

# Sanità, i computer non si parlano

**Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin dice che si possono risparmiare 7 miliardi mettendo in rete i sistemi delle Regioni: «Tutti gli ospedali sono informatizzati, ma i dati non circolano a livello nazionale».**

di Ignazio Ingrao

**C**ostretta a letto per portare a termine la gravidanza di Lavinia e Francesco, i due gemelli nati il 7 giugno, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha trasferito il suo ufficio nella casa di Acilia, vicino Roma, e da lì è in continua attività. Ma ha anche sperimentato sulla sua pelle quanto sia preziosa la «sanità digitale»: «Senza muovermi da casa ho fatto analisi, aggiornato la mia cartella elettronica, consultato gli specialisti» racconta. Sarà anche per questo che il ministro sta mettendo una passione tutta particolare per lanciare il «Patto per la sanità digitale». Se ne parlerà a Roma, dal 10 al 12 settembre, nell'ambito di S@lute, una tre giorni di talk show e workshop sulla sanità digitale promossa da Aris (Agenzia di ricerche informazione e società) in collaborazione con il ministero della Salute.

**Ministro, qual è il livello di digitalizzazione del nostro sistema sanitario?**

È ai livelli più alti in Europa. Tutti gli ospedali sono informatizzati. Tutte le nuove attività sanitarie hanno un'applicazione digitale. Il nostro problema è mettere a sistema tutto questo e, soprattutto, fare in modo di passare dall'informatizzazione della struttura ospedaliera alla digitalizzazione dei servizi. In quest'ultimo passaggio siamo indietro.

**C'è un problema di integrazione dei sistemi informatici regionali?**

In passato sono stati buttati centinaia di milioni di euro, se non miliardi, dalle Regioni che hanno costruito un modello

assurdo, dove non solo c'erano venti sanità regionali, ma anche 20 sistemi informatici che non dialogano tra loro. Con il paradosso che addirittura in una stessa regione aziende e ospedali usano sistemi diversi. È una torre di Babele dove, con la scusa che ognuno parla una lingua diversa, non circolano dati. Ciò è fonte di poca trasparenza e a volte strumento che agevola la corruzione. Per questo è assolutamente necessario un piano nazionale.

**In che cosa consiste il Patto per la sanità digitale?**

È una strategia per cambiare il modo di fare assistenza che si inserisce nel percorso disegnato dal governo. L'obiettivo è definire un master plan triennale, dal 2015 al 2017, per superare la frammentazione del sistema. Dobbiamo partire dall'esistente creando un database (consultabile da tutti) delle iniziative intraprese. Fino ad oggi c'è stata nella pubblica amministrazione un'incomprensibile gelosia dei dati, col paradosso che ministeri e Regioni non si scambiavano i numeri. In Italia ad esempio non sappiamo quanti sono gli autistici o i diabetici e dobbiamo aspettare mesi per avere forse dei dati, neppure completi, sul funzionamento delle aziende ospedaliere e delle regioni. È una situazione inaccettabile e, lasciatemelo dire, «giurassica».

**Chi lo metterà in pratica?**

Ci sarà una cabina di regia composta da ministero della Salute, ministero dello Sviluppo economico, ministero dell'Economia, Regioni, Agenzia per l'Italia digitale, Agenzia italiana del farmaco,

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Consip e dalle categorie di stakeholder interessate.

**Quanto dovrebbe far risparmiare al sistema sanitario?**

Abbiamo stimato un risparmio, prudenziale, di circa sette miliardi di euro. Proviamo ad immaginare soltanto i costi della medicina difensiva e quelli dovuti dalla replica degli esami da parte di strutture diverse che prendono in carico un cittadino. Sia chiaro: si tratta di risparmi da realizzare per portare nuove risorse sulla sanità italiana.

**Come si inserisce il Patto per la sanità digitale nell'agenda digitale e nel Patto per la salute 2014-2016?**

Ho fortemente voluto che nel Patto per la salute ci fosse, per la prima volta, una norma sull'attuazione di una strategia per la sanità digitale. Per due motivi: dare una valenza di sistema a questa riforma e inserire il tema dell'innovazione come parte integrante dell'azione per rendere più efficiente il sistema sanitario.

Introdurre più innovazione digitale significa inserire nel sistema più trasparenza e contribuire a combattere la corruzione.

**Come sarà finanziato questo Patto?**

La realizzazione del Patto non prevede costi o investimenti finanziari da attivare. Siamo partiti dagli obiettivi e dalle necessità che abbiamo e non dai soldi. Il patto dovrà portarci a cambiare passo anche rispetto ai bandi di gara. Troppo spesso nei bandi sono i fornitori a decidere dove portare il sistema pubblico. Questo ha portato alla stratificazione nei servizi. Bandi impugnati davanti ai Tar e

ingessamento del sistema. Proviamo a ribaltare il modello coinvolgendo il sistema delle imprese nella strategia del Patto per discutere in modo trasparente come ammodernare il sistema. Tutti i lavori della cabina di regia saranno consultabili sul sito istituzionale del ministero così come i verbali delle sedute.

### A che punto siamo nell'attuazione del Patto per la salute 2014-2016?

Il provvedimento sui nuovi «livelli essenziali di assistenza» è pronto ed è stato inviato alle regioni. C'è il nuovo nomenclatore per le protesi e il regolamento per gli ospedali (*per l'applicazione di prodotti più aggiornati*, ndr). Sulla revisione dei ticket e delle relative esenzioni abbiamo predisposto una pluralità di ipotesi. Molte Regioni si sono dotate di una centrale unica per gli acquisti di beni e servizi. Il Piano nazionale per la prevenzione 2014-2018 è stato già approvato con intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni. Entro fine mese le Regioni dovranno adottare i singoli piani. Purtroppo registro un rallentamento nell'attività decisionale in questo anno di elezioni amministrative. Voglio essere ottimista, spero che presto si potrà ricominciare un lavoro riformatore con una visione che ci proietti nei prossimi decenni. Non è più il tempo di fare i polli che beccano guardando in basso, bisogna volare alto e avere l'ambizione di lavorare per le prossime generazioni: il mangime è finito e il «mangiame» spero non ci sia più. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

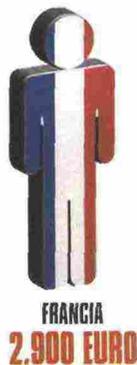
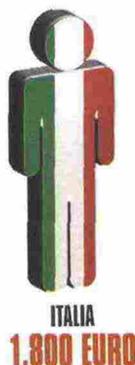


Beatrice Lorenzin vuole realizzare il «Patto per la sanità digitale».

## SPESA PUBBLICA

### IL COSTO PROCAPITE DEL SERVIZIO SANITARIO

Il Servizio sanitario nazionale costa a ogni cittadino italiano 1.800 euro. Nel Regno Unito e Francia circa 2.900 euro, in Germania tremila.





## Chi paga il conto dei nuovi farmaci anti-tumori?

di Emanuela Vinai

*Sta crescendo l'efficacia delle medicine oncologiche, ma di pari passo aumenta l'esborso per la Sanità pubblica. Che potrebbe non farcela più. Quali sono i criteri per decidere che fare?*

**C**urarsi costa. L'ha evidenziato la ricerca del Censis resa nota ieri, lo sanno bene milioni di italiani alle prese con la coperta corta della Sanità che spesso non arriva più dove dovrebbe, e nelle trincee del caro-farmaco il settore delle terapie oncologiche è uno di quelli più combattuti. L'impressione diffusa è che il costo dei farmaci oncologici sia fuori controllo e non sostenibile dal sistema sanitario. Ma come matura il costo di un farmaco? Lo spiega **Giorgio Minotti**, ordinario di Farmacologia all'Università Campus Biomedico di Roma: «Dal punto di vista tecnico, il costo di un farmaco riflette l'innovatività del prodotto, che deriva da svariati anni di ricerca pre-clinica e clinica prima di ricevere l'autorizzazione alla messa in commercio e possa essere somministrato ai pazienti». La ricerca comporta investimenti elevati, chiarisce Minotti: «Le sperimentazioni cliniche sono sistemi organizzativi particolarmente complessi che esigono tempi lunghi, coinvolgendo molte persone e più centri. Tutto questo, insieme agli studi di laboratorio e ai costi di lavorazione con criteri di alta qualità, incide sui costi». Bisogna anche considerare che le aziende farmaceutiche portano avanti più progetti con-

temporaneamente, e non sempre con risultati positivi: «Per un farmaco innovativo che completa con successo il suo iter, e apre speranze laddove non ce n'erano, la stessa azienda accantona altri farmaci non andati a buon fine ma che comunque sono stati studiati con costi elevati che indirettamente incidono sulla filiera produttiva».

**D**el resto è ovvio che le case farmaceutiche non sono strutture non profit, così come è altrettanto pacifico che senza lo sforzo di ricerca e sviluppo da loro sostenuto molti farmaci non vedrebbero mai la luce. «Il problema del costo esiste, sebbene la spesa farmaceutica non rappresenti la parte più rilevante del bilancio sanitario – commenta il farmacologo -. Ma la non sostenibilità dipende da tanti fattori, compreso l'uso che viene fatto del farmaco. Non si può derogare da appropriatezza prescrittiva e terapeutica: il farmaco giusto con la persona giusta e con modalità giuste». Quale può essere una ricetta per la sostenibilità? Minotti indica la via dell'esperienza post-registrativa: «La vita di un farmaco è lunga e la conoscenza che ne abbiamo comincia davvero solo quando viene introdotto nella popolazione generale, in condizioni ben diverse dalle sperimentazioni cli-



niche. È da questo momento che è possibile definirne meglio e l'efficacia e la tossicità, attraverso appositi studi di registro che, con la forza dei dati ottenuti sul campo, aprano tavoli di lavoro finalizzati anche a una migliore valutazione farmaco-economica».

**P**roprio gli elementi che arrivano dall'uso del farmaco in fase post-registrativa possono intervenire per valutarne il valore reale, precisa **Claudio Jommi**, professore associato del Dipartimento di Scienze del farmaco all'Università degli Studi del Piemonte orientale, responsabile scientifico dell'Osservatorio farmaci (Cergas) Università Bocconi. Concretamente, il prezzo dei farmaci in Italia è il frutto di una negoziazione tra imprese e Aifa secondo criteri definiti: «Rilevanza della malattia, posto in terapia, presenza sul mercato di alternative terapeutiche, beneficio incrementale (miglioramento delle condizioni e dell'aspettativa di vita) e impatto sulla spesa (più persone dovranno essere trattate, minore dovrà essere il costo) sono i fattori più rilevanti». Spesso poi per gli oncologici viene negoziato un contratto di rimborso condizionato alla risposta del paziente: «Le aziende e il Servizio sanitario nazionale condividono il rischio di successo nel farmaco: se il paziente non risponde al trattamento, l'impresa dovrebbe procedere al rimborso del farmaco al Ssn». Il prezzo di un farmaco si traduce in costi diversi a seconda delle modalità d'impiego: «Il costo di un ciclo completo di trattamento può essere anche molto elevato – ribadisce Jommi – ma se la terapia viene somministrata una sola volta, come avviene per un farmaco recentemente lanciato per il melanoma, il suo costo potrebbe essere meno rilevante di una terapia cronica».

**A**nche per **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), serve «una rivisitazione dei costi dei farmaci sulla base dell'efficacia», ma soprattutto è necessario istituire «un fondo nazionale per l'oncologia, che valuti le risorse e le ottimizzi». Per questo, prosegue Pinto, «è necessario considerare il prezzo del farmaco nel senso della strategia: va valutato non il costo del singolo prodotto ma la spesa globale per la cura del paziente». Anche perché le novità in campo terapeutico sono incoraggianti: «Sono in arrivo nuovi farmaci per melanomi e tumori ai polmoni che entreranno in commercio presto e che aumentano significativamente le percentuali di sopravvivenza, cui si aggiungono le terapie target su bersagli particolari». E questo, indubbiamente, ha dei costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PERSONAGGIO

“Volevo smettere di fumare e ho inventato l'e-cigarette”

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA  
MIO PADRE è morto di cancro ai polmoni e io ho fumato tre pacchetti di sigarette al giorno per trent'anni. Ora spero che la mia invenzione salvi la vita a tutti i fumatori incalliti come me». Hon Lik è l'inventore della sigaretta elettronica.

A PAGINA 25

# Il segreto di Mister Lik “Così ho inventato il fumo elettronico”

## Il padre della e-cigarette l'ha creata nel 2002 “Ci ho pensato mentre ero nella vasca da bagno”

### LE DIFFICOLTÀ

La cosa difficile è stata far stare il vapore e la fonte di energia che lo alimenta in uno spazio così piccolo

### IL DIVIETO

È giusto vietare il fumo in ambienti come ospedali e scuole  
Ma quello artificiale non è dannoso

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. «Mio padre è morto di cancro ai polmoni e io ho fumato tre pacchetti di sigarette al giorno per trent'anni. Ora spero che la mia invenzione salvi la

vita a tutti i fumatori incalliti come me».

Hon Lik è l'inventore della sigaretta elettronica: l'ha creata nel 2002. Brevettata la sua invenzione attraverso una società di Hong Kong, qualche anno dopo il signor l'ha venduta alla Fontem Ventures, la multinazionale che adesso lo ha assunto come consulente e lo porta in giro per il mondo a pubblicizzare il prodotto. Di sigarette elettroniche, naturalmente, ne esistono oggi vari modelli, in concorrenza e spesso anche in contenzioso legale fra loro: ma è innegabile che il “padre” della prima sia questo cinese 59enne con l'aria dello scienziato - quale in effetti è: ha una laurea in Farmacologia - che parla attraverso un interprete in una saletta di un albergo vicino al parlamento di Westminster.

### Come è nata la sua idea?

«Nella vasca da bagno. Attaccandomi al corpo uno di quegli speciali cerotti per smettere di fumare. Avevo provato tutti i metodi, nessuno aveva funzionato: e ho pensato che non mi dava minimamente la stessa

sensazione di fumare. Mancava qualcosa: il fumo, innanzi tutto. Così ho pensato a una sigaretta che funziona alimentando vapore con la corrente elettrica».

### A cosa voleva arrivare?

«Volevo creare la sensazione del fumo. Avevo bisogno di una fonte di energia che alimentasse il vapore è l'elettricità sembrava quella giusta. Il difficile è far stare tutto dentro un minuscolo cilindro. Dentro una sigaretta».

### Qual è stato il suo percorso prima dell'invenzione?

«Sono arrivato qui dopo una vita passata a studiare la medicina tradizionale cinese. Ma sono stato anche un fumatore: ho fumato tre pacchetti al giorno



per trent'anni. E mio padre è morto di cancro ai polmoni».

### Cosa si aspetta dalla sigaretta elettronica?

«Credo che potrebbe lasciare una traccia positiva per l'umanità».

Sembra sincero, nel suo desiderio di affermarsi come un benefattore, ma qualcuno pensa che il dottor Hon sia come minimo ingenuo. La Fontem Ventures, infatti, è una sussidiaria dell'Imperial Tobacco, una delle più grandi aziende di sigarette al mondo. I critici dell'iniziativa sostengono che le sigarette elettroniche sono una specie di "cavallo di Troia" utilizzato dall'industria del tabacco per indurre la gente a continuare a fumare comunque qualcosa, a rimanere in qualche misura dipendente, se non proprio dalla nicotina, dal gesto e dall'abitudine, e magari a fumare entrambe, le e-sigarette e le sigarette tradizionali. Il fatturato annuo mondiale è cresciuto da

80 milioni di dollari nel 2010 a 7 miliardi oggi e si calcola che arriverà a 40 miliardi nel 2024. Non c'è da sorprendersi che Big Tobacco punti sulle sigarette elettroniche.

### Dottor Hon, lavorare per l'Imperial Tobacco, per uno che vuole salvare l'umanità dal cancro ai polmoni, non è un po' come se la Croce Rossa fosse di proprietà di una fabbrica di armi?

«Critiche e dubbi sono legittimi, anzi benvenuti, quando ci si trova davanti a un nuovo prodotto e il mio è non solo nuovo, ma rivoluzionario. L'importante è però informare correttamente i consumatori. I dati si possono riassumere così: se 100 è il rischio di malattie per chi fuma sigarette tradizionali, 5 è il rischio per chi fuma sigarette elettroniche».

### Ma non le pare di lavorare per il nemico?

«Le statistiche indicano che il 99% dei fumatori di sigarette

elettroniche sono ex-fumatori di sigarette tradizionali o persone che fumano meno sigarette tradizionali perché sono passate anche a quelle elettroniche. Solo l'1% circa dei consumatori sono giovani che non hanno mai fumato prima e che, secondo i nostri critici, potrebbero poi passare a fumare anche le normali sigarette».

### Ha mai sentito parlare del cavallo di Troia?

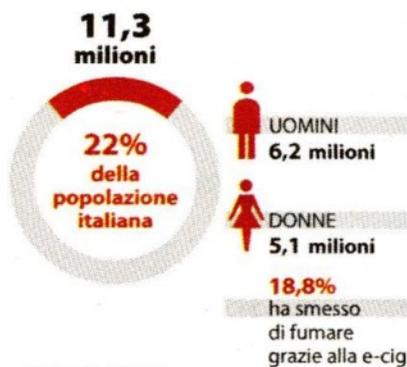
«Ha a che fare con l'antica Grecia, se non sbaglio».

### Sì, e in Galles pensano che le e-sigarette siano appunto una specie di cavallo di Troia del fumo in generale, perciò vogliono metterle al bando nei luoghi pubblici.

«E' giusto vietare il fumo, ogni tipo di fumo, in determinati ambienti, penso a ospedali e scuole, per esempio, so che anche altri paesi considerano misure simili. Ma quello delle e-sigarette non è nocivo. Occorre distinguere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I fumatori in Italia



## Il mercato della e-cig in Italia



## I RISCHI



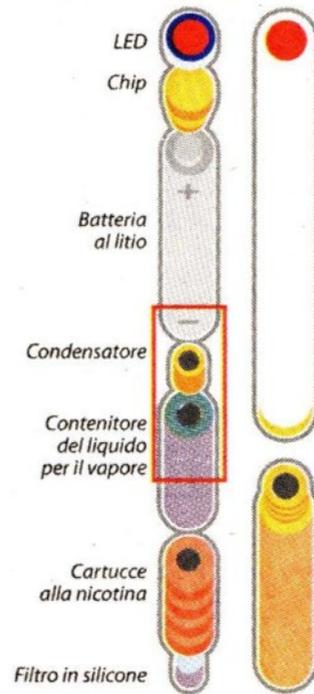
La e-cig non rilascia né catrame né monossido di carbonio



Non esistono ancora studi conclusivi sui rischi per la salute

Alcuni rapporti chimici sui liquidi e i vapori rivelano tracce di elementi potenzialmente dannosi, anche se meno dannosi del tabacco tradizionale

### La sigaretta elettronica



Un ex-fumatore di 15 sigarette al giorno consumerà 4 o 5 cartucce al giorno da 0,25 ml l'una



### I dosaggi di nicotina

In mg

8	12	16	24
---	----	----	----

Ultra light

Sigaretta normale

Light

Le più forti sul mercato

### I costi in un mese

#### SIGARETTA ELETTRONICA

36-65 euro  
Costo di un kit in commercio (una tantum)

+  
9,5 euro

Costo di 135 ricariche (consumo equivalente a 450 sigarette)

140 euro  
Spesa di un fumatore medio (15 sigarette al dì)

### La normativa e i divieti nel mondo

#### UNIONE EUROPEA

approccio "twin track", disciplina in parte farmaceutica e in parte ispirata ai prodotti del tabacco

#### STATI UNITI

e-cig disciplinate come prodotti del tabacco

#### VIETATA IN

Australia, Canada, Norvegia, Brasile, Cina, Thailandia, Uruguay, Singapore, Turchia

marco.giamini@repubblica.it



#### L'UOMO IMMAGINE

Hon Lik ha creato la sigaretta elettronica dopo che diversi metodi che aveva provato per smettere di fumare non avevano funzionato. Ha creato la sigaretta elettronica nel 2002 e l'ha brevettata ad Hong Kong, vendendola alla Fontem Ventures, una multinazionale che l'ha trasformata in un successo mondiale. Oggi è uno dei volti della Fontem Ventures

# Via libera ai superfarmaci anticolesterolo

La Food and Drug Administration dà parere favorevole alle nuove sostanze capaci di far scendere i grassi "cattivi" nel sangue fino al 70%: potrebbero entrare in commercio già entro un anno in Italia

**VALENTINA ARCOVIO  
MILANO**

Anche gli americani sono pronti ad accogliere i nuovi «superfarmaci» che abbattano il colesterolo, sposando il modello europeo del «più basso è, meglio è». Un panel di esperti della Food and Drug Administration, l'agenzia americana che regola i farmaci, ha infatti già dato parere positivo all'approvazione di uno dei due farmaci anti-colesterolo che potrebbero ridurre drasticamente gli eventi cardiovascolari, come l'infarto. Il primo candidato è alirocumab, prodotto dalla Sanofi e dalla Regeneron Pharmaceuticals, su cui il comitato di esperti si è già espresso positivamente. Il secondo candidato è evolucumab, già approvato in via preliminare dall'Agenzia Europea dei Medicinali. La casa farmaceutica produttrice di evolucumab, Amgen, ha presentato ieri i dati clinici agli esperti, da cui ora si aspetta il parere. In base alle conclusioni del panel, l'Fda prenderà una decisione definitiva. Sanofi ha acquistato uno speciale voucher di 67,5 milioni di dollari per accelerare le procedure di autorizzazione e potrebbe avere una risposta già entro il 24 luglio. Amgen, invece, potrebbe avere una risposta entro il 27 agosto. In Italia evolucumab, forte dell'approvazione dell'agenzia europea, potrebbe esser commercializzato già entro un anno.

## Le attuali statine

«La posta in gioco è molto alta», sottolinea Alberto Margonato, primario di cardiologia clinica e terapia intensiva coronarica all'Ircs Ospedale San Raffaele di Milano. «Oggi sono due i farmaci - continua - che aiutano a tenere sotto controllo il colesterolo: le statine, che inibiscono la sintesi del colesterolo, e l'ezetimibe che inibisce l'assorbimento. Entrambi non sono sempre sufficientemente efficaci e le statine spesso non sono tollerate, in quanto posso-

no provocare debolezza muscolare». I nuovi farmaci sarebbero più efficaci e con meno effetti collaterali «Sono anticorpi monoclonali che hanno come target la proteina Pcsk9 che ha un ruolo strategico nel metabolismo del colesterolo Ldl», spiega Michele Gulizia, presidente dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri. «Questi anticorpi, "spegnendo" Pcsk9, aumentano la disponibilità di recettori Ldl sulla superficie delle cellule del fegato che si occupano di eliminare il colesterolo Ldl», aggiunge. I farmaci vengono somministrati attraverso delle iniezioni ogni due settimane o una volta al mese, a seconda della formulazione. Le aziende hanno chiesto l'approvazione all'uso per tre gruppi di pazienti: quelli con alti livelli di colesterolo Ldl che non traggono abbastanza benefici dalle statine; le persone ad alto rischio che hanno già avuto un infarto o hanno il diabete e che non rispondono bene alle statine; e le persone con alti livelli di Ldl che non tollerano le statine. «I dati disponibili dimostrano che questi farmaci hanno una potenza mostruosa sia in associazione con le statine che da soli - dice Margonato -. In un soggetto in terapia, l'aggiunta di questi anticorpi monoclonali riduce il colesterolo Ldl del 70%». Bisognerà però aspettare il 2017 prima di avere qualche dato in più sul legame tra questi farmaci e il rischio di infarto e morte, perché sono ancora in corso studi clinici più ampi. «Su evolucumab i risultati degli studi Osler 1 e Osler 2 hanno dimostrato - riferisce Gulizia - un dimezzamento del rischio cardiovascolare: la riduzione di Ldl è stata più che significativa, del 61%, mentre la riduzione del rischio relativo di sviluppare eventi cardiovascolari è stata di oltre il 53%». Forse l'ostacolo più importante sarà quello economico. «Sono costosissimi e questo potrebbe allungare i tempi per l'approvazione, specie in Italia».

**90%**  
**dei pazienti curati con evolucumab**  
Ha livelli ottimali di LDL dopo 3 mesi (26% con la terapia standard)

**1%**  
**gli attacchi di cuore**  
Nei pazienti curati con evolucumab (2.2% con la terapia standard)

**200**  
**milligrammi per decilitro**  
è la quantità massima non rischiosa per la salute di colesterolo nel sangue

**5**  
**il massimo consentito**  
per il rapporto colesterolo totale/HDL per gli uomini (4,5 per le donne)



# Nuovo sblocca-debiti da 5 miliardi

In arrivo risorse per pagare le fatture scadute nel 2014 - Per gli sconti Tasi 530 milioni

## Il quadro

Il decreto legge sugli enti locali atteso all'esame del Cdm di oggi

## Le Province

Si prova la ricollocazione del personale di centri per l'impiego e polizia

Gianni Trovati  
MILANO

■ In cottura da settimane, il **decreto enti locali** entra finalmente nell'ordine del giorno del consiglio dei ministri convocato per questa sera, ed è già una notizia. Ma è dall'evoluzione del testo, che negli ultimi giorni si è allungato imbarcando un ricco ventaglio di articoli aggiuntivi, che arrivano le novità più interessanti per imprese e contribuenti.

Alle prime guarda la nuova puntata dello **sblocca-debiti** che, come anticipato sul Sole 24 Ore di martedì, potrebbe liberare fino a 4,85 miliardi per consentire agli enti territoriali di liquidare ai propri fornitori anche le fatture scadute nel 2014. Le prime due puntate, scritte dal Governo Letta nel 2013 e dal Governo Renzi nel decreto sul «bonus Irpef» dell'aprile 2014, avevano infatti coperto le partite che si erano incagliate fino al 2013, ma nemmeno lo scorso anno i pagamenti da parte delle Pa sono stati regolari. Anche grazie al recupero di somme già stanziati e non utilizzate nelle tappe precedenti, il fondo per la liquidità della Pubblica amministrazione torna a rianimarsi con due miliardi per i pagamenti delle Regioni, altrettanti per gli enti del servizio sanitario e 850

milioni per Province e Comuni. Si tratta, come sempre, di anticipazioni di liquidità, che gli enti dovranno restituire con un piano di ammortamento fino a 30 anni, ma per partecipare a questa nuova tranche bisognerà dimostrare di essere stati puntuali nei precedenti episodi della serie: le risorse, che dovrebbero essere assegnate entro i primi giorni di luglio secondo una procedura che il testo deve ancora definire nei dettagli, saranno infatti riservate a chi può certificare di aver pagato almeno il 75% dei vecchi debiti finanziati con le precedenti anticipazioni di liquidità.

Per i contribuenti arriva invece la replica, in tono un po' minore, del fondo per finanziare le detrazioni Tasi sull'abitazione principale.

Le ultime bozze parlano di 530 milioni di euro (l'anno scorso erano 625 milioni), che dovrebbero anche compensare i Comuni dei tagli di troppo effettuati con l'ultimo decreto sull'Imu agricola (la verifica dei gettiti effettivi dovrebbe arrivare entro fine mese). In questo modo, il Governo evita il rischio di una caduta generalizzata degli sconti attribuiti dai Comuni nel 2014.

Il provvedimento che dovrebbe essere approvato oggi torna

poi sul terreno delicato della riforma delle Province, nel tentativo di sbloccare una mobilità del personale finora rimasta incagliata. Prima di tutto, il blocco delle assunzioni negli enti che hanno sforato il Patto o impiegato in media più di 90 giorni per pagare le proprie fatture nel 2014 (dal calcolo escono quelle interessate dagli sblocca-debiti) non si applica per i contratti a termine degli enti di area vasta e per la ricollocazione del personale ex provinciale nei Comuni. L'ultima bozza, poi, conferma le ipotesi circolate nelle scorse settimane di ricollocare il personale dei centri per l'impiego attraverso le Regioni, in attesa dell'avvio dell'agenzia nazionale prevista dal Jobs Act: sempre che sia facile trovare l'intesa con i Governatori, che nell'ultima bozza del decreto vedono spuntare i 2,35 miliardi di tagli alla sanità anche se l'accordo non è ancora stato raggiunto.

Un capitolo importante è poi dedicato ai bilanci comunali, con la norma chiamata a permettere la rinegoziazione dei mutui anche a chi è in esercizio provvisorio e correttivi alla riforma dei bilanci, con la probabile proroga dei termini per il riaccertamento delle entrate non riscosse.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I contenuti del provvedimento



### SBLOCCA-DEBITI

Arriva una nuova tranches di anticipazioni per sbloccare i debiti delle Pa territoriali scaduti nel 2014: 2 miliardi sono destinati alle Regioni, due al servizio sanitario e 850 milioni ai Comuni. Possono partecipare solo gli enti che hanno pagato almeno il 75% delle fatture finanziate con i vecchi sblocca-debiti



### FONDO TASI

Viene replicato il fondo che l'anno scorso aveva finanziato le detrazioni Tasi sull'abitazione principale. Quest'anno ci sono a disposizione 530 milioni, invece dei 625 del 2014, che non saranno conteggiati come entrate utili per il Patto per non influire sui saldi di finanza pubblica



### TAGLI ALLA SANITÀ

Nell'ultima bozza del decreto sono scritti anche i tagli per 2,35 miliardi per la sanità, al centro da mesi di una trattativa fra Governo e Regioni. Il decreto, se il testo sarà confermato, blinda questi tagli e li rende strutturali prevedendoli «a decorrere dal 2015»



### PROVINCE

Oltre alle deroghe al blocco delle assunzioni per ricollocare il personale delle Province, il decreto prevede il trasferimento previo consenso del personale provinciale già operante in altre Pa (ma sono casi limitati); si prevede la ricollocazione nelle regioni dei dipendenti dei centri per l'impiego



### SALVA-CASSE

Scompare l'anticipo salva-casse da 1,2 miliardi per il 2015, ma dal 2016 si prevede che entro il 31 marzo venga erogato a ogni Comune un aiuto pari all'8% delle risorse base, da detrarre poi dal gettito dell'Imu, per aiutare la gestione di cassa nei primi mesi dell'anno, poveri di incassi



### MUTUI E BILANCI

Viene data copertura normativa alla possibilità per gli enti locali in esercizio provvisorio di rinegoziare i propri mutui (il termine scade domani); cancellato l'obolo del 10% allo Stato per gli enti che dismettono immobili (il decreto prevede una serie di misure di rilancio delle alienazioni)

## IL SUCCESSO

SODDISFATTO IL MINISTRO LORENZIN

## ELOGI AI MEDICI ROMANI

«Qui mi hanno fatto sentire non solo un paziente, ma anche un amico da salvare a ogni costo»

# Guarito dall'Ebola l'infermiere italiano

Ricoverato per 28 giorni allo Spallanzani di Roma: sta bene

● **ROMA.** «Stefano è un essere speciale e noi ci siamo presi cura di lui». È parafrasando una nota canzone di Franco Battiato che ieri Emanuele Nicastrì, uno dei medici anti-Ebola dell'Istituto Spallanzani, ha fatto gli auguri a Stefano Marongiu, l'infermiere sardo di Emergency guarito dal virus, nel giorno delle sue dimissioni dalla struttura dove è stato ricoverato per 28 giorni: «Qui mi hanno fatto sentire non solo un paziente, ma anche un amico da salvare a ogni costo», ha detto il «paziente 2» ringraziando medici e sanitari.

La guarigione di Marongiu arriva dopo quella del «paziente zero» italiano, il medico Fabrizio Pulvirenti, anche lui impegnato con Emergency in Sierra Leone. Ed è motivo di orgoglio per il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che in un messaggio ha sottolineato come questa sia «un'altra dimostrazione di eccellenza nella cura di questa malattia» e come ci sia stata «un'eccezionale collaborazione internazionale grazie alla quale abbiamo avuto accesso immediato ai farmaci per il trattamento». Emozionato, Stefano Marongiu ha raccontato la sua battaglia contro la malattia: «Si vive una situazione surreale e ci si sente fuori a tutto. Solo ieri (martedì per chi legge, ndr) ho avuto la certezza di essere guarito». Quando ha saputo l'entità dei suoi valori virali ha subito pensato che «era difficile guarire, ma i medici – dice – sono stati eccezionali e se sto bene il merito è di tutti e di questa macchina perfetta e impeccabile». Quindi una precisazione: «Da parte mia sono state rispettate tutte le procedure di sicurezza e di autoisolamento e dunque, per quanto mi compete, non è stato messo in pericolo nessuno. Ciò è stato possibile grazie al protocollo di autoisolamento e alla

formazione sulle procedure di sicurezza datami da Emergency». Quanto ai piani futuri, «oggi (ieri per chi legge, ndr) partirò per la Sardegna e voglio godermi la famiglia, ma non escludo – ha annunciato – di essere di nuovo sul campo per ulteriori missioni con Emergency in Africa». Dal «paziente 2» arriva anche un monito: «Oggi, mi fa paura che Ebola faccia un po' meno paura. Abbassare la guardia è molto rischioso», avverte. E proprio per mantenere alta l'attenzione e contribuire al progresso della Ricerca su questa patologia, ha annunciato che, come il medico Pulvirenti, donerà il proprio sangue allo Spallanzani.

I protocolli terapeutici hanno dunque funzionato, anche se per Marongiu, come ha spiegato il direttore scientifico dell'Istituto Giuseppe Ippolito, sono stati impiegati farmaci e procedure diversi rispetto al «paziente zero»: «Ai due pazienti italiani sono stati applicati protocolli clinici in parte differenti, questo poichè – ha chiarito – ogni caso è diverso e anche per l'influenza dell'età. I farmaci, ad ogni modo, sono stati realmente miracolosi». Soddisfatto anche il neo commissario dello Spallanzani, Marta Branca: «L'Istituto ha affrontato bene l'emergenza, in attesa che sia disponibile la nuova struttura ad alto isolamento realizzata da ministero e Protezione civile. Esorto le istituzioni a sostenerlo». E in una giornata all'insegna della gioia, il «paziente 2» ha anche ricevuto un'offerta professionale. Stefano, ha affermato Alessio D'Amato della Regione Lazio, «è un bravo professionista e siamo pronti ad accoglierlo. Se vorrà, potrà collaborare a rafforzare l'attività dello Spallanzani». Immediata la risposta di Marongiu: «Mi farebbe davvero piacere collaborare con voi».

Manuela Correra



Questo sito utilizza cookie, anche di terze parti, per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca su "ulteriori informazioni". Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie. [Ulteriori informazioni](#) [Ho capito](#)



Salute . Sanità . **L'infermiere guarito da Ebola: "Commosso e pronto a tornare in Africa"**

**SANITÀ**

33% 33% 33%

# L'infermiere guarito da Ebola: "Commosso e pronto a tornare in Africa"

Annunci Google

**Novità Fotovoltaico 2015**

Il Fotovoltaico a casa conviene? Le 3 novità che cambiano il mercato  
[www.fotovoltaicoperte.com](http://www.fotovoltaicoperte.com)

**Offerta Allarme Verisure**

Il tuo allarme a partire da 299€! Preventivo Gratuito e senza impegno  
[verisure.it/Offerta\\_Alarmi](http://verisure.it/Offerta_Alarmi)

**Sconfitto l'alito cattivo**

Ecco come mi sono liberato una volta per tutte dall'alitosi!  
[www.mai-piu-alitosi.it](http://www.mai-piu-alitosi.it)

Mi piace **Condividi** 0



Stefano Marongiu

**Articolo pubblicato il: 10/06/2015**

"Non ho avuto tempo per godermi la mia famiglia, le persone speciali che ho lasciato, ma **non escludo di tornare sul campo per una ulteriore missione**, che mi sembra doveroso sostenere in parti meno fortunate del mondo. Se Emergency avrà necessità, ci sarò". **Parola di Stefano Marongiu, l'infermiere sardo di Emergency infettatosi in Sierra Leone, che dopo 28 giorni di ricovero all'Istituto Spallanzani di Roma, è stato dimesso questa mattina dalla struttura.** "Mi sembra doveroso - aggiunge - **mettermi a disposizione per la**

**donazione del sangue allo Spallanzani, per aiutare le ricerca scientifica**".

"Ora sono rinato, scappo in Sardegna tra poche ore - annuncia Marongiu - **Voglio tornare per riabbracciare i miei cari e i miei cani** che ho saputo essere stati isolati come prevedono le disposizioni. Ma io non ho avuto contatti diretti, una volta scoperti i sintomi e **non ho mai messo in pericolo nessuno**".

**Marongiu è il secondo paziente italiano colpito dal virus, assistito e curato allo Spallanzani dopo il medico siciliano Fabrizio Pulvirenti.** "Ora conosco tante cose che non sapevo - aggiunge l'infermiere - come il coinvolgimento internazionale. Se sono qui devo dire grazie a tanti uomini e donne che hanno reso possibile la mia guarigione, un esempio di Italia coesa e che ha lavorato come un'equipe. **Ringrazio l'unità di crisi in Sardegna, il ministero della Difesa e l'Aeronautica Militare, l'Aifa e il ministero della Salute. E un ringraziamento speciale allo staff dello Spallanzani, e' un'eccellenza**".

Mi piace **Condividi** 0

Cerca nel sito



**SPECIALE EXPO 2015**

-  Vai allo speciale Expo 2015
-  Video da Expo
-  Eventi
-  Protagonisti



**Notizie Più Cliccate**

1. Caldo fino a metà mese, poi l'estate va in vacanza
2. "Sono dai miei e cerco di tornare alla normalità", compleanno a casa per Sara Tommasi /Video
3. Rinunciano alla gita per donare i soldi alla prof malata di cancro. E lei si commuove /Video
4. Mafia capitale, altri 5 arresti: truccata anche la gara per restauro



**adnkronos**  
**salute**

○ 11 giugno 2015  
○ NUMERO 106 | ○ ANNO 9

# Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

## Alzheimer zona oscura ricerca, 200 trial falliti

"Negli ultimi decenni sono stati investiti decine di miliardi di dollari nella ricerca farmaceutica contro l'Alzheimer, con un tasso di insuccesso fra i più alti di tutta la storia della medicina. Più di 200 trial sono falliti. E in più, siamo di fronte non certo a una malattia con pochi casi, ma all'epidemia del secolo. La nostra preoccupazione è che gli investitori possano rinunciare alle sperimentazioni. Potrebbe essere un vero e proprio tsunami, soprattutto per l'Italia che, dopo il Giappone, è il Paese più interessato". A tracciare il quadro 'oscuro' della ricerca mondiale sull'Alzheimer è Luca Pani, dg Aifa, che ha ospitato il secondo incontro internazionale nell'ambito del progetto 'Dementia Integrated Development Initiative', promosso dal Regno Unito. Le stime dell'Alzheimer International Association indicano che nel 2013 erano più di 44 milioni i pazienti con demenza in tutto il mondo. Un numero destinato a raggiungere oltre i 75 milioni nel 2030 e a superare i 135 milioni nel 2050. I rappresentanti delle agenzie del farmaco di Regno Unito, Giappone, Canada, Stati Uniti, Danimarca, Germania, Svizzera e dell'Agenzia europea dei medicinali, insieme a esponenti del mondo accademico, si incontrano a Roma per affrontare questo grande tema.

*Segue a pag. 3*

## Alzheimer zona oscura ricerca, 200 trial falliti

Segue dalla prima - Obiettivo, "pensare ad esempio a dossier unici per l'approvazione di futuri nuovi farmaci - dice Pani - e a un servizio di scientific advice in fase precoce: se devono fallire, i trial devono fallire subito, non al termine degli studi. Da questa due giorni potrebbero uscire delle raccomandazioni o delle policy, questo lo deciderà il dipartimento di Salute inglese che la ha organizzata". Il costo dei cicli di ricerca e sviluppo per nuove molecole in neurologia, e in particolare nelle demenze, è mediamente superiore rispetto ad altre aree terapeutiche. Questo dipende da vari fattori, ma in particolare dalla lunghezza dei cicli e dalla complessità dei modelli di malattia rispetto ad esempio alle malattie infettive che hanno misure di esito certe e tempi relativamente brevi: "Potremmo trovarci di fronte a uno scenario simile a quello delle epatiti - avverte il Dg Aifa - ma su scala maggiore: terapie da decine di migliaia di euro a paziente, ma non per un singolo ciclo, bensì all'anno". "Fra il 2018 e il 202 - aggiunge Valentina Mantua, psichiatra e dirigente medico dell'Ufficio Assessment Europeo dell'Aifa - arriverà un paio di molecole mirate alle fasi precoci di malattia". Poche, rispetto al fatto che "tre grandissime aziende hanno fallito" in questo campo, "con una perdita di 30 miliardi di dollari. Si teme che, se questo si ripeterà anche una sola volta, questo settore di ricerca verrà abbandonato. Quello che vogliamo fare è ridurre il margine di incertezza legato a queste sperimentazioni, agendo insieme a tutte le altre agenzie regolatorie. Dobbiamo fare tutti la stessa cosa, per lo stesso obiettivo".

*Barbara Di Chiara*

## Salute ● curarsi

## Farmaci

# Allarme antibiotici!

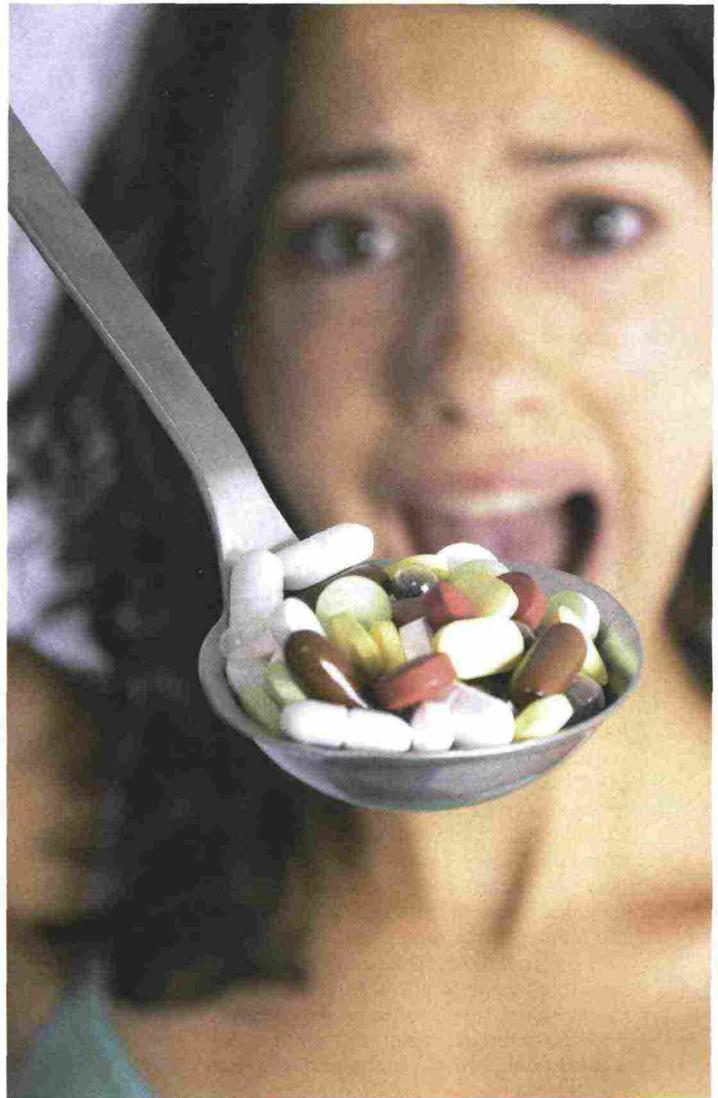
L'Italia è il maggior consumatore di antibiotici in Europa e l'abuso di questi farmaci ci espone a rischi certi

di Monica Marelli e Antonio Murzio

**I** trend di consumo di antibiotici nel nostro Paese, nonostante gli allarmi, è in crescita, con un aumento di oltre il 5% nell'ultimo anno. Tra le principali malattie per le quali viene prescritto un antibiotico ci sono le patologie dell'apparato respiratorio (40% delle prescrizioni) e quelle del sistema genito-urinario (18%). In otorinolaringoiatria e urologia c'è il massimo uso e abuso di antibiotici, con un uso inappropriato del 49,3% nelle laringotracheiti e del 36,3% nelle cistiti. Ad abusare (o meglio, vittime

dell'abuso!) degli antibiotici spesso sono i bambini. Recenti indagini hanno stimato che ben il 42% dei lattanti ha preso antibiotici e la percentuale sale al 65% per i bimbi di età compresa tra i 2 e i 5 anni.

**Uno degli errori più comuni tra i genitori, e non solo quando si tratta di bambini, è quello di ricorrere all'antibiotico anche per le infezioni virali.** Mentre, per esempio, l'influenza comune nel 96% dei casi non è causata da batteri, ma da virus, contro i quali gli antibiotici non servono!



## Capire quando servono e quando no

**S**olo un bravo medico può stabilire se si tratta di un attacco di batteri o di virus, perché spesso i sintomi sono uguali (tosse, naso che cola, febbre, male alle ossa, ecc...). **Assumere antibiotici "autoprescritti" fa moltissimo, perché a lungo andare può dar luogo al fenomeno noto come "resistenza antibiotica".** Significa che se assumiamo antibiotici inutilmente o in dosi errate può succedere una cosa molto semplice: sul campo di battaglia rimarranno uccisi solo i batteri più deboli, mentre quelli più resistenti

rimarranno vivi e potranno trasmettere alla loro "prole" le stesse caratteristiche di resistenza. Per evitare di allevare superbatteri bisogna rispettare scrupolosamente le dosi prescritte dal medico e per il periodo indicato. **Grave errore quello di interrompere la cura** perché "tanto mi sento bene": i batteri residui possono moltiplicarsi (in un'ora si arriva anche a un milione di batteri). **La resistenza è il fenomeno per cui questi farmaci non riescono più a uccidere i batteri.** Le cause sono diverse e agiscono

contemporaneamente: "Sono l'assunzione esagerata ed errata di antibiotici e il loro uso massiccio in zootecnia" afferma il dottor Roberto Mattina, professor ordinario di Microbiologia e Microbiologia Clinica e direttore della Scuola di Specializzazione in microbiologia e virologia all'Università degli Studi di Milano. L'esperto spiega che "La resistenza più diffusa è quella acquisita da un ceppo batterico che all'inizio è vulnerabile nei confronti di un antibiotico ma, man mano che sta a contatto con esso, si seleziona una popolazione batterica resistente".

Salute • curarsi

## Come fanno i batteri a difendersi?

I batteri mettono in atto diverse strategie, spiega il dottor Mattina, fra cui l'impermeabilizzazione (la membrana che li avvolge, come se fosse la loro "pelle", non fa passare le molecole di antibiotico) e il sistema di efflusso attivo (il batterio diventa capace di espellere la molecola di antibiotico prima che questa faccia effetto). Al momento le resistenze più gravi sono quelle che si verificano nel luogo più pulito del mondo: l'ospedale.

Cosa si può fare? Innanzitutto, dice il dottor Giuseppe Spriano, Presidente della Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale, "Consumarne di meno e fidarsi di più del medico di base". Su 4 prescrizioni di antibiotici, infatti, 3 sono state compilate per l'assillante richiesta del paziente. Secondo l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, "Il 49% delle laringotracheiti e il 36% delle cistiti sono trattate in modo inappropriato con gli antibiotici".



## COSA SONO E COME AGISCONO?

Il farmaco può essere ad ampio spettro o a spettro ristretto. Il batterio è un organismo formato da una sola cellula. Ogni cellula ha una membrana che, come una maglia elastica, tiene confinato il contenuto del batterio. Il tutto è avvolto dalla parete cellulare, che conferisce compattezza alla struttura. La differenza sostanziale è che i batteri Gram-positivi hanno le pareti cellulari sottili. I Gram-negativi hanno le pareti a due strati, meno penetrabili. **Quindi se l'antibiotico è ad ampio spettro, agisce sia su batteri Gram positivi che Gram negativi.** Il nome deriva da Hans Christian Gram, lo scienziato danese che inventò il metodo per identificare i due tipi di batteri attraverso la colorazione.

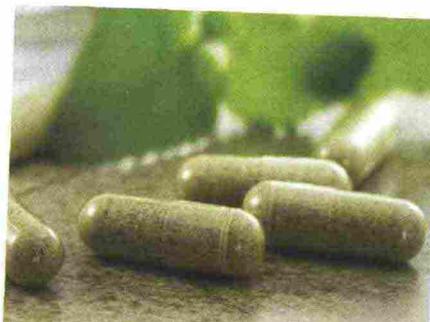
## LE CURE ALTERNATIVE L'importanza dell'acido ialuronico

Per le piccole, ma importanti infezioni che ci colpiscono tutto l'anno (come per esempio la cistite, un cruccio soprattutto delle donne), si possono evitare gli antibiotici. Per esempio, il batterio riesce a proliferare se aderisce bene ai nostri tessuti: allora non si potrebbe rendere inattaccabile la superficie? Sì, come spiega il dottor Gelardi, otorinolaringoiatra e citologo nasale del Policlinico Universitario di Bari: "Da circa un decennio si dà molta importanza al biofilm, una specie di scudo gelatinoso che alcuni batteri, soprattutto quelli che attecchiscono in gola e nelle vie urinarie, riescono a fabbricare per difendersi dall'attacco degli antibiotici". Riescono a fabbricare tale biofilm solo se riescono ad aggrapparsi alla superficie della mucosa. **Una sostanza in grado di rendere scivolosa la superficie delle mucose è l'acido ialuronico.** Questa molecola si trova un po' ovunque nel nostro corpo, dove svolge tantissime funzioni, fra cui la riparazione della pelle, il mantenimento di una cartilagine morbida e resistente, il movimento e la proliferazione delle cellule. Dice il dottor Gelardi: "Quando è somministrato come aerosol, ha un'azione terapeutica sulle mucose in caso di tonsilliti, laringiti, faringiti, sinusiti, riniti e tracheiti, come hanno dimostrato diverse pubblicazioni. L'acido ialuronico ad alto peso molecolare (9 mg) idrata le mucose, dando sollievo a bruciore e prurito e al tempo stesso, migliorando il battito ciliare che consente l'eliminazione del muco e impedisce l'ingresso di elementi infettivi, prevenendo le infezioni e il loro cronicizzarsi. Un recente studio pubblicato su una prestigiosa

rivista scientifica scandinava, ha dimostrato poi che l'acido ialuronico è in grado d'interferire con l'adesione batterica ostacolando quindi la formazione di biofilm".

### PER LE CISTITI?

La dottoressa Monica Sommariva della Divisione di Urologia dell'Ospedale Fornaroli di Magenta, nel Milanese, consiglia: "È una follia bombardare la donna di antibiotici in assenza di febbre e di sintomi che suggeriscano il pericolo di una sepsi. Da oltre vent'anni io tratto in modo sistematico senza antibiotici diversi tipi di cistite. **L'impiego clinico di capsule molli contenenti acido ialuronico, condroitin solfato, curcumina e quercetina** ha dimostrato di dare risultati ottimali per il controllo di questa infezione. Questo composto è adatto per essere impiegato per lunghi e ripetuti periodi senza controindicazioni ed è una terapia mirata a restituire al tessuto di rivestimento della vescica le sue proprietà di integrità e di barriera contro le infezioni, ma ha anche azione antinfiammatoria e analgesica, favorendo il miglioramento dei classici sintomi della cistite come frequenza e urgenza ma soprattutto dolore".



## Distinguere i vari tipi

I **CHINOLONI** distruggono la membrana dei batteri e ne danneggiano il DNA, fermando così la moltiplicazione. I chinoloni sono usati per esempio per curare le infezioni urinarie. (Esempi di chinoloni: ofloxacin, levofloxacin).

Le **PENICILLINE** danneggiano la parete cellulare, cioè lo strato che avvolge la membrana e che conferisce una certa "compattezza" al batterio. Al di là della parete cellulare, c'è l'ambiente esterno. Senza parete, la cellula non può rimanere integra e si "smolla" come un calzino vecchio, lasciando fuoriuscire il contenuto. (Esempi di penicilline: amoxicillina, piperacillina).

Gli **ANTIBIOTICI** macrolidi agiscono all'interno: impediscono al batterio di fabbricare le proteine che servono per vivere. (Esempi di macrolidi: eritromicina, spiramicina).

I **SULFAMIDICI** hanno come obiettivo le reazioni chimiche che avvengono all'interno del batterio. Si legano a un enzima preciso, il diidropteroato sintetasi, e gli impediscono di favorire la reazione che porta alla formazione di acido tetraidrofolico. Senza questa sostanza, il batterio non si moltiplica.

Questo sito utilizza cookie di profilazione [propri e di altri siti] per inviarti pubblicità in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie [clicca qui](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina, cliccando su un link o proseguendo la navigazione in altra maniera, acconsenti all'uso dei cookie.

Ok

ACCEDI PUBBLICA FULLSCREEN GALLERY METEO CERCA

LIBERO EDICOLA | LIBERO TV | LIBERO SHOPPING

# Libero Quotidiano.it

## Salute

HOME PAPPONI LIBERO POLITICA ITALIA ECONOMIA ESTERI SPETTACOLI TV SALUTE DOSSIER ALTRO

 Vuoi volare  
in Nuova Zelanda?

 > Calcola il prezzo  
e partecipa al concorso

 CALCOLA  
RC AUTO

Allianz

OSPITI DELL'AIFA

## Le agenzie regolatorie mondiali a Roma per l'emergenza demenze

10 Giugno 2015

 Commenti  
N. commenti 0

 Allegro 0  
 arrabbiato 0  
 stupito 0  
 triste 0

aa

Non usa mezzi termini il Direttore Generale dell'AIFA Luca Pani nel presentare ai giornalisti il secondo incontro regolatorio internazionale del programma "Dementia Integrated Development", iniziativa promossa e guidata dal Dipartimento della Salute del governo britannico con lo scopo di individuare modelli e strategie di sviluppo di trattamenti innovativi per la demenza a livello mondiale: "Ci siamo accorti che sono state investite somme ingenti negli ultimi decenni, coinvolgendo famiglie e pazienti, con risultati molto deludenti dal punto di vista farmacologico: quello delle demenze è uno dei più grandi insuccessi della storia medica. Siamo all'epidemia del secolo, e ad oggi contiamo più di 200 trial falliti. In gran parte perché siamo arrivati troppo tardi, quando la demenza è già conclamata". Eppure l'Italia gioca in questo campo un ruolo leader "proprio perché tutti ci riconoscono l'elaborazione dei primi marcatori" aggiunge Pani - ma il rischio concreto è che gli investitori di queste decine e decine di miliardi di dollari abbiano difficoltà a continuare. E per noi sarà un altro tsunami. Anche perché noi siamo il 2° paese al mondo come percentuale di anziani". Demenze e pre-demenze trovano sempre più origine nei problemi metabolici. E a sentire gli esperti serviranno decine di migliaia di euro per trattarli, a tempo indefinito, e questo è uno dei problemi più grandi. Ecco perché questo meeting internazionale è così importante: si tratta di un momento di confronto a porte chiuse di alto valore scientifico cui partecipano esperti accademici e rappresentanti delle autorità del farmaco di Regno Unito, Giappone, Canada, Stati Uniti, Danimarca, Germania, Svizzera e dell'Agenzia Europea dei Medicinali per una discussione aperta su quella che si configura come una delle patologie di più ampio impatto

I SONDAGGI DEL GIORNO



Tra guai giudiziari e malumori: Renzi a casa per colpa dell'Ncd?

VOTA SUBITO! ■



Giorgia Meloni "sindaco di Roma": secondo voi come andrà a finire?

VOTA SUBITO! ■

PIÙ LETTI

PIÙ COMMENTATI

NEWS

FOTO

VIDEO



10.06.2015  
Facci: tra rissa e insulti alla polizia, vi racconto la notte tamarra di Fedez  
**Il rapper sbrocca: "Poliziotti di m..."**



09.06.2015  
Se hai il pisello piccolo lei gode di più: ecco le sei (insospettabili) ragioni



03.06.2015  
"Sesso anale" "pelo", e l'"estensione" del suo Al Bano: aiuto, Lecciso senza freni



09.06.2015  
Barça, "revocata" la vittoria Champions  
Interviene la Uefa, rabbia blaugrana



09.06.2015  
C'è pure la famiglia Totti nello scandalo che sta travolgendo il Pd della Capitale

dei prossimi anni e per affrontare le criticità legate alla sperimentazione di nuove terapie per le demenze. La particolare rilevanza dell'evento è sottolineata anche dalla presenza dell'Ambasciatore Britannico in Italia **Christopher Prentice** e del Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute **Vito De Filippo** che interverranno per un saluto istituzionale. Sotto questo termine si ricomprende un gruppo di patologie e condizioni cliniche caratterizzate da una compromissione della memoria di altre funzioni cognitive che genera una progressiva riduzione della capacità di svolgere le attività quotidiane. Tra queste la più comune è la demenza di tipo Alzheimer. Le stime dell'Alzheimer International Association indicano infatti che nel 2030 saranno oltre 75 milioni i pazienti affetti da demenza in tutto il mondo. Un numero destinato a superare i 135 milioni nel 2050, con oneri economici globali di centinaia di miliardi di dollari legati ai costi sociali che tale patologia comporta.

Le demenze sono causate da una degenerazione dei neuroni cerebrali dovuta a vari meccanismi fisiopatologici. La ricerca nel campo delle neuroscienze ha confermato che i processi patologici che conducono negli anni alla morte neuronale cominciano 15-20 anni prima della comparsa dei sintomi clinici e pertanto si apre la possibilità, tuttavia ancora non confermata, di diagnosticare la malattia nelle sue fasi iniziali grazie all'uso di biomarcatori. Questo permetterebbe un intervento terapeutico precoce e forse un rallentamento del processo neurodegenerativo che conduce alla perdita delle funzioni cognitive superiori. Questa prospettiva tuttavia richiede uno sforzo collettivo per accumulare e condividere rapidamente dati epidemiologici, clinici e neurobiologici che permettano di validare i biomarcatori, i nuovi criteri diagnostici e le misure di esito. L'impegno di tutti è verso l'elaborazione di nuovi modelli di sviluppo e trial clinici che consentano di confermare la potenzialità delle nuove terapie di modificare il processo neurodegenerativo, finora ritenuto inarrestabile. Il costo dei cicli di ricerca e sviluppo per nuove molecole in neurologia, e in particolare nelle demenze, è mediamente superiore rispetto ad altre aree terapeutiche. Questo dipende da vari fattori, ma in particolare dalla lunghezza dei cicli e dalla complessità dei modelli di malattia rispetto ad esempio alle malattie infettive che hanno misure di esito certe e tempi relativamente brevi.

Ridurre l'incertezza rispetto alla diagnosi, alla progressione della malattia e la possibilità di valutare con ragionevole attendibilità statistica l'esito di un trattamento, ha un impatto diretto sui costi della ricerca e rappresenterebbe un incentivo a continuare a investire in questo campo. "Per questo l'incontro che l'AIFA ha l'onore di ospitare in questi giorni riveste un'importanza eccezionale - sottolinea il Direttore Generale dell'AIFA Luca Pani - perché da esso ci aspettiamo che scaturiscano nuovi approcci sostenibili per fare fronte a quella che è destinata altrimenti a diventare 'LA' malattia dei prossimi decenni, anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Una sfida che noi scienziati e regolatori vogliamo prendere in carico responsabilmente per individuare ambiti di ricerca e metodologie innovative capaci di dare una speranza di cura alla demenza e non solo un rimedio dei suoi effetti". "L'Italia è il secondo Paese al mondo per numerosità della popolazione con età superiore a 60 anni e le demenze diventeranno presto un'emergenza sanitaria - aggiunge


 Hai scritto un articolo sul tema della fertilità?


Valentina Mantua, psichiatra e dirigente medico presso l'Ufficio Assessment Europeo dell'AIFA, chiamata a dare il contributo italiano tra gli esperti del meeting. "La rappresentanza dell'AIFA nei comitati scientifici europei è molto attiva in questo campo e sensibile alle problematiche dei pazienti e delle famiglie affette da queste terribili malattie. L'industria farmaceutica da anni sta investendo in ricerca e sviluppo di terapie innovative direttamente mirate ai meccanismi molecolari della patologia, tuttavia al momento nessun trattamento è ancora disponibile sul mercato. Il compito delle Agenzie Regolatorie è duplice, da un lato bisogna fare in modo che le terapie che si dimostreranno efficaci e sicure siano disponibili per i pazienti affetti il più velocemente possibile, dall'altro lato è necessario assicurarsi che le evidenze scientifiche siano tali da garantire la corretta valutazione beneficio/rischio nonché la comprensione del reale valore delle nuove tecnologie in termini di salute". "Il tema della demenza mi è particolarmente a cuore perché si lega a doppio filo a quello della promozione di un invecchiamento attivo e in buona salute - commenta il Presidente dell'AIFA Sergio Pecorelli e rappresentante del governo italiano a Bruxelles nel Gruppo strategico dell'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. "Accolgo con grande piacere lo svolgimento di questo incontro che segna una tappa importante nel sostegnodella popolazione anziana, una delle più fragili nel processo di cura e che necessita di interventi quanto più mirati e anticipati possibili. Negli ultimi decenni è aumentata drammaticamente nelle persone anziane la prevalenza delle malattie mentali, come le diverse forme di demenza, non solo a causa dell'invecchiamento stesso, ma anche per le nuove situazioni emotive e socio-demografiche cui gli anziani sono esposti. Un tale scenario richiede un'attenzione particolare della scienza medica e regolatoria ad aspetti quali l'eziologia, la diagnosi precoce e le terapie per questo tipo di patologie, insieme all'impegno concreto a livello globale mirato alla promozione delle buone pratiche di prevenzione e dei corretti stili di vita". (A. SER.)

**SEGUI ANCHE:**

[Demenza, Alzheimer International Association, Dementia Integrated Development, Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA, Christopher Prentice, Luca Pani, Vito De Filippo, Valentina Mantua, Sergio Pecorelli](#)

**Lascia il tuo commento**

Testo

Caratteri rimanenti: 400

INVIA

media