevenzione possono coesistere e supportarsi l'un l'altro, basta usare poco sale ma iodato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

* Responsabile scientifico dell'Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi in Italia (Osnami), Dipartimento di Biologia cellulare e Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma

** Direttore generale, Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, ministero della Salute, Roma

ELENA CATTANEO

“L'avventura tra i segreti della corea di Huntington”

ARCOVIO PAGINA 11

“La caccia allo strano gene che provoca l'Huntington”

La lotta a una malattia che ha alle spalle 800 milioni di anni di storia evolutiva

Elena Cattaneo
Farmacologa

LE STRATEGIE
Ora si sta studiando una cura per bloccare la proteina killer

RUOLO: È DIRETTORE DEL CENTRO DI RICERCA SULLE CELLULE STAMINALI «UNISTEM» DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO E NEO-SENATRICE A VITA

➔ L'EVENTO/1

VALENTINA ARCOVIO

Se c'è qualcuno che può catturare l'attenzione di una platea parlando di una malattia rara, come la corea di Huntington, è la neosenatrice Elena Cattaneo, direttrice del Centro di ricerca sulle cellule staminali dell'Università di Milano. Dopodomani racconterà una delle più belle storie della scienza all'Università di Torino in occasione della «Notte dei ricercatori». «Quella della malattia di Huntington è una vicenda di enormi conquiste, di scienza e di umanità, che ci ha portato a inseguire idee indomabili».

Che cosa c'è di tanto affascinante in questa storia?

«Mi piace raccontarla partendo dalla caccia al gene, iniziata dalla neuropsicologa Nancy Wexler negli Anni 70. Alla morte della madre, affetta proprio da Huntington, Nancy e la famiglia fondarono la «Hereditary Disease Foundation», che ha messo insieme un gruppo di ricercatori con l'obiettivo di individuare le cause della malattia. Si era scoperto che in Venezuela, nei pressi del lago Maracaibo, la malattia colpiva una persona

su 10 a causa di caratteristiche specifiche che le avevano permesso, nel tempo, di essere trasmessa da una generazione all'altra e di mantenere un'altissima incidenza tra gli abitanti di una piccola comunità. Grazie agli studi genetici, però, è stato possibile mappare il gene coinvolto nella malattia e individuare, così, nella ripetizione anomala di un frammento di Dna - la tripletta «Cag» - il responsabile della sua insorgenza. Oggi, finalmente, sappiamo che il gene codifica per la proteina huntingtina, coinvolta nella regolazione di molte funzioni biochimiche del sistema nervoso centrale: quando è difettosa, crea degli aggregati che intossicano il cervello, danneggiandone le funzioni motorie e cognitive in modo progressivo e fatale».

E' quindi un gene mutato e anche malato?

«Oserei dire che oggi sappiamo che le triplette «Cag» non sono di per sé una mutazione, perché ognuno di noi ne ha un numero limitato in quel punto del genoma e molte persone ne hanno dalle 17 alle 35 senza manifestare la malattia. Chi ne ha più di 36, invece, si ammala».

Che cosa è successo dopo la scoperta del gene?

«Abbiamo cercato di capire da dove viene e qual è il motivo per cui le triplette di «Cag» sono

passate indenni attraverso 800 milioni di anni di storia evolutiva, dalla comparsa del gene nella prima alga pluricellulare, che di quelle «Cag» non ne aveva ancora. Un percorso misterioso, che lascia però ipotizzare che alla base della malattia ci sia un «senso biologico», una sorta di spinta da parte dell'evoluzione a conservare queste ripetizioni nel gene, anche se non si trovano ancora spiegazioni scientificamente validate. Tutto ciò che si sa è che il gene con un numero alto, ma non patologico, di «Cag» continua a essere trasmesso nei soggetti sani per quel gene, come se fosse alla base di un ipotetico vantaggio evolutivo».

Ci sta dicendo che i malati hanno un ruolo speciale nelle leggi della specie?

«E' una domanda importante, che apre considerazioni enormi sulla malattia e sulle malattie in generale. Un gruppo di clinici tedeschi ha scoperto che più ripetizioni di «Cag» ci sono nel gene sano e più materia grigia è presente. Non significa che queste persone sane per il gene siano necessariamente più intelligenti, ma, considerato il ruolo del gene nello sviluppo del sistema nervoso centrale, si può ipotizzare che abbiano, forse, maggiori capacità di qualche tipo ancora da scoprire:

forse sociali...».

Che cosa significa tutto questo per il futuro della nostra specie Sapiens?

«Abbiamo un'ipotesi: è possibile che i malati con più ripetizioni facciano parte di un processo che, forse, ha contribuito a farci diventare quello che siamo e che - forse - ci porterà a essere quello che saremo in futuro. I malati fanno parte dell'evoluzione esattamente come le persone sane per quel gene».

Come può farci evolvere una «cosa» che ci fa ammalare?

«E' possibile che la malattia si sviluppi perché i neuroni, oggi, non sono ancora in grado di reggere la spinta evolutiva verso più «Cag»».

Per il momento, però, quali sono le speranze per i malati?

«C'è una rete di collaborazione tra i ricercatori di tutto il mon-



do che lavora allo sviluppo di **farmaci** che contrastino l'effetto tossico della proteina malata. Un'altra strategia, però, potrebbe essere quella di sviluppare una serie di **farmaci** che potenzino l'effetto protettivo del gene sano, di cui il malato ne ha una copia, mentre nei soggetti sani è presente in duplice copia. Ma probabilmente la strategia più promettente è rappresentata dagli Rna-interferenti: si è scoperto che delle molecole di Rna artificiali sono capaci di attaccarsi come dei pezzi di scotch sul gene malato, togliendogli la possibilità di produrre la proteina malata».

Con tutto questo lavoro da fare perché per gli scienziati è importante partecipare alla «Notte dei ricercatori»?

«Lo scienziato non deve mai sottrarsi agli incontri di "rendicontazione" con l'opinione pubblica. La "Notte dei ricercatori", infatti, è l'occasione per aprire le porte dei laboratori e raccontare ai cittadini quali sono le idee "indomabili" e quante e quali strategie si possono percorrere per contribuire a capire una malattia».

Quali sono i suoi programmi, ora che ricopre un ruolo così importante in Senato?

«Cercherò di portare in un ambiente nuovo, finora, forse, poco attento nei riguardi della ricerca, i racconti e le istanze della nostra comunità scientifica. Così come ho sempre fatto in laboratorio sto lavorando per creare anche qui un team di giovani che con me aiuti a spiegare che la scienza è un'alleata della società e che in Italia esiste una comunità scientifica viva e pronta a dare il suo contributo».

La lezione

«Huntington tra staminali ed evoluzione»: è il titolo della lezione che Elena Cattaneo terrà il 27 settembre alle 17 nell'aula magna del Dipartimento di scienze della vita e biologia dei sistemi dell'Università di Torino.

RICERCATORE SCIENTIFICO

Il mercato ha sempre più richiesta di laureati nel settore, ma non li trova

Ci sono discipline che garantiscono ancora un impiego, un buon stipendio e una carriera. La chimica è una di queste. Presente in tutti i settori, ha bisogno di diplomati e specializzati. Ma in pochi ne sono davvero a conoscenza...



Per molti giovani la laurea, anziché essere un punto di approdo, è un doloroso inizio fatto di colloqui e stage, che spesso non portano da nessuna parte. Esistono lauree che, come evidenzia annualmente il rapporto Excelsior di Unioncamere, sono ancora capaci di dischiudere, con relativa facilità, una carriera di successo.

Per esempio, le lauree chimiche. I dati parlano da soli: a un anno dal conseguimento del titolo sono almeno otto i giovani a lavorare su dieci; e il 46 per cento di questi inizia immediatamente a lavorare con un contratto a tempo indeterminato. Il 26 per cento, invece, passa per un contratto a tempo determinato, che si trasforma presto in un'assunzione stabile. Un sogno? No. Grazie alle sue pressoché infinite applicazioni, la chimica crea posti di lavoro in moltissimi settori. Secondo il rapporto Excelsior, le imprese nel 2011

avrebbero inserito quasi 4.000 laureati in indirizzo chimico-farmaceutico, oltre a 2.400 periti chimici (dunque diplomati). E quanto ai 4.000 "dottori", si calcola che le aziende abbiano faticato a trovare circa un quarto di loro. Il mercato, dunque, ha bisogno di chimici e in molti casi fatica addirittura a trovarli. Ecco perché merita un approfondimento una delle professioni più interessanti dell'attuale mondo del lavoro, con la speranza di fornire indicazioni utili a tutti i giovani che ancora non hanno deciso quale potrebbe essere il loro futuro percorso universitario. Gli ambiti in cui un laureato in chimica può trovare collocazione sono moltissimi: sicurezza e igiene del lavoro, impianti industriali e civili, controllo qualità, enti pubblici (tutela ambientale, acque, rifiuti), laboratori di analisi, sanità, agroalimentare, beni culturali e architettonici, università e ricerca

scientifica. Il settore **farmaceutico** e cosmesi, tra questi, è forse uno dei più interessanti e remunerativi: qui il laureato o il diplomato può lavorare nella ricerca scientifica e nella formulazione dei **farmaci**, ma anche nella produzione, nel controllo delle materie prime e nella valutazione della qualità, oltre che nell'informazione scientifica.

Un dato molto interessante: tra le prime 35 imprese che nel 2011 offrivano il migliore ambiente lavorativo in Italia (indagine effettuata da Best Workplaces Italia 2011), ben 9 operavano nei settori **farmaceutico** e dei dispositivi medici. Il 53 per cento degli occupati totali dell'industria **farmaceutica** italiana è occupato nell'area della Ricerca e Sviluppo. Territorialmente, la percentuale maggiore di operatori di questo ambito è presente nelle regioni della Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna e Veneto.