

**Patto per la salute.** Verso la firma - Entro fine anno la soluzione sui ticket

# Sanità: i governatori in rosso non saranno più commissari

**Roberto Turno**  
ROMA

Per quelli già in carica non cambierà niente. Ma nel futuro non sarà possibile che i governatori siano commissari di sé stessi per il profondo rosso della spesa sanitaria, non importa se ereditato dai vecchi presidenti. Se lo sono giurato, la ministra Lorenzin e le regioni, nel «Patto per la salute 2014-2016» che nella mattinata di ieri è stato pressoché messo in sicurezza. Anche, a quanto pare, col benplacito dell'Economia sulla garanzia che i risparmi che si realizzeranno nel Ssn nei prossimi anni resteranno tutti nel perimetro di spesa della sanità pubblica. Sempreché, beninteso, prossime leggi di stabilità o manovre di contenimento dei conti pubblici, non impongano al Governo di fare di necessità «virtù».

**LORENZIN**

«Garantita la sostenibilità del Ssn nei prossimi anni». Ok dell'Economia: i risparmi resteranno nel perimetro della spesa sanitaria

Cioè di tagliare ancora.

Il «Patto» verrà formalmente siglato con ogni probabilità la prossima settimana in Stato-Regioni. Ufficialmente non esistono testi, ma «appunti». Tutti da collazionare ed evidentemente da limare ancora in questi giorni. Anche in attesa, ad esempio che l'Economia sblocchi i suoi pareri come quello atteso sugli investimenti, dalle tecnologie all'ammmodernamento strutturale, per i quali le regioni chiedono che siano garantiti quelli su cui il Cipe s'è già espresso. Ma che non sono ancora arrivati. La (quasi) cautela mostrata ieri dal rappresentante dei governatori, Vasco Errani, dimostra del resto che la trattativa col Governo non è da considerare chiusa. Non ancora, almeno. Intervenuta al Senato in audizione, Beatrice Lorenzin s'è mostrata però ottimista, rivendicando

tra i risultati incassati al tavolo della trattativa alcuni punti fermi: a partire dalla certezza che l'accordo sarà applicato integralmente grazie a una clausola di salvaguardia che ne affida il controllo passo dopo passo ad un comitato ad hoc.

«Sono molto soddisfatta, il Patto sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del Ssn per i prossimi 15-20 anni», promette la ministra. La partita dei ticket, intanto, sarà risolta con una sorta di delega da mettere nero su bianco entro fine anno. Poi si capirà anche quando effettivamente decollerà il sistema tutto da scoprire che punterà sul reddito, sulla composizione del nucleo familiare e su minori certezze per i cronici sotto determinate (e ignote, per ora) soglie di entrate. «Saranno improntati all'equità sociale e al contrasto verso chi evade»,

promette ancora la ministra. Anche per i Lea (livelli di assistenza) si arriverà a interventi che in tre anni varranno 900 milioni circa di minori garanzie rispetto alle attuali, scemando determinate prestazioni e prevedendo l'ingresso di altre.

Insomma, per gli italiani non sarà una partita a vincere, quella del welfare sanitario che si prospetta da un Patto che in tre anni vale circa 327 miliardi. Con gli operatori che aspettano al varco di conoscere il testo dell'accordo, tra sospetti e malumori, tanto che il primo sindacato degli ospedalieri, l'Anaa, già parla di «occasione mancata». Occasione che forse potranno cogliere i neo laureati in medicina: per loro potrebbero aprirsi le porte del Ssn, senza essere specializzati. Si formerebbero in ospedale, a stipendio basso, non da dirigenti. Se il testo finale lo confermerà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Home Dal Governo

DAL GOVERNO

## Patto per la salute: basta con i governatori commissari. Medici nel Ssn senza specializzazione. Show down la prossima settimana in Stato-Regioni

26 giugno 2014 Cronologia articolo

Tweet 3

Recommend 3

+1 0

📄 📄 📄



Assessori, tecnici delle Regioni, esperti del ministero: tutti riuniti fino a tarda notte ieri per chiudere il Patto per la salute. I lavori tecnici sono ormai finiti, ma per avere un testo coordinato sarà necessario attendere la prossima settimana, quando i varti aspetti concordati saranno assemblati e pronti per la Stato-Regioni (in programma, ma non ancora convocata) che darò il via libera definitivo.

Da oggi e per i prossimi giorni il confronto passa in commissione salute tra assessori (questa volta di tutte le Regioni e non solo delle otto "delegate" alla messa a punto del Patto) e ministero, per mettere insieme i tasselli del puzzle che in queste settimane ha preso forma sul tavolo Regioni-Salute.

Queste le ultime novità.

### Risparmi

La prima e più importante novità è la vittoria Regioni-Lorenzin con il via libera dell'Economia che ha accettato di lasciare i risparmi ottenuti con il nuovo Patto (e non solo: ci saranno anche quelli dei nuovi Lea - circa 900 milioni è la stima - quando questi saranno approvati entro fine anno) nel Servizio sanitario per consentire politiche di sviluppo e investimento.

Resta invece ancora in sospeso - sempre in attesa del parere dei tecnici di Padoan - la richiesta delle Regioni al Governo di finanziare almeno gli accordi di programma per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle Regioni che già hanno ottenuto l'ok del Cipe.

Per il riparto invece, con i criteri rivisti rispetto a quello in base ai costi standard del 2013, bisognerà attendere ancora: le novità eventuali non faranno parte del Patto e se ne riparlerà a settembre.

### Spending

Restano i principi di quella modello Cottarelli che andranno applicati secondo le caratteristiche del Ssn. In questo senso la prima previsione scritta nel Patto è della creazione di una rete centralizzata tra centrali di acquisto regionali.

### Farmaci e dispositivi

Per i farmaci è certa la revisione del prontuario terapeutico da parte di Aifa che dovrebbe portare a

### NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)

**GUADAGNA 3.500€ ALLA SETTIMANA CON POCHE OPERAZIONI DI TRADING!**

**INIZIA A GUADAGNARE**

\* Fare Trading con Opzioni binarie è rischioso

**EZTRADER** Option Trading Made Easy

AUTORIZZATI DALLA CONSOB

### Sfogliala Sanità in PDF

#### Ultima uscita



nr. 24  
24-30 giu. 2014

[Sfogliala PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

#### Uscite precedenti:

▾ nr. 2317-23 giu. 2014

▾ nr. 2210-16 giu. 2014

[Consulta l'archivio >](#)  
[Gestisci abbonamento >](#)

### Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

un risparmio di circa 600 milioni e sia per farmaci che per i dispositivi medici ci è previsto l'utilizzo a tappeto dell'Hta (Health Technology Assessment). Per i farmaci poi si metteranno a punto percorsi di equivalenza terapeutica, mentre per i dispositivi saranno realizzate reti di vigilanza nazionale e locale.

#### Piani di rientro

E' previsto un monitoraggio strettissimo e continuo di supporto alle Regioni in piano di rientro da parte dell'Agenas, anche di tipo preventivo rispetto a eventuali carenze nell'applicazione delle misure o a inefficacia dei loro risultati.

Novità sono in vista anche per i commissari. Quelli attuali restano, ma i prossimi non potranno più essere governatori. Dovranno avere un profilo tecnico e capacità adeguata al compito, ma stop alle figure politiche: gli incarichi di governo saranno incompatibili con la nomina.

#### Ospedali

Il limite di posti letto per le case di cura private accreditate resta 60, ma da 40 in su sarà possibile eseguire accorpamenti amministrativi che le salverebbero praticamente quasi tutte rispetto alla versione iniziale degli standard. Per le monospécialistiche il criterio resta lo stesso, tranne per quelle di neuroriabilitazione che non avrebbero limiti.

Per quanto riguarda i posti letto pubblici, fermo restando lo standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, la revisione finale degli eventuali tagli, avrebbe abbassato l'asticella delle riduzioni dagli oltre 7mila posti letto in meno previsti ai tempi di Balduzzi (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), a circa 3mila-3.500 tagli veri e propri.

#### Cure primarie

Legato a doppio nodo con la revisione della rete ospedaliuera è il restyling delle cure primarie. Che seguirà il processo indicato nella legge Balduzzi (legge 189/2012) con l'obbligo di attivare le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le unità complesse di cure primarie (Uccp) in tutte le Regioni e come nuova, unica forma di gestione dell'assistenza sul territorio.

#### Personale

Un aspetto del tutto nuovo nel Patto sarà quello della possibilità di assunzione per i medici non specializzati ai quali non potranno essere assegnati incarichi da dirigente fino al compimento dell'iter formativo. In questo senso le ultime versioni del Patto prevedono un inquadramento - ovviamente diverso da quello degli specialisti - nella categoria Ds del comparto. Si tratta della più elevata economicamente e professionalmente per i non laureati, alle porte degli incarichi nei contratti della dirigenza che però per il personale è quella non medica, mentre in questo caso, una volta che i dottori saranno specializzati, sarebbe quella regolare nell'area medica.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

**Commenta la notizia**

[Leggi e scrivi](#)

#### ANNUNCI GOOGLE

##### **Prestiti Pensionati INPS**

Tasso Agevolato Fino a 80.000 € Richiedi Ora Preventivo!  
[www.convenzioneinps.it](http://www.convenzioneinps.it)

##### **Corso Segretaria Medico**

Realizza un futuro più gratificante Diventa Segretaria di Studio Medico  
[centro-europeo-formazione.it/SSM](http://centro-europeo-formazione.it/SSM)

##### **Manager Sanitario**

Impiego nel Settore Sanitario? Scegli il Master eCampus. Info ora!  
[www.uniecampus.it/master](http://www.uniecampus.it/master)

**Lascia il primo commento a questo articolo**



**Quali costi standard per le aziende sanitarie?**

[Sfoggia PDF »](#)

#### Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

#### Ultimi quesiti:

##### ▼ **SPECIALIZZANDI MMG E DENUNCIA BORSE**

Un medico specializzando in medicina generale, che percepisce una borsa di studio da parte di...

##### ▼ **DIPENDENTI: INCARICHI DI FINE LAVORO**

Alla luce del comma 16-ter dell'articolo 53 del Dlgs 165/2001, introdotto dalla legge 190/2012, un...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

**SANITÀ** IL DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE PASSERÀ ADESSO ALLA CONFERENZA STATO-REGIONI PER LA FIRMA DA PARTE DEI GOVERNATORI

# Chiuso il patto per la salute

La Lorenzin: «È la strada giusta per sostenere il nostro sistema per 15-20 anni»

**ROMA.** Il «passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario per i prossimi 15-20 anni». Questo rappresenta, per il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, il Patto per la Salute 2014-2016 chiuso con le Regioni ed il ministero dell'Economia. Il documento passerà ora alla Conferenza Stato-Regioni per la firma dei governatori.

Un accordo che delinea, nei suoi contenuti, la programmazione sanitaria per i prossimi tre anni. Il ministro si è detta «soddisfatta», sebbene il diktat è quello del riserbo. Ad illustrare in linea generale i contenuti è stato lo stesso ministro, partendo da due punti centrali e acclarati: la «certezza delle risorse» e la procedura di «Spending review interna».

**TICKET** - Ci sarà una sorta di legge delega all'interno del Patto, con una Commissione che dovrà entro dicembre stabilire i nuovi ticket, che si improntano a un tema di esigenza di equità sociale e di contrasto a chi evade.

**LEA** - I livelli essenziali di assistenza sono dentro il Patto per la salute, come anche il reperimento delle risorse. Entro il 30 settembre ci sarà la definizione

della lista aggiornata. All'interno del Patto sono individuate ed inserite le risorse: 900 milioni in 3 anni.

**SALVAGUARDIA** - Ci sarà una clausola di salvaguardia, cioè un comitato che vigilerà sull'attuazione del Patto. Il Comitato sarà formato dai ministeri della Salute, dell'Economia e Agenas. Questo patto, ha detto Lorenzin, «non potrà dunque rimanere lettera morta, altrimenti si interviene per via sussidiaria».

**TASK FORCE** - Una «task force» di esperti per prevenire le situazioni di criticità locali ed i piani di rientro nelle Regioni. La novità è prevista nel Patto e la task force sarà costituita all'interno dell'Agenas.

Per il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, il Patto per la salute, di cui è stata approvata una bozza, rappresenta «un passaggio positivo e coerente con gli impegni che avevamo assunto». È un documento di «grande importanza che ci consentirà di lavorare meglio, di avere una migliore collaborazione tra Stato e regioni», ha commentato presidente della commissione Sanità del Senato, Emilia Grazia De Biasi.

Manuela Corraera

# quotidiano**sanità**.it

Giovedì 26 GIUGNO 2014

## **Corte dei Conti: “La sanità è malata”. Sostenibilità a rischio, liste d’attesa, troppi ticket e allarme per blocco contratto e turn over**

***Nella memoria del procuratore Nottola indicati i punti di deboli del sistema: “Bisognerà interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa, da depurare innanzi tutto da fenomeni di mala gestio e da sprechi”. [LA MEMORIA INTEGRALE DELLA CORTE DEI CONTI.](#)***

La Corte dei Conti non risparmia le critiche al sistema sanitario nazionale. E lo fa il giorno del suo giudizio sul Rendiconto generale dello Stato in una delle tante relazioni presentate ed in particolare nella memoria del Procuratore generale **Salvatore Nottola**, nell’ambito della quale c’è un corposo capitolo dedicato alla sanità curato dal vice procuratore generale **Roberto Benedetti**.

“Una delle voci più rilevanti della spesa pubblica è quella relativa alla sanità. In proposito – osserva Nottola nelle sue considerazioni iniziali - l’andamento della gestione finanziaria del comparto sanitario ha presentato anche lo scorso anno alcuni aspetti positivi e di miglioramento rispetto agli esercizi precedenti, frutto delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno consentito di attestare i risultati finali di spesa a livelli più contenuti di quelli inizialmente previsti. Fra l’altro, pur considerata la particolare congiuntura economica, la sua incidenza sul prodotto interno lordo è tornata a diminuire, in misura tuttavia contenuta, attestandosi al 7,2% (nel 2012: 7,3%)”.

“Per quanto riguarda il finanziamento del S.S.N. – prosegue Nottola - il complesso delle risorse acquisite a tale titolo nello scorso anno è ammontato a € 113,039 miliardi, in diminuzione rispetto al 2012, e conferma il trend positivo degli scorsi anni, con un avanzo pari a 0,381 miliardi”.

“Conclusivamente – sottolinea il Procuratore generale - si può osservare che se da un lato la gestione complessiva sembra avviata verso risultati contabili più che accettabili, dall’altro occorre evidenziare come già fatto negli anni scorsi alcuni aspetti critici, come i costi non uniformi, di beni e servizi acquistati all’esterno dalle AA.SS.LL., le sempre lunghe liste d’attesa; i problemi connessi alla minore propensione delle assicurazioni a coprire i rischi della professione medica, l’aumento della compartecipazione (ticket) richiesta all’assistito”.

**Ma è nel capitolo “sanità” della memoria**, curato, come abbiamo detto dal vice procuratore Benedetti, che insieme ai dati contabili di dettaglio sull’andamento della spesa nel 2013, troviamo le critiche più esplicite alla gestione attuale del sistema sanitario, tant’è che c’è un paragrafo volutamente intitolato “*La sanità malata*”.

“Se i flussi finanziari – si legge infatti nel testo - sembrano ormai avviati verso approdi contabili più accettabili, appaiono ancora latitare interventi significativi per le varie criticità sostanziali che affliggono da tempo il nostro sistema sanitario, dimostrando nuovamente l’evidente difficoltà di giungere a convincenti soluzioni”.

“Del resto – prosegue Benedetti - la sommaria analisi dei dati contabili, fin qui effettuata, richiede alcune necessarie considerazioni integrative relative all'effettivo stato di salute del sistema, al di là, cioè, di quanto potrebbero indurre a ritenere i pur provvisori dati di consuntivo, per verificare in concreto il bilanciamento fra i vari interessi pubblici in gioco, tenuto conto che le pur importanti esigenze di bilancio vanno temperate con il risultato di assicurare un effettivo e generalizzato diritto alla salute”.

“In altri termini – chiosa il vice procuratore - in un settore molto particolare, come quello sanitario, la validità di una gestione non può essere valutata esclusivamente con i dati numerici, ma va vista anche in funzione degli obiettivi da raggiungere ovvero, se ritenuti già raggiunti, da mantenere”.

### **Sanità oggetto delle più svariate manovre ma ora bisogna interrogarsi sulla sostenibilità del sistema**

“Da diversi anni, ormai – rileva Benedetti - la sanità è stata fatta oggetto delle più svariate manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno comportato una costante diminuzione delle risorse a disposizione a fronte di livelli di assistenza in tendenziale espansione. Bisognerà allora interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo del problema, rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa da sostenersi, da depurare innanzi tutto da fenomeni di *mala gestio* e da sprechi, spesso dovuti a deficienze organizzative che andrebbero risolte con sollecitudine”.

“Anche perché – prosegue - la vulnerabilità intrinseca del sistema, oggetto di male intenzionate incursioni esterne ma anche di tarli interiori alquanto attivi, finisce talvolta per depotenziare o addirittura annullare del tutto gli effetti positivi che i vari strumenti riformistici hanno faticosamente conseguito”.

### **Sempre liste d'attesa e attenti alla medicina difensiva**

“Neppure il 2013 è stato l'anno di significativi miglioramenti dell'antica problematica delle liste d'attesa scrive ancora Benedetti - che rappresentano una delle spie più sensibili del difficoltoso funzionamento del sistema e per il quale si devono nuovamente sollecitare interventi organizzativi strutturali”.

“L'effetto ingolfante della c.d. medicina difensiva, invero difficile da scongiurare senza un'appropriata riforma culturale di operatori sanitari ed assistiti – osserva poi il vice procuratore - va fronteggiato con adeguati strumenti che assicurino l'effettuazione delle prestazioni in tempi ragionevoli, magari escludendo dai vincoli di spesa e dai tetti programmati quegli accertamenti riguardanti patologie particolarmente rischiose, che richiedono una risposta pronta ed efficace”.

“Da monitorare, comunque – conclude su questo punto Benedetti - i tentativi posti in atto in alcune regioni del centro nord per lo svolgimento di accertamenti diagnostici anche in giorni festivi ed in orari notturni”.

### **Sanità pubblica senza coperture assicurative per Asl e professionisti**

“Già in passato – ricorda Benedetti - si è avuto modo di richiamare l'attenzione sulla progressiva disaffezione delle compagnie assicuratrici nei confronti di un settore ritenuto evidentemente poco remunerativo. La carenza di specifiche informazioni al riguardo, non consente, per ora, di valutare i riflessi contabili della scelta effettuata in alcune regioni di far assumere a diretto carico delle strutture sanitarie (e quindi dell'amministrazione pubblica) il rischio da responsabilità civile verso terzi derivante da errori professionali, non ricorrendo più alle coperture offerte dalle imprese assicurative. Anche al di là, comunque, del potenziale impatto economico, resta pur sempre una scelta controversa, perché da un lato espone il sistema a futuri potenziali oneri oggi non previsti e forse neppure prevedibili e quindi in oggettiva collisione con le esigenze di programmazione; mentre dall'altro, considerate le intuibili limitatezze delle risorse a ciò disponibili, favorisce un sistema di garanzie affievolite a fronte di contenziosi spesso economicamente rilevanti, a tutto discapito oltre che delle strutture sanitarie coinvolte, anche degli operatori sanitari e degli stessi soggetti danneggiati”.

### **La crisi della sanità privata**

“Altro aspetto segnalato in passato, che ha fatto registrare segnali di oggettivo peggioramento - dice Benedetti introducendo un altro elemento di criticità alla sua relazione - è quello della crisi manifestata nell’ambito della sanità privata, le cui difficoltà finanziarie hanno talvolta trovato le proprie cause in gestioni non corrette, quando addirittura illecite. I segnali degli anni passati, già di per sé preoccupanti, riguardanti tale contesto, hanno trovato lo scorso anno la propria inevitabile conferma, rendendo inequivocabilmente manifeste situazioni assai critiche concernenti anche importanti e rinomate strutture sanitarie, che al di là dell’innato dualismo fra pubblico e privato, non da tutti correttamente apprezzato, hanno comunque concorso in passato alla piena realizzazione delle finalità del sistema sanitario e che rappresentano pur sempre una valida alternativa ai limiti delle strutture pubbliche”.

### **Le compartecipazioni di spesa**

“Altro fenomeno sul quale riflettere – aggiunge Benedetti - è quello del livello raggiunto dal pagamento dei tickets sulle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, che in alcuni casi sta progressivamente avvicinandosi ai costi di mercato di alcune prestazioni effettuate in privato, incentivandone paradossalmente il ricorso in quella direzione.

Seppure rimane alquanto difficile pensare ad una loro diminuzione, va però ribadita la necessità che un tale strumento vada adottato in maniera più equa, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all’apparenza secondari, per venire soprattutto incontro a quella parte più debole della popolazione, per la quale curarsi si è trasformato in un lusso”.

### **I danni erariali alla sanità**

“In occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2014 – ha ricordato Benedetti - si è dato conto dell’attività svolta dalle Procure e dalla Sezioni giurisdizionali nei giudizi di responsabilità amministrativa riguardanti il settore, caratterizzato da numerose fattispecie di danno erariale, a riprova di un ambito facilmente incline a ruberie e sprechi, che incidono prima ancora che finanziariamente, anche sotto un profilo etico, quando non sono addirittura forieri di mettere in discussione gli stessi equilibri politici delle realtà territoriali. Del resto, poiché gli errori sanitari sono diventati sempre più oggetto di contenziosi giudiziari, anche per fattispecie un tempo inimmaginabili, il riflesso negativo che peserà sulle finanze pubbliche è largamente scontato, con la conseguente necessità di risarcire il danno prodotto alle strutture”.

### **Sempre meno operatori sanitari?**

“Se i dati provvisori finora disponibili saranno in seguito definitivamente confermati, per la prima volta negli ultimi anni – sottolinea Benedetti - la spesa per l’aggregato delle risorse umane non rappresenta più quella maggiormente incidente sul totale delle risorse a disposizione del sistema sanitario, sopravanzata dalla spesa per l’acquisizione di beni e servizi. Il blocco dei contratti pubblici e la contrazione del turn over rendono coerente il dato rilevato, ma suggeriscono anche l’opportunità di un’attenta valutazione in prospettiva futura, per evitare il rischio di un depauperamento progressivo del personale addetto. Anche in questo caso, dunque, una visione esclusivamente contabile del profilo rischia di entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema”.

### **Stili di vita migliori**

“Sempre nell’ottica di risparmiare risorse talvolta assorbite da aspetti non propriamente prioritari – conclude la disamina sulle criticità della sanità del vice procuratore - sarebbe opportuna una maggiore coscienza istituzionale, quanto più possibile corroborata da consapevoli scelte personali, finalizzata a favorire stili di vita più sostenibili e condivisi, a cominciare da una più corretta educazione alimentare da porre al centro di un nuovo modello di sviluppo”.

**UE: LORENZIN, IN SEMESTRE TEMA PREVENZIONE, VACCINI E STILI VITA**

(AGI) - Roma, 26 giu. - Salute della donna; vaccini come strumento efficace di sanita' pubblica; stili di vita e prevenzione dei tumori; HIV e AIDS; demenze. Sono alcuni dei temi che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha inserito nell'agenda che il nostro Paese presentera' nel corso del semestre italiano di presidenza europea. Lorenzin ha illustrato temi e appuntamenti in agenda ai senatori della commissione Igiene e sanita' del Senato nel corso di un'audizione tenutasi oggi pomeriggio. Nel corso dei mesi di presidenza, sul fronte salute e sanita', saranno affrontati prevenzione e modelli organizzativi per le malattie respiratorie croniche; terapia del dolore e cure palliative; qualita', sicurezza e costi delle cure; frodi nel settore alimentare; salute nell'area Mediterranea; ricerca ed innovazione per il paziente; "blue tongue" ed altre malattie da Orbivirus; resistenza agli antimicrobici; genomica in sanita' pubblica; gestione medica ed infermieristica del paziente diabetico. Tra i luoghi deputati alla discussione degli argomenti: il Consiglio, i meeting informali e le conferenze e forum. Dopo aver ricordato che "la Presidenza italiana avvia il Trio che comprende anche Lettonia e Lussemburgo, con i quali e' necessario condividere un programma di medio periodo", il ministro ha sottolineato come proprio il Trio "intende favorire un processo che porti ad una giusta considerazione della parte 'salute' nel processo del Semestre europeo e avviare un percorso che mira a raggiungere, con il contributo di tutti, alcuni risultati fondamentali, quali la tutela delle parti piu' vulnerabili della popolazione, il miglioramento delle cure primarie e del rapporto ospedale-territorio". E' inoltre intenzione della Presidenza italiana, ha aggiunto il ministro, "invitare i colleghi che si occupano degli aspetti economici a valorizzare in modo chiaro e misurabile il contributo che la Sanita' da' al quadro economico generale. Infine, molteplici iniziative si concentreranno sulla valorizzazione degli investimenti in sanita' - ha proseguito - come opportunita' e non costo, e sulle iniziative da intraprendere per migliorare l'attrattivita' nel nostro Paese e dell'Europa per la ricerca sanitaria e - ha concluso - per lo sviluppo di tecnologie".

## Spesa farmaceutica I trimestre 2014. La territoriale rispetta il tetto, ma l'ospedaliera lo sfonda del 31,7%. Il rapporto dell'Aifa

**La spesa farmaceutica territoriale resta sotto il tetto programmato dell'11,35%, assestandosi all'11,03%. Di contro, la spesa ospedaliera non è riuscita a rispettare il tetto del 3,5% programmato, raggiungendo il 4,61% con una spesa di 342,2 milioni in più. Aumenta la quota a carico dei cittadini che ha raggiunto i 382,4 milioni, 13,9 in più del 2013. [Il Rapporto Aifa.](#)**



**26 GIU** - Fresco di pubblicazione il nuovo aggiornamento dell'Aifa sulla spesa farmaceutica regionale, dove la convenzionata netta a carico del Ssn segna un - 3% nel primo trimestre di quest'anno rispetto allo stesso periodo del 2013.

In soldoni, si tratta di 2 miliardi e 235 milioni di euro, 70,2 in meno del trimestre dello scorso anno. Tuttavia, questo calo è stato affiancato da una crescita della spesa sostenuta dai cittadini di tasca propria che, tra ticket e altre forme di compartecipazione, ha raggiunto quota 382,4 milioni, 13 in più del 2013, con un incremento percentuale del 3,8%.

In crescita anche il numero di ricette, 15,3 milioni nel periodo gennaio-marzo 2014, cioè +0,7% rispetto allo scorso anno. Cresciuta anche la spesa da distribuzione diretta di fascia A che, con il +0,9%, ha raggiunto quota 735.573.508 euro.

A conti fatti, la spesa territoriale può vantare ancora una volta di essere rimasta al di sotto del tetto di spesa stabilito nell'11,35% del Fondo sanitario nazionale: la spesa infatti si è fermata all'11,03%.

Non altrettanto buono il risultato dell'ospedaliera, che ha sfiorato il tetto del 3,5% sul Fondo raggiungendo il 4,61% e assestandosi a un valore pari a 1,418 miliardi, con un incremento del 31,7% rispetto al limite di spesa imposto dal tetto (in valori assoluti 342,2 milioni di euro in più).

Ma vediamo i dati del rapporto Aifa più nel dettaglio.

### SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA. DATI PER REGIONE

Sono solo due le Regioni in Italia che nel periodo gennaio-marzo 2014 sono riuscite a rimanere al di sotto del tetto programmato del 3,5% sul Fsn, e si tratta della Valle d'Aosta (2,9%) e della P.A. di Trento (3,0%). Maglia nera alla Puglia (6,6%). Sopra il 5% la Toscana (5,6%), l'Umbria (5,5%), la Sardegna (5,4%) e le Marche (5%).

### SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE. DATI PER REGIONE

Anche se a livello medio nazionale il tetto di spesa per la territoriale nei primi tre mesi dell'anno risulta rispettato appieno, così non è se vediamo i dati delle singole regioni. Sono infatti sette quelle che (in alcuni casi di poco) hanno comunque sfondato l'11,35%. Si tratta della Sardegna (13,9%), Calabria (12,9%), Campania (12,8%), Sicilia (12,4%), Lazio (12,3%), Abruzzo (12,1%) e Puglia (11,8%). Al contrario le più virtuose, tra le 14 che il tetto l'hanno rispettato, sono invece P.A. di Bolzano (7,9%), P.A.

di Trento (8,8%), Emilia Romagna (9,3%) e Veneto (9,69%).

La Regione a registrare la contrazione più forte della spesa farmaceutica netta è stata la Sicilia (-8% rispetto al 2013), poi l'Umbria (-6,9%) e l'Emilia Romagna (-6,4%). Di contro, la spesa è cresciuta nelle P.A di Trento (+2,2%) e di Bolzano (+1,8%), in Campania (0,9%), in Puglia (+0,6%) e in Calabria (+0,2%).

### **IL TICKET E LE RICETTE**

Quanto al ticket, l'unica Regione ad avere abbassato – seppur di poco – il carico di spesa sui cittadini è stata la Liguria (-0,5%), mentre il peso della compartecipazione è cresciuto soprattutto in Basilicata (+26,5%), nella P.A. di Trento (+10,7%) e in Molise (+9% rispetto allo scorso anno). La P.A. di Trento è anche l'area in cui si è registrato il maggiore incremento di ricette (+6,3%), seguita da Molise (+5,5%) e Calabria (+4,2%). Ricette in calo, invece, in Veneto (-1,9%), in Sicilia (-1,4%), in Liguria (-1,29%), in Basilicata (-1,1%), in Emilia Romagna (-01,9%), in Lombardia (-0,8%) e in Toscana (-1,9%).

In valori assoluti l'insieme della compartecipazione alla spesa ha raggiunto i 382,4 milioni di euro, di cui il 62,1% derivante dalla differenza di prezzo a carico del cittadino tra il prezzo di riferimento rimborsato dal Ssn e quello del prodotto farmaceutico scelto dal paziente.

**26 giugno 2014**

© Riproduzione riservata

*Allegati:*

■ Aifa. Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale, Gennaio-Marzo 2014

*Interpello del ministero del lavoro sulle società in regime di accreditamento*

# Medici, durc all'Enpam

## Pagamento delle Asl solo se c'è regolarità

DI DANIELE CIRIOLI

**L**a regolarità contributiva (Durc) riguarda anche l'Enpam. Cliniche, laboratori di analisi e altre società che operano in regime di accreditamento con l'Ssn (Servizio sanitario nazionale), per essere ritenute in regola dal punto di vista contributivo, infatti, non devono avere scoperture neppure verso l'Enpam, oltre che verso l'Inps e l'Inail. Le aziende sanitarie, pertanto, per poter stipulare appalti e per poter pagare compensi a tali società, devono prima chiedere e ottenere dall'Enpam una certificazione equipollente al Durc che attesti il regolare adempimento di tutti gli obblighi contributivi. Lo precisa l'interpello n. 15/2014 del ministero del lavoro.

**Enpam e Durc.** I chiarimenti sono stati sollecitati proprio dall'Ente nazionale di previdenza e di assistenza dei medici e degli odontoiatri (Enpam) che ha chiesto di sapere la ricorrenza dell'obbligo della certificazione del

### Il Durc allarga i confini

Per la regolarità contributiva delle società operanti in regime di accreditamento con l'Ssn, è richiesta anche la correttezza degli adempimenti nei confronti dell'Enpam.

corretto assolvimento degli obblighi contributivi per le società operanti in regime di accreditamento con l'Ssn nei confronti del fondo degli specialisti esterni. La risposta del ministero è affermativa. Dopo aver ricordato che la questione riguarda la disciplina del documento unico di regolarità contributiva (il Durc, che attesta la regolarità e la correttezza degli adempimenti di carattere contributivo da parte di un operatore economico nei confronti di tutti gli istituti previdenziali e assistenziali), in relazione all'ipotesi specifica di regolarità contributiva per le società operanti in regime di accreditamento con Ssn, il ministero richiama la legge n. 243/2004. All'art. 1, comma 39, spiega, è stabilito il versamen-

to in favore del fondo degli specialisti esterni istituito presso l'Enpam di «un contributo pari al 2% del fatturato annuo attinente a prestazioni specialistiche rese nei confronti del Servizio sanitario nazionale e delle sue strutture operative (Aa.Ss.LL.), senza diritto di rivalsa (...)».

**Certificazione equipollente.** Secondo il ministero, in considerazione del rapporto di concessione ex lege che intercorre tra le società e le aziende sanitarie locali, nonché dell'esigenza di interpretare in modo uniforme la normativa in materia di regolarità contributiva, le aziende sanitarie, oltre all'acquisizione d'ufficio del Durc, sono tenute (sia in sede di stipula del contratto di accreditamento che al mo-

mento della liquidazione delle fatture) a richiedere all'Enpam il rilascio della certificazione equipollente al Durc attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi.

**Il dato contributivo.** Con riferimento ai dati relativi al fatturato annuo delle società accreditate, inoltre, il ministero evidenzia che l'obbligo contributivo delle predette società risulta parametrato a una somma pari a una percentuale del fatturato annuo afferente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti dell'Ssn, con indicazione dei nominativi dei medici e degli odontoiatri che hanno partecipato alle attività di produzione del fatturato e delle quote contributive di spettanza individuale. Il ministero precisa infine che il calcolo della base imponibile del contributo può essere effettuato solo avvalendosi dei dati in possesso delle Asl che fruiscono delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali dei medici e degli odontoiatri operanti per conto delle predette società.



## SALUTE E BENESSERE

# Grazie ai farmaci biosimilari accesso a terapie innovative

La scadenza di alcuni brevetti rende possibile sviluppare medicine biotecnologiche efficaci ed economiche

### Iris Catarsi

■ Sentiremo parlare sempre di più di farmaci biosimilari. Ossia di quei farmaci comparabili in termini di qualità, sicurezza ed efficacia a un farmaco biologico già in commercio e il cui brevetto è scaduto. Infatti, tra il 2015 e il 2020 scadranno i brevetti di un numero rilevante di importanti farmaci biotecnologici, che hanno rappresentato una svolta nella cura di patologie invalidanti e potenzialmente letali come l'artrite e il cancro. Questo aprirà la strada all'ingresso di nuove categorie di farmaci biosimilari, soprattutto in aree terapeutiche ad alto costo, permettendo l'accesso alle cure ad un maggior numero di pazienti.

Attualmente, è l'azienda farmaceutica Sandoz a detenere la leadership del mercato, con tre biosimilari già in commercio - filgrastim, epoetina alfa e ormone della crescita - e studi in corso per lo sviluppo di altre

quattro nuove molecole. Tali studi riguardano anche una nuova categoria di farmaci biosimilari ancora più complessi: gli anticorpi monoclonali.

«Gli anticorpi monoclonali rappresentano una terapia innovativa per la cura di patologie gravi come i tumori e i linfomi poiché vanno ad agire direttamente sui fattori di crescita implicati nella genesi tumorale», spiega il prof. Adriano Venditti,

Associato di Ematologia dell'Università di Roma Tor Vergata. «L'avvento dei farmaci biosimilari è certamente una sfida per il futuro. L'avvio di trial clinici di confronto con gli originatori dimostra che i biosimilari sono una realtà che va gestita. In questo senso, credo che sia giusto e opportuno che la classe medica venga coinvolta nel dibattito per contribuire alle decisioni e alle scelte con ruolo attivo e propositivo». L'ingresso sul mercato dei nuovi biosimilari mAb, aumenterà la con-

correnza e rappresenterà, quindi, una importante opportunità per ampliare le possibilità di accesso dei pazienti alle terapie innovative e per liberare risorse per il Sistema sanitario nazionale, un fatto che, soprattutto in un momento storico come questo, non è da sottovalutare. Secondo uno studio condotto dall'Istituto di ricerca Iges Institut su 8 Paesi europei, infatti, i risparmi potrebbero attestarsi tra i 12 e i 33 miliardi entro il 2020 (3,2 miliardi solo per l'Italia). Tutte risorse da reinvestire in ricerca e innovazione.

Altro aspetto da non sottovalutare, è quello relativo all'informazione rivolta ai medici e ai cittadini. Trattandosi di farmaci ospedalieri, è fondamentale migliorare il livello di conoscenza dei farmaci biosimilari tra la classe medica, fornendone la documentazione che ne attesti efficacia e sicurezza. Ed è necessario tutelare uniformemente i diritti dei cittadini alla personalizzazione e alla sicurezza del trattamento.

### LA RICERCA

Gli anticorpi monoclonali, utilizzabili in patologie come i tumori e i linfomi



# Quei medici volontari della pillola del giorno dopo "Così evitiamo gli aborti"

Una task force in tutta Italia è disponibile ogni giorno  
"È un contraccettivo legale, ma molti si rifiutano di prescriverlo"

MARIA NOVELLA DE LUCA

«**P**ERCHÉ lo facciamo? Perché altrimenti tutti questi "errori" diventeranno aborti, e spesso di ragazze giovanissime. E io non voglio più vedere quindicienni spaventate che vengono in ospedale per interrompere una gravidanza». Lisa Canitano, ginecologa, una vita "di frontiera" tra consultori, ambulatori e reparti della legge 194, dice con amarezza che oggi è più difficile che mai: «Avere la ricetta della pillola del giorno dopo è diventato un vero e proprio calvario». Anzi il paradosso tutto italiano di un farmaco legale che nessuno vuole prescrivere. Una silenziosa e nascosta obiezione di coscienza. Illegale però. E così per averlo le donne e soprattutto le ragazze, devono tortuosamente cercare vie alternative. Racconta Caterina, 16 anni, di Catania: «Ci è successo di notte, si è rotto il preservativo, era sabato sera. Con il mio ragazzo abbiamo vagato come fantasmi per ore. Nessuno voleva farci la ricetta. Ci trattavano come delinquenti...». Il telefono della dottoressa Canitano, presidente dell'associazione "Vita di donna" squilla in continuazione: «Ciao, come possiamo aiutarti?». «I farmacisti la negano, i consultori chiudono alle due del pomeriggio, i pronto soccorso sono ostili. E

più passano le ore più aumenta — spiega Canitano — il rischio di avere una gravidanza indesiderata. Così chiamano noi...». Dove "noi" vuol dire una rete di quasi cento medici (ginecologi e non solo) che resiste al boicottaggio nascosto contro il Levonorgestrel, nome del principio attivo di quella pillola che presa subito dopo un rapporto a rischio, impedisce di restare incinte.

Una rete di volontari che in tutta Italia si rende disponibile e reperibile ogni giorno fino alle sette di se-

Caterina, 16 anni: "Era notte, si è rotto il preservativo. In farmacia ci trattavano da delinquenti"

ra e il sabato fino a mezzanotte. Eppure quattro mesi fa l'Aifa, cioè l'agenzia italiana del farmaco ha definito con chiarezza la pillola del giorno dopo un "contraccettivo" e non un "abortivo", rispetto al quale dunque non è lecito alcun tipo di obiezione.

Accade invece, al pronto soccorso del reparto di ginecologia di un grande Policlinico romano, che tutti i medici di turno siano obiettori. Paola ha il cuore in gola: sono già passate dodici ore dal suo incidente... E così, dice Lisa Canitano «senza farsi vedere un'infermiera scarabocchia il nostro numero dell'associazione *Vita di donna* su un foglietto, e Paola ci trova, corre da noi, e ce la fa». Oppure ci sono i ragazzini, quindici, sedici anni, che magari non hanno un soldo in tasca. «Ci rintracciano su Internet, arrivano con il motorino, spaventati e smarriti, per comprare il farmaco fanno la colletta tra gli amici».

Quasi un gioco dell'assurdo. Perché parliamo di un medicinale perfettamente legale, che previene una tragedia assai più grande e cioè l'aborto. Ma le testimonianze svelano invece un paese oscuro, dove escluse alcune aree felici (Emilia, Toscana, Piemonte) "l'errore" durante il rapporto sessuale, ma soprattutto il non accettarne le conseguenze, viene ancora colpevolizzato. Marina ha 25 e vive a Ba-

ri, dove al Policlinico, rivela Canitano, «per avere la prescrizione alle donne viene incredibilmente imposta la visita ginecologica, e il pagamento di un ticket da 80 euro».

Ricorda Marina: «Sono sposata da un anno, ma mio marito ed io siamo ancora così precari che avere oggi un figlio sarebbe una pazzia. L'incidente è avvenuto a marzo: di notte si è rotto il profilattico. Era così tardi che sono andata al consultorio soltanto la mattina dopo. La dottoressa di turno mi ha fatto en-

trare e sedere, poi quando ha saputo perché ero lì, mi ha fatto uscire dalla stanza dicendomi brutalmente che le pazienti in gravidanza, quelle che davvero volevano un figlio, avevano la precedenza...». Marina viene ricevuta dopo quattro ore, quando finalmente viene prescritto il *Norlevo*. «Attenta, si sentirà malissimo», conclude lugubre la ginecologa del consultorio.

Certo, il ricorso sempre maggiore alla "contraccezione d'urgenza", con un aumento del 60% di confezioni vendute in pochi anni, è la prova indiretta di quanto invece le coppie e i giovani siano inesperti della contraccezione preventiva. Anche se gli ultimi dati dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità, dicono con chiarezza che il 65% delle donne che si ritrova a do-

"Ci rintracciano sul web, arrivano con il motorino, spaventati, per comprare il farmaco fanno la colletta"

ver utilizzare la pillola del giorno dopo, in seguito pianifica meglio la propria vita sessuale. «Il nostro numero di telefono — aggiunge Lisa Canitano — ormai è scritto sulle

porte dei consultori, sui vetri di reparti di maternità, siamo costretti a sostituirci allo Stato semplicemente per aiutare le donne a non abortire. Ed è assurdo che medici e farmacisti che si dichiarano obiettori di coscienza, di fatto spingano proprio verso quella scelta».

Anna ha diciassette anni e la sua testimonianza la scrive su Facebook. «Abito a Imola e sono stata fortunata, all'inizio. Al consultorio mi hanno fatto subito la ricetta e nessuno ha minacciato di chiamare i miei genitori. È andata peggio in farmacia: quando hanno letto la

prescrizione mi hanno guardata bene in faccia e mi hanno chiesto i documenti. Minorenne, niente da fare. Per fortuna alla farmacia dopo non ci sono stati problemi. Ma continuo a chiedermi: ci sono forse dei limiti d'età se si vuole evitare un aborto?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I PUNTI



### LE MINORENNI

Hanno diritto alla assunzione della pillola del giorno dopo anche in assenza di autorizzazione dei genitori o di chi esercita la potestà, nel più stretto rispetto della loro riservatezza

### 15 GIORNI DOPO

Dal 2010 esiste anche una pillola dei 5 giorni dopo che può essere utilizzata fino a 120 ore dopo il rapporto. Ma sia questa che la pillola del giorno dopo vanno assunte il prima possibile

### LA RICETTA

Viene venduta dietro presentazione di ricetta medica, che può essere rilasciata dal consultorio, dal medico di base, dal pronto soccorso, dalla guardia medica e dal medico generico

L'Oms afferma che previene il 95% di gravidanze indesiderate



### La pillola del giorno dopo

"Levonorgestrel" è un contraccettivo di emergenza che va preso nelle ore successive al rapporto a rischio

A febbraio 2014 l'Aifa ha ufficialmente riconosciuto la pillola del giorno dopo come farmaco contraccettivo e non come abortivo

Non si deve confondere con la pillola abortiva "Ru486" che viene somministrata in ospedale per l'interruzione volontaria di gravidanza

### E' efficace

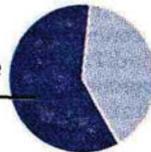


### Vendite nel 2013

#### In Italia

350 mila confezioni di pillola del giorno dopo

In 7 anni le vendite sono aumentate del 60%



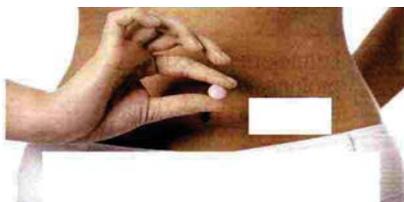
#### In Francia e Inghilterra

1,5 milioni di confezioni

La vendita della pillola del giorno dopo aumenta del 10% durante l'estate



Tra il 2011 e il 2012 è aumentato del 4% il ricorso alla pillola del giorno dopo da parte delle adolescenti



## Pancreas: il più letale dei tumori si può (almeno in parte) prevenire

*Al congresso europeo di oncologia presentati gli esiti di una sperimentazione con nuovo mix di farmaci efficace. Ma bisogna fare il possibile per non ammalarsi*



Aggressivo, difficile da diagnosticare nelle fasi iniziali e il più letale fra tutti i tipi di cancro. Il tumore del pancreas fa ancora molta paura e i casi sono in aumento. Secondo i dati pubblicati recentemente su [Annals of Oncology](#) si tratta dell'unica neoplasia per cui si prevede nel 2014 un aumento di decessi fra maschi e femmine in tutta Europa. Al congresso della Società Europea di Oncologia sui tumori gastrointestinali in corso a Barcellona si apre però uno spiraglio di speranza: un nuovo farmaco aggiunto alla terapia standard prevista per i pazienti con malattia metastatica porta a un miglioramento della sopravvivenza. La rapidità e l'aggressività della diffusione del carcinoma del pancreas nei tessuti vicini, la sua refrattarietà alla chemioterapia standard e la sua tendenza a recidivare ne fanno uno dei tumori più difficili e impegnativi da trattare. La chirurgia è l'opzione terapeutica più efficace (attualmente praticabile soltanto nel 20 per cento circa dei pazienti) nei casi in cui sia possibile asportare il tumore, ossia quando non si è esteso ai principali vasi sanguigni situati vicino né ha dato metastasi a distanza.

### *Prevenirlo è possibile*

Dalle statistiche, presentate da ricercatori dell'Università di Milano, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e dell'Università svizzera di Losanna, emerge come la mortalità per tumore del pancreas sia costantemente in aumento, seppur lieve, da oltre 15 anni. «Purtroppo ancora oggi - dice Carlo La Vecchia, docente di Epidemiologia all'Università di Milano - la prognosi per questa forma di cancro è severa e soltanto il cinque per cento dei pazienti è vivo a cinque anni dalla diagnosi. E, come se non bastasse, i casi sono in crescita. È fondamentale trovare il modo di prevenirlo, scovarlo in fase precoce e curarlo in modo più efficace». Ad oggi, [fare tutto il possibile per limitare il rischio di ammalarsi](#) è quanto di meglio si possa fare, in attesa che vengano scoperte ulteriori cause alla base della patologia. «Prima di tutto bisogna evitare o smettere di fumare - precisa La Vecchia -. Il tabacco è da solo responsabile di poco meno di un terzo dei casi di carcinoma pancreatico. Inoltre sappiamo che obesità, diabete e un elevato consumo di alcolici fanno salire le probabilità di sviluppare la neoplasia, insieme a una storia familiare in cui si siano già verificati dei casi».

## *Un nuovo mix di farmaci*

Dal convegno di Barcellona, intanto, arriva la notizia che l'aggiunta di un farmaco (MM-398 o nal-IRI), dopo la terapia standard con gemcitabina, prolunga la sopravvivenza dei malati con un tumore del pancreas in fase metastatica. Lo dimostrano gli esiti di una sperimentazione condotta su oltre 400 pazienti da studiosi americani guidati da Andrea Wang-Gillam, oncologo alla Washington University di St. Louis, che hanno testato la combinazione di 5flurouracile e leucovorina più MM-398, una nuova versione di irinotecan, rispetto alla sola terapia con 5flurouracile e leucovorina. «Purtroppo i trattamenti utili per questi malati scarseggiano - dice Wang-Gillam -, ma questo nuovo mix ha portato, in media, ad allungare la sopravvivenza dei malati di un paio di mesi. Non sono molti, ma è un primo passo avanti che prova gli sforzi compiuti dalla ricerca per trovare terapie valide contro questa difficile malattia». Si deve certo continuare a cercare strategie più efficaci, ma secondo Roberto Labianca, direttore dell'Oncologia Medica all'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo «questo trial ha fatto un passo avanti importante, consentendo di migliorare i risultati finora ottenuti - commenta -. Il nuovo mix infatti ha migliorato la sopravvivenza, il tasso di risposte da parte dei malati alla cura e il tempo libero da progressione di malattia, con una buona tollerabilità da parte dei malati».

[http://www.corriere.it/salute/sportello\\_cancro/14\\_giugno\\_26/pancreas-piu-letale-tumori-si-puo-almeno-parte-prevenire-b2e5e08a-fd19-11e3-ab47-248f75b22665.shtml](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_giugno_26/pancreas-piu-letale-tumori-si-puo-almeno-parte-prevenire-b2e5e08a-fd19-11e3-ab47-248f75b22665.shtml)

# L'Italia paga BIG PHARMA SCAPPA

**Università sorde. Burocrazia. Ritardi nell'approvare le novità. Così le aziende spostano la ricerca all'estero. E fuggono cervelli e terapie salvavita**

DI ANTONINO MICHIEZI E DANIELA MINERVA

**L**o scorso 4 aprile era un tranquillamente concitato venerdì romano; cieli bigi poco romani, ma tant'è. Alle prime ore del mattino giornalisti di diverse testate arrivano alla spicciolata nella piccola piazzetta che si apre su via del Tritone dove ha sede Farminindustria. Si chiama Largo del Nazareno ed è un bell'angolo barocco, anche se non proprio ben conservato. Dal numero 3, dove abita l'associazione che riunisce le aziende farmaceutiche in Italia, sta per partire una gita fuori porta: a Borgo San Michele, nei pressi di Latina, tutti in pullman per andare a visitare lo stabilimento di Janssen, azienda del gruppo Johnson & Johnson guidata dal presidente di Farminindustria, Massimo Scaccabarozzi. Lo stesso che oggi firma l'invito all'assemblea annuale dei suoi associati prevista il 3 luglio e intitolata "L'industria del farmaco in Italia: un'eccellenza europea". E allora ci siamo chiesti: sarà vero? Di certo sappiamo che noi italiani versiamo, a diverso titolo, nelle tasche degli industriali farmaceutici 25 miliardi di euro l'anno. E sappiamo che ciclicamente le cronache ci informano della chiusura di laboratori e centri di produzione, di licenziamenti e dimissioni. Sappiamo che quella italiana è un'industria che non innova ma che propone, in varie formulazioni e con vari schemi commerciali, i farmaci che scoprono gli americani, gli inglesi, i francesi... Quindi, è lecito chiedersi: ma che razza di eccellenza è questa industria? Di quei due miliardi e mezzo, cosa

torna al paese? Ovvio che ci tornano i farmaci, ma negli altri paesi ci sono gli investimenti in ricerca, medicine salvavita disponibili sin dalle prime fasi di sperimentazione, occupazione di cervelli. E in Italia?

Per rispondere torniamo a quel venerdì bigio, lasciamoci Roma alle spalle diretti a sud, attraversiamo l'agro pontino, fino allo stabilimento modello della Janssen, tra i più moderni e innovativi in Italia, che produce più di cento milioni di confezioni di farmaci ogni anno. Nel 2010, la casa madre americana ha deciso di potenziarlo, triplicando la produzione e il numero di addetti e facendolo così diventare il centro mondiale per la produzione di capsule e compresse (i cosiddetti solidi) dell'intero gruppo. Oggi esporta oltre il 90 per cento di quel che produce. E racconta esattamente qual è il ruolo del nostro paese nello scacchiere internazionale: sempre più un manifatturiero d'eccellenza sempre meno impegnato a fare ricerca su nuovi farmaci. Sempre più braccio e sempre meno mente di un settore d'avanguardia. Un'India d'Occidente, buona per produrre principi attivi e pillole, finché l'India, quella vera, e gli altri paesi emergenti non scaleranno qualche altro gradino nella scala della qualità.

**NOI INSCATOLIAMO, GLI ALTRI PENSANO**

La strategia, per ora, sembra pagare. Nonostante la crisi, nonostante le 45 manovre economiche in 10 anni che hanno scaricato sulle industrie farmaceutiche il 36 per cento dei tagli alla sanità, l'industria ha

retto l'urto. Proprio grazie alla capacità produttiva monstre che la piazza al secondo posto in Europa a un soffio dalla Germania. Più di 25 miliardi di euro di pillole, compresse e fiale prodotte, il 70 per cento delle quali dirette all'estero.

Numeri che significano occupazione: oltre 63 mila lavoratori attivi nel settore, per il 90 per cento diplomati e laureati e per un totale di 4 miliardi di euro in ▶

stipendi. Significano tasse per altri 4 miliardi di euro. Significano 2 miliardi e mezzo di investimenti.

«Nonostante le difficoltà produciamo Pil. Per 13 miliardi di euro l'anno», dice il presidente di Farminindustria Massimo Scaccabarozzi, convinto che l'Italia si possa candidare di diritto a diventare il polo farmaceutico europeo se solo si concedessero alle aziende «stabilità del sistema, riduzione della complessità, tempi di pagamento certi». Ma attenzione: di un polo produttivo stiamo parlando perché scienza e innovazione si fanno altrove. In paesi dove alle industrie è chiesto di contribuire allo sviluppo con la ricerca scientifica che è il motore del progresso. Che significa brevetti e cervelli, non impianti di produzione che domani possono essere trasferiti ovunque.

La linea è sottile e vale la pena di approfondire. Siamo quindi andati a chiedere agli economisti. Che, però, invitano a vedere il bicchiere mezzo pieno. «Questo è uno dei pochi settori ad alto valore aggiunto, ad alta produttività dei fattori e ad alto conte-

nuto tecnologico rimasti nel portafoglio industriale del paese. In esso sono concentrati la tradizione dell'industria chimica, di un'industria meccanica di qualità a supporto del manifatturiero e la capacità di fare innovazione di processo», dice Fabio Pam-molli, professore di Economia e manage-ment Imit - Istituto di Alti Studi di Lucca.

Insomma, torniamo all'eccellenza. Manifatturiera. Che si traduce in una progres-siva marginalizzazione dell'Italia all'inter-no del business globale di Big Pharma. Se è vero che questa eccellenza produttiva ha consentito negli ultimi anni una poderosa crescita dell'export, è altrettanto vero che la produzione rappresenta la parte meno qualificata del ciclo di sviluppo di un farma-co. Perché, e questo è il nodo scorsoio che stringe il paese, dei tanto sbandierati 1,2 miliardi investiti in ricerca, quanta è ricerca vera, quella che porta in ospedale nuovi salvavita per le grandi malattie? E quanta, invece, è piccola innovazione di prodotto, che trova nuove formulazioni per farmaci scoperti altrove, che trasforma le molecole per migliorarne aspetti, magari importanti come la somministrabilità, ma certamente non risolutivi per battere le malattie?

**SOLDI IN FUGA**

Sull'ambiguità del termine innovazione, infatti, si giocano molte delle pretese degli industriali farmaceutici italiani. Clinici e farmacologi lo sanno: la vera innovazione terapeutica è quella che aggiunge vita al malato. Le altre sono trasformazioni, magari utili, ma solo trasformazioni del pro-dotto. E di questa seconda materia è fatta la ricerca made in Italy, purtroppo.

Non che sia tutta colpa di Big Pharma. la grande ricerca si fa dove ci sono le migliori condizioni. E l'Italia su questo fronte latita.

«Qui, in un chilometro quadrato si sono localizzati laboratori di ricerca di tutte le principali imprese a livello mondiale sia delle compagnie biotech emergenti sia delle grandi industrie farmaceutiche, da Novartis a Pfizer a GSK», racconta Pam-molli, che dalla finestra del suo studio al Mit di Boston dove si trova in questi giorni, vede qual è il miele che attira le industrie che vogliono fare ricerca: «Perché qui c'è una capacità di interazione del sistema pubblico di ricerca universitaria e dei laboratori ospedalieri che fa sì che in questo posto si generino continuamente nuove idee e tecnologie».

Niente a che fare col sistema italiano: burocrazia che rallenta gli studi clinici, università avvitate nelle loro beghe autoreferenziali, istituti di ricerca totalmente privati di fondi e lottizzati dalla politica: come ha tante volte raccontato "L'Espresso". Il risultato è che per la farmaceutica «l'Italia non è certo sede preferenziale di investimento in ricerca e sviluppo», come fa notare Cludio Jommi, ricercatore al Cergas dell'U-niversità Bocconi e docente alla School of Management dell'università milanese:

«Non è favorita la relazione tra industria e accademia né la cultura dello stimolo al trasferimento tecnologico dall'università all'industria. C'è un assetto regolatorio che non è favorevole né stabile».

E calca la mano Federico Spandonaro, docente all'Università di Roma Tor Vergata e presidente del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità: «Questo non è un paese normale. Sta a un paese deciderla la propria politica industriale e l'Italia in questo settore non ha mai deciso».

Un disastro, insomma. Il Paese non si interessa della ricerca farmaceutica e non capisce che è un volano di sviluppo che non conosce crisi. E Big Pharma ci mette meno di un attimo a decidere di spostare la ricerca scientifica altrove, dove meglio la si riesce a fare. Così, le far-maceutiche italiane si sono accontentate di un ruolo residuale in cui ricerca e innovazione sono mosche bianche, come Chiesi far-maceutici che, in contro-tendenza, ha aperto un centro ricerca da 90 milioni a Parma. Mentre le multi-nazionali hanno delocaliz-zato i loro cervelloni, spe-gnendo uno dopo l'altra le luci dei centri italiani. O, tutt'al più ceden-doli a società minori.

**CHIUDETE I LABORATORI**

Negli ultimi 15 anni è stata una Spoon River: la più nota, e forse anche la più dram-matica, è la storia di Nerviano, il più grande centro ricerche oncologiche d'Europa, but-tato dal colosso americano Pfizer nelle mani dei frati romani dell'Idi con le note conseguenze giudiziarie, e l'apoteosi di fratel Decaminada, capo della congregazio-ne e interlocutore vaticano degli americani, in galera. Oggi un manipolo di ricercatori continua, con pochi soldi della Regione Lombardia, a lavorare, ma non c'è dubbio che la loro sia la storia più penosa.

Sempre Pfizer ha ucciso il centro Wyeth a Catania dopo l'acquisizione del 2009: nel riorganizzare la sua rete della ricerca, la numero uno del mondo non vede più stra-tegico il sito siciliano. Nonostante siano ancora in piedi progetti di ricerca in colla-borazione con il Cnr e l'Istituto superiore di Sanità e arrivino ancora soldi dal ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricer-ca, il laboratorio non inventa nulla e nel 2011 passa di mano: viene ceduto a un'azienda che fino al giorno prima aveva nelle protesi ortopediche il suo core business.

Il 2009 è l'annus horribilis: a Pomezia gli americani della Merck si liberano dell'Irbm dove era nato il più importante farmaco anti-Aids mai ideato, lo stesso che oggi è considerato dall'Oms terapia di prima scelta. I laboratori a oggi sopravvivono

grazie a commesse esterne (molte alimen-tate da dollari Merck), e c'è da esserne contenti: ma la ricerca dei nuovi farmaci non si fa più qui.

Va peggio a Verona, dove l'inglese Gla-xoSmithKline ha impiantato da decenni uno dei centri di eccellenza per la ricerca sulle neuroscienze. Nel 2010 la ristrutturazione aziendale porta alla dismissione dei laboratori ceduti all'americana Aptuit che, dopo tre anni, sbaracca: un piano con 65 esuberi (poi ridotti a una cinquantina) su circa 400 dipendenti che non fa presagire un futuro roseo per i laboratori. «Non penso che questi centri torneranno. Noi oggi abbiamo una grande potenza che sono le 174 fabbriche», ammette Scaccabarozzi nel prendere atto del nuovo status quo. Che ci vede sempre più deflati anche nella ricer-ca clinica, quella in cui, dopo la messa a punto di un nuovo farmaco, se ne verificano la sicurezza e l'efficacia sui pazienti.

**CI RIMETTONO I MALATI**

Perché, attenzione: gli studi clinici non sono soltanto una medaglia al valore scien-tifico del paese. Ma anche un'opportunità di cura con terapie avanzate per i pazienti e uno strumento per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel 2008 (anno del record) l'Italia era coinvolta in ben 880 studi clinici. Nel 2012, però, il loro numero era crollato a 697, il 20 per cento in meno. E il trend non sembra essere destinato a invertirsi. «La ricerca è diventata mondiale e anche l'ar-ruolamento dei pazienti è competitivo», si giustifica Farmindustria che sottolinea come anche in questo caso l'Italia non sia il posto ideale per operare. Per esempio, «abbiamo un'infinità di comitati etici. Così accade che in un progetto interna-zionale per lo studio di un farmaco, quan-do dall'Italia arriva l'ultimo via libera dei comitati etici, gli altri hanno già finito l'arruolamento dei pazienti», dice Scac-cabarozzi. Un dettaglio non da poco in un settore dove ogni giorno in più nei tempi per l'immissione in commercio di un farmaco significa un giorno di copertura brevettuale in meno.

Anche quel poco di ricerca clinica rimasto in Italia poi non è l'eccellenza, fa notare il farmacologo Silvio Garattini che da mezzo secolo dirige l'Istituto di ricerche farmaco-logiche Mario Negri. «Non è che si facciano da noi studi fondamentali di ricerca clinica per stabilire l'efficacia di un farmaco. Si fanno cose secondarie, spesso funzionali alla promozione più che alla reale produ-zione dei dati sui medicinali». Perché, con-clude il farmacologo, per la farmaceutica «siamo diventati sostanzialmente soltanto un buon mercato». ■

**L'INDUSTRIA È MANIFATTURA DI CURE PENSATE ALTROVE. FINCHÉ INDIA O CINA NON IMPARERANNO A FARLO CON I GIUSTI STANDARD DI QUALITÀ**

**Laboratori e sedi produttive chiuse o dismesse**

ANNO	SEDE	AZIENDA	ATTIVITÀ	SORTE
1998	Milano	Novartis	produzione	Ceduto a Mipharm
2004	Nerviano	Pfizer	centro di Ricerca	Cessione alla Congregazione dei Figli dell'Immacolata, Idi
2009	Borgo San Michele (Latina)	Pfizer	produzione	Ceduto a Haupt-Pharma
2009	Rosia (Siena)	Bayer	produzione	Chiuso
2009	Pisticci Scalo (Matera)	Pfizer	produzione	Ceduto a Gnosis Spa
2009	Caponago (Monza e Brianza)	Astrazeneca	produzione	Ceduto a Corden Pharma
2010	Verona	Glaxo Smith Kline	centro di ricerca	Ceduto a Aptuit
2010	Comazzo (Lodi)	Merck Sharp & Dohme	produzione	Ceduto a Mediolanum Farmaceutici
2010	Sermoneta (Latina)	Bristol Myers Squibb	produzione	Ceduto a Corden Pharma
2011	Milano	Sanofi Aventis	centro di ricerca	Chiuso
2011	Catania	Pfizer	centro di ricerca	Ceduto a Myrmex
2013	Mussolente (Vicenza)	Bayer	produzione	Chiuso
2014	Pavia	Merck Sharp & Dohme	produzione	Negoziato per una cessione che salvaguardi sito e occupazione



RICERCA BIOMOLECOLARE. IN BASSO A DESTRA: MASSIMO SCACBAROZZI

## SPOT VIETATI E 200 MLN PER CURE, PRIMO SI' LEGGE LUDOPATIA

### 3 MLN ITALIANI A RISCHIO. COMM. AFFARI SOCIALI TERMINA ESAME DDL

(ANSA) - ROMA, 26 GIU - Niente piu' pubblicita', di nessun tipo e in qualsiasi posto, per il gioco d'azzardo e strette regole per le sale che ospitano slot e vlc, mentre l'osservatorio sulla ludopatia, oggi in capo all'Agenzia delle dogane e del monopolio, verra' assegnato alle competenze del Ministero della Salute, per sottolineare che il gioco patologico non e' competenza dell'Economia ma, a tutti gli effetti una questione, 'sanitaria'. Infine per portare avanti politiche di prevenzione, formazione diagnosi e cura della ludopatia saranno disponibili 200 milioni annui. Questo e' quanto prevede il disegno di legge sul gioco d'azzardo che oggi la Commissione Affari sociali della Camera ha finito di esaminare. Dopo quasi un anno di lavoro, e' quindi pronto il testo del ddl che si ripropone di lanciare un messaggio forte e gettare basi concrete per arginare un fenomeno sempre piu' dilagante. Secondo il ministero della Salute sarebbero 700.000 gli italiani col 'vizio del gioco', di cui 300.000 considerati patologici mentre uno studio del Cnr di Pisa parla di circa 19 milioni di scommettitori, di cui 3 milioni a rischio ludopatia. Il ddl conta dodici articoli che riprendo alcuni punti del decreto Balduzzi ma vanno ben oltre quanto previsto dall'ex ministro. I comuni, prima esclusi, ora sono chiamati in causa. Dovranno prevedere specifici regolamenti, sulla base di indicazioni nazionali. Le sale gioco dovranno restare aperte massimo di 8 ore al giorno, prevedere una distanza di almeno 500 metri dai luoghi sensibili e garantire divieto di alcol fumo e utilizzo bancomat. Ci si potra' accedere con tesserino sanitario, su cui verranno registrate le giocate. Inoltre, e' passato il divieto, per i prossimi 5 anni, introdurre nuovi giochi. L'ultimo ad essere approvato, oggi, e' stato l'art. 12, che prevede la creazione, dal 2015, di un apposito fondo a cui attingere per la copertura economica. Inizialmente stabilito di 24 milioni di euro e' ora passato a 200 milioni annui circa, grazie a un aumento dello 0,7% del prelievo unico erariale su slot e Vlt. Con questa legge "per la prima volta il gioco viene inserito nell'area di competenza della Sanita'", commenta Paola Binetti, relatrice del ddl. "Il testo - prosegue il deputato Udc - e' frutto di un grande lavoro di confronto fra le diverse anime della commissione. Alla fine l'accordo lo abbiamo trovato perche' al centro dell'interesse di tutti e' l'attenzione nei confronti di questa emergenza sociale". "Un punto di equilibrio tra esigenza di cura e prevenzione, ma che non criminalizza chi vuol giocare ogni tanto. Vedremo cosa ne diranno le commissioni economiche", commenta il capogruppo PD Donata Lenzi. Meno soddisfatti i Cinquestelle. "Avremmo voluto finanziarlo anche con un prelievo, almeno simbolico, dalle vincite dei poker online e casino' online - spiega Massimo Baroni - perche' questo e' il gioco del futuro, che cannibalizzera' le forme tradizionali di gioco e scommesse". E' quello, aggiunge, "in maggiore espansione perche' spesso incontrollabile, e anche il meno tassato". Se la giornata di oggi segna un passo in avanti, l'iter legislativo e' ancora lungo. Il testo passa ora alle Commissioni di merito per il parere, quindi andra' in Aula a Montecitorio. Poi si sara' la volta di Palazzo Madama.(ANSA).

# scienze

TECNOLOGIA  
PSICOLOGIA  
NATURA  
MEDICINA

IL DIFFUSO ANTINFIAMMATORIO È STATO MESSO SOTTO ACCUSA DAL NEW SCIENTIST. LA PAROLA A UN FARMACOLOGO

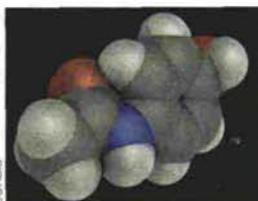
## PARACETAMOLO: PANACEA O VELENO? QUESTIONE DI DOSI

di Alex Saragosa

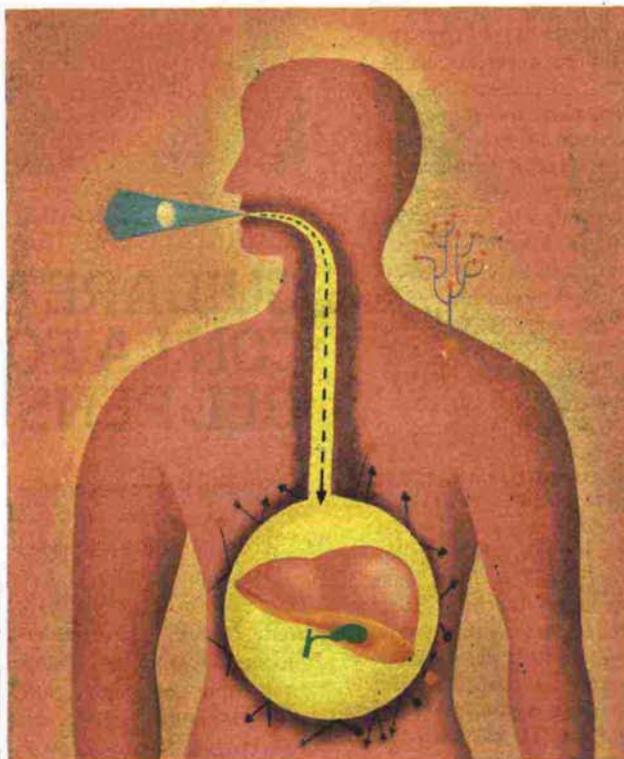
Abbiamo un insospettabile killer nell'armadietto dei medicinali? Viene da domandarselo leggendo quanto ha scritto qualche settimana fa l'inglese *New Scientist* sul paracetamolo, uno degli antinfiammatori e analgesici più usati al mondo, contenuto in centinaia di prodotti farmaceutici in libera vendita e consigliato anche per i bambini. La rivista lo presenta come una sorta di «placebo velenoso», accusandolo sia di scarsa efficacia sia di essere pericoloso per il fegato, se se ne assume troppo, oltre che per le emorragie che provoca quando viene preso a lungo per i dolori cronici.

In effetti negli Stati Uniti ogni anno ci sono circa 80 mila casi di intossicazione da paracetamolo, con 1.500 morti. Sull'Italia invece non esistono dati precisi, fatta eccezione per una ricerca condotta nel 2011 dal centro antiveleni del Policlinico di Roma, che ha rilevato come questo farmaco fosse causa del 1,7 per cento dei suoi interventi. Se la proporzione fosse confermata su scala nazionale, considerando che ogni anno in Italia ci sono 70 mila intossicazioni, quelle dovute al paracetamolo dovrebbero essere circa 1.200. In effetti, in Gran Bretagna, un Paese con una popolazione non molto superiore alla nostra (poco più di 63 milioni contro poco meno di 61), il farmaco manda in ospedale 1.700 persone ogni anno, con 200 morti.

«Dobbiamo però valutare queste cifre nel loro contesto», spiega il farmacologo clinico Maurizio Bonati, dell'Istituto Mario Negri di Milano. «Di paracetamolo se ne vendono milioni di dosi ogni giorno, 27 miliardi l'anno solo negli Usa. Con volumi simili è normale aspettarsi migliaia di intossicazioni. Si tratta comunque di un farmaco sicuro, se si assume nelle dosi indicate, calcolate per permettere al fegato di metabolizzarlo senza danno. Al di sopra di quelle, il fegato non riesce a completare il suo lavoro. Si accumula così un metabolita tossico, l'NAPQI, che uccide le cellule epatiche. Purtroppo fra dose terapeutica, un massimo di 4 grammi al giorno per l'adulto, e dose tossica, sopra i 7-10 grammi, la distanza è poca e il paracetamolo è visto come un "innocuo" farmaco da banco. Quindi, se il mal di testa o di denti per cui lo si è preso persiste, può accadere che si decida di superare la dose indicata, entrando in zona pericolo. Oppure si possono combina-



Sopra, la molecola del paracetamolo. Gli adulti non devono assumerne più di **4 grammi** al giorno



re, senza saperlo, farmaci diversi che contengono tutti paracetamolo». Ed è peggio ancora se lo si assume con alcolici, che riducono ulteriormente la funzionalità epatica. «Il rischio quindi c'è. È ingiusto invece sostenere che il paracetamolo sia inefficace. In realtà è sempre difficile valutare l'effetto di un farmaco sul dolore, la cui percezione dipende anche da fattori psicologici. Di sicuro, rispetto agli altri antinfiammatori in libera vendita, come l'aspirina, il diclofenac e l'ibuprofene, il paracetamolo ha una più forte azione analgesica, in quanto agisce anche sul sistema nervoso. Comunque, se una persona lo trova inefficace, deve evitare di insistere, magari alzando le dosi, e consultare il medico per cercare un'alternativa. Infine, a proposito del pericolo che questo farmaco, assunto a lungo, provochi emorragie, la possibilità esiste, però con altri antinfiammatori è persino maggiore. Il punto è che gli altri antinfiammatori in libera vendita, oltre a essere meno efficaci come analgesici, sono più aggressivi verso lo stomaco».

In effetti, anche per *New Scientist*, non si tratta di eliminare il paracetamolo, ma di renderne noti i rischi. «Questo è condivisibile. Ma, più che aggiungere avvertenze sui bugiardi, che pochi leggono, i farmacisti dovrebbero avvertire sempre chi compra un farmaco a base di paracetamolo sull'importanza di rispettare le dosi indicate». ■

## La carenza di vitamina D può portare all'ipertensione

*Uno studio pubblicato su The Lancet mette in evidenza come una carenza della vitamina del Sole possa avere un ruolo nello sviluppo di problemi di pressione sanguigna come l'ipertensione*



Ora che siamo nella bella stagione, approfittiamone: cerchiamo magari di prendere un po' di Sole non solo per abbronzarci, ma anche per poter sintetizzare una preziosa vitamina come la D. Questa vitamina, già nota per essere fondamentale nello sviluppo e mantenimento della salute delle ossa, pare abbia anche **un ruolo nel tenere a bada la pressione del sangue**, o arteriosa. Una sua carenza, infatti, si ritiene sia causa di ipertensione.

Ad averlo scoperto sono stati i ricercatori australiani dell'University of South Australia, guidati dalla dott.ssa Elina Hypponen, che hanno condotto uno studio di Randomizzazione Mendeliana valutando i dati genetici provenienti dal "D-CarDia collaboration", che ha coinvolto oltre 146.500 persone di origine europea e provenienti da tutta Europa e Nord America. Dai risultati emersi, i ricercatori ritengono che controllare e tenere adeguati i livelli di vitamina D siano **il modo elettivo per contrastare l'epidemia di ipertensione**, visti anche e soprattutto i costi e gli effetti collaterali associati ai farmaci antipertensivi.

In questo studio, i ricercatori hanno usato due comuni varianti genetiche che influenzano i livelli circolanti di 25-idrossivitamina D o 25(OH)D – questi parametri sono generalmente utilizzati per determinare lo stato di vitamina D di una persona. Hanno così misurato l'effetto causale tra lo stato di concentrazione di vitamina D, la pressione sanguigna e il rischio di ipertensione. Detto ciò, hanno scoperto che **per ogni 10% di aumento di 25(OH)D c'è stato un calo della pressione diastolica (-0.29 mmHg)** e della pressione sanguigna sistolica (-0.37 mmHg), e un 8,1% di diminuzione del rischio di sviluppare l'ipertensione.

«La Randomizzazione Mendeliana aiuta a determinare la causa e l'effetto, poiché usando dati genetici possiamo meglio evitare confusione, invertire il nesso di causalità, e i bias – spiega la

prof.ssa Hypponen – Tuttavia, dato che non possiamo escludere la possibilità che i nostri risultati siano stati generati dal caso, **hanno bisogno di essere replicati in modo indipendente in uno studio simile**. Sono inoltre necessarie ulteriori ricerche con studi randomizzati e controllati per confermare la causalità e i potenziali benefici clinici di una supplementazione di vitamina D».

I risultati dello studio sono stati pubblicati su *The Lancet Diabetes and Endocrinology*.

<http://www.lastampa.it/2014/06/27/scienza/benessere/salute/la-carezza-di-vitamina-d-pu-portare-allipertensione-Nic1pd4bqkeIxnTv3uTFM/pagina.html>

## **MEDICINA: SENSORE SOTTOPELLE REGISTRA ARITMIE SILENTI PER PREVENIRE L'ICTUS**

Roma, 26 giu. (AdnKronos Salute) - Un sensore sottopelle registra aritmie silenziose e aiuta a prevenire molti casi di ictus. Ricercatori dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma, insieme a colleghi del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico della Capitale e a 55 centri in Europa, Canada e Usa, hanno ideato un modo di prevenire molti casi di ictus o soprattutto le loro recidive. Si tratta di un 'sensore' che, messo sotto la cute, registra aritmie 'invisibili' ai metodi diagnostici tradizionali e asintomatiche, quindi più subdole perché non riconosciute. Non pochi casi di ictus - apparentemente senza una causa - sono collegabili a queste aritmie, dette 'parossistiche' perché si risolvono spontaneamente e sono senza sintomi. Grazie all'apparecchio, registrando questo tipo di vizio del battito in tempo reale quando si verifica, il medico può procedere tempestivamente a una terapia preventiva anti-ictus e scongiurare il peggio. Pubblicato sul 'New England Journal of Medicine', lo studio rappresenta la più grossa sperimentazione clinica a livello globale su questo fronte ed è stato condotto da Tommaso Sanna, cardiologo presso il Dipartimento di Scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli (diretto da Filippo Crea), in collaborazione con Vincenzo Di Lazzaro, attualmente responsabile dell'Unità operativa complessa di Neurologia presso il Campus Bio-Medico di Roma. Il protagonista di questo successo della ricerca multicentrica è un sistema diagnostico già in uso in tutto il mondo per altre tipologie di pazienti: si tratta di un microdispositivo, più piccolo di una 'pennetta' Usb, per la registrazione continua dell'attività cardiaca, impiantato sottocute in anestesia locale. Il minuscolo sistema di monitoraggio può essere 'interrogato' direttamente dal paziente, attraverso un telecomando dotato di una spia rossa. L'accensione della spia segnala che è in corso un'aritmia cardiaca. Il soggetto può così recarsi tempestivamente presso un centro ospedaliero per ulteriori accertamenti. L'apparecchio è in grado anche di trasmettere l'elettrocardiogramma del paziente per via telefonica allo specialista. In Italia si verifica un ictus ogni 3 minuti. Questa patologia rappresenta la terza causa di morte e la più frequente causa di disabilità permanente negli adulti, perché solo il 25% dei pazienti sopravvissuti guarisce completamente e oltre il 50% resta colpito da un deficit che lo rende non più autosufficiente. Le principali cause dell'ictus sono l'ipertensione arteriosa, le cardiopatie, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, il fumo di sigaretta e la stenosi delle carotidi, cioè delle arterie più importanti che portano il sangue al cervello. A complicare le cose c'è il fatto che non di rado l'ictus arriva senza campanelli d'allarme, cogliendo alla sprovvista medico e paziente e rendendo più difficili le cure tempestive. Si parla, in questi casi, di ictus 'criptogenetico' o senza causa apparente. Ne fanno esperienza tra i 40 e gli 80 mila italiani ogni anno, ovvero il 20-40% delle quasi 200 mila persone colpite annualmente da questa patologia nel nostro Paese, stimano i ricercatori. In realtà dietro questi ictus criptici c'è una causa, spesso subdola perché senza sintomi: la fibrillazione atriale. Studi hanno dimostrato che questa aumenta da 4 a 5 volte il rischio di ictus ischemico e ciò vale sia per la fibrillazione atriale parossistica (cioè che si risolve spontaneamente), sia per la persistente (che si interrompe a seguito di un trattamento di cardioversione) o la permanente (che non può più essere interrotta).

“Con il nostro studio - spiega Sanna - abbiamo osservato che nell'arco di 3 anni da un ictus ischemico senza causa nota, il 30% dei pazienti presenta almeno un episodio di fibrillazione atriale, che in quasi l'80% dei casi è asintomatica”. Questo significa che proprio quel tipo di

fibrillazione atriale potrebbe essere alla base del primo ictus, ma anche che il paziente rischia di averne un secondo. “Nei 3 anni di osservazione dei circa 500 pazienti con ictus senza causa definita arruolati per lo studio - precisa Sanna - è stata riscontrata fibrillazione atriale al 30% dei pazienti cui era stato impiantato il dispositivo, contro il 3% dei soggetti che non avevano ricevuto l’impianto. Un dato che dimostra la netta superiorità di questa strategia diagnostica rispetto all’approccio tradizionale”. Infatti il dispositivo registra la fibrillazione atriale in un numero di pazienti 7,3 volte maggiore rispetto alle metodiche tradizionali a 12 mesi di osservazione, e 8,8 volte maggiore a 36 mesi. “Peraltro - ribadisce Sanna - la fibrillazione atriale è risultata asintomatica nell’80% dei pazienti e, dunque, senza il microdispositivo sarebbe sfuggita alla diagnosi”. “I risultati dello studio - aggiunge Di Lazzaro - aprono un nuovo, interessantissimo fronte nel campo della prevenzione secondaria dell’ictus cerebrale. Circa un quarto degli ictus, infatti, si ripresenta come recidiva, con conseguenze ben più devastanti del primo evento. Per prevenirne la ricorrenza è fondamentale cercare di definirne la causa. I farmaci più comunemente utilizzati, come l’aspirina, hanno un’efficacia limitata nel prevenire l’ictus determinato da fibrillazione atriale. Grazie alle informazioni fornite da questo microdispositivo, lo specialista, valutati tutti i fattori di rischio, potrà prescrivere tempestivamente una terapia con anticoagulanti, molto più efficaci per prevenire l’embolia”. Laddove non s’individui la causa dell’ictus, perciò, nel prossimo futuro potrebbe essere preso in considerazione l’impianto di questo apparecchio. Sarà ovviamente importante effettuare un’attenta selezione dei pazienti, tramite uno screening iniziale con tutte le indagini diagnostiche già consolidate per la ricerca delle cause dell’ictus, per limitare i costi per il sistema sanitario nazionale. Ma così, concludono i ricercatori, si potrebbero ridurre i costi legati alle recidive di ictus evitabili.

## New York, salve le bibite zuccherate 'extra large'

*La Corte d'Appello dello Stato di New York ha detto no alla reintroduzione della norma che vietava la vendita di bibite zuccherate superiori a mezzo litro. La disposizione, appoggiata anche dall'attuale primo cittadino Bill de Blasio, secondo i giudici "travalica l'ambito della sua autorità di regolamentazione"*



**ALBANY (NY)** - Battuta di arresto definitiva per la crociata salutista lanciata dall'ex sindaco di New York Michael Bloomberg. Oggi la Corte d'Appello dello Stato di New York ha confermato l'illegittimità del divieto di vendere le maxi bibite zuccherate, una disposizione voluta nel 2012 dall'ex primo cittadino della Grande Mela per combattere l'obesità. Il bando, sostenuto anche dall'attuale sindaco Bill de Blasio, è stato aspramente contestato dai ristoratori e dalle aziende del settore che avevano immediatamente fatto ricorso alla Corte Suprema dello Stato, ottenendo un primo stop alla misura del dipartimento alla salute newyorkese nel marzo 2013.

Ora le autorità cittadine speravano che il divieto fosse ripristinato, ma i giudici hanno confermato lo stop. Nella motivazione della sentenza il giudice Eugene F. Pigott Jr. ha scritto che l'assessorato alla Salute della città "ha travalicato l'ambito della sua autorità di regolamentazione" nell'introdurre il divieto voluto dall'allora sindaco Bloomberg.

La norma vietava le bevande 'extralarge', quelle al di sopra del mezzo litro, in ristoranti, cinema, stadi, teatri e carretti ambulanti. Il provvedimento, pensato per combattere l'obesità, un problema che

affligge più della metà dei newyorkesi, aveva sin da subito scatenato le ire dell'industria del settore e dei commercianti, alimentando l'annosa questione su quanto i governi municipali possano spingersi in avanti nel tutelare la salute dei propri cittadini.

L'ex sindaco Bloomberg aveva combattuto altre battaglie 'salutiste' in passato, come quella contro il fumo nei luoghi pubblici o contro l'uso di grassi insaturi nei ristoranti. Ma questa volta ha avuto la peggio.

[http://www.repubblica.it/salute/2014/06/26/news/new\\_york\\_corte\\_d\\_appello\\_conferma\\_stop\\_al\\_divieto\\_della\\_maxi\\_bibite\\_gassate-90074266/](http://www.repubblica.it/salute/2014/06/26/news/new_york_corte_d_appello_conferma_stop_al_divieto_della_maxi_bibite_gassate-90074266/)