

## IN LABORATORIO

# Dai ricercatori milanesi uno «scudo» contro l'Hiv

## LA SCOPERTA

Uno studio della Statale:  
è nel Dna il segreto  
per combattere l'Aids

**Maria Sorbi**

■ Giornata di successi per i ricercatori milanesi. Sia per quelli dell'università degli Studi, sia per la Cattolica. Raffaella Scorza, dell'ateneo di via Festa del Perdono, ha firmato, assieme ad alcuni colleghi romani, un articolo sul *Annals of the Rheumatic Diseases* sull'interruttore genetico che rende ancora più «feroce» il lupus, una malattia autoimmune che colpisce prevalentemente il sesso femminile. Questo interruttore è come il pedale di accelerazione dell'auto e attiva una serie di geni che amplificano la risposta immunitaria tipica della malattia. Il risultato è che le cellule immunitarie impazzite che producono gli anticorpi patologici attaccano il corpo del paziente invece di difenderlo. «La scoperta - spiega Gianfranco Ferraccioli, ordinario di Reumatologia e responsabile dell'Unità operativa di Reumatologia, Cic dell'Università Cattolica Policlinico Gemelli di Roma - potrebbe condurre a nuove terapie più mirate contro questa complessa malattia, in particolare contro i casi più gravi e meno gestibili».

Da Milano arriva anche un altro importante passo avanti nella lotta contro l'Aids. Una ricerca, condotta da Mara Biasin, immunologa del

Dipartimento di scienze cliniche Luigi Sacco dell'università degli Studi di Milano, e Manuela Sironi dell'Irccs Medea, e coordinata da Mario Clerici della Statale meneghina e della Fondazione Don Gnocchi, mette un tassello importante

nel puzzle della ricerca sull'Hiv. In uno studio pubblicato dal *Journal of Immunology* si dimostra come si può essere immuni al virus dell'Aids grazie al Dna: di fatto alcuni dei fattori genetici sono in grado di dare resistenza all'infezione. L'esposizione al virus dell'immunodeficienza umana non si concretizza necessariamente in un'infezione. Esistono infatti persone che, nonostante ripetute esposizioni al virus non si convertano, non presentano i segni clinici della malattia. I fattori in grado di influenzare la suscettibilità all'infezione da Hiv sono molteplici (fattori ambientali, esposizione a diverse varianti virali, fattori genetici e immunologici dell'ospite) e la loro caratterizzazione riveste un'enorme rilevanza nella messa a punto di terapie preventive anti-Hi.



## NUOVE CURE

## Cancro al seno: bisogna colpire le staminali

COLPIRE il cancro al cuore, attaccando le cellule staminali che possono risultare refrattarie alle comuni terapie. È questa una delle strade del futuro della lotta contro il tumore al seno, e non solo, come conferma lo studio che partirà al Fox Chase Cancer Center di Filadelfia. Gli studiosi americani valuteranno l'azione di una sostanza chiamata Reparixin che ha dimostrato di poter bloccare nei modelli animali la proliferazione di queste cellule, da cui prendono origine le cellule tumorali. La ricerca sarà effettuata in donne con neoplasie che non rispondono né alle comuni terapie ormonali né ai farmaci intelligenti. Il farmaco inibisce un particolare recettore, chiamato CXCR1, che viene attivato da una sostanza definita Interleuchina-8, che svolge un ruolo chiave nel processo dell'infiammazione che accompagna il tumore. Le staminali del cancro presentano caratteristiche che le rendono temibili e al contempo utili per le cure: possono dare il via al tumore, autorinnovarsi e trasformarsi in cellule maligne.

**F. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**TUTOR PER I RICOVERI IN OSPEDALE**

ricoveri in ospedale sono tanti - poco più di 11 milioni nel 2010 stando, ad un rapporto del ministero della Salute - perciò sbagliare si può. Ma uno sbaglio in ospedale spesso è mortale. E non è nell'ordine delle cose l'errore commesso nei confronti di una giovane donna, al Policlinico al Palermo, alla quale sono stati somministrati 90 milligrammi di vinblastina, molecola chemioterapica, invece di 9 come prevede la cura. La donna è morta e ora si indaga sulle responsabilità del decesso. Tuttavia secondo la Sifo (Società italiana di farmacologia ospedaliera), le cause si conoscono perché i medicinali sono alla base di un quinto degli errori compiuti nei nosocomi italiani. Sotto accusa le ricette mal scritte (e lette peggio), la confusione tra scatole simili di farmaci, la disorganizzazione, le prescrizioni dettate a voce e confuse, la mancata compilazione della diagnosi e della terapia. Sono, come è intuibile, errori umani. Dovuti a disattenzione, fretta, superficialità, talvolta ignavia, insipienza. Non certo alla fatalità. Così chi viene ricoverato in ospedale ha pochi mezzi di difesa se medici e personale sanitario sbagliano i dosaggi dei farmaci. Forse ai pazienti servirebbe un tutor.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ministero e Regioni stringono i tempi: prima bozza il 26 gennaio e intesa entro aprile

# Sprint sul Patto per la salute

Nel nuovo indice anche il riordino delle cure primarie e i rapporti Ssn-Università

## I temi da affrontare decisi al vertice dell'11 gennaio

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema di monitoraggio dei fattori di spesa, organismi di monitoraggio e adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario (ristrutturazione della Stern). Attività connesse alla definizione dei costi standard e individuazione delle Regioni benchmark</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tematica del personale del servizio sanitario regionale</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rimodulazione tariffaria</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e Piani di rientro per le Regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Piano nazionale della prevenzione</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Accreditemento e regole per la remunerazione</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Completamento attuazione Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute 2007-2009 (continuità assistenziale e promozione della qualità)</li> </ul>             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Governance del settore dell'assistenza <b>farmaceutica</b></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilità sanitaria interregionale</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Governance del settore dei dispositivi medici</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Problematiche connesse all'entrata in vigore della direttiva sulla mobilità transfrontaliera</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell'assistenza agli anziani, ai disabili e comunque ai soggetti non autosufficienti</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Messa in sicurezza delle strutture sanitarie, in particolare sotto il profilo della prevenzione antincendi</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoraggio e verifica dei Lea</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Riassetto delle cure primarie e conseguente nuova organizzazione della medicina generale</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività - Nuovo sistema informativo sanitario</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rivisitazione dei modelli gestionali della collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e Università</li> </ul>  |

**L**a prima bozza del Patto per la salute 2013-2015 approderà sul tavolo delle Regioni il 26 gennaio. E la partita dovrà essere chiusa «perentoriamente» entro il 30 aprile, altrimenti il Governo agirà in modo unilaterale. Con questi termini e con queste date di riferimento si è chiuso la scorsa settimana l'incontro tra Regioni e ministro della Salute **Renato Balduzzi**. «Abbiamo confermato la caratteristica del Ssn, cioè un lavoro continuo tra ministro e Regioni, e abbiamo anche definito una scansione di lavoro più ravvicinata per poter insieme realizzare la scadenza del 30 aprile, cioè l'attuazione della manovra estiva e nello stesso tempo il Patto per la salute», ha detto il ministro.

E così già da martedì 17 un gruppo tecnico della commissione Salute insieme a tecnici del ministero della Salute è al lavoro per un testo che sarà sottoposto al vaglio politico dei governatori il 26.

Nell'ultimo indice consegnato dal ministro alle Regioni, ritoccato rispetto a quello della riunione del 27 dicembre, tra i temi da affrontare (si veda tabella) se ne sono aggiunti tre: il riassetto delle cure primarie e la nuova organizzazione della medicina generale, su cui il lavoro era già stato avviato la scorsa estate e che doveva trovare ora solo una collocazione normativa per poter entrare in vigore; la messa in sicurezza delle struttu-

re sanitarie soprattutto per quanto riguarda la prevenzione dagli incendi; il restyling dei modelli per il rapporto Ssn-Università.

Non solo quindi l'attuazione della manovra estiva (legge 111/2011). Manovra che tuttavia porta con sé il macigno dei tagli da circa 8 miliardi alla Sanità (2,5 nel 2013 e 5 nel 2014). Per superarlo le Regioni stanno ragionando su una profonda rivisitazione dei Lea approvati nel 2008 ma mai entrati in vigore - anch'essi saranno inseriti nel Patto dopo tre anni di stand by - con una profonda sfortitura di una serie di prestazioni mediche obsolete e la rivisitazione dei livelli socio-sanitari, lasciando a carico del Ssn solo ciò che sanitario è davvero.

La scansione dei "lavori in corso" fino al 26 gennaio prevede la suddivisione di tutti i punti da trattare nel Patto tra le varie commissioni regionali che dovranno, assieme ai tecnici del ministero, stendere un vero e proprio articolato sui vari aspetti. E dovranno farlo in tutta fretta per consentirne l'assemblaggio in modo da consegnare il tutto all'esame politico di fine mese.

Tra i vari temi da affrontare alcuni sono già rodati (come quello dei **farmaci** - v. in basso alla pagina - o dei dispositivi medici) mentre ci sarà da discutere parecchio tra le Regioni per aspetti come la regolazione della mobilità

sanitaria (tema rovente soprattutto per le Regioni del Sud) e a quei criteri per il riparto dei fondi sanitari che proprio dal 2013 andranno a braccetto con l'entrata in vigore dei costi standard previsti dal federalismo fiscale.

Novità sostanziale il completo riassetto delle cure primarie, che va oltre la mera riscrittura dell'art. 8 Dlgs 502 su cui era stata raggiunta un'intesa tra sindacati del territorio (medici di medicina generale della Fimmg in testa) e Regioni, con la mediazione dell'ex ministro della Salute Fazio. Quel piano varrà come base di un progetto ben più ampio, che vedrà l'assistenza primaria affidata alle Uccp (Utap o case della salute) - dove l'attività del Mmg si integrerà con la specialistica e con il socio-sanitario - in stretto collegamento con i piccoli ospedali, riconvertiti in strutture di lungodegenza (con letti a disposizione del territorio).

**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**DUE IPOTESI CONTRAPPOSTE DI AIFA E REGIONI SUI CONTI DELLE PILLOLE**

# Tetti farmaceutici: ecco i conti che scottano

L'ipotesi messa a punto dall'Aifa per realizzare 1 miliardo di minore spesa al capitolo della farmaceutica a partire dal 2013 (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 1/2012) non gode buona stampa al tavolo delle Regioni, che hanno in cottura una proposta di rimodulazione dei tetti frutto di una coproduzione tosco-veneto emiliana capace di generare una manovra da 970 milioni di euro che coinvolge in modo più massiccio tutta la filiera, evitando così che siano le sole aziende che producono farmaci ospedalieri a far fronte al previsto disavanzo di settore.

**Tetti, paletti e incentivi: la proposta Aifa che piace a Farmindustria.** Messa a punto dall'Aifa e condivisa con gli uffici tecnici della Salute e Farmindustria, la proposta approvata al tavolo Governo-Regioni sul Patto per la salute 2013-2015 gioca la carta della rimodulazione dei tetti di spesa di settore. Il budget per la territoriale (farmaci) di Fascia A, rimborsati dal Ssn, compresa distribuzione diretta e per conto al netto del pay back e della compartecipazione del cittadino per il differenziale rispetto al prezzo di riferimento) viene ridotto dall'attuale 13,3% del Fsn al 12,1% comprensivo del valore di ticket regionali, con ripiano dell'eventuale sfondamento a carico della filiera (aziende, farmacie, grossisti). Il budget dell'ospedaliere (consumi in corsia al netto del pay back delle aziende) viene aumentato dal 2,4% al 3,6%, prevedendo la spartizione dello sfondamento del tetto a livello nazionale per il 65% a carico

delle Regioni e per il 35% a carico delle aziende farmaceutiche. La manovra così concepita secondo le elaborazioni dell'Aifa (v. tabelle) attesterebbe a oltre un miliardo di euro l'onere minimo complessivo a carico della filiera distributiva nel periodo 2013-2014 a fronte dei circa 2 miliardi a carico delle Regioni per un valore complessivo della manovra di 1,56 miliardi. Terzo pilastro della manovra suggerita da Aifa al capitolo della farmaceutica, l'introduzione dell'obbligo da parte delle Regioni dell'applicazione degli strumenti di rimborso condizionato stabiliti in fase di negoziazione del prezzo e della rimborsabilità, che secondo i tecnici dell'Authority dovrebbero produrre effetti economici superiori ai 150 milioni di euro l'anno già a partire dal 2012. Dettagliatissimo l'elenco delle proposte operative avanzate dall'Agenzia per migliorare il governo della spesa di settore. Per l'ospedaliere, il mix delle strategie suggerite prevede oltre all'appropriatezza amministrativa (obbligo dell'utilizzo dei registri, centralizzazione e certificazione dei ripiani legati al fallimento terapeutico dei farmaci sottoposti a registro, tracciatura delle richieste regionale e della relativa evasione da parte delle aziende), anche l'obbligo di attivazione della distribuzione diretta secondo un'unica modalità condivisa a livello nazionale (centrali di acquisto) e l'informatizzazione delle farmacie ospedaliere. Per la territo-

riale si suggerisce l'introduzione di incentivi per le Asl che riescono a convincere i Mmg a prescrivere i generici e sistemi di benchmark sull'appropriatezza prescrittiva legati ai dati della Tessera sanitaria. Nel pacchetto anche il miglioramento dei flussi informativi sui consumi da parte delle Regioni (es. max 3 mesi per i dati sulla distribuzione diretta); la revisione della normativa per l'accesso ai farmaci per uso compassionevole od off-label (es. richiesta da parte di almeno uno specialista; assenza di conflitto d'interessi; monitoraggio settimanale dei dati di consumo; negoziazione di prezzi e modalità di dispensazione; verifica di congruenza annuale ecc.). Nel mirino infine anche i criteri di innovatività: l'Aifa promette un documento ad hoc in materia che dovrebbe stroncare una volta per tutte il "viziato" di far passare per assolute novità variazioni d'uso o di procedure produttive di principi attivi noti. Parametro fondamentale dell'innovatività sarà il beneficio terapeutico rispetto alle opzioni già disponibili da dimostrare anche con il confronto diretto e/o indiretto con il golden standard della terapia in questione.

**La rifica delle Regioni sull'ospedaliere.** D'accordo sulle misure di razionalizzazione dei consumi, meno convinte della rimodulazione dei tetti proposta dall'Aifa e già ribattezzata "ipotesi Fazio" (essendo in cottura già nella precedente gestione del dicastero) le Regioni hanno rifatto i conti e sono convinte che qualcosa non torna (o può

tomare di più). In un documento ancora in fase di condivisione si sottolinea che con la rimodulazione dei tetti proposta da Aifa - che esclude dal computo il differenziale sui prezzi versato dal cittadino e il pay back - la territoriale 2013 non registrerebbe sfioramenti e non si avrebbe nessun ripiano a carico della filiera; per l'ospedaliere invece si registrerebbe uno sfondamento di circa 500 milioni di cui appena 180 ripianati dalle farmaceutiche.

L'alternativa suggerita dai governi locali punta invece a considerare nel tetto della territoriale tutto il ticket (il differenziale - si fa notare - finisce comunque nelle casse delle imprese produttrici che non hanno ridotto i prezzi): in questo modo il tetto della territoriale del 12,1% verrebbe a essere superato facendo scattare un ripiano di filiera da 654 milioni di euro. Il tetto dell'ospedaliere verrebbe invece fissato al 3,2% del Fsn (contro il 3,6% della proposta Sifa), lasciando inalterato il tetto della territoriale (dunque per un tetto complessivo del 15,3%); in questo modo, argomentano i territori, si avrebbe un extratetto di 910 milioni di euro, di cui 318 a carico dell'industria. Basta sommare questi ai 654 di ripiano sulla territoriale - concludono le Regioni - per ritrovarsi con una manovra da 972 milioni senza colpo ferire. E soprattutto non dissanguando ancora le casse locali.

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Lo stato dell'arte a tetti invariati**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Spesa farmaceutica Ssn classe A</b> | <b>13.422.389.033</b> (12,64%) |
| <b>Spesa ospedaliera da modello Ce</b> | <b>5.488.000.000</b> (5,16%)   |
| <b>Spesa farmaceutica totale</b>       | <b>18.910.389.033</b> (17,80%) |
| <b>Ripiano da parte delle Regioni</b>  | <b>2.939.445.120</b>           |

**Gli effetti della revisione dei tetti proposta dall'Aifa**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Ipotesi nuovo tetto dell'ospedaliera</b>                |                                |
| <b>Fsn 2011</b>  | 106.189.786.652                |
| <b>Nuovo tetto ospedaliera</b>                             |                                |
| Ipotesi A  | 3,6%                           |
| <b>Finanziamento ospedaliera</b>                           |                                |
| Ipotesi A  | 3.822.832.319 (3,60%)          |
| <i>Spesa ospedaliera da modello Ce</i>                     | 5.488.000.000                  |
| <b>Sfondamento del nuovo tetto</b>                         |                                |
| Ipotesi A  | 1.665.167.681                  |
| <b>Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche</b>        |                                |
| Ipotesi A  | <b>582.808.688</b>             |
| <b>Ripiano da parte delle Regioni su spesa ospedaliera</b> | <b>1.082.358.922</b> (1,01%)   |
| <b>Ipotesi nuovo tetto territoriale netta</b>              |                                |
| <b>Fsn 2011</b>  | 106.189.786.652                |
| <b>Nuovo tetto territoriale netta</b>                      |                                |
| Ipotesi A  | 12,1%                          |
| <b>Finanziamento territoriale netta</b>                    |                                |
| Ipotesi A  | 12.848.964.185                 |
| <b>Valore complessivo finanziamento fondo farmaceutico</b> |                                |
| <i>Territoriale Ssn A</i>                                  | 12.848.964.185 (12,10%)        |
| <i>Ospedaliera</i>   | 4.905.191.312 (4,61%)          |
| <b>Totale</b>  | <b>17.754.155.497</b> (16,71%) |
| <b>Valore complessivo della manovra</b>                    |                                |
| Minore spesa:  | 1.156.233.536                  |
| <b>di cui quale ripiano a carico delle aziende</b>         | <b>582.808.688</b>             |
| decremento tetto Farmaci Classe A                          | 573.424.848                    |

**PILLOLE&SPESA/ Monitoraggio sui consumi pubblici da gennaio a settembre 2011**

# Ospedaliera, extra da 1,2 mld

**Territoriale in disavanzo di 128 mln - Esborso totale al 17,2% del Fsn**

**F**armaceutica territoriale netta in retromarcia del 9,6% rispetto al 2010 per una minore spesa di 807 milioni, con un piccolo aumento delle ricette e il peso del ticket versato dai cittadini in accelerata del 36,5%. Ospedaliera fuori budget per 1.226 milioni di euro e un'incidenza sul Fsn del 3,9% contro il 2,4% programmato.

L'ultima istantanea scattata dall'Aifa nel monitoraggio mensile della spesa **farmaceutica** approvato mercoledì scorso, nell'ultima riunione del Cda, descrive così i trend di settore, confermando che una revisione dei tetti e meccanismi di controllo è più che mai urgente, anche alla luce dei risparmi da mettere in cantiere col Patto per la salute nel prossimo triennio (cfr. pag. 5).

Entrando nel dettaglio la spesa territoriale - comprendente oltre alla convenzionata anche la distribuzione diretta e la compartecipazione totale a carico del cittadino - si è attestata a livello nazionale

nei primi nove mesi dell'anno a 10,59 milioni di euro pari al 13,28% del Fsn, con uno scostamento assoluto di -19,3 milioni rispetto al tetto del 13,3%.

Un piccolissimo avanzo che non prelude però neanche quest'anno al pareggio: a far pendere la bilancia dell'extratetto dovrebbe essere anche in questo caso il computo della distribuzione diretta che in caso di carenza dei dati regionali consolidati i tecnici Aifa hanno stimato utilizzando il dato del 2010 corretto con l'incremento delle riclassificazioni in Pht: alla luce dei risultati ottenuti emerge nei primi nove mesi dell'anno un disavanzo di 128 milioni per una incidenza complessiva sul Fsn del 13,46%.

A rimanere sotto il tetto del 13,3% sono solo 10 territori, tutti del Nord: il dato migliore in assoluto riguarda Bolzano che attesta la propria spesa **farmaceutica** territoriale al 9,5% del Fsn, con Trento, Veneto, Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia Romagna, Piemon-

te, Umbria, Toscana e Friuli Venezia Giulia. Appena in extratetto la Basilicata (13,5%) tradizionalmente campionessa di morigeratezza tra le Regioni del Sud, fuori tutte le altre. La punta estrema in Sardegna (16,2%), seguono Puglia e Lazio a pari merito con un 15,6%, la Sicilia (15%) e tutte le altre.

Trend come sempre esplosivi quelli della spesa ospedaliera: senza vaccini (187,3 milioni) e al netto della distribuzione diretta l'esborso complessivo si attesta a 3,14 miliardi, per una incidenza sul Fsn del 3,9% e un disavanzo certo di 1.226 milioni nei primi nove mesi dell'anno.

Assolutamente in extratetto tutti i governi locali: in otto territori l'incidenza dell'ospedaliera registra valori superiori al 4%: il dato estremo in Sardegna (5%), seguono a pari merito Friuli Venezia Giulia e Umbria (4,7%), Marche e Toscana (4,6%), Piemonte (4,3%), Emilia Romagna e Bolzano (4,2%). In ordine sparso le

altre fino ad arrivare al minimo assoluto del Molise (3,2%).

A far saltare il budget bastano 30 categorie terapeutiche che assorbono il 72,3% del budget: al primo posto gli anticorpi monoclonali (8%, per una spesa di quasi 413 milioni), seguiti dagli inibitori del Tnf-alfa (6,6%, per un totale di 338 milioni).

A fronte del 72,3% sulla spesa totale le Regioni che si collocano agli estremi opposti sono Lazio e Campania (75,5%) e la Valle d'Aosta (60,7%). A livello complessivo da gennaio a settembre la spesa **farmaceutica** pubblica si è attestata a 13,73 miliardi, con uno scostamento di 1,2 miliardi rispetto al tetto del 15,7% per una incidenza sul Fsn del 17,2% (il 16,5% eliminando la quota versata dai cittadini per il differenziale versato rispetto al prezzo di riferimento per i **farmaci** inseriti nella lista di trasparenza).

**S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Tab. 1 - Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato (13,3%) (gennaio-settembre 2011, mln €)**

|                           | Spesa territoriale * | Fsn    | Tetto spesa programmata (13,3%) | Scostamento assoluto | % su Fsn | % su Fsn ** |
|---------------------------|----------------------|--------|---------------------------------|----------------------|----------|-------------|
| <b>Territoriale * (€)</b> | 10.596               | 79.812 | 10.615                          | -19,3                | 13,28%   | 13,46%      |

(\*) Spesa al netto della stima del pay-back dell'1,83% che, ai sensi della determinazione Aifa del 18 febbraio 2011, è in corso di recupero relativamente ai consumi durante i primi 6 mesi dell'anno

(\*\*) Incidenza della spesa farmaceutica territoriale che comprende valori stimati su base storica della spesa regionale relativa alla distribuzione diretta di fascia A

**Tab. 2 - Verifica del rispetto del tetto di spesa programmato della farm. osp. (gen.-sett. 2011, mln €)**

|                            | Spesa | Fsn    | Tetto spesa programmata (2,4%) | Scostamento assoluto | % su Fsn | % su Fsn ** |
|----------------------------|-------|--------|--------------------------------|----------------------|----------|-------------|
| <b>Spesa ospedaliera *</b> | 3.142 | 79.812 | 1.915                          | +1.226               | +3,9%    | +3,8%       |

(\*) Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in fascia A e la spesa per vaccini (187,3 ml euro)

(\*\*) Incidenza calcolata su valori di spesa regionale relativa alla distribuzione diretta di fascia A, stimati su base storica.



**Tab. 3 - Verifica del tetto del 13,3% della farmaceutica territoriale (gen.-sett. 2011)**

| Regione       | Fsn gen.-sett. 2011   | Tetto 13,3%           | Spesa territoriale    | Inc. % su Fsr |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Sardegna      | 2.162.525.946         | 287.615.951           | 321.469.052           | 14,9%         |
| Puglia        | 5.302.969.034         | 705.294.881           | 772.803.458           | 14,6%         |
| Lazio         | 7.494.941.283         | 996.827.191           | 1.058.724.504         | 14,1%         |
| Sicilia       | 6.502.375.921         | 864.815.997           | 893.421.085           | 13,7%         |
| Abruzzo       | 1.787.078.143         | 237.681.393           | 240.325.566           | 13,4%         |
| Calabria      | 2.631.942.962         | 350.048.414           | 348.263.025           | 13,2%         |
| Marche        | 2.098.848.927         | 279.146.907           | 274.148.874           | 13,1%         |
| Molise        | 435.250.393           | 57.888.302            | 55.803.468            | 12,8%         |
| Campania      | 7.469.929.733         | 993.500.655           | 961.556.536           | 12,9%         |
| Liguria       | 2.307.779.411         | 306.934.662           | 299.360.321           | 13,0%         |
| Basilicata    | 780.960.691           | 103.867.772           | 98.904.363            | 12,7%         |
| Friuli V.G.   | 1.646.766.791         | 219.019.983           | 201.547.159           | 12,2%         |
| Toscana       | 5.069.311.614         | 674.218.445           | 619.976.706           | 12,2%         |
| Umbria        | 1.220.754.509         | 162.360.350           | 146.731.935           | 12,0%         |
| Piemonte      | 6.017.092.191         | 800.273.261           | 708.787.109           | 11,8%         |
| Emilia R.     | 5.925.769.285         | 788.127.315           | 686.147.411           | 11,6%         |
| Lombardia     | 13.004.888.116        | 1.729.650.119         | 1.483.507.544         | 11,4%         |
| V. Aosta      | 167.226.668           | 22.241.147            | 18.827.934            | 11,3%         |
| Veneto        | 6.471.471.684         | 860.705.734           | 710.792.987           | 11,0%         |
| Trento        | 676.617.903           | 89.990.181            | 66.150.754            | 9,8%          |
| Bolzano       | 637.540.249           | 84.792.853            | 57.601.353            | 9,0%          |
| <b>Italia</b> | <b>79.812.041.452</b> | <b>10.615.001.513</b> | <b>10.024.851.143</b> | <b>12,6%</b>  |

**Tab. 4 - Verifica del tetto del 2,4% della farmaceutica ospedaliera (gen.-sett. 2011)**

| Regione       | Tetto 2,4%           | Spesa ospedaliera *  | Inc. %      | Inc. % <sup>***</sup> |
|---------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------------------|
| Sardegna      | 51.900.623           | 108.711.634          | 5,0%        | 4,5%                  |
| Friuli V.G.   | 39.522.403           | 77.753.856           | 4,7%        | 4,7%                  |
| Umbria        | 29.298.108           | 57.355.762           | 4,7%        | 4,7%                  |
| Marche        | 50.372.374           | 97.262.478           | 4,6%        | 4,6%                  |
| Toscana       | 121.663.479          | 231.487.197          | 4,6%        | 4,6%                  |
| Piemonte      | 144.410.213          | 258.575.591          | 4,3%        | 4,3%                  |
| Emilia R.     | 142.218.463          | 250.551.465          | 4,2%        | 4,2%                  |
| Bolzano       | 15.300.966           | 26.914.346           | 4,2%        | 4,2%                  |
| Sicilia       | 156.057.022          | 263.475.950          | 4,1%        | 3,2%                  |
| Calabria      | 63.166.631           | 106.355.117          | 4,0%        | 4,0%                  |
| Liguria       | 55.386.706           | 93.202.966           | 4,0%        | 4,0%                  |
| Basilicata    | 18.743.057           | 31.039.392           | 4,0%        | 3,9%                  |
| Veneto        | 155.315.320          | 256.856.996          | 4,0%        | 4,0%                  |
| Puglia        | 127.271.257          | 209.020.731          | 3,9%        | 3,7%                  |
| Lazio         | 179.878.591          | 285.882.024          | 3,8%        | 3,8%                  |
| Abruzzo       | 42.889.875           | 66.002.634           | 3,7%        | 3,7%                  |
| V. Aosta      | 4.013.440            | 5.687.540            | 3,4%        | 3,4%                  |
| Trento        | 16.238.830           | 22.819.696           | 3,4%        | 3,4%                  |
| Lombardia     | 312.117.315          | 432.641.097          | 3,3%        | 3,3%                  |
| Campania      | 179.278.314          | 246.634.850          | 3,3%        | 2,4%                  |
| Molise        | 10.446.009           | 13.720.572           | 3,2%        | 3,0%                  |
| <b>Italia</b> | <b>1.915.488.995</b> | <b>3.141.951.892</b> | <b>3,9%</b> | <b>3,8%</b>           |

(\*) (\*\*) Si veda tabella 2.

**ANNA ROSA RACCA (FEDERFARMA)****«Troppe aperture, la rete scoppia»**

«Il numero di farmacie che verrebbero a essere aperte con la norma contenuta nel decreto è insostenibile». Altro che vittoria della lobby dei titolari, insomma. La presidente Federfarma, **Anna Rosa Racca**, è categorica: «Dai primi calcoli che abbiamo fatto con il nuovo rapporto farmacia/abitanti e con la prevista apertura di ulteriori farmacie nelle stazioni, negli aeroporti, nelle aree di servizio autostradali e nei centri commerciali, ci sarebbero circa 7mila farmacie in più: oltre il 40 per cento in più rispetto a oggi: il sistema non può reggere».

**Eppure proprio voi avete sponsorizzato la soluzione meno quorum, più aperture.**

Ma non abbiamo mai detto sì al raddoppio della rete! In un mondo che punta alla concentrazione, un aumento così rilevante non sarebbe sostenibile in nessun settore, meno che mai nel nostro che registra consumi anelastici e che non vanno certo incentivati artificialmente: continuiamo a dimenticare che è di **farmaci** che si sta parlando.

**Insomma ora la preoccupazione è per la tenuta dei fatturati complessivi, non più per la fascia C.**

Tutti sanno che la spesa **farmaceutica** convenzionata è in costante calo, per la crescente diffusione dei generici e perché le farmacie sono sempre più escluse dalla distribuzione dei **farmaci** più costosi, cui provvedono direttamente le strutture pubbliche.

**Allora qual è la vostra proposta?**

Quei numeri vanno modificati. E va modificata l'incomprensibile previsione di far rientrare dalla finestra la vendita fuori canale dei **farmaci** di fascia C su ricetta. Verrebbe introdotta a macchia di leopardo, nelle Regioni nelle quali non si dovesse riuscire a espletare i concorsi e ad assegnare nei ristretti tempi previsti almeno l'80 per cento delle nuove sedi, creando assurde differenziazioni tra un territorio e l'altro.

**Così scatta l'accusa di monopolio.**

Macché! Il monopolio lo abbiamo perso nel 2001, con la 405, con l'uscita dei **farmaci** innovativi dalla farmacia. Poi abbiamo perso i vaccini, i **farmaci** veterinari. Nel 2006 sono usciti i **farmaci** da banco. Ora la C con ricetta. Di che monopolio parliamo?

**Ma voi protestate anche sull'ereditarietà.**

La riduzione da due anni a sei mesi per la vendita da parte degli eredi è un'assurdità: si rischia la chiusura dell'esercizio. E non mi vengano a dire che passa tutto di padre in figlio: accade sì e no per il 20% dei presidi.

**Allora cosa chiedete?**

Si facciano i concorsi, si paghino le farmacie. Gli altri possono continuare a vendere la pasta e le patate. La farmacia è una cosa seria.



GIUSEPPE SCIOSCIA (FORUM PARAFARMACIE)

**«Ancora un vantaggio per la casta»**

«**E** un "aggiungi un posto a tavola" che non convince nessuno: di fatto è uno stop al doppio canale di vendita dei **farmaci**, a vantaggio dell'unico canale - quello delle farmacie - che continuerà a fare cartello». È una stroncatura senza appello quella di **Giuseppe Scioscia**, presidente del Forum nazionale delle parafarmacie, alla bozza del provvedimento sulle liberalizzazioni: «È una novità che lascia l'amaro in bocca a chi ha scommesso sull'apertura di un esercizio di vicinato, come tutti i nostri iscritti (*circa un migliaio, ndr.*): molte parafarmacie così saranno a rischio di sopravvivenza».

**Però la norma allo studio prevede l'accesso preferenziale ai concorsi per i non titolari.**

A trarne vantaggio saranno i dipendenti di farmacia. Le faccio il caso personale: sono stato dipendente di farmacia per dieci anni: dispensavo tutti **farmaci**, con ricetta e non, stupefacenti compresi. Cinque anni fa, non potendo permettermi di comprare una farmacia, ho aperto una parafarmacia e così facendo ho smesso di accumulare il punteggio che serve per i concorsi. Oggi quello che ho fatto per dieci anni non posso più farlo: un assurdo che serve solo a proteggere una casta.

**La norma vi consentirebbe però di vendere la fascia C salvo dove non ci sono abbastanza farmacie.**

Un'altra assurdità che non può reggere: con che criterio si dice a due esercizi commerciali uguali, che hanno pari dignità "tu questa cosa la puoi vendere e tu no?". Non accettiamo che la ricetta possa entrare in alcune parafarmacie sì e in altre no. E poi, che modo è questo di fornire un servizio ai cittadini? Il testo così come è circolato in bozza finirà col creare ancora maggiore confusione proprio ai danni dell'utente finale, che avrebbe ricavato solo vantaggi dalla vendita fuori canale. Lo sconto sui **farmaci** senza ricetta è arrivato con la liberalizzazione di Bersani, che ha creato concorrenza.

**Le farmacie dicono che con tante aperture non ce la faranno.**

Sono le parafarmacie aperte nei piccoli paesi dove la farmacia era assente che con l'arrivo di un nuovo presidio saranno costrette a chiudere perché non ci saranno clienti per tutti.

**Allora secondo voi la soluzione quale deve essere?**

Vanno cambiate del tutto le regole. Le farmacie citano tanto l'Europa... Ma lo sanno che in Paesi come Germania, Inghilterra, Paesi Bassi chi vuole può aprire come vuole? Che c'è una farmacia ogni 2.100 persone in Spagna e una l'ogni 2.800 persone in Francia? E lo sanno che non c'è l'ereditarietà? Se io vinco il concorso per l'assegnazione di una farmacia dopo cinque anni posso venderla a milioni di euro. Ma se lei vince il concorso al ministero mica vende il posto. Neanche i notai cedono il sigillo ai figli. A 70 anni chiudono lo studio e tanti saluti. Le farmacie no: loro sono dinastie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VINCENZO TASSINARI (COOP)

**«Basta pressioni indebite sul Governo»**

**N**iente commenti a caldo e «no» al tranello di una bagarre politico-mediatica che «sembra costruita ad arte per fare pressioni indebite su Governo e Parlamento». Questa la posizione ufficiale della Coop dopo le due o tre versioni della possibile bozza di Dl sulle liberalizzazioni circolate mercoledì scorso. Posizione ribadita in presa diretta da **Vincenzo Tassinari**, presidente del consiglio di gestione di Coop Italia: «Sulle liberalizzazioni - dice - bisogna lasciar lavorare il Governo: il tema delle liberalizzazioni è troppo importante per lo sviluppo e la crescita economica del nostro Paese perché possa essere condizionato da interessi di parte. Serve invece una strategia super partes nell'interesse esclusivo dei cittadini».

**Le farmacie però dicono che si stanno facendo gli interessi della Gdo.**

Sono esterrefatto di questa baraonda: sta succedendo di tutto. Mi meraviglio che una categoria seria e credibile come quella dei titolari di farmacia abbia scatenato una bagarre come quella vista in questi giorni. L'introduzione di una norma per portare tutta la fascia C fuori farmacia rappresenterebbe comunque una buona mediazione: si tratta di prodotti che rappresentano non più del 17% del fatturato di una farmacia. Se prendiamo in esame cosa è accaduto con la vendita fuori canale dei farmaci senza ricetta, è facile verificare che le farmacie hanno perso un 1% sul complesso del fatturato: a parità di trend le farmacie perderebbero l'1,7% del fatturato. È di questo che stiamo parlando. Questa bagarre è servita solo a mettere in difficoltà la politica e il Parlamento.

**Ma siamo proprio sicuri che la liberalizzazione delle farmacie serva alla crescita del Paese?**

Finita la golden age del boom economico siamo diventati il fanalino di coda in termini di produttività in Europa non sulla parte industriale ma sostanzialmente nel settore dei servizi pubblici e privati. Questi interventi sono assolutamente necessari per il Paese.

**Secondo i titolari l'operazione fascia C servirebbe solo a un travaso di quote di fatturato...**

È un giudizio miope e limitato. La questione non è solo di fatturato: le liberalizzazioni servono anche a promuovere investimenti; quelli fatti per creare gli angoli della salute e le parafarmacie sono sotto gli occhi di tutti. E sono investimenti che hanno creato occupazione qualificata come quella dei giovani farmacisti. Di più: le liberalizzazioni producono anche importanti risparmi per i consumatori. Con la liberalizzazione della Fascia C si avrebbe un risparmio a livello nazionale di circa 250 milioni e valutiamo che nella sola Coop sarebbero circa 8 milioni.

**Stanno raccogliendo firme tutti: voi che fate?**

Nel 2006 la Coop fece un'iniziativa analoga raccogliendo 800mila firme. Se vogliamo mobilitarci e fare una prova di forza sul consenso popolare, con 7 milioni di soci la Coop ci sta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## NOTIZIE

## In breve

**FARMACISTI****Conferma all'Ordine  
dei vecchi vertici**

Confermato dal precedente triennio il vertice della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani (Fofi): alla presidenza, Andrea Mandelli, alla vicepresidenza Luigi D'Ambrosio Lettieri e Maurizio Pace alla segreteria. Alla carica di tesoriere è stato confermato Franco Cantagalli. È il responso della tre giorni di elezioni, che si è chiusa ieri.



# Casse, i medici chiamano in causa anche il Lavoro

## LA PROTESTA

Secondo le associazioni delle parafarmacie l'approvazione della bozza porterebbe al fallimento degli esercizi

**Sara Todaro**

■ Pianeta sanità sul piede di guerra per i provvedimenti vecchi e nuovi del Governo Monti che incidono sui professionisti del settore, a partire dalle norme sulle casse previdenziali fissate dal cosiddetto decreto "salva-Italia". Dopo lo stato d'agitazione in difesa della gestione autonoma dell'Enpam proclamato sabato scorso da medici di famiglia, guardie mediche e operatori del 118 rappresentati da Fimmg e Sumai (si veda Il Sole-24 Ore di domenica), ieri anche la Fimp (pediatri) ha annunciato per sabato la convocazione straordinaria del proprio consiglio nazionale per concordare azioni di difesa condivise con le altre sigle sindacali. Sempre ieri le altre sigle della medicina del territorio e dell'emergenza - Snam, Smi, Simet, FpfpCgil medici, Cisl medici, Uil Fpl medici - hanno scritto una lettera al ministro del Lavoro, Elsa Fornero, chiedendo un incontro urgente in cerca di soluzioni adeguate per garantire le pensioni Enpam, messe in pericolo dai nuovi parametri di sostenibilità fissati in 50 anni di equilibrio tra entrate contributive e spesa per le prestazioni pensionistiche.

Una norma che - sottolineano i sindacati in una nota - con il passaggio del calcolo delle pensioni al contributivo pro-rata «imporrebbe un contributo di solidarietà dell'1 per cento per il 2012 e il 2013 anche a chi è già in pensione, senza tener alcun conto della solidità patrimoniale dell'istituto».

Nuovamente sul piede di guerra anche le sigle delle parafarmacie (Coordinamento nazionale delle Parafarmacie - Forum nazionale Parafarmacie, Anpi e Mnlf), che sempre ieri, nel corso di una conferenza stampa, hanno chiesto ancora una volta la totale liberalizzazione dei farmaci con ricetta bianca a carico del cittadino.

«Se la bozza del decreto sulle liberalizzazioni circolata nei giorni scorsi venisse confermata - hanno spiegato Giuseppe Scioscia (Forum), Massimo Brunetti (Anpi) e Vincenzo De Vito (Mnlf) - si decreterebbe per legge il fallimento delle 3.823 parafarmacie aperte in Italia dal 2006 a oggi, di cui solo 306 sono corner della Gdo».

Secondo i dati diffusi ieri il decreto determinerebbe l'apertura di 5.318 nuove farmacie, alla cui concorrenza le parafarmacie non sarebbero in grado di far fronte. La liberalizzazione garantirebbe invece l'apertura di 3mila nuovi punti vendita per oltre 600 milioni di investimenti, 7/8mila nuovi posti di lavoro e dai 300 ai 500 milioni di risparmi l'anno per i cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Farmacie, affari in mano alle big

**Solo il 2,21% del fatturato della fascia C andrebbe alle parafarmacie. Col decreto 199 aperture a Roma**

**È** in realtà assai piccola la fetta di mercato dei **farmaci** di fascia C che potrebbe passare nelle parafarmacie per effetto del decreto "salva-Italia": solo il 2,21% del fatturato per tale categoria di **farmaci**. Ad affermarlo sono le organizzazioni dei parafarmacisti, che sottolineano l'effetto delle "limitazioni" previste, inclusa la lista di indicazioni che l'Agenzia italiana del **farmaco** (Aifa) dovrà dare in merito ai **farmaci** di fascia C che potranno passare alla vendita del "secondo canale" senza obbligo di ricetta. I parafarmacisti hanno poi calcolato la distribuzione delle ulteriori 5.318 nuove sedi di farmacia previste dalla bozza del decreto liberalizzazioni, sul parametro di 3000 abitanti/farmacia. Tra le città con più di 70mila abitanti, si aprirebbero 199 nuove farmacie a Roma, 12 a Milano, 25 a Torino, 50 a Palermo, 11 a Napoli.

Di tutti i **farmaci** di fascia C infatti non passeranno alle parafarmacie (perché esclusi dal Dl) i **farmaci** ormonali, come le pillole anticoncezionali (categoria pari al 30,07% sul totale dei **farmaci** C, fatturato nel 2010 di 156 mln); i **farmaci** con effetti collaterali per i quali l'Aifa, secondo i parafarmacisti, prevedibilmente non darà l'«ok» al passaggio, tra cui anche i **farmaci** per l'erezione maschile (un altro 37,09% dei **farmaci** C, con un fatturato pari a 192 mln). Alle parafarmacie resterebbe dunque un 32,84% dei **farmaci** C con minore fatturato (come creme e tachipirina). Se il fatturato annuo della fascia C è pari a 3,3 miliardi di euro, quello dei **farmaci** vendibili in parafarmacia sarebbe di 0,59 mld di euro, pari al 2,21%.



## La ricerca

Fatica cronica,  
smentita  
la causa virale  
Resta il mistero

SALMI

# Fatica Cronica

Smentita un'origine della sindrome legata ad un virus,

un agente simile all'Hiv. Alla diagnosi si arriva

per esclusione: **né depressione né astenia**

## Sempre stanchi, ma il perché resta un mistero

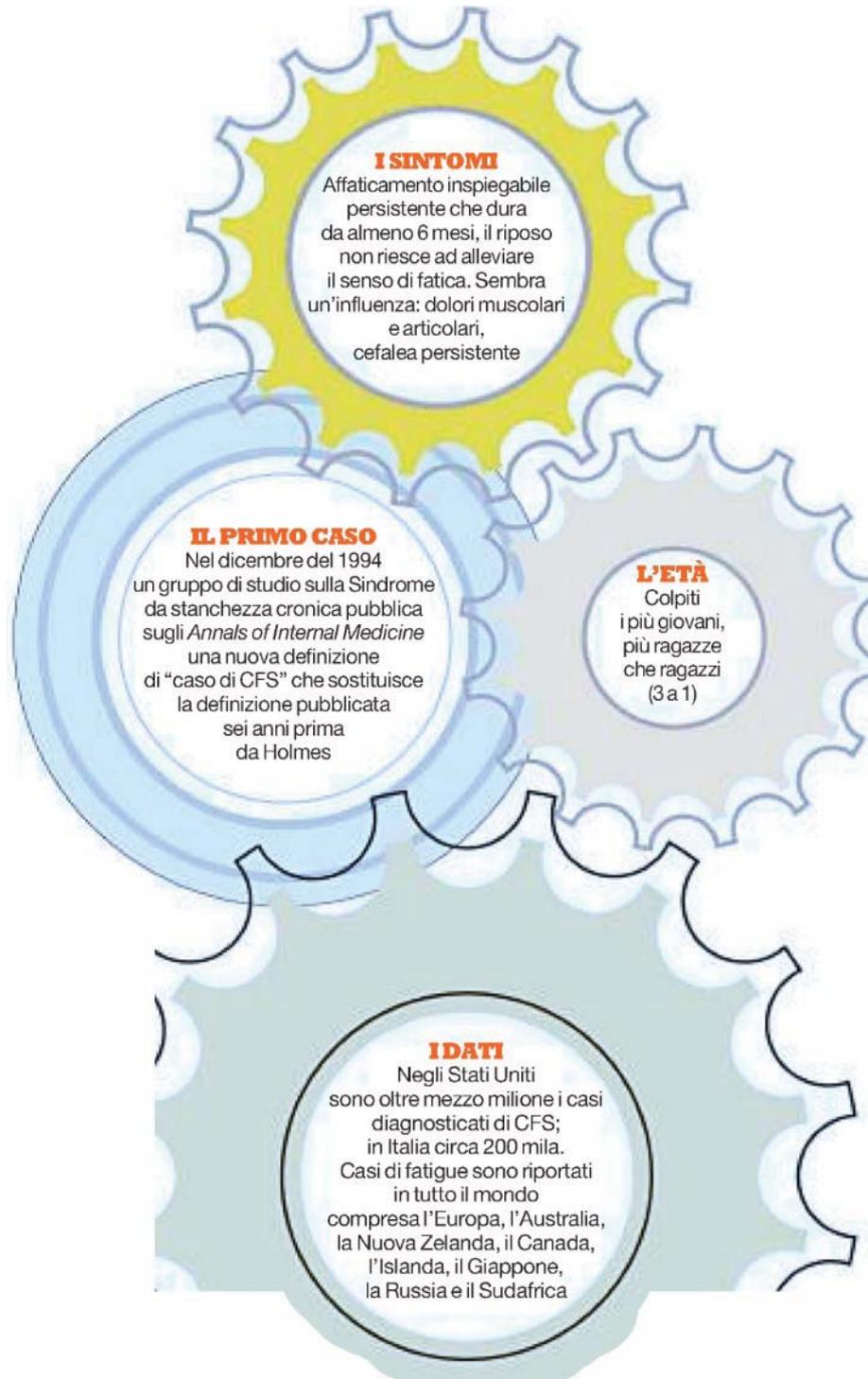
MARIAPAOLA SALMI

indrome da stanchezza cronica (Cfs), o comunque la si voglia chiamare: *fatigue*, sindrome da disfunzione immunitaria o, secondo la più recente definizione, encefalomielite mialgica riportata nei criteri internazionali. Di certo una malattia per gli U.S. Centers for Disease Control and Prevention (fin dal 1987). La sindrome predilige soggetti giovani, specie donne, tanto che da noi l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali insieme all'Istituto superiore di sanità ha iniziato a elaborare linee di guida rivolte alla salute di genere. Tuttavia all'interno della comunità scientifica internazionale si discute molto, soprattutto sulla cause, ancora incerte, che la determinano. «Si tratta di una malattia complessa classificata per adesso da una convenzione internazionale sulla base di molti sintomi primo tra tutti una stanchezza che persiste da almeno sei mesi non alleviata dal riposo, con un'importante riduzione delle attività lavorative e relazionali», commenta Giuseppe Remuzzi direttore del Mario Negri di Bergamo.

L'ultimo clamoroso scacco alla ricerca ha riguardato la smentita di un coinvolgimento del virus XMRV, retrovirus lontano parente dell'Hiv che nel topo provoca la leucemia, identificato in un gruppo di pazienti con Cfs dai ricercatori dei laboratori di Reno, quale agente causale della malattia. Il virus murino altro non sarebbe che il risultato di una casuale contaminazione dei campioni esaminati. Storia affatto chiarita dal momento che altri studi avrebbero confermato la presenza di virus geneticamente simili al murino. «La causa virale è, tra le varie ipotesi patogenetiche, una delle più indagate — spiega Eligio Pizzigallo direttore di malattie infettive del SS. Annunziata di Chieti — virus erpetici, enterovirus e virus tropicali, importati di recente, presenti nel nostro organismo in forma latente potrebbero se riattivati scatenare la malattia in soggetti predisposti geneticamente».

Un fatto è certo, la sindrome da fatica cronica non ha niente a che vedere con la stanchezza da post tumore (*cancer related fatigue*), né con l'astenia conseguente a malattie infettive acute, tanto

meno con la depressione. Somiglierebbe invece allo stato influenzale cronico che può seguire un evento infettivo. Alla diagnosi, comunque, si arriva per esclusione, ovviamente solo sulla base di alcune caratteristiche cliniche, segnala anche Umberto Tirelli, responsabile Unità Cfs all'Istituto nazionale tumori di Aviano. Sarebbero presenti alterazioni immunologiche e cerebrali. Osserva Pizzigallo, «a essere colpiti sono i meccanismi fini della cellula le sue capacità di produrre e recuperare energia a livello dei mitocondri, lo stress cellulare e l'infiammazione si sostengono a vicenda innescando la produzione e l'accumulo di radicali liberi». Protagonista la componente genetica. Studi recenti (*Nature Reviews Neuroscience*) mostrano modificazioni di ben 35 geni nei pazienti con Cfs rispetto ai controlli sani. Si ipotizza la produzione di proteine alterate. Quanto alle cure, sarebbero utili i **farmaci** modulanti il sistema immunitario e alcuni potenti anti-ossidanti come vitamina E ad alte dosi, carnitina, curcumina, acido ferulico.



**Flash****Lo studio****DIABETE ED ALZHEIMER  
UN PUNTO IN COMUNE**

Uno studio del Cnr (Ibim e Ibf) di Palermo, con il dipartimento di Fisica dell'ateneo palermitano, apre la strada a nuovi **farmaci** mirati per l'Alzheimer. La ricerca, pubblicata su *Aging Cell*, mette in luce i meccanismi molecolari comuni al morbo di Alzheimer e al diabete di tipo II dimostrando come, in vitro, la somministrazione di insulina rende reversibile il danno ai neuroni, che riprendono la loro morfologia ripristinando le funzioni compromesse