

MEDICINA DIFENSIVA PER IL MEDICO O PER IL PAZIENTE?

di NICOLA SIMONETTI

Denunce e cause contro l'operato dei medici in continuo aumento e, nel 90%, concluse senza rinvio a giudizio o con assoluzione. Nel 3% nessuna traccia di danno nel 37% alcun tipo di errore ma le contese gravano 13-16% sui costi totali della sanità. Contro il rischio della "carta bollata", il medico tende a tutelarsi, a munirsi di documentazione, spesso pleonastica pur di porsi "a parte civile".

È la medicina difensiva, "i medici prescrivono test, procedure, visite inutili per il malato o scansano pazienti o trattamenti ad alto rischio allo scopo principale (ma non sempre esclusivo) di ridurre/eliminare la propria esposizione ad accuse di malasanià" (Office Assessment Usa). Tale procedere improprio, finalizzato al "non si sa mai" del medico, pesa sulla spesa sanitaria pubblica per oltre 10 miliardi di euro. "Statistiche mostrano che - ha detto il prof. Matteo De Biase, direttore cardiologia università di Foggia, presidente dei cardiologi italiani, all'assise che li ha riuniti a Roma - 80-90% degli atti medici sono ispirati a cautela: 42% dei medici ricorre a radiologia, ecografia, R.M. solo per autotutela, 43% si astiene da procedure a rischio di complicanze, 52% chiede consulenze inutili, 39% scarica pazienti ad alto rischio. L'88% subisce contenziosi legali almeno una volta in carriera e 51% ha disdetta dalla propria assicurazione, nonostante l'eccessivo costo dei premi assicurativi e l'incertezza, nel bisogno, di adeguata copertura.

Medicina difensiva "positiva" è l'uso di esami e pratiche di limitata utilità clinica, "negativa" se solo finalizzati a difesa. Più questi che i primi. Nel 2011 - dice De Biase - 31.400 denunce contro medici e strutture sanitarie in Italia (200% in più del 1994), le assicurazioni hanno incassato un miliardo dai premi (5,5% in più del 2010). Per 100 dollari risarciti, secondo dati USA, 54 finiscono in spese e non al paziente presunto danneggiato ma ad avvocati, periti e tribunali.

Tante le associazioni che si propongono a tutelare il paziente, forniscono consulenze gratuite, incentivano le denunce.

Conseguenze più evidenti: aumento dei costi di sanità pubblica/privata, paura del medico, specialità chirurgiche a rischio disertate da studenti e medici che cambiano specialità o riducono gli interventi complicati.

"Spettacolo più sconcertante - denuncia il prof. Di Biase - i medici che forniscono perizie insensate, addebitando colpe inesistenti. A volte, questi campioni di incompetenza e disonestà finiscono per essere periti del giudice". I medici assolti, passano alla controffensiva: denuncia e richiesta di risarcimento danni da familiari, avvocati e periti avversi.

Soluzioni? Copertura assicurativa obbligatoria per le strutture sanitarie, consulente tecnico d'ufficio di esperienza pari o superiore alla materia in oggetto, via extragiudiziale del contenzioso, risk manager negli ospedali, tetto ai danni non patrimoniali, depenalizzare l'errore medico (Italia, uno dei pochissimi Paesi che avviano processo penale e non civile; la Comunità europea la sollecita ad adeguarsi). La medicina non è un mercato, essa è dedicata solo al bene del paziente, sarebbe auspicabile che il medico si preoccupasse del paziente, non soprattutto del proprio interesse e che il paziente lo stimi. Bello pensare a una medicina difensiva della salute del paziente e non di quella del medico".



CITTADINI E GINECOLOGI INSIEME PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194

Aborto, nasce il movimento «pro-choiche»

Promettono iniziative sui posti di lavoro e in piazza per fare pressione sulle amministrazioni, «Perché - dicono - vogliamo il diritto di scegliere sul nostro corpo».

A più di 40 anni dalla nascita dei movimenti «Pro-choice» negli Stati Uniti, compare in Italia il primo comitato di cittadini e cittadine, slegato dalla politica e senza un'organizzazione centrale, in contrapposizione ai gruppi «Pro-life».

Aborto, dichiarazioni di fine vita, diagnosi prenatale e contraccezione sono alcuni dei temi in discussione. «Nel nostro Paese non esiste il concetto di gravidanza indesiderata e quindi a rischio sociale, mentre nei Paesi anglosassoni hanno ben chiaro questo pericolo», spiega con rammarico Elisabetta Canitano di Laiga (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194/1978). «Nonostante la normativa che disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) abbia già passato il vaglio di due referendum, nel 1978 e nel 1981, la sua applicazione continua a essere incerta».

Prevalenza di obiettori. Canitano si riferisce all'aumento dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi, il personale non medico e le ostetriche, che rifiutano di mettere in pratica la volontà delle pazienti in nome delle proprie convinzioni etiche, morali o religiose. Si arriva a punte del 91,3% nel Lazio, se non a casi di «obiezione di struttura» - ovvero quando la totalità dei medici rifiuta di applicare la 194 - negando il diritto sancito dall'articolo 9 che obbliga ogni ospedale a fornire il servizio di Ivg, sia entro i primi 90 giorni, sia nel secondo trimestre, per motivi di salute. Ed è qui che la situazione si complica ulteriormente: se per le Ivg entro i primi 3 mesi si possono chiamare ginecologi esterni «a gettone», non è così per gli aborti terapeutici. In questi casi - molto più dolorosi, perché per una donna si tratta di rinunciare a un figlio desiderato - le pazienti devono essere ricoverate e tenute sotto osservazione anche dopo. Non basta quindi un medico a chiamata, è necessario un ginecologo non obiettore di ruolo all'interno

dell'ospedale.

È questa la situazione in cui versa dallo scorso 17 novembre il Policlinico di Roma Umberto I, uno degli ospedali più grandi d'Italia, dove l'unico medico non obiettore è andato in pensione e il servizio è stato sospeso. E mentre il direttore generale Domenico Alessio promette una soluzione rapida, con l'assunzione di due medici per un anno - solo per l'applicazione della 194 - a oggi una data per il ripristino del «repartino» non è stata ancora definita.

In casi di emergenza come questo, il governatore della Regione Nicola Zingaretti potrebbe imporre una soluzione in tempi brevi, considerando anche che nel Lazio in ben tre Province su cinque - Latina, Rieti e Viterbo - non si eseguono aborti terapeutici già da anni.

«Il risultato è che l'assistenza alle donne che richiedono l'Ivg ricade sulle spalle dei pochi operatori non obiettori che hanno a cuore la loro salute», sottolinea Silvana Agatone, presidente di Laiga. «E a volte, tra liste d'attesa e rinvii, i termini legali per accedere al servizio scadono. Non basta spostarsi in un'altra Regione e così le donne sono costrette a viaggiare all'estero».

Il problema non è geografico: i dati del ministero della Salute relativi al 2012 parlano di una situazione eterogenea. In Liguria, per esempio, il 100 per cento delle strutture ospedaliere pratica l'Ivg mentre nella Provincia autonoma di Bolzano solo il 22,2.

Questo dato può dare origine a equivoci. Infatti negli ospedali dove il servizio è attivo, spesso è presente un solo ginecologo non obiettore; se è in ferie o in malattia, deve velocemente rientrare al lavoro laddove ve ne sia l'urgenza.

I motivi del no. Le ragioni per cui sempre più specialisti preferiscono non eseguire questi interventi sono diverse. Spesso, spiegano i ginecologi Laiga, hanno la percezione che sia più facile fare carriera compiacendo le direzioni ospedaliere. Oppure pesa il fatto che una donna che abortisce difficilmente vuole tornare dallo stesso ginecologo. Un po' per vergogna, un po' per cancellare

quel brutto ricordo. Così i medici che applicano la legge sono sempre meno. Nel 2008 a Napoli, a seguito di una denuncia risoltasi poi nel nulla, la polizia ha fatto irruzione in una sala operatoria dove si stava eseguendo un aborto terapeutico.

Eclatante anche il caso di una donna di Roma che è dovuta andare all'estero con il sacco amniotico rotto. Non c'era altra possibilità che quella di interrompere la gravidanza, ma nessuna struttura in Italia ha accettato di farlo, nonostante la donna rischiasse la vita.

Le alternative. Un altro capitolo è quello della cosiddetta pillola del giorno dopo. Dalla prescrizione alla vendita in farmacia, trovare questo anticoncezionale d'emergenza è spesso una corsa a ostacoli, mentre in molti Paesi europei si trova sul mercato come farmaco da banco. Il risultato è che in Italia aumentano le gravidanze indesiderate.

Non va meglio dal punto di vista dell'aborto farmaceutico. La somministrazione della RU486, conosciuta come pillola abortiva, è partita in pochissime strutture, sebbene sarebbe un'alternativa valida e sicura all'aborto chirurgico. Nel Lazio ci sono solo tre ospedali che la prescrivono. «Il nostro modello di riferimento sono le attiviste olandesi di Women on the Waves, che su barche appositamente equipaggiate, in acque extra-territoriali, operano pazienti i cui Paesi vietano l'Ivg». Spiega ancora Canitano «Anche noi nel nostro piccolo contribuiamo, accogliendo le donne di Malta, dove questa pratica è reato».

Elis Viettone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RSalute

> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Obiettivo 2015, curare la sanità

IN ITALIA c'è un "paziente" in condizioni preoccupanti: è il Servizio sanitario nazionale. E se non si interviene con incisività curando il male alla radice, rischia di aggravarsi. Le cause della patologia sono diverse e note da tempo. Anche alle lettrici e ai lettori, perché più volte ho scritto sulle condizioni preoccupanti del Ssn, martellato da scelte che minano la sua "salute" alla base. Ma c'è qualche possibilità di miglioramento? Sì. A condizione che si affrontino almeno due fattori scatenanti: la diminuzione del personale e la riduzione delle risorse. Non si può assistere una popolazione crescente e sempre più anziana avendo un numero inversamente proporzionale di professionisti e lavoratori. Né si possono tagliare i finanziamenti senza recuperare fondi sugli sprechi, sulle inefficienze, sulla corruzione. Perciò stavolta i miei auguri di buon anno sono per il Ssn: se la Sanità verrà curata seriamente, sarà un bene per tutti.

guglielmpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



http://salute.ilmessaggero.it/salute/notizie/tumore_al_seno_armi_forme_aggressive/1068513.shtml m

Tumore al seno, nuove armi contro le forme più aggressive

Sono in arrivo nuove armi contro le forme più aggressive di tumore al seno: innovativi nanofarmaci si sono infatti dimostrati efficaci nel trattamento del tumore del seno in stadio iniziale ad alto rischio, migliorando fino al 9% la risposta terapeutica.

«Tale risposta, la cosiddetta risposta patologia completa, è un parametro molto importante - afferma Francesco Cognetti, presidente Fondazione insieme per il cancro - e perché consiste nell'assenza di tumore invasivo sia nel seno che nei linfonodi ed è strettamente legato all'esito favorevole a lungo termine, cioè alla sopravvivenza». I risultati vengono dallo studio GeparSepto di fase III, presentato al più importante congresso mondiale sul tumore al seno, il San Antonio Breast Cancer Symposium, svoltosi recentemente a San Antonio (Usa).

Il trial indipendente, ha coinvolto più di 1.200 donne: il 38% delle pazienti trattate con un nanofarmaco basato sul principio attivo nab-paclitaxel prima della chirurgia ha raggiunto la risposta patologica completa, rispetto al 29% di coloro che hanno ricevuto un trattamento tradizionale. Si tratta, sottolinea Cognetti, di un «farmaco innovativo che coniuga un principio attivo di efficacia antitumorale comprovata, paclitaxel, con la tecnologia d'avanguardia basata sulle nanoparticelle. E' già impiegato con successo nel trattamento del carcinoma mammario metastatico nei casi in cui la terapia di prima linea non risulti più efficace».

Nel nostro Paese vivono più di 522mila donne con tumore del seno e nel 2014 sono stimati 48mila nuovi casi. Le percentuali di guarigione sono in costante crescita: oggi l'87% delle pazienti sono vive a cinque anni dalla diagnosi, ma alcune forme di questa neoplasia sono particolarmente aggressive. In particolare, rileva Cognetti, «è stata dimostrata la superiore efficacia del nanofarmaco in una delle forme più aggressive, quella triplo negativa che comprende il 15% di tutti i casi di cancro al seno».

15 Dic 2014 18:30 - Ultimo aggiornamento: 18:31
© RIPRODUZIONE RISERVATA

A PAG. 15

Gestione

Tra sprechi e bisturi lineare agli acquisti servono analisi serie non polveroni mediatici

Tra tagli (spesso) lineari, prezzi di riferimento, spending review e amenità varie

Della siringa e dei fallimenti

Differenze di prezzo intollerabili, ma serve un'analisi senza polveroni

Reference price
in sostanza
al palo da 20 anni
di inutile attesa

Gli stakeholder
e il ripensamento
dei contenuti
della governance

Accreditata come madre di tutti gli sprechi delle Regioni, la ormai mitica siringa dal prezzo ballerino consente al Governo di scaricare sulle medesime l'impopolarità dei tagli, più o meno lineari, previsti, in nome della spending review, dalla legge di stabilità. Per conseguenza, le Regioni potranno uscire dall'angolo solo "normalizzando" i prezzi di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie.

Comprensibilmente, nella situazione economica in cui versa il Paese, appaiono intollerabili macro differenze nei prezzi di acquisto da parte di chi spende soldi pubblici. Tuttavia, delle dinamiche dei prezzi occorrerebbe un'analisi seria, che vada oltre i ricorrenti polveroni mediatici che considerano **farmaci** e dispositivi medici come commodities o prodotti da discount.

Vengono spontanei legittimi interrogativi che però rimangono sullo sfondo, perché non fanno audience.

Qual è l'incidenza numerica dei prezzi "anomali" sul totale delle rilevazioni? È marginale o significativa? Come si distribuiscono nella scala crescente i prezzi? Esiste una correlazione fra quantità e prezzo? I beni e servizi considerati sono pienamente confrontabili? Qual è il contesto, anche temporale, di mercato osservato? Si tiene conto, per quanto riguarda i **farmaci**, del meccanismo del "pay back", che influenza il prezzo a posteriori?

Di tutto ciò, nell'analitico, nulla

è dato pubblicamente a sapere, e di questa scarsa trasparenza sono responsabili le varie istituzioni "aventi causa". A esempio, un rilevante differenziale sul prezzo di uno stesso farmaco può essere giustificato se si confrontano un acquisto avvenuto in regime di brevetto e uno avvenuto in regime concorrenziale, a brevetto scaduto.

I "prezzi di riferimento" sono in pista da anni, sia sotto forma di "costi standardizzati" previsti per tutta la pubblica amministrazione dal Codice dei contratti, da determinarsi a cura dell'Authority di vigilanza sui contratti, nell'ambito dell'Osservatorio, sia, in parallelo, con specifico riferimento alla spesa sanitaria.

Per il primo ambito siamo ancora al palo. Con un ritardo di otto anni (riferito all'ultima previsione normativa) è stato recentemente emanato il regolamento attuativo della disposizione contenuta nel decreto legislativo 163/2006 (decreto del ministero dell'Economia e delle finanze 23 settembre 2014). In realtà i "prezzi di mercato" avrebbero dovuto essere pubblicati semestralmente a partire dal 31 marzo 1995, quasi venti anni fa, in base alle disposizioni previste dalla legge finanziaria di quell'anno. Un ritardo non ancora colmato, che è costato all'Autorità

di vigilanza sui contratti pubblici, al Mef e all'Istat una condanna da parte del Consiglio di Stato (sentenza n. 5997/2012).

Per quanto riguarda la sanità, relativamente ai dispositivi medici, la legge Finanziaria per il 2007 aveva previsto la definizione dei prezzi da assumere come base d'asta per le forniture al Ssn, tenendo conto dei prezzi più bassi unitari di acquisto rilevati dagli osservatori esistenti.

Nel periodo 2007-2009, con quattro successivi decreti ministeriali, è stata popolata la banca dati dei reference price.

Successivamente, l'articolo 17 della legge 111/2011 in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria, ha attribuito all'Osservatorio dei contratti pubblici il compito di pubblicare, a partire dal primo luglio 2012, le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a dispositivi medici, **farmaci** per uso ospedaliero, servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia



per i servizi sanitari regionali (Agenas) tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva.

«Ciò al fine di mettere a disposizione delle Regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Le Regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati».

Quindi, sulla base di questa previsione normativa, da un lato i prezzi di riferimento sono da considerarsi orientativi (e non massimi), dall'altro entrano nel paniere le prestazioni e i servizi sanitari resi da operatori privati accreditati. Si accendono con ciò i riflettori su una zona di spesa sottratta alle regole del mercato, tanto grigia quanto rilevante. La convenzionata (dall'ospedaliera alla **farmaceutica** territoriale) vale infatti quasi il 60% del totale della spesa per consumi intermedi.

L'indagine, su base campionaria, si è svolta nel mese di aprile 2012 e ha riguardato gli acquisti di beni e servizi gestiti direttamente dalle stazioni appaltanti interpellate. Mancano comunque all'appello i prezzi delle prestazioni sanitarie.

Circa le modalità di individuazione del reference price, l'Autorità di vigilanza sui contratti precisa che «Per tutte le categorie di beni e servizi oggetto di indagine si fornisce un prezzo di riferimento inferiore al prezzo mediano, sempre in un'ottica di contenimento della spesa. Quest'ultimo, infatti, può costituire un utile termine di confronto in tutti quei casi in cui il prezzo di riferimento, che per sua natura costituisce una misura sintetica dei prezzi comunicati, non riesca pienamente a dar conto dell'eterogeneità anche qualitativa, dei beni e servizi acquistati (...) I prezzi rilasciati vanno comunque interpretati con cautela tenuto conto dell'eterogeneità che spesso caratterizza i beni e i servizi acquisiti (in particolare per i dispositivi medici e i servizi) e, talvolta, del modesto numero di osservazioni raccolte».

Imprese del farmaco e imprese fornitrici di medical devices contestano innanzi al Tar Lazio la metodologia di individuazione dei prezzi di riferimento. Le censure vengono accolte relativamente ai dispositivi, rigettate per quanto riguarda i **farmaci**.

Nonostante i dichiarati limiti di significatività, utilizzando come parametro i prezzi rilasciati dall'Avcp, il legislatore, con legge 135/2012 ha fissato indirettamente per le Aziende sanitarie prezzi massimi di acquisto (là dove i prezzi contrattati local-

mente non possono discostarsi per oltre il 20% da quelli di riferimento).

Il decreto legge 158/2012, convertito in legge 189/2012, ha definito le modalità di calcolo del prezzo di riferimento (5°-10°-20°-25° percentile, dei prezzi rilevati per ciascun bene o servizio oggetto di analisi sulla base della significatività statistica e della eterogeneità dei beni e servizi riscontrate dall'Osservatorio).

La successiva legge 89/2014 allinea per tutte le pubbliche amministrazioni i prezzi massimi di acquisto a quelli di riferimento pubblicati nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici, i quali «costituiscono prezzo massimo di aggiudicazione, anche per le procedure di gara aggiudicate all'offerta più vantaggiosa (...)». I contratti stipulati in violazione di tale prezzo massimo sono nulli.

Nel frattempo, per la sanità, è partita la seconda fase di definizione dei prezzi di riferimento con affinamento delle rilevazioni e correzione delle storture rilevate nel primo affrettato rilascio. Ne è uscita - al momento - una lista di 69 **farmaci**.

«Il prezzo di riferimento fornito - spiega l'Osservatorio - rappresenta, per la maggior parte dei **farmaci** pubblicati, il decimo percentile, data l'elevata omogeneità di questi prodotti e la significatività statistica riscontrata. Per altri **farmaci** la scelta del percentile è ricaduta, così come previsto dalla norma, sul 20esimo o sul 25esimo percentile in base a considerazioni sulla significatività statistica e sull'eterogeneità dei dati osservati. La rilevazione del 2014 è stata rivolta a tutte le amministrazioni che operano in ambito sanitario (più di 280), mentre quella del 2012 si rivolse a 66 amministrazioni selezionate tra quelle più rappresentative a livello regionale».

Nel contempo, a livello di stakeholders, si delinea un ripensamento sulle modalità e contenuti di governance della spesa per beni e servizi del Ssn. Si comincia a capire che il prezzo è solo uno - e a volte non il più determinante - degli elementi che concorrono a formare la spesa. L'evoluzione dell'approccio prevede che si valuti non tanto il prezzo quanto il costo in utenza dei fattori, l'appropriatezza dei fabbisogni, utilizzando l'Health technology assessment come metodo di scelta.

Si esprimono in tal senso il nuovo Patto per la salute e gli ultimi documenti delle Regioni sulla materia. Già il decreto del ministero della Salute 11 gennaio 2013 definiva i «Criteri relativi ai parametri di quali-

tà, di standard tecnologico, di sicurezza e di efficacia per l'individuazione dei dispositivi medici ai fini della fissazione dei prezzi di riferimento». Ma la spending review non può aspettare risultati ottenibili nel medio periodo. Per paradosso sono finiti sotto processo sommario gli unici prezzi che - nel bene e nel male - si formano sul mercato.

I servizi e le prestazioni sanitarie rese da "produttori market" restano fuori esame, nonostante indagini mirate abbiano evidenziato differenze significative tra le Regioni nella remunerazione di questi fattori. Per la famosa siringa & Co. si invoca un prezzo uguale da Bolzano a Trapani, auspicando nella sostanza una "sovietizzazione" dei prezzi, da sottrarre a quel confronto concorrenziale che rappresenta invece l'unica arma per impedire diseconomicità di acquisto e le "patologie" varie della contrattazione diretta. Dove, relativamente agli stessi beni, coesistono modalità di acquisto in regime convenzionale e in regime di mercato (a esempio la protesica) i prezzi che si formano con confronto di mercato sono significativamente più bassi di quelli convenzionati.

Una dinamica che si ripropone nel differenziale riscontrabile tra prezzo del farmaco risultante dalla gara e prezzo massimo di cessione al Ssn stabilito dalla contrattazione Aifa.

Un contesto, quello del farmaco, che evidenzia l'asimmetria regolatoria sottesa alla governance dei prezzi. I prezzi di riferimento condizionano la domanda, ma non l'offerta. Il fornitore non è obbligato dal-

la legge a cedere al Ssn il bene o il servizio al prezzo di riferimento. A esempio, beni che possono essere infungibili, come i **farmaci**, possono avere un prezzo massimo di acquisto, risultante dall'applicazione della normativa sui pezzi di riferimento, inferiore al prezzo massimo di cessione al Ssn, determinato sulla base di altra disposizione e legittimamente praticabile dal venditore. La stessa asimmetria può determinarsi nel caso di dispositivi medici specialistici. Le aziende sanitarie possono trovarsi nell'alternativa tra contravvenire alle norme di spending review, sopportandone le conseguenze punitive del caso, o non acquistare **farmaci** o dispositivi salvavita. Come alternativa, non c'è male.

Marco Boni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANOVRA 2015/ La partita si sposta al Senato con il nodo irrisolto dei 4 miliardi di tagli

Il Ssn nel labirinto dei conti

Parere-ombra delle Regioni sul Ddl - Fondi per l'epatite C e atenei superstar

E ora tocca, dal 16 dicembre, all'aula del Senato. È qui che si sposta la partita - rapidissima - della manovra, che si concluderà in soli sette giorni per poi tornare in terza lettura alla Camera. Tempi contingentati che non giocano a favore del nodo ancora irrisolto dei tagli alla Sanità. L'ultima chiamata per il parere delle Regioni al Ddl stabilità si è conclusa, mercoledì scorso, con un nulla di fatto. Malgrado i toni possibilisti del presidente **Sergio Chiamparino** - «col Governo c'è un'interlocuzione carica che appare e scompare» - l'incontro che avrebbe dovuto chiarire come e dove tagliare ha lasciato a bocca asciutta le Regioni. Che hanno deciso di non dare in Conferenza unificata il parere atteso sulla manovra. Però è proprio da quel testo non ufficiale che emerge la posizione più netta dei presidenti. Disposti a tagli tra 1,5 e 2 miliardi, purché il governo si «assuma le proprie responsabilità». Cioè sia disposto a specificare dove intervenire. Ma se l'Esecutivo continuerà a non esprimersi, è probabile che tutto sia rinviato a un Dpcm a fine gennaio.

Nel «parere-ombra» mai dato

le Regioni si dicono «disponibili a condividere misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento ai settori di beni e servizi, dispositivi medici, spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, medical device a eccezione dei farmaci innovativi e salva-vita per la cui definizione si rimanda a una commissione mista Governo-Regioni-Aifa». Ma oltre a tracciare una possibile strada di tagli - per altro respinta subito al mittente da Farmindustria e Federfarma - ricordano a Renzi il principio del «Chi rompe paga». «Governo e Regioni - avvertono - sono responsabili degli equilibri finanziari e della copertura dei Lea». E «le manovre di finanza pubblica che prevedono riduzioni del Fsn devono contenere anche i meccanismi di copertura ovvero individuare quali Lea devono essere ridotti ovvero quali costi e per quanto è possibile effettuare la riduzione così da poter ridurre il finanziamento in maniera corrispondente. Se salta questo automatismo che fino a ora c'è stato ed è stato il cardine del Patto della salute, salta la collaborazione istituzionale e quindi il Patto».

Una sponda alle Regioni arriva dal parere con osservazioni

della commissione Affari sociali al Ddl di riforma costituzionale. Dove si suggerisce che «in caso di inerzia dello Stato nella adozione delle norme generali e comuni in materia di tutela della salute», le Regioni possano legiferare in tale materia in attesa della legge statale così da evitare lacune normative.

Tra Governo e Regioni, insomma, è in atto il gioco del cerino acceso. Non che manchino margini di trattativa: i presidenti infatti, pure se a precise condizioni (v. tabella in pagina), sono disposti al sacrificio minimo di 1,5 miliardi ma tra le proposte, oltre alla riduzione dell'aumento del Fondo sanitario nazionale per il 2015 (2,1 mld), ci sarebbero anche altri 400 mln per il trasporto pubblico locale a loro carico, un gruzzolo (circa 1 miliardo) a loro favore col patto di stabilità verticale incentivato, 100 milioni dalla ristrutturazione dei mutui.

Quel che è certo è che i tagli arriveranno e molti governatori sono già sull'Aventino. Specie quelli che sul fronte dei risparmi, delle addizionali e dell'appropriatezza sono convinti di aver già dato il massimo.

Ma se all'efficientamento non c'è mai fine, infinite sono

anche le vie per interpretarlo. È così che tra gli emendamenti «congelati» dalle Regioni nel parere sulla Stabilità figura anche quello che conferisce nuova forza e vigore al pianeta Università. Dopo il comma 3, articolo 2 del Dlgs 517/99, infatti, si chiede di prevedere che «le Regioni e le Province autonome possono realizzare la collaborazione tra Ssr e Università in deroga al modello unico aziendale di cui al c. 3, anche attraverso modelli istituzionali che comportino diverse modalità organizzative delle funzioni assicurate dalle aziende sanitarie, da definire nell'ambito dei protocolli d'intesa tra Regione e Università».

E infine, ultima ma non certo in ordine d'importanza, nella manovra con un emendamento del Governo arriva la notizia più attesa dai malati di epatite C. Per il 2015 e per il 2016 per l'acquisto del sofosbuvir saranno messi a disposizione 750 milioni l'anno. Per il primo anno, a beneficiarne saranno 50 mila pazienti gravissimi; dal 2016, i criteri potrebbero cambiare e, in ogni caso, ogni passo successivo sarà concordato dal Governo con le Regioni.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le linee guida della proposta regionale

- Concorso positivo delle Regioni alla manovra di finanza pubblica
- Riquilibrificazione della spesa corrente - ivi compresa la spesa sanitaria e le società partecipate - e maggiori investimenti anche in edilizia sanitaria
- Contestuale rilancio degli investimenti pubblici attraverso l'esclusione dal pareggio di bilancio degli impegni in capitale non rilevanti ai fini dell'indebitamento netto
- Accelerazione dei pagamenti per i debiti commerciali attivando una sinergia istituzionale tra Stato, Regioni ed eell. mediante il patto di stabilità verticale incentivato ai fini di immettere liquidità a favore delle imprese per gli investimenti pubblici
- Anticipazione dell'applicazione dell'equilibrio di bilancio al 2015
- Ottimizzazione flussi finanziari delle risorse regionali stanziati nel bilancio dello Stato
- Efficientamento e razionalizzazione del Fondo nazionale Trasporti
- Proposte per la riquilibrificazione della spesa corrente attraverso l'estensione dell'applicazione dei costi standard anche alle Amministrazioni centrali tenendo altresì conto del processo di riordino istituzionale



Tagli in milioni di euro (escluso manovre a carico cittadini DI Salva Italia)

	2012	2013	2014	2015
Patto Salute 2010-2012 - Legge 191/2009 - Risorse vacanza contrattuale	466	466	466	466
Legge 122/2010 - Articolo 9 Riduzione livello Ssn	1.132	1.132	1.132	1.132
Legge 122/2010 - Articolo 11 Farmaceutica	600	600	600	600
Legge 111/2011 - Reintroduzione ticket	834	834	834	834
Legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa	-	2.500	5.450	5.450
Legge 111/2011 - Accertamenti medico-legali	-	70	70	70
Decreto legge 95/2012	900	1.800	2.000	2.100
Tagli Legge di stabilità 2013 (legge 228/2012)	-	600	1.000	1000
Sentenza Corte costituzionale	-	-	-2.000	-2.000
Legge 147/2013 - Blocco indennità personale sanitario	-	-	-	540
Totale tagli	3.932	8.002	9.552	10.192

Trapianti: fondi per la sicurezza

Alla Toscana capofila saranno assegnati 270mila euro per un progetto finalizzato alla sicurezza del sistema regionale e interregionale trapianti. (Servizio a pag. 6)

STATO-REGIONI/ Sbloccati 270mila euro per un progetto con la Toscana capofila

Trapianti, fondi per i controlli

Il sistema trapiantologico deve contare su costanti audit per la sicurezza

È pronto ad arrivare al vaglio della Conferenza Stato-Regioni il provvedimento di riparto delle risorse per finanziare uno specifico progetto per le attività di controllo dei centri trapianti regionali e interregionali. Per il 2014, le risorse ammontano a 270mila euro e saranno assegnate alla Regione Toscana in qualità di capofila del progetto specifico dal titolo «Obiettivi per un programma di attività di interesse nazionale nel settore della sicurezza e della qualità del trapianto d'organi, cellule e tessuti».

In particolare, ci si riferisce agli stanziamenti disposti dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, Manovra finanziaria per il 2008, che ha previsto risorse ad hoc per «l'effettuazione di controlli e interventi finalizzati alla promozione e alla verifica della sicurezza della rete trapiantologica». In verità, il testo della Finanziaria 2008 autorizzava, a partire appunto dal 2008, la spesa di 700mila euro da ripartire tra le Regioni per la rete trapiantologica. Oggi la spesa è stata ridotta appunto a 270mila euro.

Obiettivo sicurezza. Ripercorrendo la situazione, l'attuale sistema trapiantologico italiano ha al suo interno tre programmi nazionali particolarmente "a rischio": il primo dedicato al trapianto pediatrico, poi il pro-

gramma specifico per gli iperimmuni e il trapianto in soggetti con infezioni di Hiv. È evidente che queste particolari categorie necessitano di un costante monitoraggio e di un frequente adeguamento dei protocolli di sicurezza e per farlo vengono acquisite le evidenze dalle Regioni, dal Cnt e dagli audit.

«Negli ultimi due anni», si legge nel testo del provvedimento «la rete nazionale trapianti sta attraversando una fase di riorganizzazione che ha determinato l'accentramento delle funzioni di allocazione degli organi riguardanti i programmi nazionali, le urgenze e lo scambio degli organi tra i Paesi membri dell'Unione e i Paesi terzi presso il Centro nazionale trapianti». Funzioni queste ultime rafforzate dalla recente modifica della legge quadro 91/1999, apportate dalla più recente legge 228/2012.

L.Va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



110820
 227060
 1091

sfoglia le notizie

ACCEDI ▼ REGISTRATI

METEO Milano

SEGUI IL TUO OROSCOPO Ariete

Fatti Soldi **Salute** Intrattenimento Magazine Sostenibilità Immediapress Multimedia AKI

Sanità Medicina Farmaceutica Doctor's Life Salus tg Salus tv

Salute . Sanità . **Dall'Oms complimenti all'Italia per l'assistenza al malato di Ebola**

Cerca nel sito

SANITÀ

33 % 33 % 33 %

Dall'Oms complimenti all'Italia per l'assistenza al malato di Ebola

[Tweet](#)



Articolo pubblicato il: 15/12/2014

"Abbiamo visitato le stanze di isolamento e cura dell'Istituto Spallanzani di Roma e vogliamo fare i complimenti all'Italia per come sta curando il paziente ricoverato, che fortunatamente sta migliorando". Lo ha detto Nahoko Shindo, responsabile del dipartimento di Malattie pandemiche ed epidemiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, dopo una visita presso la struttura sanitaria capitolina in compagnia del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

"Lo Spallanzani - ha aggiunto Maurizio Barbareschi, responsabile del programma Preparedness and Mass Gathering dell'Oms - e' un centro di collaborazione dell'Oms e porta il nostro 'simbolo', per questo lavoriamo insieme da tempo. È

una visita di routine a un evento cui ci si preparava da molto tempo. La capacità che abbiamo riscontrato potrà essere usata anche in altre occasioni e a gennaio ci sarà un confronto anche con altre strutture". Shindo si è anche congratulata "per la gestione italiana del caso dal punto di vista tecnico e della comunicazione".

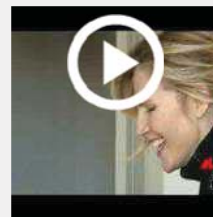
[Tweet](#)

TAG: [Ebola](#), [Oms](#)

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)

Video



Lorella Cuccarini a teatro con 'Rapunzel': "Con Gothel ho scoperto di poter essere perfida"



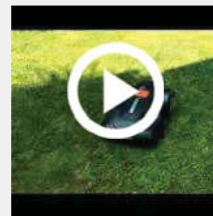
A.A.A. vendesi castelli italiani da favola



Uruguay, un'Expo dedicata alla cannabis



Il 'super-cannone' da Guerre Stellari dell'Us Navy



Terra dei fuochiPresentato il ricorso
alla Corte europea:
«Condannate lo Stato»

MIRA A PAGINA 12

«Terra dei Fuochi l'Ue condanni lo Stato»

*Presentato il ricorso alla Corte europea
«I nostri figli sono vittime delle ecomafie»*

**Il pool di legali italiani:
violate norme continentali
sul rispetto dell'ambiente
e della salute. Don Patriciello:
anche i politici si pentano**

ANTONIO MARIA MIRA

ROMA

La Terra dei fuochi ricorre alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. «Riteniamo che i nostri diritti non siano stati rispettati: in primo luogo i diritti ad un ambiente sano, il diritto alla salute, il diritto alla vita. Per questo chiediamo che sia fatta giustizia. Vogliamo sapere chi doveva tutelarci e non lo ha fatto, chi doveva difenderci, chi doveva sorvegliare il nostro territorio». Così don Maurizio Patriciello, il parroco di Caivano voce del popolo della "terra dei fuochi" annuncia il "via libera" al ricorso alla Corte di Strasburgo. La Cancelleria della Corte Europea ha infatti comunicato di aver riunito in un unico ricorso le istanze riguardanti il dramma del territorio campano presentate contro lo Stato italiano da 61 cittadini vittime dei "veleni" o loro familiari, e da cinque associazioni di quella terra. «Vogliamo dimostrare – spiega l'avvocato Antonella Mascia che segue il ricorso – che c'è stato un comportamento omissivo da parte dello Stato per quanto riguarda il rispetto dei diritti all'ambiente e alla salute. Perché riteniamo – aggiunge – che, non prendendo provvedimenti efficaci, abbia violato varie norme europee». «Ci è stata spezzata la vita, non la riavremo mai per i nostri piccoli cerchiamo verità e giustizia. Lo Stato non può far finta di niente» dicono Marzia e Giuseppa, due mamme che dopo la morte per tumore dei loro bambini, Antonio e Tonia, hanno presentato ricorso alla Corte di Strasburgo. E fanno un appello: «I nostri figli e tutti i morti per i veleni della "terra dei fuochi" devono essere dichiarati vittime innocenti delle ecomafie». E anche don Maurizio fa un appello. «Il Presidente Napolitano venga qui da noi, venga in parrocchia, venga

nei cimiteri a portare un fiore sulla tomba di queste vittime, a dire che sono morte per questo scempio, perché non sono state tutelate». E un'altra appello fa «a chi ancora deve parlare. Fino ad oggi abbiamo avuto "pentiti" solo tra i camorristi, si facciano avanti anche gli industriali e i politici riconoscendo il male che hanno fatto e aiutando a uscire da questo dramma».

Il ricorso, redatto da un pool di professionisti, avvocati e commercialisti, che operano gratuitamente, chiede di riconoscere altre che la violazione degli articoli 2 (diritto alla vita) e 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) anche dell'articolo 13 (diritto ad un ricorso effettivo) della Convenzione per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali del 1950. Infatti, spiega ancora l'avvocato Mascia, «nell'ordinamento italiano il quadro normativo non permette un intervento incisivo. Molti procedimenti si sono prescritti. Non esistono vie di ricorso effettivo per garantire i diritti e un risarcimento dei danni subiti». La Cancelleria di Strasburgo ha riunito le istanze dei 61 ricorrenti e delle cinque associazioni in un unico ricorso, il 51567/14, dal titolo "ricorso Cannavacciuolo e altri contro l'Italia". Come ricorda un altro degli avvocati, Valentina Centonze, «Cannavacciuolo è il nome di una famiglia di Acerra che vive di pastorizia. Proprio le loro pecore sono state le prime fin dal 1998 a subire gli effetti negativi dell'inquinamento. I Cannavacciuolo sono stati i primi a denunciare e dalla loro iniziativa sono nati due processi. Il primo, malgrado fossero state accertate le responsabilità si è chiuso con la prescrizione. Un secondo, nato dall'operazione "Carosello", corre il rischio di finire allo stesso modo. Proprio per questo la famiglia vede nel ricorso alla Corte di Strasburgo una speranza di avere finalmente giustizia». Ricordiamo che uno dei Cannavacciuolo è morto di tumore e ben 3mila pecore sono state abbattute in quanto avvelenate dalla diossina prodotta dai rifiuti interrati e dai roghi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Doping: positivo il 4,4% degli atleti amatoriali

I ministero della Salute ha pubblicato il rapporto sul doping nello sport amatoriale, dilettantistico e giovanile. Le verifiche sono state effettuate dalla Commissione per la vigilanza e il controllo sul doping del ministero, insieme ai Carabinieri del Nas. Sotto la lente degli ispettori, 175 manifestazioni, soprattutto di ciclismo (29% controlli), seguite dal nuoto e dall'atletica. Degli 834 atleti controllati (di cui 541 maschi e 293 femmine), 39 sono risultati inizialmente positivi ai test antidoping, due atleti stavano però seguendo una cura e dunque vanno esclusi dal computo, quindi i positivi sono stati 37 casi, pari al 4,4% del totale degli atleti sottoposti a controllo.

In nove casi su dieci si è trattato di uomini. I controlli hanno riguardato le manifestazioni delle Federazioni sportive nazionali e delle discipline sportive associate e quelle degli enti di promozione sportiva. La sostanza maggiormente rilevata sono il testosterone e i suoi precursori con sette casi di positività. A seguire, l'eritropoietina con sei casi di positività.

Gli atleti hanno segnalato l'assunzione di sostanze lecite per incrementare il benessere fisico e migliorare le performance agonistiche. Tra i prodotti salutistici maggiormente consumati, gli integratori (59,4% sul totale) e gli aminoacidi e derivati (15% sul totale dei prodotti salutistici). Rispetto all'anno precedente, il primo semestre del 2014 ha fatto registrare lo stesso consumo di integratori e un lieve aumento nel consumo di aminoacidi e derivati (15,0% versus 11,2%).



dic
15
2014

In arrivo influenza "potenzialmente severa", l'Aifa raccomanda la vaccinazione

TAGS: VACCINI, VACCINAZIONE



ARTICOLI CORRELATI

27-10-2011 | Vaccino antinfluenzale adiuvato efficace in età pediatrica

18-01-2011 | La ricerca di un vaccino per le malattie neurodegenerative

11-01-2010 | Aggiornato il programma vaccini

L'influenza per la stagione 2014-15 potrebbe rivelarsi "potenzialmente severa" e l'Agenzia italiana del farmaco raccomanda di vaccinarsi. Il primo dato giunge dagli Stati Uniti, dove i Cdc (Centers for disease control and prevention) hanno rilevato che quest'anno il virus dell'influenza stagionale A H3N2 è stato il più comune e proprio la prevalenza del virus H3N2 si è associata alle stagioni in cui l'influenza è stata responsabile del maggior numero di decessi. Ma un ulteriore elemento desta preoccupazione: circa la metà dei virus H3N2 finora analizzati hanno subito mutazioni che li differenziano dai ceppi virali utilizzati per il vaccino anti-influenza.

C'è chi ha avanzato il dubbio che, di conseguenza, il vaccino sia inutile, ma secondo l'Aifa è esattamente il contrario: «ciò tuttavia rafforza l'esigenza di vaccinarsi, perché chi si vaccina - anche qualora venisse contagiato - manifesterebbe la malattia in forma più lieve».

La stessa opinione è espressa dai Cdc: «la vaccinazione - afferma Joe Bresee, responsabile della Influenza epidemiology and prevention branch - si è rivelata in grado negli anni passati di fornire una certa protezione anche contro i virus varianti. Inoltre, la vaccinazione offrirà una protezione contro altri virus influenzali che potranno diventare più comuni nel corso della stagione».

Continua dunque la campagna vaccinale che, iniziata a metà ottobre, si concluderà a fine dicembre. Secondo gli ultimi dati sulla stagione influenzale 2014-15 forniti dal Rapporto epidemiologico Influnet dell'Istituto superiore di sanità, il numero di casi di sindrome influenzale stimati nella settimana 1-7 dicembre è pari a circa 77.000, per un totale, dall'inizio della sorveglianza, di circa 387.000 casi. Dunque siamo appena gli inizi e l'incidenza totale è pari a 1,27 casi per mille assistiti.

Tra le principali raccomandazioni dell'Aifa sono le misure per contrastare lo sviluppo dell'antibioticoresistenza: «non è raccomandato l'uso di antibiotici nella sindrome influenzale senza complicanze di origine batterica».

Renato Torlaschi

AUTISMO: STUDIO ITALIANO APRE STRADA VERSO NUOVO FARMACO

(AGI) - Milano, 15 dic. - Scoperti farmaci che potrebbero, in futuro, essere impiegati contro l'autismo e, in generale, contro le malattie mentali del neurosviluppo. E' questo, in estrema sintesi, il succo di uno studio guidato da Giuseppe Testa dell'Irccs Istituto Europeo di Oncologia e dell'Universita' Statale di Milano, in collaborazione con l'Irccs Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), apparso su Nature Genetics. I ricercatori hanno studiato due malattie causate da alterazioni speculari nel dosaggio genico, cioe' la perdita o la duplicazione di 26 geni che stanno sul cromosoma 7. La perdita di una copia di questi geni causa la sindrome di Williams, malattia particolarmente interessante perche', a fronte di un ritardo mentale risparmia pero' in gran parte il linguaggio e da' luogo a una forma di ipersocialita'. La duplicazione degli stessi geni invece e' stata da pochi anni associata all'autismo che ha sintomi diametralmente opposti. Quindi esistono due alterazioni - simmetricamente opposte - del dosaggio genico, cui corrispondono alterazioni - anche queste simmetricamente opposte - in aspetti fondativi della condizione umana quali il linguaggio e la socialita'. Tra questi 26 geni, uno in particolare - chiamato GTF2I - gioca un ruolo chiave come "fattore di trascrizione", cioe' come gene che a sua volta regola la funzione di molti altri geni, accendendoli o spegnendoli. "Abbiamo scoperto a ha spiegato Testa - che GTF2I non agisce da solo, ma in associazione con un importante enzima, LSD1, che e' coinvolto anche in molti tipi di tumore e contro il quale si sono cominciati a sviluppare, anche qui in IEO, molti nuovi farmaci. Ebbene, siamo riusciti a dimostrare che la somministrazione di farmaci contro LSD1 e' in grado di ripristinare il corretto funzionamento di alcuni circuiti molecolari, anche in presenza di anomalo dosaggio di GTF2I, aprendo de facto la strada allo studio di come questi inibitori farmacologici possano essere un giorno impiegati anche nell'autismo e piu' in generale nelle malattie mentali del neurosviluppo. Difatti, proprio sui neuroni riprogrammati a partire dalla cute dei pazienti reclutati per il nostro studio, partira' ora lo screening farmacologico per nuovi composti".

 Lo studio**Il ricercatore italiano
e i neuroni Avatar
per battere l'autismo**di **Simona Ravizza**

Con lo studio di Giuseppe Testa, pubblicato ieri su una delle più autorevoli riviste scientifiche del mondo, *Nature Genetics*, l'Italia apre la strada a un farmaco contro l'autismo. Lo scienziato ci è riuscito grazie all'innovativo procedimento di ricostruzione dei neuroni con lo stesso Dna del malato. Una sorta di Avatar, che permette di studiare dal vivo le malattie genetiche (come diabete, Sla, Parkinson, Alzheimer). Ma la storia di Giuseppe Testa, che a 42 anni è alla guida del laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali dello Ieo di Milano, merita di essere raccontata anche per altri motivi. È un esempio di come un «cervello di rientro» possa realizzare una grande impresa anche in Italia, dopo una lunga migrazione scientifica (ha conseguito il dottorato di ricerca ad Heidelberg e il post-doc al Max Planck Institute of Molecular Cell Biology and Genetics di Dresda). Testa è appena stato nominato professore ordinario all'Università Statale per «chiara fama». Quando il merito viene premiato, l'Italia scientifica è sempre vincente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Genetica. Ricerca su *Nature Genetics*, capofila l'Italia
scopre che somministrando un inibitore di un enzima
studiato per i tumori si ripristina il suo corretto funzionamento

“Con un farmaco l'autismo si potrà battere”

GIUSEPPE TESTA*

IL NOSTRO studio pubblicato ieri su *Nature Genetics* fa avanzare una metodologia d'avanguardia per la ricerca: il “disease modeling”, ovvero la creazione di avatar cellulari per lo studio dell'autismo e delle malattie mentali. Una delle frontiere più emozionanti ed ambiziose della ricerca biomedica scaturisce dalla capacità di riprogrammare le nostre cellule, facendo leva su pochi geni chiave. A partire dal 2006, con il lavoro del premio Nobel giapponese Yamanaka, questa capacità è cresciuta esponenzialmente, spalancando le porte a un intero campo di studi: il “disease modeling”, la creazione di modelli in vitro di malattie umane. Tutto parte dalla possibilità di riprogrammare cellule della pelle in cellule staminali pluripotenti, cioè riportate ad uno stadio analogo a quello delle staminali embrionali da cui hanno origine tutti i nostri organi. Queste staminali riprogrammate possono essere quindi reindirizzate a dare origine, sempre in vitro, a tutti i tipi di cellule del nostro corpo. Ed è qui che si apre la nuova frontiera per lo studio delle malattie genetiche, in primis quelle causate dal difetto di un singolo gene, ma anche quelle causate dall'intreccio di fattori genetici e ambientali, dalle malattie neuropsichiatriche ai tumori. Se infatti le cellule di partenza recano in sé una o più anomalie genetiche, queste le ritroveremo naturalmente anche nelle cellule staminali in cui riusciamo a riprogrammare, e quindi anche in tutti i loro derivati

La scoperta

È “serendipity”: scoperta “fatta per caso”. Durante ricerche sul cancro si è visto che alcuni geni sono coinvolti anche nell'autismo. Da qui il lavoro su *Nature Genetics* (22 scienziati tra Italia, UK e Usa coordinati da Testa) sull'enzima LSD1: se inibito corregge alcuni circuiti molecolari. Ora lo screening sui possibili farmaci.

(ad esempio neuroni, cellule del fegato etc.). Riusciamo a riprodurre, all'esterno del paziente, vari tipi di “sue” cellule (scegliendo quelle più importanti per la specifica malattia), incluse quelle che per ovvi motivi erano rimaste finora praticamente inaccessibili alla ricerca, come appunto i neuroni. Un processo di esternalizzazione cui non a caso nel mio laboratorio ci riferiamo come “avatars”, una sorta di avamposti cellulari del corpo che mirano a rappresentarne i tratti salienti di salute e malattia, e su cui poter non solo studiare i meccanismi della patologia, ma anche testare nuovi farmaci. Qui, dove anche l'Europa è all'avanguardia, studiamo in laboratorio specifiche malattie dello sviluppo cerebrale (come l'autismo e la disabilità mentale) e alcuni tipi di tumori, concentrando su vari fattori epigenetici, vale a dire quelle proteine che agiscono sul DNA, o sull'impalcatura attorno a cui è avvolto, accendendo o spegnendo a cascata le migliaia di geni che regolano la funzione delle nostre cellule.

Una delle novità più interessanti emerse negli ultimi anni è infatti che difetti in questi fattori sono alla base sia di molti tumori che di molte malattie neuropsichiatriche, ponendoci la grande sfida, ma anche l'opportunità, di capire come gli stessi geni possano causare malattie diverse a seconda della fase dello sviluppo in cui vengono colpiti. Nel nostro lavoro più recente abbiamo applicato la riprogrammazione cellulare a due malattie speculari causate da alterazioni nella dose di 26 geni, un numero piccolo rispetto al totale di circa 30.000 ma in grado di influenzare aspetti fondativi della condizione umana quali il linguaggio e la socialità. Nella sindrome di Williams infatti, di questi geni ne manca una copia, e questo causa una particolare forma di disabilità intellettiva che risparmia in buona parte il linguaggio e dà luogo a una forma di ipersocialità. Quando di questi geni ce n'è invece una copia in più si ha una sindrome per molti versi speculare, e cioè grave compromissione del linguaggio e della socialità fino all'autismo conclamato. Sorprendentemente, abbiamo scoperto che queste alterazioni non solo modificano i circuiti molecolari dei principali organi colpiti dalle due malattie, ma che lo fanno fin dai primissimi stadi dello sviluppo.

*Dip. Scienze Salute, univ. Milano;
Dir. Lab. Epigenetica-Ieo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

AREE COINVOLTE

- l'interazione sociale
- le capacità comunicative
- Il comportamento
- il tipo di interessi e attività

LE CAUSE MULTIPLE FATTORI IN INTERAZIONE



Fattori auto-immunitari



Inquinamento ambientale



Alterazioni mitocondriali



Stress in gravidanza



Cromosoma 7

Perdita, alterazione o duplicazione di 26 geni che sono alla base sia della sindrome di Williams (ipersociali) e specularmente di quella autistica (socialità compromessa). Tra questi 26 il GTF21 gioca un ruolo chiave.

PER SAPERNE DI PIÙ

nefrologo) e riabilitativo, con sedute di logopedia e psicomotricità.
www.aisw.it
(mariapaola salmi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Williams

La sindrome di Williams è una malattia genetica meno rara di quanto si pensi. In Italia sono almeno 5.000 le persone affette, la prevalenza è di uno su 7.000 nascite. Piuttosto facile la diagnosi alla quale, se esiste un sospetto, si arriva nei primissimi anni di vita dopo aver eseguito il test di Fish con un semplice esame del sangue. «È causata da una microdelezione del cromosoma 7, ossia una piccola perdita di un certo numero di geni su questo cromosoma - spiega Stefano Villari, neuropsichiatra, Bambino Gesù di Roma - con quadro somatico e cognitivo alterato». Contrariamente all'autismo, le persone colpite da sindrome di Williams sono fin troppo socievoli, hanno un linguaggio fluido, autonomia molto buona e sopravvivenza simile a quella della popolazione generale. Il trattamento è sistemico (pediatra, cardiologo, endocrinologo, gastroenterologo,

INFORMAGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL CASO.

L'esempio del progetto Epigen dalle malattie rare la svolta su ansia sociale e disturbi del neurosviluppo

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

EPIGEN (Progetto Bandiera Epigenomica) è diretto da Giuseppe Macino e organizzato da due donne manager, Cecilia Poli e Lisa Marchiorretto. Tutti e tre lavorano a Roma. Giuseppe Testa, invece, lavora a Milano e fa parte del Comitato Esecutivo, insieme ad altri 8 ricercatori, che lavorano in varie città. Obiettivo di EPIGEN è capire i meccanismi epigenetici che regolano processi determinanti variazioni del fenotipo. In termini più semplici vuole capire che cosa accelera o rallenta i processi con cui il DNA trascrive

proteine attive in cellule specializzate. Queste proteine, infatti, condizionano il funzionamento di cuore, reni, cervello, pelle ecc. EPIGEN coinvolge 70 gruppi di ricerca ed è difficile trovare tra quegli scienziati chi abbia compiuto 40 anni. Nessun barone.

Si sapeva da tempo che l'assenza di un gene, chiamato GTF2I provoca la Sindrome di Williams. I bambini affetti hanno un ritardo mentale, grande socievolezza e qualche problema a cuore e retina. La gravità dipende dalle variazioni di segmenti del gene o dalla sua mancanza. Al contrario, se quel gene è duplicato, l'individuo sviluppa

ansia, chiusura, disturbo delle capacità di relazione sociale, sino a forme severe definite "disturbi dello spettro autistico" (DSA).

L'ansia è fenomeno comune, disabilitante, che si presenta spesso insieme a depressione, abuso di sostanze e altri seri problemi psichiatrici. La scoperta che l'enzima LSD1 è capace di regolare GTF2I apre uno spazio inatteso sulla possibilità di modificare il funzionamento dei neuroni. LSD1, infatti, è noto da anni per il ruolo che svolge in alcune forme di cancro e leucemia. È bersaglio di farmaci che ne inibiscono l'attività, con la concreta possibilità di disporre presto di armi capaci di modificare il destino di chi ha un tumore, ma anche di chi soffre di ansia sociale o autismo. Ancora una volta malattie rare forniscono informazioni preziose per curare disturbi molto diffusi. Basta alibi: EPIGEN indica che, dopo la vendita dell'industria farmaceutica italiana, il vento può cambiare, orientandoci su nuove rotte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICERCA: OBESITÀ, CELLULE DEL GRASSO RIPROGRAMMATE PER CONSUMARE DI PIÙ

Roma, 15 dic. (AdnKronos Salute) - Dal grasso bianco a quello bruno, per aiutare il corpo a bruciare di più. I ricercatori della University of Southern Denmark hanno scoperto il meccanismo per trasformare cellule di grasso bianco, in modo da aumentare il consumo energetico. Uno studio che apre la strada a una potenziale futura strategia per il trattamento dell'obesità. La sfida è quella di riprogrammare le cellule di grasso bianco - che stipano l'energia - in cellule chiamate 'brite' (brown in white), consentendo così al tessuto adiposo di bruciare l'energia in eccesso sotto forma di calore, invece di conservarla. Il gruppo di ricerca del Dipartimento di Biochimica e Biologia molecolare diretto da Susanne Mandrup spiega come è riuscita a ottenere la trasformazione su 'Genes & Development'. In pratica, "abbiamo stimolato lo 'scurimento' degli adipociti bianchi umani attraverso un farmaco usato per trattare il diabete di tipo II e abbiamo confrontato poi le cellule di grasso bianco con quelle brite. Le seconde - spiega la ricercatrice - hanno programmi genetici distinti che, quando sono attivi, le rendono particolarmente brave a consumare energia". L'idea degli scienziati ora è quella di far piena luce sul meccanismo, per sfruttarlo nella lotta all'obesità.

quotidianosanita.it

Lunedì 15 DICEMBRE 2014

Epatite C. Lorenzin: "Con farmaci innovativi in 5 anni eradicheremo malattia dall'Italia". E su riforma ticket dice: "Non aumenteranno"

Così il ministro della Salute a RaiNews24. Soddisfazione per l'emendamento governativo che ha istituito il [Fondo per i farmaci innovativi](#). Tra questi centrale il nuovo 'superfarmaco' contro l'Epatite. Quanto ai nuovi ticket: "In Italia abbiamo tantissimi evasori che pesano sulle persone più fragili, ma il recupero di risorse non vuol dire un aumento dei ticket".

Ospite in studio a RaiNews24 il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha sottolineato la sua soddisfazione per le risorse (1 mld) destinate a coprire le spese per il nuovo 'superfarmaco' contro l'Epatite C, in grado di eradicare il virus dall'Italia. E' quanto prevede l'emendamento alla legge di Stabilità che porta la sua firma per garantire nel prossimo biennio l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale del nuovo medicinale.

"E' una bellissima giornata per 1,5 milioni di persone - ha esordito Lorenzin -. Sono 400mila in Italia i malati di Epatite C e un altro milione sono le persone infette. Ricordiamo che di questa malattia, purtroppo, si muore. I nuovi farmaci permettono, soprattutto per l'Epatite presente nel nostro Paese, una totale guarigione nel 90% dei casi, ottenibile in pochissime settimane di terapia fatta a casa. Purtroppo, però, questa terapia è molto costosa. La cifra di 1 mld stanziata nella stabilità ci permetterà di curare il primo gruppo di pazienti più gravi, poi il prezzo scenderà notevolmente. Noi pensiamo di poter eradicare la malattia dall'Italia in 5 o 6 anni".

Interrogata poi sui nuovi ticket previsti dal Patto per la salute, il ministro ha spiegato che su questo tema è già al lavoro da tempo una commissione ad hoc. "Stiamo facendo un grosso lavoro per rivedere i ticket, ma trovare un nuovo equilibrio di recupero di risorse non vuol dire che questi aumenteranno. Abbiamo tantissimi evasori che pesano sulle persone più fragili, costrette poi a rinunciare anche a semplici esami diagnostici a basso prezzo. In sanità - ha concluso Lorenzin - abbiamo ancora disparità gigantesche".

Medici Contro turni massacranti intesa Cimo Consulcesi

■ Il sindacato dei medici Cimo affida a Consulcesi la battaglia per garantire un orario di lavoro che rispetti la direttiva europea 88/2003/CE, «alla quale - spiega il sindacato - l'Italia si è già adeguata con colpevole ritardo e che, nonostante la recente pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, verrà applicata solo il prossimo anno». Cimo esprime «grande preoccupazione al riguardo» e, insieme a Consulcesi, propone ai propri iscritti la strada dei ricorsi. «È indispensabile - spiega il presidente di Cimo, Riccardo Cassi - garantire ai camici bianchi la possibilità di poter svolgere nelle condizioni idonee la loro professione, tenendo anche in considerazione la delicatezza delle situazioni che si trovano ad affrontare ed è anche un loro diritto tutelarsi e pretendere di essere adeguatamente risarciti per un diritto che è stato negato solo ai medici. L'obiettivo che ci prefiggiamo con questa iniziativa - prosegue - non è far calare sui medici una norma ritagliata per altre tipologie di lavoro, ma costringere Governo e Regioni a costruire di concerto con i sindacati di categoria, un'organizzazione del lavoro che preveda turni e riposi specifici per l'attività che il medico svolge all'interno del Ssn, a tutela non solo dei camici bianchi, ma soprattutto dei cittadini».

Consulcesi è già pronta a far partire i ricorsi. «Per il mancato rispetto della direttiva in questione - afferma l'avvocato Sara Saurini, responsabile dell'area legale di Consulcesi - i medici possono ottenere risarcimenti anche oltre gli 80mila euro attraverso ricorsi contro lo Stato e non nei riguardi delle aziende. Sul fronte del riconoscimento di un diritto sancito dalla Ue, la maggiore

realità di tutela medica italiana e tra le principali in ambito internazionale, sta già vagliando e predisponendo azioni collettive a tutela dei medici sottoposti a turni massacranti insieme agli studi legali nostri partner in Francia, Germania, Austria e Inghilterra. Per tutti i medici che ritengono di essere stati sottoposti a turni lavorativi eccessivi ci sono a disposizione oltre 350 tra avvocati e consulenti legali che rispondono gratuitamente al numero verde 800.189091 oppure il sito internet www.consulcesi.it.



PARLA IL MINISTRO



Ministero della Salute

Più prevenzione e stili di vita sani per mantenerci il primato della longevità



Il nostro Paese è secondo al mondo dopo il Giappone, per la longevità della popolazione. È un risultato che non può che farci felici perché, con il loro bagaglio di esperienza, gli anziani sono una risorsa per la nostra società. Vivere più a lungo è sicuramente un risultato importante, ma è altrettanto importante regalare vita e benessere ai propri anni giungendo alla terza età sempre più in salute. Perché questo avvenga ognuno deve fare la sua parte. Il Servizio sanitario nazionale ha il dovere di curare i propri cittadini e di informarli sulla grande arma che abbiamo a disposizione per restare in salute più a lungo, un'arma che consente di non far ammalare i sani: la prevenzione. Ci deve essere, però, un impegno da parte delle persone a prendersi cura della propria salute. L'impegno a cercare di stare bene. Ciò può avvenire anche semplicemente adottando stili di vita salutari, che vanno considerati la nostra prima medicina. Ma che cosa sono gli stili di vita salutari? Adottare uno stile di vita salutare significa ad esempio, seguire nel corso di tutta la vita, una corretta alimentazione per evitare lo sviluppo di tante malattie. Pensiamo all'obesità, al sovrappeso, alle malattie cardiovascolari, al diabete alimentare e ad alcune forme di tumore.

Seguite quindi il modello alimentare della "dieta mediterranea" basato sul consumo bilanciato di frutta, verdura e legumi e con pochi grassi pericolosi

per la salute. Fondamentale è poi l'attività fisica. Dobbiamo ricordare che il corpo umano è fatto per muoversi, è sufficiente anche una passeggiata giornaliera di almeno 30 minuti. Il movimento è un grande alleato e fa guadagnare salute.

Non fumate, e se siete dei fumatori, sappiate che si può smettere a qualsiasi età, perché il fumo fa male, uccide ed è correlato a moltissime e gravi patologie.

Per un corretto stile di vita è essenziale anche non abusare di alcol. L'alcol non è un elemento nutritivo, è ricco di calorie e dunque fa ingrassare. L'abuso di alcol è correlato allo sviluppo di gravi patologie quali la cirrosi epatica, i tumori e le malattie dell'apparato cardiovascolare. A questo aggiungo un'altra raccomandazione: se utilizzate dei farmaci non assumete bevande alcoliche perché ci potrebbero essere pericolose interazioni, consultate il vostro medico. E ricordate: non mettetevi mai alla guida dopo aver bevuto, il 37% degli incidenti stradali sono attribuiti alla guida in stato di ebrezza.

Beatrice Lorenzin