

Fecondazione

La Toscana
anticipa tutti:
via libera
all'eterologa

di MARGHERITA DE BAC

A PAGINA 14

L'assessore

Marroni: «Nessuna fuga in avanti, è un provvedimento ponte per evitare il far west»

Fecondazione assistita Alle strutture pubbliche e private basterà autocertificare di essere idoneeLa Toscana si fa la sua norma
e parte prima con l'eterologa

La delibera anticipa le linee guida del ministero della Salute

ROMA — La Toscana brucia tutti sul tempo e parte con la fecondazione eterologa, recentemente «rientrata» in Italia dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha delegittimato il divieto del 2004. Il termine indica le tecniche che prevedono l'uso di gameti donati alla coppia di aspiranti genitori con problemi di infertilità.

Questa settimana il ministro della Salute Beatrice Lorenzin potrebbe portare in Consiglio dei ministri il decreto legge che stabilisce come dovranno organizzarsi i centri e quali sono le regole da rispettare per uniformare l'attività. Oggi andrà in Commissione affari sociali della Camera per tracciare il suo disegno, frutto di un lavoro consultivo con una commissione di addetti ai lavori.

La Regione presieduta da Enrico Rossi però ha deciso con una delibera approvata ieri di non aspettare. Alle ventidue cliniche pubbliche e private di procreazione medicalmente assistita basterà dunque presentare un'autocertificazione dove dichiarano di essere organizzate per avviare la nuova attività. «Non è una fuga in avanti — chiarisce l'assessore Luigi Marroni —. È un provvedimento ponte in attesa delle indicazioni nazionali che giudichiamo necessarie. Vogliamo però evitare

il far west locale, piccole e grandi speculazioni. Da noi si fanno circa 7 mila cicli di trattamento all'anno».

Come è stata accolta l'iniziativa dal dicastero della Salute? Avrebbero probabilmente preferito che tutti restassero ai blocchi di partenza, senza fughe in avanti: «Ciò dimostra quanto sia necessario intervenire con la massima urgenza con un provvedimento normativo efficace in tutta Italia per evitare disparità di trattamento tra i cittadini residenti nelle diverse Regioni». Il rischio è che possa prendere corpo il fenomeno precedente l'abolizione del divieto. Migliaia di coppie che si spostavano in Spagna, Belgio o Grecia per fare l'eterologa, consentita dalle leggi locali. In Italia potrebbe succedere lo stesso. La Toscana è bene attrezzata e già accoglie pazienti sterili da altre Regioni e città come, ad esempio, da Roma dove ormai c'è un'unica struttura pubblica in funzione, il Sant'Anna, dopo la chiusura del Pertini (in seguito allo scambio di embrioni che ha coinvolto due coppie, una delle quali in attesa dei gemelli dell'altra). Chiuso anche il San Filippo Neri dove tutto è pronto, macchinari all'avanguardia, microscopi costati un occhio della testa, però mancano le certificazioni antincendio. E i

pazienti emigrano a Firenze in un centro che fa pubblicità fuori dall'ospedale romano.

Le indicazioni toscane si discostano in alcune parti da quelle del decreto in fase di rifinitura. Ciascun donatore potrà sottoporsi sei volte al prelievo di gameti, rispetto al limite nazionale di 25. Non è indicato invece un numero massimo di bambini concepiti grazie a gesti che dovrebbero essere di puro altruismo. Il testo Lorenzin invece fissa il tetto di 10, con eccezioni per chi vuole dare un fratello o una sorella ad un figlio nato con seme o ovociti di estranei. Il principio della gratuità è assoluto così come nel decreto. Con questo si vuole ribadire che la donazione non deve essere considerata fonte di guadagno come avviene in Paesi europei dove le donne con un reddito basso si prestano al prelievo in cambio di ricompense. Regalare ovociti non è uno scherzo. Le volontarie sono sottoposte a cure per la stimolazione piuttosto complicate, si perdono giorni di lavoro. Ecco perché alcuni sostengono la necessità di riconoscere loro una somma anche simbolica. C'è poi la questione del limite di età dei donatori: la Toscana ha stabilito 35 anni per la donna e 50 per l'uomo, nel decreto si indicano 35 e 40 anni. Infine l'ano-

nimato: nato e padre-madre biologici non possono avere accesso alle rispettive generalità a meno che questi ultimi non modifichino la loro volontà.

Tra i punti salienti della bozza ministeriale in dirittura d'arrivo, regole per la selezione dei donatori, con esami per Aids ed epatite C ma anche genetici. Chi cede i propri gameti ha la garanzia dell'anonimato salvo eccezioni legate alla necessità da parte del figlio di sapere di lo ha generato per motivi di salute, ad esempio la comparsa di certe malattie. Si sta facendo largo però in diverse legislazioni il diritto di conoscere le proprie origini raggiunta una certa età. Questo sarà tema di un approfondimento a livello parlamentare così come il problema dell'adozione degli embrioni in sovrannumero, non più utilizzati da coppie che già hanno fatto trattamenti. È la conseguenza di un'altra opportunità aperta dal ritorno dell'eterologa: la creazione di embrioni in provetta interamente modellati con gameti donati, maschili e femminili.

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le norme allo studio

Registro nazionale

1 Selezione dei donatori: obbligo test infettivologici (Hiv, epatite) e genetici per escludere la presenza di patologie presenti o future. E l'istituzione di un registro nazionale dei donatori, dove segnalare anche le donazioni fatte all'estero da italiani

Tracciabilità donatore-neonato

2 Sono consentiti un massimo di 10 figli nati da ciascun donatore di ovociti e gameti. L'eccezione vale per chi vuole dare un fratello a un bambino già nato allora può chiedere di avere lo stesso donatore. Istituzione di un sistema di tracciabilità da donatore al bambino nato

Il consenso informato

3 Nel consenso informato andrà scritto che i genitori sono tenuti a informare i figli su modalità del concepimento nei tempi e nei modi più opportuni. Non si potrà scegliere il donatore. L'età massima dei donatori è di 35 anni per le donne e di 40 per gli uomini

Rimborso spese

4 Per i donatori il rimborso spese sarà simile a quello riconosciuto ai donatori di midollo osseo. Ammessa la possibilità di fare una doppia eterologa, cioè un embrione ottenuto da due donatori. Si pensa di regolare in un secondo momento la donazione di embrioni

2500

Le coppie italiane che si recano all'estero per effettuare la fecondazione eterologa. Sono, invece, 90 mila le coppie infertili che vorrebbero avere un figlio con l'eterologa. La Consulta ha stabilito che è incostituzionale il divieto di ricorrere a donatori di ovuli o sperma



Ministro
Beatrice Lorenzin, 42 anni, ministro della Salute nei governi Letta e Renzi



Oggi l'audizione del ministro Lorenzin

Pronte le regole dell'eterologa Più fratelli dallo stesso donatore

Gli esperti: limite di 25 offerte di gameti, anonimato, rimborsi spese e biobanche

La regione Toscana però si sfila e prepara la sua delibera: fecondazione con norme Ue

■ ■ ■ CATERINA MANIACI

ROMA

■ ■ ■ È il giorno prima dell'audizione in commissione Affari sociali della Camera del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sull'esecuzione della fecondazione eterologa in Italia. Il ministro deve riferire «sulle iniziative del governo conseguenti alla sentenza della Corte Costituzionale 162 del 2014, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle norme della legge 40/2004 sul divieto del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo». Sul tavolo del ministro c'è la documentazione del team degli esperti che sta mettendo a punto le linee guida sulla fecondazione eterologa. Molte delle indicazioni sono state rese note, come l'assoluto anonimato dei donatori, i rimborsi per i donatori stessi, la creazione di bio-banche per i gameti e il limite di circa 25 nascite per una comunità di circa un milione di abitanti (nascite in un numero di famiglie non superiore a 10) «mantenendo, in tal modo, inalterato, il

rischio di incontro involontario tra consanguinei». Secondo gli esperti, ogni coppia che accederà alla fecondazione eterologa potrà avere più figli nati dallo stesso donatore biologico.

Intanto però, proprio nelle stesse ore, la Regione Toscana approva una delibera che consente ai centri pubblici, privati e convenzionati di fecondazione assistita di offrire la procedura eterologa, cioè con donazione di gameti. La delibera sarà esecutiva dopo la pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione. Del resto, per illustrare la decisione, in un comunicato dell'assessorato regionale per il diritto alla Salute, si legge che «le direttive» europee che la delibera toscana si propone di recepire, in attesa che ciò avvenga a livello nazionale a opera del governo, «prevedono l'adozione di tutte le iniziative necessarie per rispettare tracciabilità, anonimato e privacy».

Insomma, non c'è bisogno di una «via parlamentare» per recepire alcuni punti chiave sulla questione, ci sono già le direttive europee, la Toscana va avanti. E allora,

che faranno le altre Regioni? Seguiranno l'esempio? Allora, le linee-guida volute dal ministero, servono fino a che punto?

Arriva la precisazione proprio dal ministero. In un comunicato si dichiara che il ministro Lorenzin «ha già pronto uno schema di decreto legge» sulla fecondazione eterologa e che il provvedimento è redatto «anche sulla base delle indicazioni emerse dal gruppo di lavoro convocato nelle scorse settimane al ministero della Salute». Come annunciato, il decreto sarà proposto «in uno dei prossimi Consigli dei ministri».

L'iniziativa della Regione Toscana, poi, «dimostra come sia necessario intervenire con la massima urgenza con un provvedimento normativo efficace su tutto il territorio nazionale, per evitare disparità di trattamento tra i cittadini residenti nelle diverse Regioni. Il ministro Lorenzin ha

già pronto uno schema di Decreto Legge per regolamentare questo nuovo percorso di fecondazione assistita».

Il gruppo di lavoro, come viene specificato nel documento conclusivo, ha avuto esclusivamente un «ruolo informale e consuntivo», ma ci sono paletti, per così dire, chiaramente fissati, a cui abbiamo accennato.

Ci sono però punti-chiave che chiari non sono. In primis, la questione delle donazioni dei gameti. Secondo gli esperti, per le donazioni occorre prevedere «una forma di rimborso che dovrà essere rigidamente regolamentata, analogamente alle donazioni di sangue e midollo, per non vanificare la possibilità di disporre di gameti e ribadire il valore solidaristico dell'atto oblativo del dono». Rimborsi spese: come potranno essere quantificati? E come evitare che sotto questa etichetta si nascondano delle vere e proprie compravendite?

Eterologa, 25 bimbi per ogni donatore

►La Toscana, per prima, ha fissato le regole per la fecondazione ►Ad ogni coppia sarà possibile avere più bambini "fratelli" nati grazie ai gameti della stessa persona. Limiti sull'anonimato Pronto il decreto Lorenzin, il varo dal Consiglio dei ministri

IL CASO

ROMA Fecondazione eterologa, la prima regione a darsi regole è la Toscana. Prima ancora che escano le linee guida del ministero della Salute fissando regole e limiti. I centri hanno già i requisiti per effettuare la procreazione assistita da donatore. «Qui abbiamo già recepito le direttive della Ue e il sì del Centro nazionale trapianti», fa sapere la presidente dell'Associazione dei centri di procreazione medicalmente assistita (Cecos) Elisabetta Coccia.

LA POLEMICA

Non è una fuga in avanti, precisa il presidente della Regione Enrico Rossi, ma un «modo per mettere sullo stesso piano pubblico e privato». Superando, così, di fatto la polemica sul vuoto normativo che si sarebbe creato dopo la sentenza della Corte Costituzionale che, ad aprile, ha cancellato il divieto di poter effettuare in Italia la fecondazione eterologa. Per la giunta toscana «non sussiste alcun vuoto che richieda interventi legislativi per ciò che riguarda la donazione dei gameti».

La Toscana prima del decreto legge. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha annunciato che lo schema del testo che regolerà l'eterologa è pronto. Potrebbe essere già pronto per il varo

del Consiglio dei ministri questa settimana. Un commento sulla Toscana: «L'iniziativa della Regione dimostra - parole del ministro Lorenzin - come sia necessario intervenire con la massima urgenza con un provvedimento normativo efficace su tutto il territorio nazionale, per evitare disparità di trattamento». Oggi audizione del ministro alla Camera.

NUCLEI FAMILIARI

Ogni coppia che arriverà alla fecondazione eterologa potrà avere più figli dallo stesso donatore o dalla stessa donatrice. Non sarà, comunque, possibile superare il numero di 25 per ciascuna persona che offre i suoi gameti. «Venticinque nascite - spiegano gli esperti del tavolo di lavoro ministeriale - per una comunità di un milione di abitanti, mantenendo, così, inalterato il rischio di incontro involontario tra consanguinei».

Si ipotizza, dunque, un limite di nuclei familiari creati da ogni donatore «perché se una coppia ha un figlio con una donazione di gameti e poi decide, successivamente, di avere un altro bimbo - fa sapere Luca Gianaroli, presidente della Società italiana studi di medicina della riproduzione - non può esserci un limite di donazioni che possa impedire di avere un piccolo che sia, in qualche modo, "fratello" del primo nato».

Questo per avere bambini che abbiano in comune il

patrimonio genetico. Andranno anche definite le norme (ma anche uno specifico capitolo di spesa) per la creazione di biobanche all'interno del servizio sanitario nazionale per l'eterologa.

LA MALATTIA

Certo è che non potranno mai essere rivelati i dati dei donatori. Un'unica eccezione: in caso di gravissime e straordinarie esigenze sanitarie. Queste e solo queste potranno giustificare la deroga dall'anonimato per far conoscere soltanto l'identità genetica/biologica e non quella biografica. La registrazione del profilo familiare del donatore permetterà, così, di evitare, pro-

prio attraverso l'incrocio dei dati il rischio di utilizzare, per la donazione, gameti di un consanguineo del ricevente. Il donatore riceverà una forma di "rimborso" che dovrà essere rigidamente regolamentata dal momento che offrire i gameti deve avere un valore meramente solidaristico. Come è già prevista per il sangue ed il midollo.

Nodo centrale, quella dell'idoneità dei donatori. Nel provvedimento toscano questa «è codificata in base alla congruità di parametri». A cominciare dall'età: tra i 18 e i 35 anni per le donne mentre fino a 50 anni per gli uomini. Nessun donatore potrà risalire alla coppia ricevente.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**BANCA DATI
PER EVITARE INCROCI
TRA CONSANGUINEI
OGGI AUDIZIONE
ALLA CAMERA
DEL MINISTRO**

Le tappe

La Corte Costituzionale cancella il divieto

1 Ad aprile la Corte Costituzionale ha cancellato, dalla legge 40, il divieto di effettuare in Italia la fecondazione eterologa. Quella che permette le donazioni di gameti da parte di un uomo o di una donna estranei alla coppia accertata come sterile.

A luglio le prime gravidanze in Italia

2 A giugno il via libera alla fecondazione eterologa in Italia. Poco più di un mese dopo le prime gravidanze in Italia. Se ne sono contate 4. La maggioranza sono state frutto della donazione di ovociti sovrannumerari di donne sottoposte a fecondazione.

Le linee guida per tutto il paese

3 Entro la fine di luglio il provvedimento (uno schema di decreto legge) sulla fecondazione eterologa del gruppo di lavoro del ministero della Salute dovrebbe essere varato dal Consiglio dei ministri per uniformare le regole in tutte le Regioni.

Stati Uniti

Da un solo uomo sono arrivati 150 figli

La maggior parte dei centri Usa segue le linee guida della American Society for Reproductive Medicine, che prevedono 25 nati da singolo donatore ogni 800mila abitanti. Questo ha portato ad esempio al caso di Cynthia Daily, una mamma che si è sottoposta ad eterologa e che ha poi rintracciato attraverso i registri, che sono pubblici, tutti i figli avuti dallo stesso donatore. Al termine della ricerca ne ha trovati 150.



LE NORME Non deve essere possibile per il donatore risalire alla coppia ricevente



La scrittrice

“Chi li porta in grembo crea un legame unico”

ELENA LOEWENTHAL

C'è un momento che non assomiglia a niente nella vita, né di prima né di dopo, eppure se lo incontri lo riconosci subito con tutte le fibre del corpo, dai capelli in testa alla punta dei piedi. Quel momento ti si ferma dentro il cuore e non va più via tanto che quando passa non è nemmeno che te lo ricordi: sta lì, dentro di te, in un beato ed eterno presente dove vorresti abitare per sempre. Succede quando per la prima volta ti senti il bambino nella pancia, qualche settimana dopo che l'hai concepito. E' un colpo quasi impercettibile, come due piccole nocche che bussano sopra un cuscino. Ma non ti puoi confondere: è lui. Lei.

Quel momento segna la tua consapevolezza di madre, disegna una felicità che non ha

Elena Loewenthal
Scrittrice
docente di
cultura ebraica
all'Università Vita-Salute
San Raffaele di Milano



nulla a che vedere con tutto il resto. Afferma un reciproco possesso che di lì in poi avrà mille facce e momenti diversi, ma in fondo dice sempre la stessa cosa: siamo l'uno dell'altra.

Dunque, avrà pure avuto ragione il saggio re Salomone che nella Bibbia risolve drasticamente la contesa fra due presunte madri sapendo che quella vera avrebbe esercitato la pietà del sacrificio e rinun-

ciato al figlio pur di non vederlo spaccato in due in nome della giustizia. Una madre impara ben presto a rinunciare a se stessa, per il proprio figlio. Ma sa anche che quella vita che le bussa nella pancia è sua.

Quando la senti muovere e scalciare dentro, quando la accarezzi passandoti una mano

sulla pelle, quella vita, quando urli e piangi mentre passa lungo il canale di parto, quando vedi tuo figlio per la prima volta con gli occhi di fuori e non più soltanto con quelli che hai dentro - nel cuore e nella testa -, quando tutto questo lo attraversi per non di-

mentarlo mai più, succede qualcosa che nulla potrà mai spezzare, nella vita dell'uno e dell'altra.

C'è qualcosa di bellissimo eppure terribile, in questo possesso. Che non esclude mille altri modi possibili dell'amore - materno, paterno, genitoriale. Ma è tale, unico, innegabile. Te lo porti nella pancia, quel bambino, e nessuno potrà mai venirti a dire che non è tuo.



Salute. Dopo la sentenza della Consulta

Fecondazione eterologa: in arrivo Dl e linee guida

Barbara Gobbi
ROMA

Prenderanno con ogni probabilità la doppia strada del decreto legge - da portare a strettissimo giro in Consiglio dei ministri - e delle linee guida (annunciate da oltre un mese dalla ministra della Salute, Beatrice Lorenzin), le istruzioni d'uso per regolamentare la **fecondazione eterologa**. Mentre sui contenuti che saranno inseriti nell'uno e nell'altro provvedimento - normativo e regolamentare - il chiarimento arriverà oggi, quando nel primo pomeriggio Lorenzin illustrerà il decreto durante l'audizione fissata per le 14,30 in commissione Affari sociali della Camera.

«Il ministro Lorenzin - recita un comunicato diffuso nel tardo pomeriggio di ieri - ha già pronto uno schema di decreto legge per regolamentare

questo nuovo percorso di fecondazione assistita anche sulla base delle indicazioni emerse dal gruppo di lavoro convocato nelle scorse settimane dal ministero della Salute». Indicazioni con cui gli esperti non si limitano a dettare la propria linea tecnico-scientifica - dalla previsione di forme di rimborso per i donatori al loro assoluto anonimato, fino all'indicazione di un tetto massimo di 25 nati per milione di abitanti per ciascun donatore/donatrice, così da evitare rischi di procreazioni future tra consanguinei - ma sollecitano anche il ministero a "fare presto".

«Il compito delle istituzioni sanitarie pubbliche - si legge infatti nel decalogo messo a punto dagli esperti - è quello di garantire in tempi brevissimi e certi la possibilità per i cittadini di accedere alle procedure di prima con donazione di gameti,

senza discriminazioni di carattere economico e territoriale, nel rispetto della sentenza della Corte costituzionale». Perché se il 10 giugno la Corte ha definitivamente smontato l'impianto della legge 40/2014 sulla procreazione medicalmente assistita, che vietava il ricorso all'eterologa in Italia, nello stesso provvedimento la Consulta ha anche ribadito più volte l'immediata applicabilità della sentenza 162/2014. «Attendiamo di conoscere il contenuto del decreto legge per capire quale sia l'esigenza del ministro di disciplinare con un atto normativo questioni su cui la stessa Corte si è espressa con estrema chiarezza», incalza Filomena Gallo, segretario nazionale dell'associazione Luca Coscioni. Mentre per Luca Gianaroli, presidente Sismer e componente del gruppo ministeriale, «ritardare l'applicazione della sentenza non fa che aumentare la frustra-

zione delle coppie e degli operatori che attendono la ripresa degli interventi in Italia, come avveniva dieci anni fa. Le strutture sono pronte per ripartire».

La ministra della Salute la pensa diversamente. La stessa delibera con cui la Toscana ieri ha deciso di rompere gli indugi e di regolamentare l'eterologa nei centri pubblici, privati e convenzionati di fecondazione assistita, così da «garantire che le donazioni avvengano attraverso protocolli medico-sanitari rigorosi e si assicuri piena ed effettiva gratuità delle donazioni scongiurando i rischi di commercializzazione», renderebbe necessario secondo Lorenzin «intervenire con la massima urgenza con un provvedimento normativo efficace su tutto il territorio nazionale, per evitare disparità di trattamento tra cittadini residenti nelle diverse regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL QUADRO

Oggi le indicazioni
del ministro Lorenzin
Confermati l'anonimato
dei donatori
e il limite alle donazioni

La salute, l'ambiente (C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00000000 | IP: 158.226.163.187

«Terra dei fuochi, metà dei terreni sono sicuri»

I primi dati: niente tracce radioattive. Screening, Lorenzin in pressing sulla Regione

Daniela De Crescenzo

Non ci sono rifiuti radioattivi nella Terra dei fuochi. Lo confermano i dati diffusi ieri dopo l'incontro del comitato istituito a marzo e modificato a giugno, guidato dal Capo del Corpo Forestale dello Stato Cesare Patrone. Nei siti classificati a livello di rischio "3" (rischio medio) e "5" (rischio alto), per una superficie complessiva di 113 ettari, non è stata, infatti, riscontrata alcuna presenza di sostanze radioattive. Ci sono, però, sei ettari fortemente inquinati su 29 classificati con un livello di rischio "4": su questi non si può coltivare.

Quasi una buona notizia, ma attenzione a non dare per risolto il dramma della Terra dei Fuochi: molti restano i problemi ancora aperti, a partire da quello degli accertamenti sanitari sul quale il governo è in pressing sulla Regione. Ieri è stata diffusa una dichiarazione del ministro Beatrice Lorenzin, che ha sottolineato: «Per quanto riguarda la salute dei cittadini campani, nei colloqui avuti con la Regione ho sollecitato soprattutto l'accelerazione dell'inizio degli screening». Ma qualche ora dopo la notizia è stata corretta. Nella nuova versione la Lorenzin ha spiegato di aver sollecitato nei colloqui avuti con la Regione, «che finora ha risposto positivamente, a fare presto e bene proseguendo celermente col lavoro cominciato con gli screening per la salute dei cittadini campani». E il governatore Stefano Caldoro prontamente, dal canto suo, ha sottolineato: «Gli screening sono già partiti, il resto del protocollo partirà prima dei novanta giorni previsti dai tempi ministeriali, abbiamo già tutto pron-

to». In conclusione: gli screening sono partiti, ma bisogna fare presto.

Ma torniamo ai numeri. Gli accertamenti condotti dal Corpo Forestale (alla riunione di ieri c'era anche il comandante regionale Sergio Costa con i suoi più stretti collaboratori) sui 29 ettari dei terreni classificati nella quarta fascia (rischio medio alto), gli unici sui quali la prima tranche di indagini è stata completata, hanno mostrato in sei ettari valori molto superiori alla concentrazione di soglia. Si tratta di terreni situati ad Acerra, nei pressi della ex discarica Calabritto, e nella zona a cavallo tra Villa Literno e Castelvoturno. Questi andranno caratterizzati: bisognerà ricostruire i fenomeni di contaminazione ambientale per individuare le successive attività di bonifica. Per il momento, restano inibite la coltivazione e la commercializzazione dei prodotti agricoli.

Quattordici ettari sono risultati, invece, indenni e potranno, quindi, essere liberamente coltivati. Per i restanti nove ettari bisognerà completare le analisi di laboratorio e il Corpo Forestale dello Stato sottolinea che appena arriveranno i risultati definitivi anche questi saranno diffusi. Entro il 15 agosto, poi, saranno ultimati anche i rilievi magnetometrici per monitorare l'eventuale presenza di rifiuti sepolti. Al termine delle analisi sui siti individuati nei primi 57 comuni, si controlleranno 31 comuni come previsto dal decreto interministeriale del 16 aprile 2014. Ma già un risultato certo è stato raggiunto, come sottolinea la Forestale: il gruppo di lavoro ha messo, infatti, a punto un

metodo scientifico nuovo che, è spiegato in una nota, potrà essere utilizzato in tutte le situazioni analoghe che si dovessero verificare.

All'incontro di ieri mattina hanno partecipato i ministri Maurizio Martina, Beatrice Lorenzin, Gian Luca Galletti, l'assessore regionale all'ambiente Giovanni Romano (accompagnato dal capo dipartimento Ferdinando Romano) e lo stesso Patrone. In particolare, Martina ha spiegato che per contrastare le attività illecite è stato previsto che tutte le forze di polizia possano operare anche tramite interconnessione con il Sistema di tracciabilità dei rifiuti, il contestatissimo Sistri. Dal canto suo, il ministro Galletti ha annunciato che nel decreto Competitività ci sarà una norma per estendere i controlli ai terreni agricoli finora non al centro di analisi perché coperti da segreto giudiziario; «Si tratta di un ulteriore strumento per indagini sempre più approfondite in grado di definire un quadro completo della situazione». Soddisfatto l'assessore Romano che ha spiegato: «Il comitato ha espresso la propria disponibilità a prendere in considerazione tutte le richieste che abbiamo presentato come Regione Campania». L'amministrazione ha chiesto un «desk informativo» utile a comunicare ai cittadini tutte le attività, e risorse aggiuntive per le bonifiche, che possano essere spese al di là del patto di stabilità.

I MEDICI SI MOBILITANO, IL MINISTERO DELLA SALUTE NON RISPONDE

Gli oncologi: «Faremo ricorso alla Consulta»

L'Aifa si autogiustifica, il ministero della Salute non risponde alle domande. Primari e medici oncologi, invece, si mobilitano per provare a sbloccare lo stallo in cui sono impantanati i farmaci di classe Cnn. «In caso di persistenza di questo stato di potenziale discriminazione – si legge nella lettera che hanno inviato al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin – valuteremo l'ipotesi di ricorrere alla Corte costituzionale».

Proprio in questi giorni, un anno fa, il «Decreto Fare» fissava per l'Aifa il termine di 100 giorni per il completamento delle procedure (anche «con sedute straordinarie delle competenti commissioni») sull'inserimento dei farmaci nel prontuario a carico del Sistema sanitario nazionale. Cento giorni che si sono trasformati in dodici mesi, oltre i quali non si vede ancora luce, né è dato sapere come le istituzioni preposte abbiano intenzione di risolvere la faccenda. Per esempio, il ministero della Salute può-vuole assumere altre iniziative nei confronti dell'Aifa? Ci sono strumenti più stringenti della norma contenuta in un decreto legge per costringere l'ente regolatore a recuperare l'imperdonabile ritardo? Domande che sono arrivate a destinazione (attraverso e-mail, per carità, perché gli uffici stampa istituzionali ormai si rifiutano di dare informa-



IL MINISTRO DELLA SALUTE, BEATRICE LORENZIN

zioni a voce), ma sono rimaste del tutto inevase.

L'Aifa, dal canto suo, ha emesso un comunicato mercoledì scorso per chiarire la sua posizione. Scegliendo forse un tempismo non casuale, visto che solo due giorni prima l'associazione dei medici oncologi aveva fatto sentire la sua voce minacciando il ricorso alla Consulta. Non solo. Una manciata di giorni prima è stata pure presentata un'interrogazione parlamentare al ministro Lorenzin per chiedere conto dei

farmaci di classe Cnn. Andiamo in ordine cronologico, quindi, e partiamo da qui, giovedì 17 luglio, perché anche la sequenza degli eventi aiuta a comprendere meglio le dinamiche.

Firmatario dell'interrogazione è Ermete Realacci, presidente della commissione Ambiente della Camera, che solleva dubbi di «incostituzionalità» sulla stessa esistenza della classe Cnn, e spiega: «Al ministro interrogato ho chiesto se, per quanto di competenza, voglia sollecitare l'Aifa ad ottemperare

alla "norma dei cento giorni" e adottare un protocollo di selezione univoco per la messa a disposizione, ad intero carico del Servizio sanitario nazionale ed uniformemente in tutto il Paese, dei migliori farmaci anticancro di ultima generazione».

Lunedì 21 luglio battono un colpo simultaneo l'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e il Cipomo (Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri), con una lettera alla Lorenzin per segnalare ancora una volta, a distanza di un anno, la «inaccettabile disparità tra i pazienti», e prospettare il ricorso alla Consulta. I margini per vincerlo potrebbero essere ampi, ma quanto tempo passerà ancora prima che il caso venga risolto, e le discriminazioni sociali tra i cittadini, sanate?

Nell'attesa, le case farmaceutiche potranno continuare a vendere sul mercato i loro costosi farmaci, e l'Aifa potrà continuare ad autoassolversi. Come ha fatto mercoledì 23 luglio, spiegando che: la procedura si è già conclusa per un prodotto, mentre per uno è stato chiesto il «clock stop» dall'azienda, due sono in negoziazione, uno ha la domanda in fase di valutazione, e per due la fase istruttoria ha rilevato irregolarità. Già, ma della norma sui famosi cento giorni cosa è rimasto?

GA. BE.

salute *novità*

Con l'immunoterapia

La ricerca oncologica punta sullo sviluppo di **farmaci biologici** che **riattivano le difese naturali dell'organismo**.

E i risultati sono ottimi, contro molti tipi di neoplasie

IL CORPO SI CURA DA SOLO

All'ultimo congresso internazionale di oncologia il mondo scientifico si è concentrato sull'immunoterapia, una cura talmente innovativa da essere stata definita dalla prestigiosa rivista Science come la **"svolta dell'anno"**. Per la prima volta, infatti, l'obiettivo della cura è indurre il sistema immunitario della persona a combattere la malattia, proprio come fa normalmente con l'influenza. Una strada già intrapresa cinquant'anni fa da uno studio su un gruppo di malati statunitensi, ma che venne subito abbandonata, forse a causa delle minori conoscenze sul disturbo.

Punta sull'autodifesa
L'immunoterapia **regola il sistema di difesa dell'organismo** per aiutarlo a eliminare le cellule tumorali. Per fare questo si devono **attivare i linfociti T**, ma le protezioni naturali del corpo non riescono a farlo da sole, perché alcune cellule oncogene si celano al sistema immunitario.
★ «Si stanno sviluppando **farmaci biologici** che riattivano le difese naturali contro il tumore», dice Giorgio Vittorio Scagliotti, direttore del reparto di Malattie dell'apparato respiratorio e indirizzo oncologico dell'ospedale S. Luigi di Orbassano (To).

Limita le metastasi
L'attività dei linfociti T permette al sistema immunitario di distruggere le cellule tumorali **contenendo la diffusione delle metastasi**. Non solo. «La malattia si cronicizza e si riesce a tenere a bada quel poco che ne resta», dice Michele Maio, direttore del dipartimento di Immunoncologia dell'ospedale **Le Scotte** di Siena.

Un'arma contro il melanoma
Le prime ricerche sull'immunoterapia hanno riguardato **il melanoma**. Fino a qualche anno fa, se diagnosticato in fase avanzata, c'era poco da fare. Oggi, grazie a una molecola chiamata ipilimumab, nei casi più seri la **sopravvivenza** è arrivata al 20% a cinque anni.

Funziona sui tumori "solidi"
Promettenti anche gli studi sull'**anticorpo Medi4736**. Questa sostanza colpisce una proteina chiamata Pd-1 che invia ai linfociti T il segnale di "ignorare" le cellule tumorali. Gli studi, in questo caso, sono stati condotti su molte forme cancerose cosiddette solide, cioè melanoma, **tumore al polmone** non a piccole cellule (che è la forma polmonare più diffusa), tumore al colon retto e al rene.
★ Già dopo sei settimane è stata registrata una **riduzione della massa maligna**. In particolare, i dati sul tumore polmonare hanno dimostrato che i malati hanno ottimamente sopportato la cura.

UNA SPERANZA CONTRO IL MESOTELIOMA

Finalmente si intravedono spiragli di luce anche per una malattia che fino a oggi non dava scampo. Si tratta del mesotelioma pleurico, una forma che colpisce le vie respiratorie. Negli studi presentati al congresso è stato utilizzato un anticorpo monoclonale chiamato tremelimumab che, per la prima volta, ha dato risultati positivi. Quasi due malati su dieci reagiscono alla cura con un **aumento della sopravvivenza di due anni**.

Dal sito della Lega italiana per la lotta contro i tumori è possibile scaricare guide per la prevenzione e la cura dei tumori e avere informazioni sulla ricerca in Italia.

WWW.LILT.IT

Servizio di Cinzia Testa.
Con la consulenza del professor Giorgio Vittorio Scagliotti, direttore del reparto di Malattie dell'apparato respiratorio e indirizzo oncologico dell'azienda sanitaria ospedaliera S. Luigi di Orbassano (Torino), e del professor Michele Maio, direttore del dipartimento di Immunoncologia dell'azienda ospedaliera Le Scotte di Siena.

viversaniebelli 49

Combattere il cancro sei su dieci ce la fanno

● Pianeta cancro: oggi sei su 10 pazienti sconfiggono la malattia; 40 anni fa, a malapena, soltanto tre. «Non si parli più – dice il prof. Francesco Cognetti, presidente della Fondazione “Insieme contro il Cancro” – di male incurabile, ma avvertiamo, anche nei media, la tendenza a definirla ancora con quella espressione fuorviante e allarmistica, dovuta a ignoranza».

Per questo, presso il Ministero della salute, alla presenza del Ministro, si è fatto riferimento ad un libro «Il male incurabile. I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione» (168 pp., Intermedia Editore) nel quale sono riportate le interviste a 15 responsabili di testate giornalistiche nazionali (situate geograficamente da Torino, Milano a Roma, ignorando il sud dove, evidentemente, gli organizzatori non ritengono alberghi «ignoranza» come definita da Cognetti).

Nel 2013 in Italia si sono registrate 366mila nuove diagnosi di neoplasie. «Il miglioramento delle percentuali di guarigione è evidente in tumori frequenti come quelle della prostata (91%), del seno (87%) e del colon-retto (64% uomini e 63% donne). Gli italiani viventi con storia di cancro erano un milione e mezzo all'inizio degli anni Novanta, due milioni e mezzo nel 2012, tre milioni nel 2013. Nel 2020 saranno 4 milioni e mezzo».

Il merito – sottolinea Cognetti – è da ricondurre a terapie sempre più efficaci, alla diagnosi in fase precoce ed al contributo delle campagne di prevenzione: fino al 40% dei tumori può essere prevenuto seguendo uno stile di vita corretto (no al fumo, dieta adeguata, attività fisica costante).

Quindi male «curabile» che, almeno nel 60% dei casi, oggi, si può «vincere».

Nicola Simonetti

INFORMAZIONE ■ MA LA FONDAZIONE, NEL SUO VOLUME, NON COINVOLGE IL SUD

Mai più “male incurabile”

L'appello ai media di “Insieme contro il cancro”

■ NICOLA SIMONETTI

Il cancro, purtroppo, non si ferma ad Ebola ma, per la fondazione “Insieme contro il cancro”, dopo Roma, niente.

La Fondazione ha presentato un volume, peraltro pregevole ed edito in maniera perfetta, Il male incurabile. “I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione” (168 pp., Intermedia Editore) nel quale si fa il punto della situazione oncologica attuale e, in una seconda parte, offre ai lettori le opinioni dei direttori di 15 giornali “nazionali” da Torino, Milano a Roma e basta. E se, per esempio, considera nazionale “La Gazzetta dello Sport”, dimentica che, a Napoli, si stampa l'almeno altrettanto nazionale “Corriere dello Sport”.

Fatta la scelta di campo, si chiede (ed è sacrosanto) a questi Direttori di cassare, da titoli e testi, l'abusato “male incurabile” per indicare il cancro. Non gli importa se tale indicazione continui a comparire sui giornali da Roma in giù. De minimis...

“Abbiamo chiesto loro – dice, infatti, il presidente della Fondazione, prof. Franco Cognetti – di



assumere un impegno preciso: cancellare, dalle testate di cui sono responsabili, l'espressione fuorviante e allarmistica “male incurabile” dovuta a ignoranza”.

Detto questo, va considerato con favore che il volume riporta notizie interessanti up to date e sul futuro: in 40 anni raddoppiate le guarigioni, sei su 10 pazienti, oggi, sconfiggono la malattia, nel 1970, solo tre. Gli italiani viventi con alle spalle una storia di cancro erano meno di un milione e mezzo negli anni '90, due e mezzo nel 2012, tre nel 2013. Nel 2020 saranno 4 mln e mezzo. “Queste persone - dice il presidente Francesco Cognetti - vogliono tornare a un'esistenza normale”.

Nel 2013 in Italia si sono registrate 366mila nuove diagnosi di tumore e le percentuali di guarigioni sono più sensibili in neoplasie della prostata (91%), del seno (87%) e del colon-retto (64% uomini e 63% donne) grazie a terapie sempre più efficaci e alla diagnosi in fase precoce. Importanza va data alla prevenzione: lo stile di vita corretto (no al fumo, dieta adeguata, attività fisica costante), può prevenire fino al 40% dei tumori.

DOSSIER ANIA/ A due anni dall'approvazione il decreto è ancora solo sulla carta

Legge Balduzzi lettera morta

Servono linee guida e un tetto alla risarcibilità dei danni non patrimoniali

Al decreto Balduzzi gli assicuratori riconoscono almeno il merito di "averci provato". Eppure, si legge nel dossier Ania, «nonostante le lodevoli intenzioni, la nuova legge ha finito per rappresentare una soluzione di compromesso che, lasciando aperte molte questioni interpretative, ha incontrato ostacoli tali da renderla sostanzialmente inapplicata a due anni dalla sua approvazione».

Con la conseguenza che a oggi, a fronte delle linee guida mediche validate a livello nazionale e riconosciute dai giudici che dovrebbero esimersi il medico dal rispondere penalmente per colpa lieve, si ha soltanto una «confusa matassa di best practice e standard professionali senza precise gerarchie». Ciò che è mancato - rilevano gli assicuratori - è una serie di norme interpretative,

«in grado di fare ordine tra i differenti protocolli e codici professionali in vigore per i sanitari, al fine di escludere la loro responsabilità».

Alla legge va riconosciuto in ogni caso di aver introdotto con l'art. 3 del decreto Balduzzi un «approccio nuovo». Ma mentre in altri Paesi il rispetto delle best practice tiene normalmente esenti i medici da qualunque responsabilità, nel decreto Balduzzi questa salvaguardia è circoscritta all'ambito penale e nel caso di colpa, appunto, lieve. Senza contare, rilevano ancora gli assicuratori ricordando la sentenza della Cassazione (Cass. pen. 29/1/2013) che per la Balduzzi vanno prese in considerazione solo le linee guida accreditate dalla comunità scientifica con esclusione di quelle improntate «all'esclusivo soddisfacimento

di esigenze di economia gestionale». «Affermazione, quest'ultima, che potrebbe risolversi financo in un danno per i pazienti», si legge ancora nel dossier, se si pensa che gli ospedali meno all'avanguardia potrebbero rifiutarsi di curare nel caso in cui non dispongano dei protocolli più innovativi, mettendo in atto un atteggiamento «difensivo» rispetto a possibili successivi giudizi di responsabilità. Resta aperta, infine, la questione di quale organismo, ente terzo (sulla falsariga nel Nice britannico) o anche le stesse aziende, debba redigere le linee guida.

L'altro tema caldo sollevato nel dossier è poi la mancanza di un tetto alla risarcibilità dei danni non patrimoniali. Il decreto Balduzzi imponeva l'adozione delle medesime tabelle previste per i sinistri nella Rc auto (per il

danno biologico) ma come noto il relativo decreto, in discussione da sei anni e già passato al vaglio di numerosi dicasteri, deve ancora essere approvato dal Consiglio dei ministri. «Il perché di una simile odissea - puntano ancora l'indice gli autori del dossier - è presto detto. I nuovi criteri armonizzano una materia che finora è stata disciplinata in piena libertà dai tribunali chiamati a pronunciarsi sulle singole denunce dei danneggiati. È un'autonomia gestita in malo modo, con sentenze a getto continuo, spesso discordanti l'una con l'altra entro un ridotto lasso di tempo. Ne è scaturito - è la conclusione - un sistema che sembra costruito su un atipico modello di common law in un Paese, l'Italia, disciplinato invece dalla civil law».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE STIME

Medici in difesa: 13 mld di costi

Circa 13 miliardi di euro l'anno, pari all'11% della spesa sanitaria totale (pubblica e privata). A tanto ammonterebbe il costo della medicina difensiva, la contromisura più gettonata dai medici alle prese con il rischio di accuse di malpractice. Il dato - stracitato - è frutto di stime: studi veri non ce ne sono e il fenomeno è sfuggente come pochi altri. L'unico studio "citabile" cui fa riferimento anche Ania è quello condotto dall'Ordine dei Medici di Roma nel 2010 su 2.783 sanitari: quasi il 54% dei medici prescrive farmaci per ragioni di medicina difensiva; il 73% abbandona per lo stesso motivo in visite specialistiche; stessa scelta da parte del 71,6% dei dottori sugli esami di laboratorio. Infine il 49,9% dei camici bianchi prescrive anche ricoveri per lo stesso motivo e queste prescrizioni rappresenterebbero circa l'11% del totale.

STRATEGIE

La trasparenza crea risparmi

Ammettere l'errore è il primo passo per capirne le cause scatenanti e porre riparo. E in più, fa risparmiare. L'insegnamento - riferito nel dossier Ania - arriva dal sistema sanitario dell'università americana del Michigan (Umhs) che nel 2002 adottò una nuova policy in materia di medical malpractice superando l'approccio del "nega e difenditi".

Il metodo di una franca ammissione di colpa, quando necessario, sembra aver funzionato: nel periodo 2001-2007 gli ospedali che fanno capo all'università di Michigan hanno registrato una riduzione del contenzioso tra il 27 e il 65%, i tempi di gestione delle richieste di risarcimento sono stati tagliati in media da 20 a 8 mesi e le riserve assicurative si sono ridotte di due terzi, con probabili ulteriori vantaggi anche per i pazienti.



**Quei controlli
salva-Patto**

Il Patto della salute appena siglato non lascia più spazio ad alibi e rimandi. Le parole-chiave della sanità del futuro sono scritte a chiare lettere nell'accordo, la cui concreta operabilità è garantita dal sistema di valutazione previsto.

COLLICELLI A PAG. 12

PATTO/ Il sistema di valutazione previsto dall'intesa ne può garantire l'operabilità

«Ci salveranno i controlli»

Sostenibilità ed equità sono possibili solo attivando check stringenti

La sfida è centrare i target in tempi ragionevoli e in tutto il Paese

Il Patto della salute appena siglato non lascia più spazio ad alibi e rimandi. Le parole chiave della sanità del futuro sono scritte a chiare lettere nell'accordo tra il ministero e le Regioni, e sono: sostenibilità, equità, qualità, appropriatezza e innovazione. Si apre una nuova fase nella sanità italiana, nella quale la centralità della persona e la qualità finale in termini di risultati dell'azione svolta, si sostituiscono, come elementi costitutivi del paradigma strategico dominante, all'efficienza gestionale e alla correttezza formale delle procedure, centrali in un recente passato.

È difficile immaginare un documento più esplicito in termini di obiettivi da perseguire, nell'ambito del Ssn, sia a voler guardare ai documenti del passato, sia se si fa riferimento a quelli comunemente in circolazione in altri contesti nazionali dell'Europa e del mondo, dove pure molte delle stesse questioni qui sollevate sono all'ordine del giorno. In più il documento italiano ha il pregio di essere il frutto di un accordo raggiunto nel confronto tra 20 realtà territoriali e istituzionali, suffi-

cientemente diverse l'una dall'altra da far temere più di una divergenza sostanziale, che è stata però superata.

Ma quali i punti qualificanti del Patto? Sono chiare e consistenti le premesse istituzionali, che pongono quali principi inalienabili alla base del sistema la sostenibilità, l'equità, l'universalismo e l'investimento in salute. Sono chiari i punti nodali alla base delle strategie migliorative indicate per i vari ambiti di riferimento. La certezza delle risorse disponibili, la dinamica positiva degli investimenti e il rispetto dei costi standard, per quanto riguarda il finanziamento del sistema. La revisione del regime di compartecipazione alla spesa, la definizione delle tariffe e quella dei criteri di remunerazione delle prestazioni in situazione di mobilità territoriale, nazionale e internazionale, per gli altri aspetti economici. L'equità, l'appropriatezza e l'innovazione, per la determinazione del plafond di offerta e dei Lea. La continuità assistenziale, gli standard da rispettare e il rafforzamento dell'area della riabilitazione, per quanto attiene alle funzioni da svolgere in regime di ricovero. La revisione delle modalità di intervento nelle Regioni con difficoltà di bilancio, in termini di riqualificazione, riorganizzazione e rafforzamento, e non più di mera austerità e spending review, con un ruolo tendenzialmente ridimensionato del Mef, in tema di Piani di rien-

tro. La sanità digitale per quanto riguarda il coordinamento e la comunicazione. Il rilancio dell'edilizia sanitaria. Il rilancio dell'Hta a tutti i livelli. E molto altro ancora.

La sensazione che si ha, scorrendo i punti del Patto, è che quanto di più sensato e propositivo è stato indicato negli ultimi anni per indirizzare il sistema verso il rispetto dei diritti e delle garanzie costituzionali, in termini di maggiore equità, appropriatezza e qualità, sia stato completamente recepito. Ed è così in particolare, da questo punto di vista, all'articolo 5, quando si parla della riorganizzazione della medicina del territorio attraverso le unità complesse di cure primarie e le aggregazioni funzionali del territorio; si assegna un nuovo ruolo ai medici di medicina del territorio, ai pediatri e alle farmacie, dal punto di vista dell'iniziativa, specie nei confronti dei soggetti più fragili, dell'umanizzazione, e della continuità delle cure; si defini-

sce l'urgenza e si pongono limiti temporali per il varo del Piano nazionale

per le cronicità e per la natura degli ospedali di comunità.

Ed è così anche all'art. 6, in cui si chiariscono gli aspetti della assistenza socio-sanitaria, dei Punti unici di accesso e delle unità di valutazione.

La positività e la lungimiranza degli obiettivi indicati, sia a livello generale che per i singoli punti, non possono al tempo stesso prescindere dalla preoccupazione che emerge rispetto alla applicazione di quei principi nei diversi territori e in tutte le aree per le quali il rinnovamento viene evocato, che sono davvero numerose. In altre parole viene da chiedersi: si riuscirà a dare seguito a quegli obiettivi in tempi ragionevoli e in maniera progressivamente uniforme nel Paese, o non sussiste il rischio di una astrattezza che non riesce a prendere corpo nella realtà? La numerosità dei gruppi di lavoro e delle commissioni, cui viene demandata la attuazione delle necessarie innovazioni, per di più in tempi prefissati stringenti (in gran parte entro la fine del 2014) rafforza una simile preoccupazione: avrà il sistema



la forza di dare seguito ovunque e presto a ciò che il Piano indica?

Un aspetto, tra quelli contenuti nel Patto, rassicura da questo punto di vista: l'attenzione dedicata a forme rinnovate e moderne di valutazione del sistema, sia in termini di qualità erogata che di qualità percepita. La prima prevista tra le misure dell'art. 1 per la garanzia della sostenibilità del sistema, la seconda tra quelle dell'articolo 4 per la salvaguardia dell'umanizzazione. Tutto di nuovo da mettere in campo in tempi rapidissimi nei prossimi mesi. Sembra di poter dire, in sostanza, che quella indicata sia davvero la strada giusta da percorrere per far sì che il Piano non resti lettera morta, ma segni un passaggio reale a una fase più avanzata: la utilizzazione di strumenti di monitoraggio e valutazione, tarati sugli obiettivi del sistema, e messi al servizio della salute del Paese.

Carla Collicelli
vice-direttore Censis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Sanità vista dagli italiani

Cresce ulteriormente la percezione di una erosione della qualità dell'offerta del Servizio sanitario regionale

In generale, secondo Lei, il Servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:	2011	2014	Diff. 2014-2011
Migliorato	11,0	5,5	-5,5
Peggiorato	28,9	38,5	+9,6
Rimasto uguale	60,1	56,0	-4,1
Totale	100,0	100,0	100,0

N.B.: nelle Regioni in Piano di rientro il 46,8% dei cittadini pensa che la sanità regionale sia peggiorata di contro al 29,3% nelle altre Regioni.
Fonte: indagine Censis, 2014

Accertamenti/analisi sangue per pagamento

	Non ha pagato nulla	Ticket	Pagamento intero	Totale
Accertamenti specialistici strumentali *	43,1	32,0	24,9	100,0
Diff. % 2005-2012	-3,3	-0,7	+3,9	
Analisi del sangue	54,8	31,1	14,1	100,0
Diff. % 2005-2012	+0,6	-6,6	+6,0	

* Comprendono: radiografie, ecografie, risonanza magnetica, Tac, mamografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test o altri accertamenti
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, 2013

Persone con diseguaglianze sociali

Tra le persone con risorse socio-economiche

	Ottime/Adeguate	Scarse o insufficienti
Stanno male o molto male di cui anziani	5,4 14,9	11,1 30,4
Hanno tre o più patologie croniche di cui anziani	12,5 36,9	16,1 49,9

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, 2013

La polemica sulle nomine al Consiglio Superiore di Sanità. Dopo Romeo parla Simonetti, un altro grande escluso: attenzione ai cattivi consiglieri

Lo scienziato licenziato dal ministro «Cara Beatrice fatti aiutare da me»

Il 25 luglio il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ha nominato i membri del Consiglio Superiore di Sanità che lei stessa, soltanto dieci mesi fa, aveva designato per tre anni. I componenti dell'organismo consultivo che lavora a stretto contatto con il ministro scendono da 40 a 30, la metà è donna. La scelta del ministro si è orientata oltre che sulla rappresentanza femminile anche sul rinnovamento con molte esclusioni illustri fra cui Alberto Zangrillo, il medico di fiducia di Berlusconi, Francesco Romeo, presidente della Società Italiana di Cardiologia e Giovanni Simonetti, direttore della Cattedra di Radiologia all'università di Roma Tor Vergata. Romeo ha scritto in una lettera al ministro il suo disappunto per una esclusione non ispirata ai principi di competenza e professionalità. Zangrillo ha denunciato che la sua non riconferma è un atto politico per essere il medico personale del leader di Forza Italia.

Anna Fiorino
a.fiorino@iltempo.it

■ È fra i non confermati al Consiglio Superiore di Sanità dal ministro Lorenzin. I suoi titoli se la battono con i candidati al Nobel. È finito, come dice sorridendo, nell'elenco dei cattivi. Sardo, origini lucchesi, nipote di Francesco Cossiga, dice di essere un uomo di destra amato dalla sinistra. Giovanni Simonetti potrebbe aver pagato l'amicizia con Silvio Berlusconi «di cui mi vanto» che è fra i suoi clienti insieme con altri assidui frequentatori degli scranni parlamentari a vasto arco costituzionale. È uno degli uomini chiave e simbolo dell'Università di Tor Vergata.

Francesco Romeo, presidente della Società Italiana di Cardiologia, ha scritto su *Il Tempo* una lettera al ministro nella quale rivendica la sua non appartenenza a lobbys sottolineando che un anno fa fu scelto per la sua autonomia, la stessa che gli è costata il posto nel nuovo giro di nomine.

Si tratta di una esclusione davvero singolare. Romeo dovrebbe essere nel Consiglio visto che la sua fama è cresciuta. Qui si parla di scienziati. Mi pare che il gruppo di Tor Vergata

sia stato colpito a mano bassa, fatta eccezione per il rettore Giuseppe Novelli (e meno male) a vantaggio della folta rappresentanza della Cattolica. È evidente una scelta di campo.

I componenti del Consiglio sono passati da 40 a 30. Diciotto sono di nuova nomina nel segno - ha detto Lorenzin - del rinnovamento

Se la riduzione dei membri è ispirata alla spending review va precisato che non serviva poiché si tratta di incarichi a costo pressoché zero. Forse viene rimborsato soltanto il biglietto aereo a chi viene da fuori Roma. Niente spese di vitto e nemmeno di alloggio.

Via i vecchi, largo ai giovani.

Rispetto i giovani. Ma non si deve fare di tutta un'erba un fascio. Il ricambio generazionale non può essere adottato a spese dell'esperienza e della conoscenza trasmissibile. Qualcuno si ispira all'America, ma dimentica che negli Usa la specializzazione è assai circoscritta. Da noi è diverso. Ascuola, all'Università, ci insegnano ad approfondire a espandere, a guardare intorno. Non si può rottamare chi porta esperienza.

Il ministro Lorenzin ha det-

Rinnovamento

«La spending review

non c'entra. A stento

ripagavano l'aereo»

Dopo sei anni

«Nemmeno un cenno

di saluto. Solo questo

mi dispiace davvero»

to di aver esaminato personalmente i cento curricula alla selezione individuando altissima professionalità e competenze specifiche riconosciute a livello internazionale.

Comparare i curricula è semplice e difficile contemporaneamente. Diciamo così. Ho scritto 23 libri, sono stato braccio destro di due ministri. Ho fondato i Quaderni della Salute. La mia storia di scienziato è pubblica. Sono stato presidente della prima sezione del Consiglio. E non voglio fare confronti. Però una telefonata me la sarei aspettata dopo sei anni di collaborazione. Magari una mail. Al limite una lettera. Come si dice, un riscontro ad personam, un segno di rispetto. Invece niente. Questa è l'unica cosa che mi dispiace. Per il resto non voglio davvero fare polemica. Mi aspettavo solo un cenno. Il mio contributo l'ho dato. Un impegno in meno a vantaggio della mia passione, la pesca. Con la gioia di condividerla con mio figlio in giro per il mondo.

Lasciamo il mare e torniamo al Ministero, quale altro errore è stato commesso?

Diciamo che il ministro è stato mal consigliato. Conosco l'ambiente e le persone che lo vivono. Le nomine al Consi-

glio sono ruoli pro tempore per le quali la politica ha giocato le sue carte. Vedremo in che cosa si sostanzierà il cambia-

mento.

Che cosa si sente di dire al ministro Lorenzin

L'Italia ha bisogno di una vi-

sione più ampia, anche nella pubblica amministrazione. La rispetto. Mi piacerebbe aiutarla. Sì, mi piacerebbe aiutare Beatrice Lorenzin.



Chi è

Giovanni Simonetti
Direttore del
Dipartimento
di Diagnostica
per Immagini
Fondazione
Policlinico
Tor Vergata



Il ministro Beatrice Lorenzin si aspetta dal nuovo Consiglio risposte efficaci e rapide



Ricerche sul cancro gonfiate. Indagato l'ex ministro Fazio

C'E' ANCHE l'ex ministro della Salute Ferruccio Fazio, in carica nell'ultimo governo Berlusconi, tra gli indagati della maxi truffa ai danni della Regione siciliana sfociata ieri nel sequestro urgente di 12 milioni di euro compiuto dalla Guardia di Finanza nei confronti della società consortile Lato, Laboratorio di tecnologie oncologiche HSRGiglio di Cefalù, già partner della Fondazione Istituto San Raffaele Giglio che gestisce l'ospedale in provincia di Palermo. Fazio era legale rappresentante della Lato dal 2005 al 2008, periodo in cui, secondo l'accusa,

la società, per incassare più soldi, con attestazioni false avrebbe gonfiato i costi di un progetto di ricerca sul trattamento dei tumori della mammella finanziato dal ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. I finanziamenti previsti ammontano a 21 milioni di euro, dei quali 12 già erogati. Con Fazio sono indagati il suo successore, tuttora in carica, Antonio Emilio Scala e Maria Cristina Messa, responsabile dei progetti di ricerca e formazione.

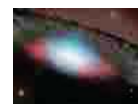
g.l.b.



SANITA': DA NORD A SUD, TROPPE RISONANZE INUTILI SU ANZIANI

(ANSA) - ROMA, 28 LUG - Da Trento alla Liguria, dalla Basilicata all'Emilia Romagna, passando persino per il virtuoso Veneto: troppe e prescritte in modo inappropriato le risonanze per problemi di artrosi degenerativa per gli over 65. E' quanto emerge dai risultati della valutazione della performance dei sistemi sanitari registrati nel 2013, realizzato dall'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa su un gruppo di 10 regioni che hanno deciso di lasciar valutare i propri sistemi sanitari in base a 160 parametri di efficienza. Dalla studio risulta anche che in Emilia Romagna i ricoveri durano meno, in Veneto sono meno frequenti. Nella Provincia di Bolzano si consumano meno antibiotici inutili ma si fanno anche meno vaccinazioni. Al contrario, l'Umbria ottiene il primato per la copertura vaccinale trivalente. Rispetto al capitolo, importantissimo per la sostenibilita' del sistema sanitario, relativo ai ricoveri invece: l'Emilia Romagna risulta essere la regione in cui, a parita' di tipologia, i ricoveri, durano meno, ma il Veneto e' la regione che ne vanta il numero piu' basso, solo 136 per 1000 abitanti, a fronte della Provincia di Bolzano che ne conta 184, seguita da Trento e Liguria a quota 167. "Ogni Regione ha dei punti di forza, qualcosa da insegnare. La nostra intenzione non e' dare pagelle ma cercare di capire, per ogni performance, quanto ognuna possa migliorare, perche' al loro interno registrano variabilita' rispetto ai risultati", spiega Sabina Nuti responsabile dello Studio. Punto debole di molte regioni, quello delle risonanze muscoloscheletriche a over 65, "un parametro - spiega Nuti - che indica l'utilizzo di uno strumento diagnostico costoso in termini di personale e macchine, per un problema per il quale non e' risolutivo e che comunque potrebbe essere diagnosticato in modo diverso. Cio' significa che quando se ne ha bisogno, magari per problemi oncologici, ci troviamo liste d'attesa lunghe. Bisogna sensibilizzare chi la prescrive". Un indicatore in cui non eccelle l'Emilia (27 prestazioni l'anno su 1000) ne' il Friuli (29), ma neppure Veneto e Liguria, mentre la best practice e' detenuta dalle Marche (16). Sulle vaccinazioni, l'Umbria vanta il primato per la copertura: vaccina il 93% dei nuovi nati per morbillo, parotite e rosolia, mentre la provincia di Bolzano e' ferma al 68%. Buoni risultati anche per l'Emilia Romagna. La terapia del dolore e' ampiamente utilizzata in Friuli Venezia Giulia e Liguria, come dimostra l'elevato consumo di farmaci oppioidi, al contrario di quanto accade nelle Marche. Mentre l'integrazione ospedale-territorio e l'assistenza per le patologie croniche sono il cavallo di battaglia della Toscana. La spesa farmaceutica territoriale procapite piu' alta spetta alle Marche, con 202 euro a cittadino a fronte di 137 spesi a Bolzano, il miglior risultato. Qui anche l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e' buona (ad esempio si consuma la meta' di antibiotici rispetto alla Toscana), ma troppo alto il costo sanitario procapite (2.333 euro per abitante a fronte del 1787 del Veneto). Buone performance da parte del pronto soccorso della Basilicata mentre l'Emilia Romagna vanta la best practice per l'adesione agli screening oncologici, seguita dal Veneto. Il Friuli Venezia Giulia, conferma la tradizione e si distingue per le prestazioni per problemi legati alla salute mentale (come mostra il basso tasso di ricoveri ripetuti di pazienti psichiatrici, poiche' ben 'presi in carico'). Un'area da migliorare, invece, in Toscana. (ANSA)

CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

HOME TV ECONOMIA SPORT CULTURA SCUOLA SPETTACOLI **SALUTE** SCIENZE INNOVAZIONE TECH MOTORI VIAGGI CASA CUCINA IODONNA 27ORA MODASPECIALE OFFERTA ESTATE
SPENDI MENO. VIAGGI DI PIÙIL TUO
SOGGIORNOA PARTIRE
DA 31€
A NOTTEPrenota su ibis.com
* Condizioni su ibis.comGaza, l'Egitto
propone la
tregua Hamas:
«Sarebbe unaAlitalia, i
dubbi di
EtihadAutostrade, i
giorni più
trafficati Solo
il 9 agosto daIl super buco
nero che
«sputa» il
gas: l'ha

CONFERENZA INTERNAZIONALE SULL'AIDS

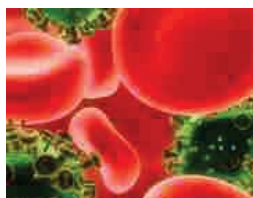
Un farmaco anti cancro
può «stanare» il virus Hiv

Il romidepsin ha dimostrato di poter snidare le colonie di cellule infettate nascoste, esponendole al sistema immunitario e rendendole finalmente vulnerabili

di Mario Pappagallo

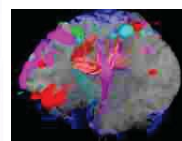
FARMACI

(+4) v



Un farmaco anti-cancro può essere l'arma definitiva contro l'Hiv. Può smascherarlo dai suoi rifugi nell'organismo e renderlo vulnerabile alle difese umane. Perché il virus dell'Aids, l'Hiv appunto, è molto "furbo". Capace di nascondersi in cellule chiave del sistema difensivo, le Cd4, in modo tale da non poter essere individuato e distrutto dalle cellule

più potenti del nostro sistema di difesa (sistema immunitario), le T. Nascosto nelle Cd4, Hiv si iberna per "risvegliarsi" quando riattiva l'infezione. Un importante studio danese, presentato alla Conferenza internazionale sull'Aids in corso a Melbourne (Australia), apre nuove interessanti prospettive di cura. Un medicinale anticancro ha dimostrato di poter snidare le colonie di virali nascoste nelle Cd4 dei pazienti che assumono farmaci anti-Hiv, esponendole al sistema immunitario e rendendole finalmente vulnerabili. Il medicinale è il romidepsin. Un team di ricerca dell'università di Aarhus (Danimarca) ha somministrato il romidepsin a sei pazienti con Hiv e ha scoperto che il farmaco può identificare il virus nascosto, in ibernazione, e costringerlo a uscire allo scoperto. I ricercatori, inoltre, hanno osservato che il romidepsin incrementa l'attività di moltiplicazione virale nelle cellule infettate di 2-4 volte il normale. Un pericolo? No, in questo caso, un vantaggio: Hiv diventa più facile da rintracciare e colpire. Nei sei pazienti studiati sembra avere avuto effetto. Ma occorre aspettare conferme da ulteriori sperimentazioni.



SPORTELLLO CANCRO

Scoperta molecola che
rende più aggressivo il
tumore al cervello

DISABILITÀ

Caregiver «invisibili»
per i giudici

MODA

Il trucco si vede:
naturale e
misterioso

CARDIOLOGIA

Una barriera
nell'intestino contro
l'obesità grave

Il costo dei farmaci antiretrovirali

Nel frattempo, bisogna "spingere" sull'accesso ai farmaci antiretrovirali, ancora troppo costosi per buona parte delle popolazioni colpite, che sono ormai in grado di trasformare l'Aids in una malattia cronica. Il successo degli antiretrovirali è stato confermato dai dati dell'Institute for health metrics and evaluation (Ihme) della Washington university di Seattle, pubblicati su *Lancet* e presentati a Melbourne. La lotta all'Aids, malaria e tubercolosi sta portando frutti: «Dal 2000 ad oggi a livello globale si assiste a una riduzione significativa sia dell'incidenza di nuovi casi che del numero di decessi legati a queste malattie. Tuttavia, in alcuni Paesi la loro presenza è ancora elevata - in 101 Paesi l'infezione da Hiv è in aumento - e altri sforzi devono essere compiuti per combatterle», si legge su *Lancet*, che effettua un'analisi sistematica del Global Burden of Disease Study 2013, in cui vengono presentati i risultati degli sforzi compiuti dal 1990 al 2013 nella lotta contro queste malattie. I casi di malattia e morte legati a Hiv diminuiscono di circa il 25% dal 2005 ad oggi e «gli antiretrovirali hanno salvato a livello globale 19,1 milioni di vite a partire dal 1996». Scende anche il numero di decessi da tubercolosi, «cala di alcuni punti percentuali», e l'incidenza di nuovi casi di malaria «si abbassa del 29% dal 2003 al 2013, anche se questa malattia continua a mietere più vittime di quanto stimato in precedenza dall'Oms», prosegue la rivista. La zanzara rimane la causa del numero più elevato di morti all'anno tra gli esseri umani.

Gli ostacoli da superare

Tornando all'Aids, l'obiettivo prefissato a Melbourne è che, in attesa di una cura definitiva, tutti i pazienti possano raggiungere una «carica virale non rilevabile» entro il 2020. Per far ciò occorre interamente finanziati sia i programmi di monitoraggio della carica virale sia i trattamenti anti-Hiv. E tornare a «concentrarsi sulle popolazioni chiave e sulla distribuzione geografica dell'epidemia». Nella realtà, soltanto il 29% delle persone con Hiv ha attualmente accesso agli antiretrovirali e ha raggiunto livelli di carica virale non rilevabili. Per questo, la «fine dell'Aids» resta per ora un'ambizione mentre l'obiettivo più realistico nell'immediato è quello di riuscire, attraverso gli attuali metodi di prevenzione biomedica, a controllare l'epidemia, abbassando i tassi di trasmissione e di mortalità in Paesi dove l'Hiv è ancora la principale causa di morte. Fondamentali le iniziative mirate sui fattori strutturali che alimentano l'epidemia nelle popolazioni chiave, come stigma, barriere legali e disparità di genere. C'è poi l'accesso alle terapie. I costi elevati continuano a rappresentare l'ostacolo principale alla diffusione dei nuovi farmaci antiretrovirali e all'utilizzo a tappeto dei test sulla carica virale. È quanto emerge da due rapporti diffusi da Medici senza frontiere (Msf) a Melbourne. «Quasi 12 milioni di persone stanno ricevendo la terapia antiretrovirale (Art) nei Paesi in via di sviluppo - dice Jennifer Cohn, direttore medico della Campagna per l'accesso ai farmaci essenziali di Msf -. Ora che sempre più persone iniziano il trattamento nelle prime fasi della malattia e lo portano avanti per tutta la vita, i pazienti hanno bisogno di farmaci di prima linea più tollerabili e di farmaci di seconda linea più accessibili quando i primi falliscono». Per garantire la migliore qualità delle cure, sono poi necessari ulteriori strumenti a supporto del trattamento. Il controllo periodico della carica virale - che misura il livello di Hiv presente nel sangue e quindi quanto il paziente risponde al trattamento - è uno di questi. Anche questi esami hanno un costo che non li rende sempre disponibili. Il rapporto di Msf che descrive l'accessibilità ai test per misurare la carica virale in India, Kenya, Malawi, Sudafrica e Zimbabwe, rivela che mentre questi Paesi aspirano ad



CARDIOLOGIA

La barriera nell'intestino: quanto può servire come cura del diabete
2



FOOTBALL4U.IT

Acquista e personalizza le tue scarpe da



PEDIATRIA

Ancora prima di dire «mamma» i bambini imparano la grammatica



Iperensione e farmaci betabloccanti fanno salire il rischio di psoriasi



SPORTELLLO CANCRO

Dove trovare medico e ospedale giusti



SPORTELLLO CANCRO

Tumore: «male incurabile» addio Oggi sei pazienti su dieci guariscono



SALUTE

Ragazzo non mastica più da mesi Dalla bocca gli tolgono 232 denti



BUONPERTUTTI.IT

Clicca e stampa i buoni sconto su Buonpertutti.it



SALUTE

Ebola, contagiato anche il medico in prima fila nella lotta al virus

attuare il monitoraggio di routine della carica virale, quasi nessuno è in grado di realizzarlo su larga scala. Il prezzo pagato dai Paesi per ogni singolo test costituisce senz'altro l'ostacolo più rilevante.

Il preservativo che attacca i virus

Mentre il prezzo dei farmaci di prima linea e di alcuni di seconda è diminuito negli ultimi 12 mesi, il prezzo di quelli di seconda linea (più efficaci) resta ancora elevatissimo. Per i Paesi a medio reddito in particolare la situazione è ancora peggiore, alcuni pagano oltre 12 volte di più del costo più basso. «Ci sono milioni di persone senza accesso alle cure e molti di quelli in trattamento devono cambiare la cura e passare a nuovi medicinali», afferma Leena Menghaney, operatrice di Msf in India. Ma se i nuovi farmaci, quelli di seconda linea, più efficaci sono inaccessibili per i costi, i pazienti restano fermi ai medicinali meno efficaci. Il male riprende piede e per i pazienti si allontana quello stato di malattia sotto controllo che ha abbattuto la mortalità nei Paesi ricchi. Conclude Menghaney: «Se vogliamo aumentare il numero di persone sottoposte a trattamento, i Paesi devono superare le barriere rappresentate dai brevetti, che compromettono un accesso ai farmaci di qualità a prezzi vantaggiosi». E se il male si controlla anche il contagio diminuisce, così come la mortalità. Infine, Melbourne ha battezzato un preservativo rivoluzionario, armato di una gelatina che attacca i virus trasmessi sessualmente. Ha ottenuto il via libera per la vendita in Australia e si prepara a rendersi disponibile globalmente. La compagnia biotech australiana Starpharma ha sviluppato la gelatina VivaGel che attacca almeno tre virus che causano infezioni trasmesse sessualmente: Hiv, herpes genitali e papillomavirus umano. I test di laboratorio hanno dimostrato che può disattivare fino al 99,9% di questi virus, diminuendo il rischio di trasmissione.

25 luglio 2014 | 10:42
© RIPRODUZIONE RISERVATA

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE



Aids, virus scomparso in due pazienti dopo un trapianto di midollo



Aids, delusione negli Usa, la bimba guarita ha di nuovo il virus



Hiv: progressi nella terapia

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



PUBBLICA QUI IL TUO ANNUNCIO PPN



Ha perso 12 kg in un mese
Ha scoperto un metodo



Polizza Auto Direct Line
Fai un Preventivo Direct: Parti da Targa e Data di



Prova SKYACTIV TECHNOLOGY
Mazda CX-5. Il primo SUV



NUTRIZIONE

Smoothie con fichi e menta



IN EDICOLA

Vasco Rossi: 10 compilation da collezione in

I PIÙ LETTI

OGGI

SETTIMANA

MESE

- 1 Ragazzo non mastica più da mesi Dalla bocca gli tolgono 232 denti
- 2 Ebola, contagiato anche il medico in prima fila nella lotta al virus
- 3 Tumore: «male incurabile» addio Oggi sei pazienti su dieci guariscono
- 4 Ancora prima di dire «mamma» i bambini imparano la grammatica
- 5 Scoperta molecola che rende più aggressivo il tumore al cervello
- 6 Ipertensione e farmaci betabloccanti fanno salire il rischio di psoriasi
- 7 «Basta con il cibo spazzatura!» Perdono 120 kg in due: star del web
- 8 Ebola in Africa occidentale Pene severe per chi si nasconde
- 9 Bevono per sbaglio lavanda vaginale, boom di intossicate. Sotto accusa lo spot - Corriere della Sera
- 10 Una barriera nell'intestino contro l'obesità grave



But must make a treatment decision now

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Accedi



VANTAGGI PER
L' ABBONATO



ABBONATI
SUBITO



RINNOVA IL TUO
ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...



multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | **Medicina e scienza**

Home **Medicina e scienza**

MEDICINA E SCIENZA

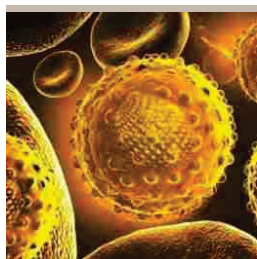
«Nuova attenzione alle epatiti»: l'appello dell'Oms in occasione della Giornata mondiale

28 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 3

Recommend 26

+1 0



Lo slogan di quest'anno è "Think again": come dire che occorre riaccendere i riflettori sui tre killer silenziosi - epatite A, B e C - che ogni anno causano la morte di circa 1,4 milioni di individui. La Giornata mondiale sulle epatiti virali - che si celebra anche sul web, con l'invito a twittare immagini evocative, con l'hashtag #thinkhepatitis - mira a imporre una svolta rispetto alla generale disattenzione verso queste malattie. «Per anni - ha dichiarato la direttrice generale dell'Oms Margaret Chan - le epatiti virali sono state ampiamente ignorate. Ma ora constatiamo una consapevolezza crescente del problema ed è giunto il momento di costruire una efficace

controffensiva».

Forte della [risoluzione approvata nel maggio scorso dall'Assemblea generale](#) dell'Oms, l'Organizzazione punta a sensibilizzare governi e operatori sui tre step prevenzione, diagnosi e trattamento. Le epatiti virali A, B e C «sono patologie ancora largamente ignorate e sconosciute», sostengono gli esperti Oms, che invitano a rafforzare la copertura vaccinale per l'epatite B e a coordinare una risposta globale a queste malattie.

La data del 28 luglio è stata scelta in onore del Nobel Baruch Samuel Blumberg, scopritore del virus dell'epatite C, nato in questo giorno.

Si tratta di una famiglia di malattie che colpiscono in tutto il mondo, ma di recente dall'Egitto - dove si stima che almeno una persona su 10 tra i 15 e i 59 anni sia infettata da epatite C - è arrivata una buona notizia. «Il Paese ha firmato un accordo per l'accesso ai nuovi trattamenti anti-epatite C a un costo significativamente ridotto - ricorda Henk Bekedam, rappresentante Oms in Egitto - E questo meno di un anno dopo il via libera della Food and Drug Administration per la commercializzazione di questo prodotto negli Usa».

In Italia, intanto, il cammino del super-farmaco anti epatite C appare più complicato. Medici e pazienti nei giorni scorsi hanno sollecitato ancora una volta un'accelerazione dei tempi per la disponibilità in Italia del nuovo medicinale, e nel frattempo un ampliamento dei programmi gratuiti di accesso al farmaco. Le società scientifiche Aigo, Aisf, Sige, Simi e Simit insieme all'associazione per i pazienti EpaC, hanno scritto all'azienda produttrice, la Gilead, per esprimere la loro "preoccupazione" di fronte alla decisione di non presentarsi alla riunione del Comitato prezzi e rimborso dell'Aifa lo scorso 4 luglio per la procedura negoziale di sofosbuvir. Una lettera inviata

NEWSLETTER

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

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Sfoglia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 28
22-28 lug. 2014
[Sfoglia PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

- nr. 2715-21 lug. 2014
- nr. 268-14 lug. 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

anche al ministro della Salute Lorenzin e al direttore generale dell'Aifa, Luca Pani. «La scelta di Gilead di rimandare a fine settembre il nuovo incontro con Aifa rischia di avere importanti ricadute cliniche in termini di salute per i pazienti con epatite C cronica», sostengono medici e malati. Il nodo, in Italia come nel resto del mondo, è quello del prezzo. «Così come l'Aifa, anche il Senato americano vuole capire come si giustifichi la differenza tra il prezzo previsto del farmaco e quello corrente, tra il prezzo negli Usa e quello praticato o proposto in alcuni mercati esteri. Vorremmo conoscere dettagliatamente i costi sostenuti in ricerca e sviluppo, i costi di marketing e pubblicità della Gilead Sciences (aumentati da 116 milioni nel 2011 a 216 milioni nel 2013). E soprattutto anche l'Aifa come il Senato Usa vorrebbe conoscere i potenziali conflitti di interesse con le società scientifiche che hanno raccomandato e raccomandano il farmaco», evidenzia il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, Luca Pani. Mentre il mondo celebra la Giornata delle epatiti, in Italia è tutto rimandato a settembre.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

ANNUNCI GOOGLE

Impianto Fotovoltaico

-70% e con l'Accumulo azzeri la Bolleta. Scopri Perché !
preventivi-fotovoltaico.com

Farmacia Internazionale

Inviando medicinali svizzeri ed esteri a privati in Italia
www.farmaciaiinternazionale.ch

Diventare Ricco in Italia

Ecco le tecniche che ho usato per diventare ricco a soli 35 anni
alfiobardolla.com/Videocorso-Gratis

Lascia il primo commento a questo articolo

Scrivi il tuo commento

Entra nella community per lasciare un commento

Accedi

Registrati

Leggi [Termini e condizioni](#)
Leggi [Regole della Community](#)

Invia

Permalink

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/medicina-e-scienza/2014-07-28>

le cifre del nonprescription



Sfoglia PDF »

Sanità risponde

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

Invia un quesito »

Ultimi quesiti:

▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DI di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

Vedi tutti i quesiti »

PRIMO PIANO

20

PANORAMA della SANITÀ • n° 28 • luglio 2014

I dati principali del Rapporto **Osmed** 2013

Consumate 1.679 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti

- Nel 2013 ogni italiano ha consumato in media 1,7 dosi di farmaci al giorno.
- Il 70,4% di questi farmaci è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto al 2012).
- I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani, seguita dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, dai farmaci del sangue ed organi emopoietici, dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale e dai farmaci dell'apparato respiratorio.
- Le donne consumano più farmaci degli uomini, in particolare nella fascia di età 15-64 anni con una differenza media tra i due sessi dell'8%.
- Dai dati ASL emergono bassi livelli di aderenza, principalmente per i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, gli antidepressivi e i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare.
- Livelli di inappropriatazza si registrano soprattutto nell'utilizzo degli inibitori di pompa, degli antibiotici e degli inibitori della dipeptidil-peptidasi IV.
- Confermata anche per il 2013 la variabilità regionale nel consumo per area 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.

- Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, il Lazio è la Regione con maggiori consumi, seguita da Calabria e Sicilia. La Sicilia è la Regione con la spesa lorda pro capite maggiore, seguita dalla Campania e dalla Puglia. La Provincia Autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa e il minor consumo.
- I farmaci a brevetto scaduto hanno rappresentato il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8 punti percentuali rispetto al 2012). Il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (erano il 13,4% nel 2012).
- Migliora il sistema di farmacovigilanza: le segnalazioni di sospette reazioni avverse crescono del 41% rispetto al 2012. Oltre la metà è pervenuta da medici ospedalieri. Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale. Lombardia e Toscana rappresentano il 45% delle segnalazioni complessive.

Il consumo di farmaci

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 conto2

PRIMO PIANO

PANORAMA della SANITÀ • n° 28 • luglio 2014

21

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, Irces, 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

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 rappresen-

SEGUE A PAGINA 23