



14 luglio 2014

Rapporto Osmed 2013: sale la spesa farmaceutica totale (2,3%), in aumento i farmaci a brevetto scaduto (3,8%). Decolla la farmacovigilanza (+41% di segnalazioni). In crescita i consumi di antibiotici (3,5%).

E' salita del 2,3% nel 2013 rispetto al 2012 la spesa farmaceutica totale (pari a 26,1 miliardi di euro) e i medicinali per il sistema cardiovascolare restano in testa alla classifica dei consumi. Sale anche la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, che ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012). E sono in crescita (+3,5%) anche i consumi di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4% (in testa Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Ancora rilevante, l'uso inappropriato di antibiotici, che supera il 20% in tutte le condizioni cliniche. Sul fronte della farmacovigilanza c'è stato un forte incremento (+41%) delle segnalazioni avverse, arrivate a quota 40.957. Sono questi alcuni dei numeri emersi del Rapporto OsMed 2013 dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), presentato oggi a Roma.

Nel 2013 in Italia sono state consumate 1.679 dosi di medicinali al giorno ogni 1.000 abitanti (inclusi i consumi erogati dalle farmacie territoriali a carico del SSN e del cittadino e i consumi in ospedale); in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco). Il 70,4% dei consumi è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione).

La spesa farmaceutica. La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto al 2012), di cui il 75,4% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19.708 milioni di euro.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11.866 milioni di euro (+0,4%).

La spesa a carico dei cittadini, comprensiva della compartecipazione del cittadino, dell'acquisto privato di fascia A, della spesa per i farmaci di classe C con ricetta e di Automedicazione, ha registrato un aumento del +3,8% rispetto al 2012.

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

Le categorie più prescritte. I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Consumo e spesa per età e genere: due terzi degli esborsi Ssn per gli over-65. La prevalenza d'uso di farmaci è stata del 57,2% (53,6% negli uomini e 60,7% nelle donne). Differenze nei consumi fra i generi si evidenziano nella fascia di età 15-64 anni (la prevalenza d'uso è maggiore del +8% nelle donne rispetto agli uomini).

Alti livelli di prevalenza si riscontrano nelle fasce di età estreme: il 50% dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 75 anni) hanno ricevuto almeno una confezione di medicinali.

Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori.

La popolazione con età superiore ai 65 anni assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dei consumi ospedalieri) e il 65% dei consumi.

Le donne fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (a partire dai 35 anni), dei farmaci per il Sistema Nervoso centrale e degli antimicrobici, specie nelle fasce d'età adulta.

Consumo e spesa: Lazio in testa tra variabilità regionali. La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata pari a 8.863 milioni di euro a fronte di 608 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di farmaci dispensati.

Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-Ssn, il Lazio è la Regione con quantità massima di consumi (1.190 DDD/1000 ab. die), seguita da Calabria (1.146,1 DDD/1000 ab. die) e Sicilia (1.140,5 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Sicilia (235,9 euro pro capite), seguita dalla Campania (228,0 euro pro capite) e dalla Puglia (219,2 euro pro capite). La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,1 euro di spesa pro capite e il minor consumo con 756,6 DDD/1000 ab. die.

Per quanto riguarda la spesa convenzionata, le Regioni del Nord registrano livelli inferiori alla media nazionale, le Regioni del Centro, del Sud e delle Isole mostrano valori di spesa superiori.

Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

In aumento i farmaci a brevetto scaduto. La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%).

Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del Sistema Cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del Sistema Nervoso Centrale).

Nel 2013, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo, tutti inibitori di pompa, continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

L'Italia è al terzo posto in Europa in termini di spesa per farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale.

Sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

Antibiotici: prescrizioni in salita, scende la spesa. Nel 2013 aumenta del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi.

Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci

Dai dati Asl sono emersi bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per i farmaci antidepressivi e per i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Si continuano a osservare elevati livelli di inappropriatezza nell'utilizzo dei farmaci antibiotici. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (49,3%) e la cistite non complicata (36,3%). La percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilare è in forte aumento (+71,6%) ed è pari nel 2013 al 41,0%.

Per quanto riguarda gli inibitori di pompa è stato evidenziato che il 46,5% dei pazienti è stato trattato senza i criteri di rimborsabilità indicati dalla Nota 1 e dalla Nota 48, in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del +5,5%.

Decollano le segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci. Durante il 2013 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 40.957 segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti e nel 2013 rispetto al 2012 è stato registrato un incremento del +41%.

Oltre la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (52%), seguono quelle di farmacisti (16%) e specialisti (9%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale (7%). È stato registrato un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche (+729%) e dai pazienti (+268%).

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2013 ha riguardato gli antineoplastici (18%), gli antimicrobici (16%), i farmaci del sistema nervoso centrale (15%), del sangue (12%), del sistema cardiovascolare (9%) e muscolo scheletrico (8%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono il warfarin, l'acido acetilsalicilico e l'amoxicillina associata all'acido clavulanico.

Lombardia e Toscana sono le Regioni con il più alto tasso di segnalazione e rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

quotidianosanita.it

Lunedì 14 LUGLIO 2014

Farmaci. Rapporto Osmed 2013. Spesa complessiva cresciuta del 2,3%. Sale il tetto, ma l'ospedaliera sfiora ancora: +20,5%

Presentato il Rapporto curato dall'Aifa. Il primo dopo la revisione dei tetti di spesa, che per l'ospedaliera è cresciuto dal 2,4% del Fsn al 3,5% e per la territoriale è diminuito dal 13,1% all'11,35%. La territoriale sfiora dello 0,5%. Ma la situazione non è uguale in tutte le Regioni. Spesa complessiva a quota 26,1 miliardi di euro. Cardiovascolari al top. Cresce del 3,8% la spesa a carico dei cittadini. L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche. [IL RAPPORTO.](#)

Trend in salita per la spesa farmaceutica italiana. Dopo il calo dai 26,3 miliardi del 2011 ai 25,5 miliardi del 2012, il dato è infatti ripreso a salire toccando, nel 2013, i 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto all'anno precedente), di cui il 75,4% rimborsato dal Ssn. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa di farmaci è stata di circa 436 euro. Lo rileva il nuovo Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Aifa, presentato oggi a Roma dai vertici dell'Aifa, da cui emerge che anche la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento, assestandosi a 19,708 miliardi di euro, con una crescita dell'1,7% rispetto al 2012. Nel dettaglio, per 11,866 miliardi si è trattato di spesa pubblica (+0,4%, determinato principalmente dall'incremento della spesa dei farmaci in distribuzione diretta e per conto, +5,9%, controbilanciato dalla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta, -1,4%), mentre 7,8 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, per un aumento pari al 3,8% rispetto allo scorso anno. Ma se il peso del ticket è diminuito del 2,7%, è aumentata del 5,5% la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto.

E così, nel 2013, le dosi di medicinali consumate al giorno ogni 1.000 abitanti sono state 1.679 (ovvero, considerando anche i consumi in ospedale, in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco), il 70,4% delle quali è stato erogato a carico del Ssn, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione). Per quel che riguarda l'assistenza territoriale pubblica e privata, sono state erogate 1,8 miliardi di confezioni di farmaci (+1,7 rispetto al 2012). In particolare, nell'ambito dell'assistenza convenzionata, ogni italiano ha consumato in media poco più di una dose al giorno (1.031,5 DDD/1000 ab. die), in aumento rispetto all'anno precedente del +2,5%, mentre in termini di confezioni è stato registrato un incremento del +2,2% (oltre 1 miliardo di confezioni nel 2013, corrispondente a 18,7 confezioni pro capite). Il numero di prescrizioni è aumentato del 2,5% rispetto allo scorso anno e ha toccato le 608 milioni di ricette.

Per quanto concerne le strutture sanitarie pubbliche, sono state erogate 150,6 dosi di farmaci al giorno ogni 1000 abitanti, in diminuzione del -13,8% rispetto all'anno precedente. I farmaci più consumati sono i cardiovascolari (525 DDD ogni 1.000 abitanti die), al primo posto anche in termini di spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite).

Tetti di spesa. Sfondato del 20,5% l'ospedaliera. La territoriale sfiora dello 0,5%

Diminuisce il trend di sfioramento dell'ospedaliera ma aumenta quello della territoriale. Questo

fondamentalmente a causa della rimodulazione dei tetti percentuali per le due voci di spesa. Infatti, se fino allo scorso anno il limite per la spesa farmaceutica ospedaliera era fissato al 2,4% del Fsn, a partire da quest'anno il tetto si è alzato fino al 3,5% del Fsn (in pratica, nel 2013, la spesa ospedaliera doveva rimanere all'interno di 3.725 milioni di euro). Al contrario, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è diminuito dal 13,1% dello scorso anno all'11,35% di quest'anno, costringendo la spesa farmaceutica territoriale a rimanere entro i 12.078 milioni di euro. 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 ha toccato quota 4.489,5 milioni di euro, con un disavanzo complessivo di 764,5 milioni di euro rispetto al finanziamento programmato, cioè +20,5% rispetto al tetto programmato, fissato al 3,5% del Fondo sanitario nazionale che tradotto in soldoni significava che la spesa farmaceutica ospedaliera non doveva superare i 3.725 milioni di euro.

Anche la territoriale tuttavia ha segnato un piccolo sfioramento, dopo una serie di anni positivi, di perfetto controllo del tetto. La spesa farmaceutica territoriale 2013 ha infatti toccato quota 12,141 milioni di euro, registrando dunque un disavanzo di 62,9 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato, cioè +0,5% rispetto al tetto fissato all'11,35% del Fondo sanitario nazionale, che tradotto in soldoni significava che la spesa farmaceutica territoriale non doveva superare i 12.078 milioni di euro.

Va tuttavia sottolineato che il problema dello sfondamento del tetto non riguarda tutte le Regioni. Per quanto riguarda l'ospedaliera, si legge nel rapporto, nel 2013 "quasi tutte le Regioni hanno sfondato il tetto del 3,5% ad eccezione di Sicilia, P.A. di Trento e Valle d'Aosta, con incidenze rispetto al FSN variabili tra il massimo della Toscana (5,2% sul finanziamento regionale) e il minimo della Campania (3,7%)". Le Regioni che hanno sfondato il tetto dell'11,35% della spesa farmaceutica territoriale sono, in ordine decrescente di sfondamento: Sardegna, Sicilia, Puglia, Calabria, Lazio, Campania, Abruzzo, Marche e Molise.

La spesa farmaceutica nel 2013

Nel 2013 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro, di cui il 75,4% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è ammontata a circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19,7 miliardi di euro.

La spesa pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11,8 miliardi di euro, ossia il 60,2% della spesa farmaceutica territoriale. Rispetto all'anno precedente, ha registrato un lieve incremento del +0,4%, principalmente determinato da un aumento della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (+5,9%), controbilanciato dalla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,4%).

Tra i farmaci di classe C con ricetta nel 2013 registrano la maggior spesa i derivati benzodiazepinici, in particolare gli ansiolitici (378,7 milioni di euro), seguiti dai farmaci usati per la disfunzione erettile (277,1 milioni di euro) e dalle associazioni fisse estro-progestiniche (226,7 milioni di euro); tadalafil, lorazepam, drospirenone ed etinilestradiolo sono i tre principi attivi a maggior spesa nel 2013. Sul lato dei farmaci di automedicazione diclofenac (124,2 milioni di euro), ibuprofene (117,2 milioni di euro) e paracetamolo (112,3 milioni di euro) sono i principi attivi che hanno registrato la più alta spesa.

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

Nel 2013 tutte le Regioni hanno adottato la distribuzione diretta, mentre Abruzzo e Sicilia sono le uniche a non utilizzare la distribuzione in nome e per conto. La spesa per la distribuzione diretta e per conto, pari nel 2013 a 5,2 miliardi, è rappresentata quasi per la totalità dai farmaci in classe A (57,5%) e di classe H (41,6%), mentre costituiscono una quota residuale i farmaci di classe C (1,0%). Il fattore

VIII, adalimumab e imatinib compaiono ai primi posti nella lista dei principi attivi a maggior spesa, con, rispettivamente, 227, 207 e 173 milioni di euro.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica ospedaliera, che ammonta a 2,8 miliardi nel 2013, ben 11 principi attivi appartenenti alla categoria degli antineoplastici compaiono nella lista dei primi trenta principi attivi a maggior spesa nel 2013, con trastuzumab, rituximab e bevacizumab ai primi tre posti. La spesa e i consumi farmaceutici sono strettamente dipendenti dalla fascia di età di appartenenza del paziente; la fascia di età superiore a 65 anni evidenzia una spesa pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale fino a 3 volte superiore al livello medio nazionale e a quasi 6 volte rispetto alle fasce di età inferiori.

I livelli più bassi di spesa territoriale, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, sono stati registrati nella Provincia autonoma di Bolzano (171,9 euro pro capite), mentre i valori più elevati sono quelli della Regione Campania (291,7 euro pro capite), rispetto ad una media nazionale di 238,0 euro pro capite. Liguria (130,9 euro pro capite) e Molise (64,7 euro pro capite) rappresentano, rispettivamente, le Regioni con la più alta e più bassa spesa privata di farmaci (A,C, SOP e OTC).

Per quanto concerne i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, a fronte di una media nazionale di 141,2 euro pro capite, il range regionale oscilla tra il valore più basso di spesa della Valle d'Aosta di 112,0 euro e quello più alto della Sardegna di 173,6 euro pro capite.

Ticket e spesa privata

Come accennato, 7,8 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, per un aumento pari al 3,8% rispetto allo scorso anno. Ad influire maggiormente è stato l'incremento dell'acquisto privato dei farmaci di classe A (+11,2%), della spesa per i medicinali per l'automedicazione (+8,1%) e, in misura minore, quello della spesa per la compartecipazione (+2,1%). Si riduce solamente la spesa per i farmaci di classe C (-1,1%).

Per la compartecipazione a carico del cittadino, in particolare, la spesa è stata di 1.436 milioni di euro (24,1 pro capite), pari al 12,8% della spesa farmaceutica convenzionata. Se però, rispetto al 2012, la spesa relativa al ticket per ricetta/confezione è diminuita del 2,7%, è invece aumentata del 5,5% la quota di spesa relativa alla differenza pagata dal cittadino per avere il farmaco originale rispetto all'equivalente.

Le categorie più prescritte

I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Consumo e spesa per età e genere

La prevalenza d'uso di farmaci è stata del 57,2% (53,6% negli uomini e 60,7% nelle donne).

Differenze nei consumi fra i generi si evidenziano nella fascia di età 15-64 anni (la prevalenza d'uso è maggiore del +8% nelle donne rispetto agli uomini).

Alti livelli di prevalenza si riscontrano nelle fasce di età estreme: il 50% dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 75 anni) hanno ricevuto almeno una confezione di medicinali.

Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori.

La popolazione con età superiore ai 65 anni assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ad esclusione dei consumi ospedalieri) e il 65% dei consumi.

Le donne fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (a partire dai 35 anni), dei farmaci per il Sistema Nervoso centrale e degli antimicrobici, specie nelle fasce d'età adulta.

Consumo e spesa: variabilità regionali

La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata pari a 8.863 milioni di euro a fronte di 608 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di farmaci dispensati. Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, il Lazio è la Regione con quantità massima di consumi (1.190 DDD/1000 ab. die), seguita da Calabria (1.146,1 DDD/1000 ab. die) e Sicilia (1.140,5 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Sicilia (235,9 euro pro capite), seguita dalla Campania (228,0 euro pro capite) e dalla Puglia (219,2 euro pro capite). La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,1 euro di spesa pro capite e il minor consumo con 756,6 DDD/1000 ab. die.

Per quanto riguarda la spesa convenzionata, le Regioni del Nord registrano livelli inferiori alla media nazionale, le Regioni del Centro, del Sud e delle Isole mostrano valori di spesa superiori.

Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

L'Umbria è la prima per consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, la Sicilia per gli antiacidi e gli antiulcera e la Campania per antiaggreganti e anticoagulanti e antibiotici.

Farmaci a brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%). Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del Sistema Cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del Sistema Nervoso Centrale).

Nel 2013, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo, tutti inibitori di pompa, continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

L'Italia è al terzo posto in Europa in termini di spesa per farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale.

Sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

Consumo e spesa di antibiotici

Nel 2013 aumenta del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del -3,4%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi.

Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci

Dai dati ASL sono emersi bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per i farmaci antidepressivi e per i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Si continuano ad osservare elevati livelli di inappropriately nell'utilizzo dei farmaci antibiotici.

L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche con particolare impatto per la laringotracheite (49,3%) e la cistite non complicata (36,3%). La percentuale di pazienti avviati al trattamento con epoetina alfa biosimilare è in forte aumento (+71,6%) ed è pari nel 2013 al 41,0%.

Per quanto riguarda gli inibitori di pompa è stato evidenziato che il 46,5% dei pazienti è stato trattato senza i criteri di rimborsabilità indicati dalla Nota 1 e dalla Nota 48, in crescita nel 2012 rispetto al 2011 del +5,5%.

Andamento delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci

Durante il 2013 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 40.957 segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti e nel 2013 rispetto al 2012 è stato registrato un incremento del +41%.

Oltre la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (52%), seguono quelle di farmacisti (16%) e specialisti (9%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale (7%). È stato registrato un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche (+729%) e dai pazienti (+268%).

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2013 ha riguardato gli antineoplastici (18%), gli antimicrobici (16%), i farmaci del sistema nervoso centrale (15%), del sangue (12%), del sistema cardiovascolare (9%) e muscolo scheletrico (8%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono il warfarin, l'acido acetilsalicilico e l'amoxicillina associata all'acido clavulanico.

Lombardia e Toscana sono le Regioni con il più alto tasso di segnalazione e rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Farmaci per la depressione

“Alcuni recenti studi internazionali indicano che nel 2030 la depressione, dopo le malattie cardiovascolari, sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute. Ed inevitabilmente gli antidepressivi rappresentano ad oggi una delle principali componenti della spesa farmaceutica pubblica”. Ad evidenziarlo il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, evidenziando come già nell'ultimo decennio il consumo di antidepressivi “è cresciuto in maniera drammatica: da una parte, per l'aumentata prevalenza di depressione ed altri disturbi psichiatrici di comune riscontro nella popolazione generale, quali ansia ed attacchi di panico; dall'altra, per la maggiore maneggevolezza di altri antidepressivi di recente commercializzazione e degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). La prevalenza di depressione è più alta nelle donne rispetto agli uomini ed aumenta in maniera rilevante all'aumentare dell'età, con un picco vicino al 15% negli ultra 75enni, valore probabilmente sottostimato a causa dei casi di depressione frequentemente non diagnosticati in età avanzata.”

Indipendentemente dall'antidepressivo utilizzato (SSRI o antidepressivi triciclici), le linee guida raccomandano un trattamento di almeno 6 mesi nei pazienti affetti da depressione, in virtù dell'alto rischio di recidiva a cui si attribuisce gran parte dei costi economici e sociali della depressione. Precedenti studi osservazionali hanno tuttavia dimostrato che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia ed oltre il 70% nei primi 6 mesi. Dai dati epidemiologici provenienti dalla Medicina Generale emerge che la depressione maggiore risulta colpire il 12,5% della popolazione assistibile (pari circa a 7,5 milioni di italiani), di cui solo il 34,3% assume farmaci antidepressivi.

I dati provenienti dai Database amministrativi delle ASL mostrano che nel 2012 la percentuale di pazienti aderenti risulta solo del 38,4%, sebbene in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+2,9% rispetto al 2011).

Il livello di aderenza risulta inferiore al Sud (34,5%) rispetto al Nord (40,2%) e al Centro (39,8%). Le donne (38,8%) mostrano livelli di aderenza leggermente più elevati rispetto agli uomini (37,4%). Analogamente ad altre categorie di farmaci, l'aderenza migliora all'aumentare dell'età: 33,6% nella fascia d'età inferiore o uguale ai 45 anni; 37,8% tra 46 e 65 anni; 40,4% tra 66 e 75 anni; 41,6% nella fascia d'età superiore ai 75 anni.

Si registra una percentuale pari al 24,5% di pazienti trattati con farmaci antidepressivi occasionali, sebbene leggermente in calo rispetto al 2011 (-4,3%). I pazienti con uno uso occasionale dei farmaci antidepressivi sono maggiormente concentrati nelle fasce d'età più giovani (con età inferiore ai 45 anni: 29,4%) e negli uomini (26,1%) rispetto alle donne (23,7%). Vi è una discreta variabilità geografica con le percentuali maggiori al Sud (28,8%), rispetto al Nord e al Centro (22,6%).

CHIRURGIA.**Robot in sala operatoria
tra ortopedia e oncologia
già in atto la svolta
del computer assistente****Il training con un simulatore****per apprendere la tecnica****L'intervento allo Ico di Milano**

GIUSEPPE DEL BELLO

ALLE prime macchine rudimentali alle attuali tecnologie intelligenti. Ortopedia, neurochirurgia, urologia, chirurgia oncologica, l'automazione in medicina è una realtà senza confini. Una fabbrica in divenire a 20 anni dal robot ideato dal britannico Brian Davies per i tumori addominali. Ne hanno discusso a Milano i partecipanti al congresso dell'associazione di Chirurgia ortopedica Computer e robot Assistita (Caos) presieduto da Norberto Confalonieri, il primo ad aver utilizzato nel '99 la metodica "computer assistita" per impiantare protesi di ginocchio e anca. Si tratta di un sistema che, sfruttando raggi infrarossi e particolari sensori, riesce a monitorare l'arto da operare, il chirurgo e i suoi strumenti. In questo modo, i dati elaborati dal computer consentono di riprodurre sullo schermo il modello da seguire per un impianto corretto. Ma da Confalonieri arriva l'allarme "pazienti zoppi nel 2030". Che vuol dire? Che la minaccia potrebbe trasformarsi in realtà se dovesse avverarsi la previsione: carenza di specialisti in grado di gestire la revisione delle protesi. La vita media di una protesi è infatti di circa 15 anni. Per ovviare a questo scenario, un'unica soluzione: incrementare e diffondere l'utilizzo del sistema robotico coniugato all'informatica. «La metodica computer assistita permette di impiantare devices che risparmiano i tessuti sotto la cute, osso, legamenti, muscoli e capsula», osserva Confalonieri, «Sono protesi pensate per durare una vita e per evitare che da qui a vent'anni ci si trovi da un lato milioni di pazienti a cui

andrebbe revisionato l'impianto, dall'altro pochi chirurghi per eseguirlo». In ambito ginocchio, è operativo un innovativo sistema che sfrutta le caratteristiche di un giroscopio elettronico. Lo strumento semplifica le tecniche di navigazione e riduce il "time consuming", cioè quei preziosi minuti (circa 15) necessari alla preparazione delle tecnologie robotiche rispetto a un intervento tradizionale: «In Italia gli ortopedici sono bravi anche senza computer», ironizza Confalonieri, «ma anche Giotto faceva i cerchi a mano libera, eppure i suoi allievi col compasso raggiungevano la stessa performance del maestro». Dal ginocchio all'anca. Sono recentissimi i primi interventi di impianto protesi totalmente robotizzati. La procedura mininvasiva che si avvale di navigatore e robotica, è così precisa nell'individuazione dei dettagli da eliminare una frequente complicità, la dismetria delle anche.

Ma il robot miete successi anche in chirurgia oncologica. L'ultimo step del Da Vinci: la mastectomia profilattica. A eseguirla, un mese fa — prima volta in Italia — è stato Alberto Luini, primario allo Ico di Milano su una paziente già operata di carcinoma al seno. «Aveva un'anomalia genetica (mutazione del gene BRCA2)», spiega lo specialista, «che esponeva anche l'altro seno al rischio di tumore. L'intervento è consistito nell'asportazione della ghiandola mammaria, preservando il complesso areola-capezzolo e con la contemporanea ricostruzione plastica». Prima dell'intervento l'équipe — Luini sottolinea il ruolo di tutti i colleghi — ha dovuto fare un training su simulatore, necessario all'e-

secuzione di una tecnica diversa dalla tradizionale. Notevoli i vantaggi. Dalla migliore asportazione della ghiandola fino alla minima e nascosta cicatrice ascellare di appena tre centimetri.



Rivoluzione medica. Attivare in modo mirato il sistema neurovegetativo: primi successi in 4 patologie

Tra 10 anni addio farmaci? La ricerca e le multinazionali al lavoro

Stimolatori e impulsi elettrici Così le nuove cure

I DISPOSITIVI
ELETTRONICI

hanno la misura
di un chicco
di riso

NERVI E CELLULE
NERVOSE

Le vie di azione
delle terapie
bioelettriche

AL medico-chimico al medico-pilota. Il primo è quello odierno: somministra farmaci (sostanze chimiche con effetto curativo dimostrato scientificamente) per combattere microorganismi e tumori o ripristinare equilibri biologici alterati (diabete, ipertensione, malattie autoimmunitarie, ecc.). Il secondo invece si mette ai comandi del sistema nervoso vegetativo, quello che controlla i processi vitali del corpo e guida il sistema ormonale, immunitario, cardiovascolare, ecc. facendogli produrre le sostanze che combattono microorganismi e tumori e ripristinano gli equilibri biologici alterati. Le sostanze sono quelle che il corpo già usa ma in questo modo sono prodotte solo dove servono, riducendo quasi a zero gli effetti collaterali. I comandi viaggiano su onde radio che attivano micro-stimolatori inseriti nei nervi diretti agli organi da attivare.

Tra le numerose sperimentazioni condotte sinora, quattro sono particolarmente esemplificative del futuro che si sta costruendo nei centri di ricerca più avanzati del mondo. Agendo solo sul sistema neurovegetativo si è

già riuscito a curare, nell'uomo, crisi asmatiche gravi, malati di artrite reumatoide refrattari ai farmaci, anche quelli biologici di ultima generazione, ferite infette che stentavano a guarire e la glicemia alta. Ma per comprendere come è stato possibile meglio addentrarsi nel sistema nervoso "ombra", il neurovegetativo, che opera senza dare segno di sé e autonomamente dal sistema nervoso centrale.

Quando un mammifero, uomo compreso, si trova in situazione di pericolo nel suo corpo si attuano in meno di un secondo le seguenti modifiche: le pupille si allargano, aumentano la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, lo zucchero nel sangue, si dilatano i bronchi, le arterie dei muscoli e si restringono quelle di intestino e pelle, il cervello e il midollo spinale sono inondati di neuromodulatori eccitatori (come se si fosse presa della cocaina) e di endorfine con effetto antidolorifico. E tante altre modifiche che sarebbe troppo lungo elencare. A volte si drizzano anche peli e capelli, gli equivalenti della pelliccia. L'individuo ora può affrontare al meglio il combattimento o la fuga, a seconda di ciò che riterrà opportuno. Tutto ciò è opera del neurovegetativo, che dalla centrale operativa posta alla base del cervello si connette con tutti gli organi ed apparati del corpo con propri filamenti nervosi attraverso i quali raccoglie informazioni e invia comandi.

Le crisi d'asma di 81 malati, corsi al pronto soccorso in grave insufficienza respiratoria, sono state risolte attivando con impulsi elettrici via microelettrodi le stesse fibre neurovegetative che comandano la broncodilatazione in corso di reazione di attacco



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

fuga. La sperimentazione è stata fatta dalla Electrocore, azienda di bioelettronica del New Jersey, Usa.

Alla Harvard University invece hanno sfruttato un'azione del sistema neurovegetativo nota da tempo anche se non è ancora ben chiaro come si eserciti. Le fibre neurovegetative che arrivano alla pelle dentro i nervi che ne raccolgono la varie sensibilità (tattile, termica, dolorifica) hanno una forte influenza sul suo metabolismo.

Lo si scopre quando il nervo, ad esempio per un trauma, si interrompe. Oltre a perdere la sensibilità, la parte di pelle denervata va incontro ad una strana degenerazione, diventando sottile, più vulnerabile alle lesioni e alle infezioni, e, se ferita, guarisce con difficoltà. E così i ricercatori di Boston hanno ipotizzato che la stimolazione del nervo, ovviamente regolarmente connesso alla pelle, poteva invece accelerare la guarigione di ferite, anche gravemente infette. E così è stato.

Alla Nova University di Lisbona sono riusciti a riportare sotto controllo la glicemia nei ratti stimolando con impulsi elettrici una particolare area interna alla carotide, l'arteria che porta il sangue al cervello. Si chiama glomo ed è ricca di cellule con funzioni di sensori che rilevano nel sangue la concentrazione di zucchero, ed è stimolando queste cellule che si è normalizzata la glicemia. Ma nel glomo ci sono cellule che "misurano" anche la pressione, la frequenza cardiaca ed altro ed è su queste che si sta lavorando.

Infine l'artrite reumatoide. Il neurochirurgo Kevin Tracey, al Feinstein Institute di New York stava sperimentando negli anni 90 un nuovo farmaco per limitare i danni da ictus iniettandolo direttamente nel cervello. Tracey si accorge che il farmaco, oltre a dare benefici sull'ictus, stimola una potente reazione immunitaria che si manifesta in tutto il corpo. Dopo anni di ricerche si svela il mistero. La potente reazione immunitaria è scatenata dal nervo vago, del sistema neurovegetativo, il cui centro di controllo si trova appunto alla base del cervello, raggiunta dal farmaco anti-ictus che, non si sapeva prima, aveva anche questa funzione di stimolo nervoso. A questo punto Tracey individua le fibre del vago che vanno alla milza, l'organo dove si concentrano e maturano le cellule immunitarie, e stimolando le fibre all'altezza del collo, ottiene in sette malati su dodici di artrite reumatoide insensibili ai farmaci, la fine dell'auto-

aggressione immunitaria a la scomparsa di dolori e infiammazioni articolari.

Decine i centri di ricerca e le aziende di bioelettronica piccole e grandi come la Medtronic che stanno lavorando al medico-pilota. Ma ad avvicinare quello che sembra un futuro lontano è la discesa in campo di un colosso farmaceutico che vanta 12.500 ricercatori. Per il "medico-pilota" ha creato una unità di ricerca dedicata, la GSK Bioelectronics e un fondo d'investimento (Action Potential Venture Capital) di 50 milioni di dollari, che hanno già riscosso l'interesse e l'adesione di cinque prestigiosi centri internazionali di ricerca. «L'obiettivo - spiega Moncef Slaoui a capo del settore Ricerca & Sviluppo della GlaxoSmithKline - è quello di creare nano-dispositivi elettronici non più grandi di un chicco di riso capaci di leggere le informazioni che viaggiano attraverso impulsi bioelettrici nei nervi, identificare le eventuali anomalie e inviare gli stimoli che le correggano. I nano-dispositivi possono trovare l'energia per funzionare sfruttando alcuni processi metabolici del corpo, mentre i collegamenti con l'esterno possono viaggiare su microtrasmettenti wi-fi. Sono fiducioso: prevedo le prime applicazioni cliniche entro dieci anni». Sembra tanto, ma è il tempo che impiega una nuova molecola a diventare farmaco.

Epatite C

L'Aifa comunica che l'azienda Gilead, produttrice di sofosbuvir contro l'epatite C, ha chiesto una proroga al 29 settembre per la sua presentazione alla riunione del Comitato prezzi e Rimborso. Indipendentemente da questo è già attiva una procedura di fornitura gratuita del farmaco per i casi più urgenti (cirrosi scompensata in lista per trapianto di fegato e recidiva severa di epatite dopo trapianto di fegato). La Gilead ha attivato un indirizzo riservato ai medici per inoltrare le richieste epatitec@gilead.com. Protestano i pazienti riuniti in Epac onlus chiedendo incontro al ministero e soluzioni immediate

Integratori

L'osservatorio PoolPharma Research lancia l'allarme sugli integratori alimentari contraffatti venduti soprattutto online, un canale di vendita in crescita anche nel nostro paese. Più del 30 per cento di questi prodotti contiene principi attivi non consentiti, la cui presenza non è certificata sulla confezione né sul sito dove li si compra.

Correzioni

Sul numero precedente di RSalute in una breve notizia sull'eparina, è apparsa per errore, tra parentesi, l'indicazione dell'anticoagulante warfarin; nel breve pezzo sui gliomi al posto di Fondazione Atena onlus è apparso Fondazione Antea; infine nella rubrica Salutefax nella lettera sulla mielofibrosi si è scritto "trombocitopenia" anziché "trombocitemia". Ce ne scusiamo con i lettori e gli interessati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lunedì 14 LUGLIO 2014

Terra dei fuochi. Lorenzin: "Nessuna certezza su correlazione tra inquinamento e tumori. Stanziati 50 mln per avere quadro sanitario completo"

Così il ministro della Salute è intervenuta sul tema in un'intervista rilasciata al quotidiano Il Mattino. Diversi i temi toccati da Lorenzin, dalla riorganizzazione degli ospedali alla digitalizzazione della sanità, dalla 'difesa' del numero chiuso per la facoltà di Medicina ai nuovi farmaci per la cura definitiva dell'epatite C.

Lo studio Sentieri (Iss) non è stato in grado di stabilire con certezza correlazioni tra l'inquinamento dell'area e i tumori, da qui uno stanziamento di 50 milioni di euro per ottenere un quadro sanitario completo della situazione riguardante la Terra dei fuochi. E ancora, sul Patto della salute appena chiuso, ribadita l'importanza di una riorganizzazione degli ospedali già delineata, ma anche dell'efficientamento del sistema con centrali uniche di acquisto su base regionale e una digitalizzazione che permetta di monitorare e verificare qualità e costi dei servizi. Infine, le trattative in corso per poter offrire gratuitamente, a carico del Ssn, i nuovi e costosi farmaci per la cura definitiva dell'epatite C. Questi i temi toccati dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nell'intervista pubblicata sull'edizione odierna del quotidiano *Il Mattino* che riportiamo di seguito.

Ministro Lorenzin, l'hanno sorpresa i dati diffusi dall'Istituto superiore della sanità sull'incremento di tumori nella Terra dei fuochi?

Mi sembra che l'Istituto superiore della sanità abbia confermato nel 2013 i dati emersi dallo studio Sentieri del 2012. Sulla Terra dei fuochi, ho da sempre scelto di attenermi solo all'evidenza scientifica.

E lo studio Sentieri fornisce elementi scientifici sui tumori in aumento in quella zona?

No, perché lo studio Sentieri non è in grado di stabilire con certezza correlazioni tra l'inquinamento dell'area e i tumori. Per questo siamo andati oltre: il governo ha approvato un decreto sulla Terra dei fuochi.

Oltre il decreto, qual è stato l'impegno del suo ministero per quell'area?

Uno screening dettagliato di massa sulla popolazione, che riguarda la Terra dei fuochi come Taranto. Abbiamo stanziato 50 milioni di euro, per ottenere un quadro sanitario completo sulla situazione.

Con quali obiettivi?

Riuscire finalmente ad avere una radiografia scientifica sull'esistente. Il famoso tema del nesso di causalità tra inquinamento ambientale e tumori non è ancora sciolto con certezza scientifica e questo non contribuisce a rasserenare il clima tra la gente. Al termine del nostro screening, forniremo alla Regione elementi certi per i successivi interventi.

Qual è la situazione del registro dei tumori in Campania?

Il registro dei tumori è già operativo. Abbiamo finalmente uno strumento fondamentale per poter monitorare la salute dei cittadini. Vanno considerate anamnesi, abitudini di vita, ricoveri, ereditarietà, alimentazione. Solo in questo modo lo studio diventa serio e credibile.

Ritiene che lo screening sia risposta efficace a chi lamenta assenze di interventi nella Terra dei fuochi?

Voglio essere chiara ancora una volta. Non posso rispondere del passato, ma solo delle mie scelte e di quelle del governo cui appartengo. Lo screening sanitario su una popolazione così ampia è una cosa eccezionale mai fatta prima. Consentirà interventi sanitari mirati. Poi, ci saranno altre attività, come le bonifiche, le analisi dei terreni e delle coltivazioni affidate alla task force coordinata dal Capo della Forestale Cesare Patrone.

Da tempo il governatore Caldoro chiede che il criterio della popolazione anziana per il riparto dei fondi sanitari nazionali vada rivisto. Ha ragione?

Concordo sulla necessità di rivedere qualcosa. Nel 2011, si ragionò ritenendo che le regioni con più anziani residenti spendessero di più per l'assistenza. L'idea è giustamente che la popolazione in età avanzata si ammala di più. Poi, però, esistono regioni con più giovani, come la Campania, con difficoltà ambientali e sistema di assistenza con maggiori problemi. E qualcosa andrà rivisto.

Proporrà quindi una revisione del riparto dei fondi nazionali?

Il 19 dicembre è già stata firmata un'intesa tra le Regioni. Ora bisogna arrivare a un riparto condiviso.

Il Patto per la Salute, tentativo di riorganizzare il sistema sanitario, sarà operativo solo dopo la firma dei protocolli ancora da definire?

La riorganizzazione degli ospedali è già delineata. Abbiamo seguito i criteri delle potenziali qualità sanitarie. Non ci saranno nuovi accreditamenti per acuti per strutture con meno di 60 posti letto. Per il passato abbiamo predisposto una deroga per le strutture esistenti monospécialistiche al di sotto dei 40 posti letto.

Quanto ci vorrà per arrivare a regime nella nuova organizzazione ospedaliera?

Un paio di anni, ma per eventuali nuovi ospedali il criterio scelto è già operativo. Per i vecchi, ci sono due anni di tempo per verificare i requisiti a procedere ad eventuali fusioni tra le strutture, possibili per chi ha meno di 60 posti per acuti ma con determinati criteri.

Quali ritiene siano nel sistema sanitario gli elementi che incidono di più sui costi?

Io parlo, in generale, di sistema da rendere efficiente. Il patto per la salute va in questa direzione. Ritengo fondamentale la creazione di una centrale unica per gli acquisti su base regionale. Ci sarà poi un network di collegamento tra le diverse centrali regionali, che consentirà di fare verifiche e valutazioni sui costi. Insomma, il problema è armonizzare una governance che contribuisca a rendere efficiente il sistema.

Quale passaggio pensa sia necessario per modernizzare il nostro sistema sanitario?

Senza dubbio rendere digitale tutto il sistema sanitario. Consentirà di monitorare e verificare qualità e costi dei servizi. In questo modo, attraverso un controllo reale, il governo potrà intervenire se non lo faranno le Regioni. Non credo ai commissariamenti, ma alle correzioni in tempo reale. Nascerà un network digitale dell'assistenza, dove il ricorso ospedaliero dovrà essere residuale e dove si dovrà privilegiare la prevenzione.

Per arrivare a questo obiettivo, non crede sia necessario potenziare la medicina e l'assistenza di base?

I medici di base sono fondamentali. Abbiamo concordato la necessità di una formazione sempre maggiore, considerando che molti medici andranno in pensione.

La formazione: pensa che il numero chiuso nelle facoltà di Medicina sia ancora da difendere?

Sì, credo fermamente nel rapporto stretto tra allievi e docente, come tra allievi e possibilità concreta di pratica operatoria. Un allargamento non favorisce questo rapporto. Penso che si debba considerare il collegamento tra fabbisogno medico territoriale, sbocco lavorativo e iscrizioni.

Nessun correttivo, dunque, per l'accesso a Medicina?

Penso si possa lavorare a migliorare il sistema dei test d'accesso, vigilare sulla trasparenza dei corsi.

Ma sono convinta che una selezione a monte vada mantenuta, per assicurare garanzie di credibilità a chi si laurea in quelle facoltà.

La procreazione assistita, come si sta muovendo il governo dopo la sentenza della Corte costituzionale?

Un tema delicato. Anche in Italia sarà possibile la procreazione assistita eterologa. Al lavoro c'è un gruppo di esperti, di orientamento diverso, provenienti da centri privati e pubblici, cui abbiamo chiesto delle indicazioni. Sono emerse problematiche diverse, giuridiche, sanitarie, bioetiche. Quando riceverò le loro conclusioni, porterò per il 28 luglio alla Camera i risultati e le proposte, in armonia anche con le direttive europee in questa materia.

Altro tema delicato è certamente Stamina. Ci sono passi in avanti per fare chiarezza su queste cure tanto controverse?

Resto solidale con i medici sconfessati da ordinanze spot dei giudici. Anche in questo caso, sta lavorando il Comitato tecnico-scientifico di cui stiamo aspettando le conclusioni dopo l'ordinanza del Tar Lazio sul primo Comitato. Io sono per l'evidenza scientifica e, pur nella solidarietà con chi soffre, non credo sia giusto creare illusioni e false speranze senza certezze ricevute dalla scienza.

Ci sono buone notizie sui costosi farmaci per la cura definitiva dell'epatite C?

Stiamo lavorando per assicurarli gratis a chi è affetto da questa grave malattia. Il sistema sanitario dovrebbe farsene carico, ma in questo momento si sta ancora trattando sul prezzo.

Perché, i costi sono eccessivi?

Proprio così, negli Usa si arriva a 56mila euro per un ciclo completo di cure. Diverse case farmaceutiche gestiscono questa importante scoperta. Abbiamo trattative in corso, ma il problema è europeo. Lo ha sollevato la Francia, chiedendo un tavolo europeo per poter affrontare i costi. Ci sono un milione e mezzo di persone in Italia con l'epatite C, altre sono infette. Per il 2016 dovremo risolvere il problema. Come noi, ci stanno lavorando tutti i Paesi europei e anche gli Stati Uniti.

SCARTOFFIE LETALI

La burocrazia uccide la speranza dei malati

Si chiude la sperimentazione della cura che blocca le metastasi. L'iter scientifico non ammette pietà

■ Una sperimentazione su ottanta pazienti malati di cancro ai reni, condotta dall'ospedale Sant'Orsola di Bologna, ha dato ottimi risultati, con regressione delle metastasi. Ma l'esito non ha impedito al comitato scientifico di chiudere la sperimentazione, per passare alla fase di studio e pubblicazione dei dati. È l'iter scientifico, si difende la direzione sanitaria. Ma nel frattempo quegli ottanta pazienti rischiano di veder ritornare il tumore. È questione di tempo, quello che non hanno.

DECISIONI PARADOSSALI Lo stop del Comitato etico

Se la burocrazia uccide la speranza dei malati

Un'ottantina di pazienti con tumore in stato avanzato è costretta a interrompere la terapia, finora efficace, perché «la sperimentazione è finita». Ma la sofferenza no

di **Gioia Locati**

Le sfortune non arrivano mai da sole. Se hai un tumore e poi anche le metastasi ti senti due volte perseguitato dalla sorte. Ma se alla fine riesci a trovare una cura - che ti permette di riprendere una vita normale - e poi, per qualche (valido?) motivo, la terapia ti viene negata, allora non sai più se è il caso di prendertela con la sfortuna. Succede all'ospedale Sant'Orsola di Bologna, dove un'ottantina di malati di tumore al rene metastatico si è vista inter-

«CLASS ACTION»
L'avvocato Ruffolo:
**«Faremo di tutto per far
valere il diritto alle cure»**

rompere una terapia sperimentale, l'immunovaccinoterapia, benché, in molti casi, abbia prodotto la remissione di metastasi perché «queste sono le regole».

Il comitato etico indipendente ha fissato entro il 30 giugno di quest'anno lo stop del recluta-

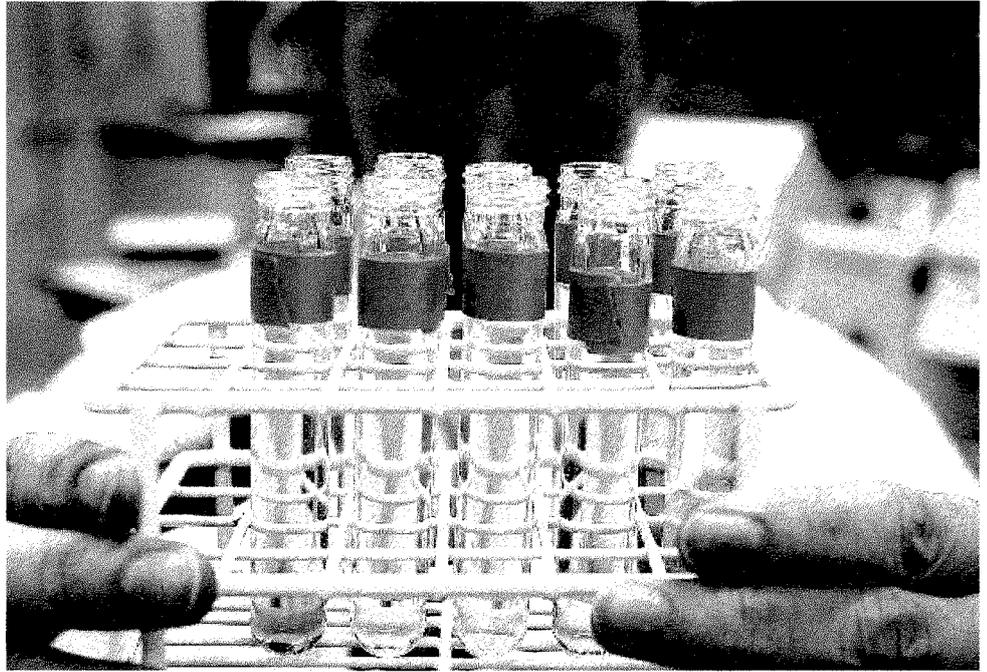
mento di nuovi pazienti. E la fine per quanti hanno completato un ciclo di terapie della durata di 14 mesi. «Non capiamo il senso di questo provvedimento - denuncia il figlio di un paziente gravemente malato - mio padre ha ottenuto enormi benefici da questa terapia. Aveva metastasi ossee e polmonari e dolori diffusi nonostante fosse imbottito di antidolorifici. Ha iniziato l'immunovaccinoterapia nell'aprile 2013 e, con gradualità, ha potuto riprendere una vita normale. Le Tac, fatte a cadenza di tre mesi, attesta-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

no la remissione progressiva dei secondarismi ossei e polmonari. Non sono prove queste? Che alternative abbiamo adesso? Dobbiamo aspettare la ripresa della malattia avendo toccato con mano che a essa c'è un rimedio?».

I pazienti si sono rivolti all'avvocato Ugo Ruffolo di Bologna che parla di «inopinata presa di posizione del comitato etico» e che intende far valere il diritto alla salute per tutti questi pazienti «orfani di terapie», visto che i farmaci testati prima dell'immunoterapia non avevano prodotto risultati. «Abbiamo le cartelle cliniche e gli esami strumentali - spiega Ruffolo - faremo valere il diritto alle cure, se è il caso anche sostenendo una class action». Il direttore sanitario dell'ospedale, Mario Cavalli, precisa che «non vi è stato alcun arbitrio nella decisione del comitato etico» perché «l'immunovaccinoterapia era stata autorizzata nel 2006 come sperimentazione clinica e come tutte le sperimentazioni ha un inizio e una fine. Di fatto, questa, avrebbe dovuto concludersi nel 2010 reclutando 200 pazienti, poi, per ragioni indipendenti - che sono l'entrata in



commercio di nuovi farmaci con l'indicazione per il tumore renale metastatico - è stata posticipata e il numero dei malati reclutati inferiore. Quindi lo stop al reclutamento è stato fissato al 30 giugno». E i pazienti che stanno facendo la terapia? «La continueranno fino alla fine del ciclo che è per tutti di 14 mesi». Ma è giusto interrompere una terapia che ha permesso a un malato di tumore di guarire da decine di metastasi? «Per sapere che i miglioramenti sono dipesi dal trattamento in corso è necessario uno studio, una pubblicazione scientifica. Questo prevede una sperimentazione, per la sicurezza di tutti i pazienti». Non c'è una legge che consente l'accesso alle cure in via compassionevole? «Esiste ma non per questi malati». Oggi al Sant'Orsola si riunirà il comitato etico. Aggiunge Cavalli: «Chiederemo una proroga per

14 pazienti che non avevano iniziato il ciclo per il fatto che non avevano ancora metastasi. Se qualcuno di loro dovesse avere una ripresa della malattia, entro l'agosto del 2015, se il comitato etico accetterà,

potranno rientrare nella sperimentazione». Per tutti gli altri, invece, il discrimine è la pubblicazione. «Nel frattempo, però - aggiunge Mario Cavalli - chi conduce la sperimentazione (il professor Giancarlo Pizzi) può presentare un nuovo protocollo». Ecco, ci vuole tempo. Ma i malati ce l'hanno?

AL LAVORO
La ricerca va avanti ma i suoi benefici potrebbero infrangersi

80

I pazienti che hanno iniziato la sperimentazione nel 2006 e la vedranno interrotta il 30 giugno

14

I pazienti che chiederanno una proroga: non avevano metastasi e quindi non avevano iniziato il ciclo



SALUTE

Stamina: Ordine medici Brescia a Lorenzin, sospendere trattamenti

Inaccettabile nomina Molino, basta scenari umilianti per nostra professione

Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.

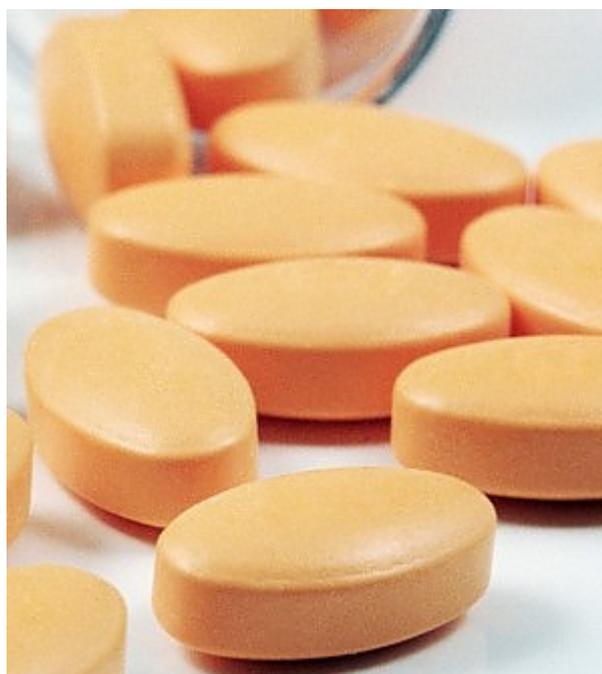


Roma, 14 lug. (AdnKronos Salute) - L'Ordine dei medici di Brescia chiede "con forza all'esecutivo un atto politico-istituzionale che porti alla sospensione dei trattamenti Stamina, in attesa delle determinazioni del comitato scientifico ministeriale". La richiesta arriva alla vigilia della visita del ministro della Salute Lorenzin, che domani sarà a Brescia e incontrerà anche il direttore generale degli Spedali Civili, ed è contenuta in una lettera, firmata dal presidente, Ottavio Di Stefano. I vertici dell'Ordine provinciale hanno chiesto di incontrare domani la

Lorenzin, per "confrontarsi sulle richieste avanzate con la missiva e rappresentarle la delicata e complessa situazione in cui si trovano i medici bresciani in relazione alla vicenda Stamina". Le continue ordinanze, fra cui l'ultima che ha nominato ausiliario del giudice la biologa di Stamina Erica Molino, lasciano "sconcertati. Una biologa dovrà 'individuare' e dirigere un'equipe medica che attui le infusioni. In questo modo si stravolgono, oggettivamente, le competenze e le responsabilità professionali alla base della difesa della salute dei malati - sottolinea Di Stefano - Improvvisamente una figura professionale non medica, priva di alcun requisito, viene autorizzata ad assumere decisioni cliniche. Questo è del tutto inaccettabile". L'Ordine dei medici di Brescia "immediatamente coinvolgerà l'Ordine dei biologi, cui spetta una rapida presa di posizione per il rispetto delle competenze tecniche e dei principi etici che regolano tutte le professioni. Fin d'ora, però, diciamo che non siamo più disponibili ad assistere a scenari umilianti per la professione e per gli Spedali Civili - osserva Di Stefano - E' giunto il momento di dire basta, e questo Ordine userà ogni sua possibilità di intervento, coinvolgendo le istituzioni e la Federazione nazionale perché si ritorni a una medicina assennata, competente e responsabile".

Epatite C: la cura c'è, ma è troppo cara. La Francia chiede un taglio ai prezzi

La Francia guida il fronte europeo dei paesi che chiedono al laboratorio americano Gilead, che ha brevettato il farmaco Sovaldi, di abbassare il prezzo fissato negli Stati Uniti alla fine del 2013: 84.000 dollari per 12 settimane di terapia. Per garantire a tutti i pazienti la nuova terapia, lo Stato francese dovrebbe pagare 1,7 miliardi di euro all'anno



PARIGI - Si può vendere un farmaco salva-vita a un prezzo che è 280 volte il costo di produzione? Il dilemma non è da poco visto che si parla della nuova medicina "miracolosa" che riesce a guarire nel 90% dei casi i malati di epatite C. La rivoluzione terapeutica è una buona notizia per decine di migliaia di portatori del virus: la terapia scoperta da pochi mesi è molto più efficace e ha meno effetti collaterali di quella utilizzata finora, a base di interferone. Ma una delle molecole che fa parte del cocktail della cura è venduta a un prezzo difficilmente sostenibile dai sistemi sanitari nazionali europei, con il rischio di provocare una discriminazione tra pazienti e paesi più o meno ricchi.

La Francia guida il fronte europeo dei paesi che chiedono al laboratorio americano Gilead, che ha brevettato il farmaco Sovaldi, di abbassare il prezzo fissato negli Stati Uniti alla fine del 2013: 84.000 dollari per 12 settimane di terapia. Per garantire a tutti i pazienti la nuova terapia, lo Stato francese dovrebbe pagare 1,7 miliardi di euro all'anno, pari al 7% del bilancio del sistema sanitario. "E' l'ennesima rapina delle case farmaceutiche" commenta Frédéric Van Rookeghem, direttore generale di una delle principali mutue francesi. Insieme ad altri paesi europei, tra cui l'Italia, il governo francese ha chiesto a Bruxelles di intervenire per calmierare il prezzo della terapia. "Si tratta di un prezzo estremamente elevato che compromette i nostri bilanci sanitari" hanno scritto in una dichiarazione congiunta quindici paesi dell'Ue. E' la prima volta che si verifica una mobilitazione così ampia per cercare di fare

pressioni sulle case farmaceutiche, con l'obiettivo di garantire l'accesso a un farmaco salva-vita.

In Francia ci sono 250 mila persone portatrici del virus, con 5mila nuovi contagi e 3mila decessi ogni anno. Un gruppo di deputati ha scritto al presidente della filiale francese di Gilead, Michel Joli, chiedendo che si arrivi a un prezzo più ragionevole. Il dirigente della casa farmaceutica ha ricordato che nel costo finale di Sovaldi sono comprese le spese di ricerca e sviluppo della molecola. Ma anche tenendo conto di questo investimento, ribattono alcune Ong specializzate nel diritto alla salute, il prezzo del farmaco è troppo elevato. Il produttore americano sta già recuperando parte delle somme investite: Gilead ha previsto di guadagnare grazie al nuovo farmaco 3 miliardi di dollari, solo negli Stati Uniti, per il 2014. Tra le pressioni delle associazioni di pazienti e quelli dei governi, il gruppo ha accettato di negoziare con le autorità europee per far scendere il prezzo. Bisognerà vedere però l'entità dello "sconto". Il produttore americano sa che il tempo per ottimizzare il suo brevetto è limitato: entro l'anno prossimo dovrebbero arrivare nuove molecole simili contro l'epatite C. A quel punto, sperano molti governi, sarà la concorrenza a regolare il mercato.

http://www.repubblica.it/economia/2014/07/13/news/farmaci_salva_vita_polemica-91358477/

MEDICINA: PROTEINA A DUE FACCE DIETRO INSORGENZA DIABETE GIOVANILE

Roma, 14 lug. (AdnKronos Salute) - Una proteina a due facce all'origine del diabete autoimmune di tipo 1. Questa forma che si manifesta prevalentemente nell'infanzia e nell'adolescenza, sembra essere legata al "voltafaccia" di GAD65, una proteina altamente flessibile. La scoperta è il frutto di una collaborazione internazionale tra un gruppo di ricercatori australiani guidati da Ashley Buckle (Monash University, attualmente professore visitatore della Sapienza), il gruppo di ricerca di Daniela De Biase (Istituto Pasteur e Dip. di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche Sapienza Università di Roma, Latina) e Alessandro Paiardini (Dipartimento di Scienze Biochimiche della Sapienza). Pubblicata su 'Pnas', la ricerca apporta un contributo essenziale per progettare vaccini terapeutici efficaci contro la malattia. Il diabete di tipo 1 è causato da auto-anticorpi che inducono il sistema immunitario ad aggredire e distruggere le cellule del pancreas produttrici di insulina. GAD65 è uno dei maggiori "autoantigeni" che scatenano la patologia e, negli anni passati, è stato utilizzato nel tentativo di insegnare al sistema immunitario dei pazienti a tollerare la proteina, per evitare la reazione autoimmune. Gli studi clinici tuttavia non hanno avuto il successo sperato; oggi, però, lo studio del team internazionale indica la direzione da seguire per migliorare l'approccio terapeutico. "GAD65 - spiega De Biase - è una proteina dai due volti: la forma "on" (attiva) e quella "off" (spenta). Per adempiere correttamente e al momento opportuno alle proprie funzioni (cioè produrre GABA, un neurotrasmettitore necessario al controllo della trasmissione degli impulsi nervosi), la proteina passa da un 'volto' all'altro, attraverso forme intermedie, e nel fare ciò può causare dei danni. I nostri studi suggeriscono che sia proprio il suo continuo 'voltafaccia' a rendere GAD65 irriconoscibile, un estraneo suscettibile agli attacchi del sistema immunitario". Con questo studio i ricercatori hanno evidenziato le differenze sostanziali tra i volti 'on' e 'off' di GAD65. "Nel mio laboratorio - continua De Biase - abbiamo analizzato la proteina a livello biochimico, studiandone i cambiamenti di forma in vitro. Inoltre, l'esperienza ventennale sulla Gad (e su enzimi che appartengono alla stessa famiglia) si è rivelata fondamentale per isolare i due volti della proteina, permettendo così di eseguire altri importanti esperimenti in vitro in Australia e in Francia. Il risultato è stato a dir poco entusiasmante: tutti gli approcci utilizzati, dalla dinamica molecolare, che richiede sofisticati computer, agli esperimenti in vitro, hanno portato alla stessa conclusione". E oggi la ricerca prosegue: il passo successivo è di fotografare GAD65 "in flagrante", assieme agli anticorpi, e comprendere così perché ne diventa il bersaglio. Un passo importante verso la progettazione di un approccio terapeutico efficace. Il contributo al lavoro del gruppo di De Biase (Dipartimento di scienze e biotecnologie medico chirurgiche – Sapienza – sede di Latina) è stato possibile grazie al sostegno dell'Istituto Pasteur – Fondazione Cenci Bolognetti.

Nuova scoperta: tra chi si frequenta esiste spesso una vicinanza genetica

Gli amici sono simili (anche nel Dna)

di EDOARDO BONCINELLI

Il Dna delle persone amiche tende a somigliarsi. Lo dice una ricerca che ha effettuato analisi su un milione e mezzo di persone: sappiamo da tempo che una coppia condivide il grado di cultura e d'intelligenza. Se ora ci viene detto che anche gli amici mostrano una somiglianza genetica, non bisogna sorprendersi. Essere amici vuol dire parlarsi, condividere interessi e passioni. Gli amici si scelgono reciprocamente, anche se la vita può portare a disillusioni.

A PAGINA 21

GENETICA DELL'AMICIZIA: SCEGLIAMO CHI È SIMILE A NOI

di EDOARDO BONCINELLI

Chi si somiglia si piglia, si dice molto spesso. Vuoi vedere che è veramente così? È stata appena pubblicata una ricerca che attraverso l'analisi del Dna di un milione e mezzo di persone ha portato a concludere che il Dna delle persone amiche tende a somigliarsi. Non so se sia assolutamente vero, ma certo è verosimile e non inatteso. Perché?

Sappiamo da decenni, dai tempi in cui ancora non esistevano tutte le diavolerie di oggi per analizzare il Dna delle diverse persone, che i due membri di una coppia tendono a condividere il grado di cultura e d'intelligenza. Non fu allora e non è oggi una grossa sorpresa. In una coppia bisogna parlare e scambiare continuamente punti di vista e idee; e per farlo, il possesso di uno stesso grado di cultura e d'intelligenza certamente aiuta. Le coppie evanescenti e destinate a dissolversi tendono a essere quelle nelle quali si parla poco e di cose poco importanti. Comunque sia, questo fatto è più che assodato e figura in ogni manuale di biologia umana, quella scienza che studia appunto le caratteristiche biologiche di noi umani.

Se diamo per scontato questo fatto, occorre chiedersi dove è riposta la predisposizione alla cultura e all'intelligenza. Anche se si tratta di fenomeni che hanno, ovviamente, una grossa componente culturale e sociale, non c'è dubbio che anche i geni ci mettano lo zampino, assicurando una potenzialità intellettuale, un certo grado di memoria e, perché no?, anche una certa pro-

pensione a informarsi e a far tesoro delle informazioni acquisite. Insomma, certamente, i due partner di una coppia che funziona hanno una certa somiglianza genetica.

Se ora ci viene detto che anche le coppie di amici mostrano una certa somiglianza genetica, non è il caso di sorprendersi. Essere amici vuol dire parlarsi, condividere interessi e passioni, ed essere in grado di discuterne. Una coppia di amici è un calco significativo di una coppia di amanti, anche se spesso il grado di coinvolgimento affettivo è minore, almeno a certe età. Non a caso si è parlato in passato di «affinità elettive». Appare chiaro quindi che una certa somiglianza genetica può aiutare, anche se difficilmente sarà

Affinità elettive

Nelle predisposizioni di ognuno alla cultura e all'intelligenza anche i geni ci mettono lo zampino un fattore discriminante di valore assoluto. Avere una struttura genetica portante non troppo dissimile appare quindi un fattore predisponente, anche se ha senso chiedersi: «Di tutti i geni che possediamo quali si somigliano di più nelle coppie di amici?».

Ma prima viene spontanea un'altra domanda: «Come ci si accorge di chi ha i geni simili a noi?». Si tratta di una domanda semplice. Non sono i geni quelli di cui ci si può accorgere, ma la loro estrinsecazione, cioè il loro contributo al comportamento e all'atteggiamento complessivo. E questi si possono essere rilevati, anche se quasi mai

consapevolmente. Con certe persone ci si trova meglio che con altre, e quasi sempre non si sa dire perché. Ma questo succede invariabilmente fino dalla prima età: gli amici si scelgono reciprocamente, anche se la vita può poi portare a disillusioni e «tradimenti», proprio come nelle faccende di cuore.

Quali geni contano di più in questa giostra di personalità? Sarei molto curioso di saperlo, ma già ci viene detto che i geni in questione sono tra quelli che sembrano evolvere più velocemente nella storia della nostra specie. Prospettiva bellissima e affascinante. Noi evolviamo, cioè miglioriamo continuamente il nostro modo di affrontare ed eventualmente modificare l'ambiente in cui viviamo, ottimizzando le nostre relazioni personali e la nostra interdipendenza. Insieme per un mondo migliore, verrebbe fatto di dire, «se non facessimo brutti sogni» come dice l'Amleto di William Shakespeare. Da dove vengono i brutti sogni — intolleranza, insensibilità, conflittualità e aperta ostilità? Dalla bestia che ancora alberga in noi.



IL MATTINO.it

LA RICERCA

Consiglia 0

Morbo di Alzheimer, la diagnosi precoce: possibile grazie a un esame della retina



Diagnosticare il morbo di Alzheimer precocemente: sarà possibile grazie a un esame della retina non invasivo. Il tutto molti anni prima della comparsa dei primi sintomi di questa malattia neurodegenerativa, la forma più comune di demenza senile nel mondo. È quanto reso possibile grazie a un apparecchio sviluppato dal centro di ricerca **Cedar Sinai di Los Angeles** insieme alla Neurovision, già testato su pazienti e soggetti sani di controllo in uno studio clinico i cui risultati sono stati presentati alla conferenza della Alzheimer's Association International a Copenaghen.

Lo strumento permette, grazie a un sistema di «colorazione» che sfrutta l'ingrediente principale del curry (curcuma), di visualizzare nella retina le placche di frammento beta-amiloide, la proteina che si accumula nel cervello dei pazienti in quantità tossiche. La retina, pur essendo una parte dell'occhio, dal punto di vista cellulare fa parte del sistema nervoso e quindi proprio come il sistema nervoso presenta placche di beta-amiloide nei pazienti con Alzheimer. Per di più la sostanza beta-amiloide finisce nella retina ed è visualizzabile tramite colorazione con curcuma ben prima che si accumuli nel cervello. Questa scoperta è merito proprio dei ricercatori del Cedar Sinai ed è stata resa nota un anno fa. Ad essa ha fatto seguito l'idea di mettere a punto un test di diagnosi precoce dell'Alzheimer tramite un esame della retina. Il test ha il vantaggio di essere non invasivo e semplice come quello usato dagli oftalmologi per visualizzare, appunto, la retina.

ONU: NEL 2050 CITTA' STRACOLME, 2,5 MLD DI ABITANTI IN PIU'

ALLARME DA RAPPORTO.TOKYO LA PIU' POPOLOSA CON 38 MILIONI PERSONE

(ANSA) - NEW YORK, 14 LUG - Le Nazioni Unite lanciano l'allarme. Entro il 2050, le città avranno 2,5 miliardi in più di nuovi abitanti e serve un programma di pianificazione urbana efficiente e una maggiore attenzione dedicata alle città più piccole: "Gestire le aree urbane è una delle più importanti sfide dello sviluppo del 21/mo Secolo", ha detto John Wilmoth, direttore della divisione per la popolazione del Department of Economic and Social Affairs dell'Onu. Riferendosi a quanto emerso dal rapporto delle Nazioni Unite 'World Urbanization Prospects 2014', Wilmoth ha sottolineando che "il successo o il fallimento nella costruzione di città sostenibili sarà un fattore importante per il traguardo dell'agenda post-2015". Oggi, il 54% della popolazione mondiale vive in aree urbane, con la massima concentrazione in alcune 'megacittà' con oltre 10 milioni di abitanti. E la percentuale delle super metropoli dovrebbe aumentare arrivando al 66% entro la metà del secolo. La città più popolosa al mondo è Tokyo, con 38 milioni di abitanti, seguita da Nuova Delhi con 25 milioni, Shanghai con 23, Città del Messico, Bombay e San Paolo, ciascuna con 21 milioni. Secondo gli esperti dell'Onu, la popolazione delle 'megacittà' è cresciuta in maniera esponenziale passando dalle dieci del 1990 alle 28 di oggi (sedici si trovano in Asia, quattro in America Latina, tre in Africa, tre in Europa, e due in Nord America). E nel 2030, saranno addirittura 41. Le regioni più urbanizzate del mondo sono l'America del Nord, con l'82% della popolazione che vive in aree urbane, seguita da America Latina e Caraibi, con l'80%, ed Europa, con il 73%. La maggiore crescita tuttavia è attesa nei prossimi decenni nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto in Asia e Africa. Per questo, secondo gli autori del rapporto, "tali Stati dovranno affrontare numerose sfide nel soddisfare le esigenze in aumento della popolazione urbana". Ad esempio a livello di abitazioni, infrastrutture, trasporti, energia e servizi di base come istruzione e sanità'. (ANSA).

Lo stress da lavoro colpisce tutti

Obbligatoria la valutazione dello stress lavoro correlato per militari, poliziotti, vigili del fuoco, guardie carcerarie e per le strutture di protezione civile. Per tale rischio, infatti, non incidono le «particolari esigenze connesse al servizio espletato» che, ordinariamente, fanno applicare il T.u. sicurezza (dlgs n. 81/2008) con una disciplina specifica e attualmente prevista dal dm n. 450/1999. Vale invece il criterio generale per cui la valutazione dei rischi comprende «tutti» i rischi, compreso quello dello stress. Lo precisa, tra l'altro, la commissione per gli interpellati sulla sicurezza del lavoro nella nota n. 11/2014 a risposta di un quesito del Sindacato italiano lavoratori di polizia per la Cgil.

Diversi i chiarimenti richiesti: l'applicabilità del T.u. sicurezza negli ambiti del dipartimento della pubblica sicurezza; l'obbligo per lo stesso dipartimento di documentare la valutazione dei rischi, di effettuare la valutazione del rischio stress lavoro-correlato, di provvedere alla formazione di tutti i lavoratori, di individuare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (Rls); l'applicazione dell'istituto della delega di funzioni. Anche se il quesito è stato presentato dal Sindaco di polizia, esso riguarda tutti gli ambiti per i quali, ai sensi dell'art. 3, comma 2, le disposizioni del T.u. si applicano tenendo conto delle effettive particolari esigenze connesse al servizio prestato, ossia forze armate e di polizia, dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile, dei servizi di protezione civile nonché dell'ambito delle strutture giudiziarie, penitenziarie, di quelle destinate per fi-

Gli altri chiarimenti

- Per la nomina del Rls, nel comparto della pubblica amministrazione occorre tener conto delle indicazioni provenienti dall'Aran
- Il datore di lavoro (anche pubblico) può delegare i propri obblighi ad eccezione di quello relativo alla valutazione dei rischi

nalità istituzionali alle attività degli organi con compiti di ordine e di sicurezza pubblica. In primo luogo, la commissione precisa che, ai predetti ambiti, le norme del T.u., attualmente, si applicano in base alle disposizioni specifiche previste dal dm n. 450/1999 emanato in base al vecchio dlgs n. 626/1994, opportunamente modificando i rinvii fatti a tale dlgs al T.u. Ciò in attesa dell'emanazione di nuovi decreti di attuazione.

Relativamente ai quesiti concernenti la valutazione dei rischi, la commissione precisa prima di tutto che l'esito dell'operazione «sulla base del quale può essere evidenziato o meno la sussistenza di un rischio e la sua entità» deve «essere suffragato da elementi di valutazioni la cui metodologia, concordata con gli altri soggetti (Rspp, medico competente), rientranti nelle prerogative del datore di lavoro». Per quanto riguarda il rischio stress aggiunge che poiché «è obbligo del datore di lavoro valutare «tutti» i rischi, ne consegue che tra essi deve esserci anche il rischio da stress lavoro-correlato», precisando che «le particolari esigenze connesse al servizio espletato», oggi disciplinate dal citato dm n. 450/1999, «non incidono sull'obbligo di valutazione di questo fattore di rischio».

Daniele Cirioli

