

LA CONSIDERAZIONE**Pillola dei 5 giorni
Per le adolescenti
un grande rischio**

 Sta facendo molto discutere la decisione dell'Unione Europea che dà la possibilità di acquistare senza prescrizione la pillola dei 5 giorni dopo. In Italia l'ultima decisione spetta all'Agenzia italiana del farmaco. I medici cattolici e anche il sottoscritto sottolineiamo come, visti i costumi delle nostre adolescenti che hanno rapporti sempre più precocemente, questa pillola rappresenti un grosso rischio perché si aggiunge alla già molto utilizzata pillola del giorno dopo mentre i ginecologici non cattolici sono convinti che l'introduzione di questo farmaco sia un grosso passo avanti nelle opportunità della contraccezione d'emergenza. Vedremo cosa succederà in Italia ma personalmente rimango conservatore e cioè per una regolare contraccezione quotidiana.

ALESSANDRO BOVICELLI

PESARO



23-01-2015

Lorenzin, firmato decreto su preparazione farmaci non ripetitiva

Nuove regole per garantire la sicurezza dei malati. A stabilirle il decreto firmato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, con il quale si dovrebbe evitare la somministrazione di terapie senza controlli, al di fuori, cioè dalle regole di buona preparazione ma anche senza autorizzazioni e test successivi. Niente più casi Stamina, perciò, o almeno questo è l'auspicio del ministro, che ha dichiarato come il decreto «metterà i pazienti al riparo da possibili truffe e speculazioni come, purtroppo, avvenuto in occasione della vicenda Stamina». Non solo. Le nuove norme, spiega il ministro, regolamentano in maniera stringente la preparazione su base non ripetitiva e l'utilizzo di medicinali per terapie avanzate al di fuori delle sperimentazioni cliniche, limitandoli esclusivamente a ospedali pubblici, cliniche universitarie o istituti di ricovero e cura a carattere scientifico». Sono trattamenti su singoli pazienti, in mancanza di alternative di cure o in estrema urgenza che dovranno essere autorizzati dall'Aifa. E all'Agenzia del farmaco spetta un ruolo centrale visto che dovrà anche valutare gli esiti del loro impiego. «La nuova normativa» commenta dal canto suo il Direttore Generale dell'Aifa, Luca Pani «definisce in maniera molto chiara i requisiti e le caratteristiche necessarie per preparare e somministrare i medicinali per le terapie avanzate in casi che si collocano al di fuori dell'ambito delle sperimentazioni cliniche». «I pazienti da oggi dispongono di uno strumento che tutela la loro salute» ha sottolineato Pani «e farà in modo che l'Italia sia perfettamente allineata in questo settore alle normative europee, mettendo finalmente alle nostre spalle vicende tristemente note, come il caso Stamina». Specifici obblighi sono, infine, stabiliti per i medici. Infatti i farmaci potranno essere utilizzati sotto l'esclusiva responsabilità professionale con una prescrizione medica individuale per un prodotto specifico e destinato a un determinato paziente, dopo il rilascio del consenso informato e l'approvazione del Comitato etico.

Dopo la legge di stabilità. Alla ricerca di un'intesa

Tagli alle Regioni: «paga» la sanità

A FINE MESE LA DECISIONE

Quest'anno il Ssn perderà l'aumento da 2,2 miliardi previsto dalla manovra e 500 milioni di investimenti

■ Sarà la **sanità** a pagare il prezzo più alto dei tagli da 4 miliardi (più altri 1,65 ereditati dal 2013) alle regioni, inferti dalla **legge di Stabilità 2015**. In tutto, il Ssn quest'anno perderà l'intero aumento da 2,2 miliardi del Fondo previsto dalla manovra, ma lascerà sul campo anche altri 500 milioni per investimenti. È questa la linea, ma non unanime, dei governatori, in vista dell'applicazione della manovra che prevede un'intesa col Governo entro fine mese, altrimenti sarà palazzo Chigi a dettare gli interventi da attuare in sede locale.

L'intesa tra i governatori, insomma, non c'è ancora. Ma dopo il vertice dei governatori di ieri è stata tracciata una rotta che sarà definita nei primi giorni della prossima settimana. Con una Conferenza «straordinaria» dei governatori che potrebbe tenersi mercoledì 28 ma anche con un incontro con il Governo, che dovrà in ogni caso ratificare le proposte delle regioni.

Proposte che palazzo Chigi, e soprattutto il ministero dell'Economia, peseranno con molta at-

tenzione. Forse non tanto sull'azzeramento dell'aumento del Fondo sanitario - misura che peraltro il ministro **Beatrice Lorenzin**, sostenitrice dell'aumento delle risorse, ha detto a più riprese di non gradire - quanto sull'insieme degli altri interventi che i governatori hanno in agenda. Oltre ai tagli alla sanità, infatti, tra le proposte c'è l'utilizzo di circa 1,5 miliardi di fondi Fas anche per la spesa corrente e ancora un sollievo da 1 miliardo che arriverebbe dal «patto verticale incentivato» con i comuni. In bilico ci sarebbero altri 150 milioni inizialmente destinati a investimenti per il trasporto pubblico locale.

Fin qui le proposte esaminate ieri dai governatori. Con quel «pacchetto sanità» che è politicamente e socialmente il più scomodo. Sebbene Debora Serracchiani (Friuli, vicesegretario Pd e renziana di ferro) si ostini a dire che «non si tratta di tagli, ma di rinuncia all'aumento». Mentre Luca Zaia (Veneto) mette in guardia i colleghi: «Ora si va sulle barricate» e fa sapere con l'assessore Luca Coletto che «il no del Veneto è verbale, non c'è una unanimità». Segno di una trattativa difficile, cui si aggiunge quella che per Stefano Caldoro (Campania) è la vera partita politico-istituzionale in corso: «Il futuro delle regioni. Pian piano - dice - ci stanno sfilando tutto».

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)

Conferenza Stato Regioni e Unificata. Via libera al Dpcm precari. Sì anche ai provvedimenti sanitari all'ordine del giorno

Semaforo verde della Conferenza Stato Regioni alla teleconsulenza per le reti dei malati rari, certificazione professionale per le cure palliative, al fondo per gli hanseniani e alla documentazione per gli Irccs. Si in Unificata ai provvedimenti sulla medicina penitenziaria. [TESTO DPCM PRECARI](#)



22 GEN - È arrivato il via libera della Conferenza Stato Regioni e dell'Unificata ai provvedimenti di interesse sanitario. Approvato il Dpcm sui precari ([vedi anticipazione](#)). Sì anche agli accordi: sulla teleconsulenza per potenziare il funzionamento delle reti regionali per malati rari; sulla certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative di medici privi di specializzazione ad hoc, nonché alla deliberazione Cipe di assegnazione alle Regioni della quota vincolata per l'assistenza agli hanseniani e loro familiari a carico a valere sul Fondo sanitario nazionale per l'anno 2013. ([vedi anticipazione](#)).

Semaforo verde anche al parere sullo schema di decreto del [Ministro della salute](#) sulla documentazione necessaria per il riconoscimento e la conferma degli Irccs ([vedi anticipazione](#)).

Via libera infine in **Conferenza Unificata** all'intesa sulla proposta del [Ministero della salute](#) di deliberazione Cipe sul riparto per l'anno 2014 delle risorse finanziarie passate al Ssn per l'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

22 gennaio 2015
© Riproduzione riservata

Approfondimenti:

- [Lorenzin](#): "Bene Intesa su Dpcm precari. Un primo passo per dare risposte a lavoratori"
- [Calabrò \(Ncd\)](#): "Soddisfazione per modifiche Regioni"

Altri articoli in Governo e Parlamento



Stabilità. Non c'è ancora accordo tra le Regioni sui tagli. Ma resta ipotesi di rinunciare a 2 mld aumento Fsn previsto dal Patto per la Salute



Stabilità. Il no del Veneto. Coletto: "Noi non ci stiamo. Solo in sanità 2,9 mld di tagli. Non siamo autolesionisti"



Presidenti incompatibili. Nuova delibera Anac: "Accertare se hanno deleghe gestionali dirette. Ma questo spetta a Ordini e Parlamento"



Alimenti. Stato e Regioni si organizzano contro frodi e contraffazioni. Scatta il "Piano nazionale" per la sicurezza e la qualità alimentare



Danni causati da vaccini. Ministero della Salute adotta graduatoria per indennizzi



Ricerca. Dirindin (Pd): "Aifa sblocchi il bando 2012 per quella indipendente"

segui quotidianosanita.it [Tweet](#) [stampa](#)


Stabilità. Non c'è ancora accordo tra le Regioni sui tagli. Ma resta ipotesi di rinunciare a 2 mld aumento Fsn previsto dal Patto per la Salute

Le Regioni si rivedranno il 28 gennaio per una Conferenza straordinaria. Molte le ipotesi ancora in ballo a partire da un decurtazione del fondo sanitario di circa 2 miliardi. Per il presidente Chiamparino l'intesa tra le Regioni è vicina, ma "mancano alcuni dettagli". Altri "risparmi" potrebbero arrivare da una parte dei fondi per l'edilizia sanitaria, dai fondi Fas e dal patto territoriale incentivato.



22 GEN - La volontà di arrivare ad un'intesa tra le regioni sicuramente c'è, tuttavia, a bocce ferme è ancora da decidere la partita per sbrogliare la matassa dei tagli di 4 miliardi di euro imposti dalla legge di stabilità, ai quali si aggiungono gli altri ereditati dalle manovre Monti e Letta. In soldoni più di cinque miliardi e mezzo di euro.

Ma come ha detto il presidente delle Regioni **Sergio Chiamparino**, un'intesa tra le Regioni è vicina, ma "mancano alcuni dettagli". Fatto sicuramente non trascurabile considerano che, ha osservato Chiamparino "non sarebbe la prima volta che partendo da un dettaglio si rimette in discussione tutto".

Rimane il fatto che per avere una risposta certa su come verrà gestita la questione tagli bisognerà aspettare la prossima settimana. Si parla di una conferenza straordinaria il prossimo 28 gennaio. Per quella data "ritengo arriveremo ad una proposta, che mi auguro il Governo possa accettare" ha aggiunto Chiamparino. Maggiori incertezze su quando ci sarà un incontro con il governo: "Lo stanno organizzando, ma al momento non ci sono date". Anche se, ha anticipato il presidente della Regione Campania, **Stefano Caldoro** non si esclude un incontro proprio il 28 gennaio: "La proposta finale non c'è, ma solo un'intesa generale - ha detto - entro il 28 incontreremo il Governo".

Le ipotesi sul tavolo. Si possono quindi solo fare ipotesi. Quali? Una rinuncia all'aumento del il Fsn, che si traduce nei fatti in un taglio di due mld per la sanità. E poi altri "risparmi" potrebbero arrivare da una parte dei fondi per l'edilizia sanitaria, dai fondi Fas e dal patto territoriale incentivato, sul quale peraltro il Governo non ha ancora dato alle Regioni delucidazioni in merito.

Insomma, "stiamo lavorando per contenere i danni" ha spiegato **Enrico Rossi**, presidente della regione Toscana: "Sono state presentate proposte ragionevoli sulle quali sono d'accordo, C'è una richiesta un sacrificio importante. Di certo non si può giocare solo su una leva, ma bisogna insistere su più leve. Soprattutto - ha aggiunto - ci auguriamo che i tagli possano servire alla crescita, alla ripresa di una domanda interna. Solo

questo può avere senso. Anche perché se c'è un punto indiscutibile è che se il Pil va ancora indietro, alla fine anche le spese sociali non potranno non risentirne. Comunque la Toscana non agirà sulla leva fiscale e la sanità non sarà l'unico bersaglio dei tagli".

22 gennaio 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Governo e Parlamento



Conferenza Stato Regioni e Unificata. Via libera al Dpcm precari. Si anche ai provvedimenti sanitari all'ordine del giorno



Stabilità. Il no del Veneto. Coletto: "Noi non ci stiamo. Solo in sanità 2,9 mld di tagli. Non siamo autolesionisti"



Presidenti incompatibili. Nuova delibera Anac: "Accertare se hanno deleghe gestionali dirette. Ma questo spetta a Ordini e Parlamento"



Alimenti. Stato e Regioni si organizzano contro frodi e contraffazioni. Scatta il "Piano nazionale" per la sicurezza e la qualità alimentare



Danni causati da vaccini. Ministero della Salute adotta graduatoria per indennizzi



Ricerca. Dirindin (Pd): "Aifa sblocchi il bando 2012 per quella indipendente"

ABOUTPHARMA

CARENZA DI FARMACI IN EUROPA: UN PROBLEMA TUTTO DA RISOLVERE



Per l'86% dei farmacisti continentali (fonte Eahp) la questione è grave e difficile da affrontare. Servirebbe una regolamentazione sovranazionale. Buone pratiche in Usa, Olanda e Italia

▀ **Cristina Tognaccini**
 AboutPharma and Medical Devices
 ctognaccini@aboutpharma.com

Per l'86% dei farmacisti ospedalieri europei la carenza di farmaci è un problema quanto mai attuale e costante. Lo rileva un rapporto dell'Associazione europea dei professionisti (Eahp) che ha esaminato le esperienze di oltre 600 farmacisti ospedalieri in 36 Paesi del Vecchio Continente. In Italia in particolare il fenomeno è stato segnalato come importante dal 77% degli intervistati. Il problema però ha dimensioni globali e va avanti ormai da diverso tempo. "Paesi come gli Stati Uniti e l'Olanda hanno fatto passi importanti per cercare di arginare il fenomeno – sottolinea l'Eahp nel documento – sia rispondendo a livello normativo, sia documentando queste difficoltà. Tuttavia in Europa manca una conoscenza e una segnalazione adeguata della carenza di farmaci e di conseguenza l'adozione di misure di regolamentazione internazionali". Da qui l'esigenza di stilare un rapporto che serva come risposta alla mancanza d'informazioni, progettato per fornire ai responsabili politici e decisionali un quadro chiaro della situazione, per valutare adeguatamente la natura e le soluzioni del problema.

UN TREND IN AUMENTO?

Dall'indagine emerge come episodi di carenza di farmaci si verificano so-

prattutto con cadenza settimanale (per il 45,2% degli intervistati), e in misura ridotta giornalmente e mensilmente (rispettivamente 21,2%). Rispetto alla stessa indagine condotta lo scorso anno è aumentata la frequenza giornaliera, il che fa pensare come il trend sia in aumento. In Europa i Paesi dove la carenza quotidiana di medicine è più alta sono Malta (72,7%) e Danimarca (47,8%). A questo proposito gli autori scrivono come l'imprevedibilità della carenza e la mancanza di informazioni fornite agli operatori sanitari rendano sempre più difficile pianificare strategie per fornire i farmaci ai pazienti.

ANTIBIOTICI IN TESTA

I farmaci maggiormente interessati al fenomeno sono soprattutto gli agenti antimicrobici, i farmaci oncologici, di emergenza, cardiovascolari e anestetici. In Italia in particolare i farmacisti hanno segnalato scorte limitate di amoxicillina e linezolid tra gli antibiotici, labetalolo tra i cardiovascolari, cisplatino, metotrexato e oxaliplatino tra gli oncologici. A essere più colpiti, sempre secondo quanto riportano gli intervistati, sono i farmaci originator segnalati come mancanti per il 51,8% del campione, mentre i generici sono stati indicati dal 36,5 per cento.

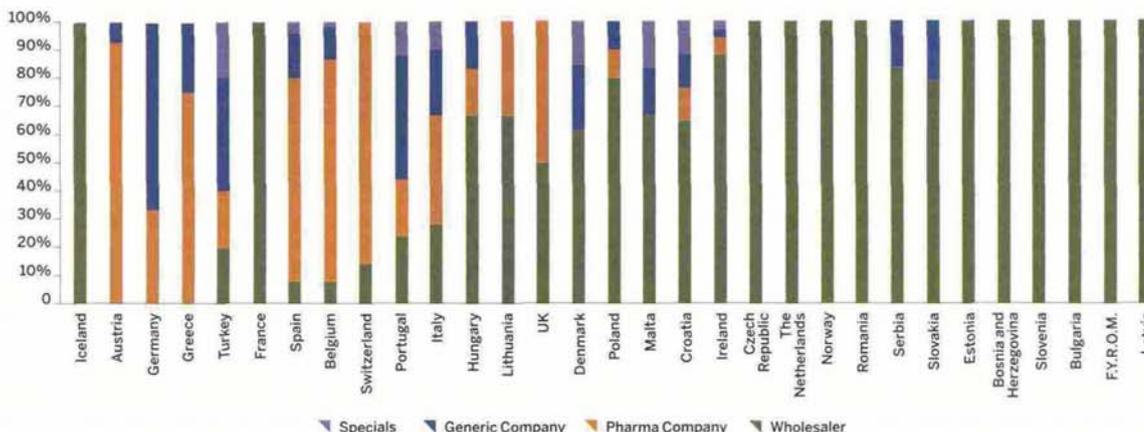
I CANALI DI APPROVVIGIONAMENTO

Il principale canale di acquisizione dei farmaci per le farmacie ospedaliere europee sono i grossisti (per il 46,3%), seguiti dalle aziende farmaceutiche produttrici di farmaci originator (39,8%), e aziende farmaceutiche produttrici di farmaci generici (12%). Con una differenza geografica tra Nord e Sud nel Vecchio Continente. Mentre per l'Europa nord-orientale, infatti, la principale fonte di approvvigionamento dei farmaci è l'industria farmaceutica, nella parte sud-occidentale prevalgono i grossisti. Tra le possibili ragioni gli autori citano una maggior concentrazione di industrie farmaceutiche in Europa occidentale, ed eventuali meccanismi di prezzo che favoriscono l'acquisto di farmaci all'ingrosso in Europa orientale. Rispetto all'indagine condotta lo scorso anno, inoltre, la fornitura direttamente dall'industria farmaceutica (combinando generici e originator) è passata dal 46% al 52%, indicando che è in aumento negli ospedali europei.

L'INDICE PUNTA I GROSSISTI

Alla domanda "Da quale fonte di approvvigionamento esterno di farmaci, il vostro ospedale incontra più frequentemente problemi?" (si veda il grafico in pagina) il 43,6% degli intervistati ha dichiarato che la maggior parte dei problemi proviene dai

I fornitori ospedalieri più "problematici"



Countries and which source of supply shortages are most commonly associated with. N=356 (Fonte Eahp, 2014)

grossisti, il 13,5% dalle aziende generiche, il 38,4% dalle aziende originator, e infine il 4,5% dalla industrie "speciali".

Benché il 67,3% degli intervistati abbia dichiarato di riuscire a fornire un trattamento alternativo per i pazienti, nel caso che la terapia d'elezione scarseggi, l'impatto del fenomeno sul trattamento dei pazienti non è da sottovalutare. Il pericolo principale è che le terapie siano ritardate e in alcuni casi anche interrotte. Non meno importanti sono i rischi di andare incontro a effetti collaterali non necessari e il deterioramento delle condizioni generali. Senza considerare il tempo sprecato dai farmacisti (almeno 15 ore a settimana) per trovare forniture alternative, l'aumento dello stress e della confusione. E infine l'impatto sui bilanci degli ospedali, gravato dall'utilizzo di farmaci spesso più costosi, procurati come alternativa alla terapia segnalata. Per fronteggiare il problema la maggior parte dei farmacisti (82,9%) ha dichiarato di informare il medico prescrittore per farsi consigliare un'alternativa, mentre il 35,1% del campione ha dichiarato di sostituire direttamente il trattamento con un farmaco alternativo disponibile, senza consultare il medico o il paziente. Il 65,8% ha valutato quando l'offerta sarebbe stata ripristinata e pianificato di

conseguenza. Il 67% ha tentato di procurarsi la medicina da un fornitore alternativo, anche in un altro paese.

L'AIFA DÀ IL BUON ESEMPIO

Per quanto riguarda le soluzioni adottate finora all'interno degli ospedali per ridurre al minimo l'impatto sulla cura del paziente, un approccio comune è stato quello di creare strumenti di comunicazione per informare i medici e altri operatori sanitari della situazione.

Da una parte infatti c'è la necessità da parte dei farmacisti di fornire le giuste informazioni a medici prescrittori, infermieri e pazienti, ma anche di ricevere informazioni corrette sul motivo per cui vi è carenza di un farmaco, quali alternative sono disponibili e per quanto tempo di protrarrà il problema. Solo pochi paesi si sono attivati in modo da coprire questa esigenza su base nazionale, tra cui l'Italia e l'Olanda. Nel nostro Paese infatti, il sito web dell'Aifa, emette regolarmente aggiornamenti sulle carenze e fornisce bollettini mensili sui farmaci mancanti, comprese informazioni sul nome del farmaco, generico o originator, formulazione, titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio, data a partire da cui risulta mancante, la motivazione, una data stimata di risoluzione del problema, e se vi è un'alternativa o no.

LE POSSIBILI SOLUZIONI

"Due cose mi sconvolgono sul problema della carenza di farmaci in Europa - ha affermato il presidente dell'Eahp Roberto Frontini - la sua diffusione e l'impatto che sta avendo sulla sicurezza e il benessere dei pazienti. Per troppo tempo il problema non è stato affrontato, ma ora è arrivato il momento di farlo, per coloro che hanno la responsabilità di proteggere i cittadini europei dalle minacce sanitarie transfrontaliere. Abbiamo bisogno di sistemi evoluti per garantire la comunicazione anticipata di interruzioni di fornitura, che specifichino le cause, la durata e le alternative disponibili. Servirebbe che l'Agenzia europea per i medicinali sviluppasse una banca dati dei farmaci carenti in tutta Europa, replicando quanto già fatto dalla sua controparte americana. Abbiamo bisogno di criteri per un'equa distribuzione in caso di penuria, in base alle esigenze dei pazienti e non agli interessi commerciali. Infine, abbiamo bisogno che la Commissione europea s'impegni nel condurre indagini e trovare soluzioni. Come chiarisce il nostro rapporto, la carenza di farmaci è una minaccia per la salute che non guarda alle frontiere, ed è il momento che l'Unione europea agisca".

Parole chiave
 Carenza farmaci, distribuzione
 Aziende/Istituzioni
 Eahp, Aifa

LA STORIA

Il medico inventore che salva i bambini

di **Gian Antonio Stella**

La storia di Lisa, nata due volte. La prima, con una gravissima insufficienza renale. La seconda, quando è stata salvata da una macchina costruita apposta per lei e da un medico ritornato dagli Usa. a pagina 24

Il medico vicentino che ha inventato una macchina per salvare i bambini

Claudio Ronco e «Carpediem», il suo apparecchio in miniatura per la dialisi dei neonati

La storia

di **Gian Antonio Stella**

«Alzo il telino sopra la culla. Lisa gira gli occhi a destra e a sinistra quasi a cercare qualcuno. Quando mi vede si ferma e comincia a succhiare con la bocca come per chiedere il latte. Chiamo un'infermiera e cominciamo a darle il biberon... Succhia, ha fame... È determinata, non molla, come non abbiamo mollato noi».

Lisa è una bambina nata due volte. La prima volta, alla fine di agosto del 2013, a causa d'un parto complicato, aveva una gravissima insufficienza renale. Così grave che pareva irrimediabilmente perduta. Il destino di 90 su cento dei piccoli nati con quei problemi. Come potevano salvarla se non esistevano macchinari per la dialisi dove tutto fosse in miniatura e le multinazionali non erano interessate a metterci soldi per costruirli? La seconda volta, Lisa è nata negli ultimi giorni dell'estate. Quando finalmente chiese il latte. Dopo tre settimane di speranze, angosce, spaventi, notti insonni dei genitori, dei medici, degli infermieri.

Da grande potrà raccontarla come un'avventura di cui non ricorderà nulla. Tranne quello che le spiegheranno i genitori. E cioè che è stata la prima neonata al mondo salvata da una macchina costruita apposta

per lei e i bambini venuti dopo di lei (il 18 per cento dei «prematuro») all'ospedale «San Bortolo» di Vicenza da un medico che, dopo aver lavorato in America e fatto esperienza in mezzo mondo, è riuscito a metter su una squadra che tiene insieme scienziati di varie discipline.

Si chiama Claudio Ronco, ha diretto il laboratorio del *Beth Israel Medical Center* di New York, ha pubblicato i suoi lavori sulle più prestigiose riviste scientifiche del pianeta, è finito nel 2014 al primo posto nella classifica dei più importanti scienziati del rene stilata dalla *John Hopkins University*, inse-

gna in vari atenei italiani, americani e cinesi ed è appena uscito con un libro (Colla editore), in cui racconta la sua «Storia di una bambina, di un medico e di una macchina».

Si intitola, il libro, col nome proprio di quella macchina, «Carpediem». In linguaggio scientifico: *Cardio-Renal Pediatric Dialysis Emergency Machine*. In latino, come ricordano i lettori di Orazio, «rubare un giorno» al futuro. E con quello spirito parti la battaglia intorno alla culla di Lisa: l'obiettivo era di rubare un giorno e poi un altro e un altro ancora alla cattiva sorte che pa-

La missione

La scelta di rinunciare al brevetto: «Mica l'abbiamo costruita per fare soldi»

18%

La quota
di bimbi nati prematuri che può avere problemi renali

reva non lasciare scampo.

Scriva nella prefazione Umberto Veronesi: «Carpediem è un miracolo della tecnologia e della fusione di più discipline scientifiche allo scopo di realizzare il rene artificiale perfetto per i bambini neonati. Qualcosa che non c'era, qualcosa di cui vi era necessità, qualcosa che, per fare eco ai colleghi americani, cambierà il modo di fare medicina nei pazienti neonati con problemi renali».

Il tutto grazie a un metodo: «Claudio ha realizzato quello che per anni è stato anche il mio sogno di medico», spiega il grande oncologo che nel 2000 fu anche ministro della Sanità, «e cioè mettere assieme in un'unica struttura l'assistenza, la didattica e la ricerca. L'assistenza dei pazienti con una buona dose di umanità affiancata alla forte vocazione tecnologica della disciplina nefrologica».



Per capirci; il reparto vicentino, spiega il suo creatore, consiste oggi in «due piani dedicati all'assistenza di pazienti con malattie renali, terapie extracorporee e trapianti renali, ed un piano in cui sono collocati laboratori di ricerca di biologia molecolare, fisica e ingegneria applicata, farmacologia, modellistica, economia sanitaria, sociologia e medicina renale». Di più: «L'istituto è economicamente autonomo e vive di progetti finanziati ad hoc». Lingua ufficiale: l'inglese. Miscuglio di nazionalità: «I ricercatori sono per il 50% stranieri e hanno una età media di 25 anni». Alla faccia della gerontocrazia imperante...

Dove Ronco abbia appreso i primi rudimenti tecnologici lo spiega: riparando antenne, da ragazzo, col suo amico Flavio. Uno dei tanti lavoretti dettati da una curiosità vulcanica che lo spinse a fare «il gelataio, il falegname, l'imbianchino, il riparatore di radio a galena, il meccanico di biciclette, il cacciatore di frodo (non era proprio un lavoro ma aveva i suoi

segreti), il bottonaio (avevo comperato un aggeggio per fare bottoni per signore con il tessuto dei loro vestiti), il recuperante di reperti bellici, il raccoglitore di muschio per presepi».

Un miscuglio di interessi che gli sarebbe tornato utile per capire quanto le divisioni in compartimenti stagni di una volta tra medici e ingegneri e sistemisti e programmatori «non abbiano alcun senso». Come la notte in cui, per salvare Lisa, decise di mettere in parallelo due Carpediem, inventando al momento come farli funzionare insieme: «Ci mettiamo a modificare il circuito in piena notte. Forbici sterili, connettori, tubi e filtri: sembriamo idraulici e, date le minime dimensioni, anche orologiai...». Mica facile, con le «cannule più sottili di un capello».

Fatto sta che, dopo aver fatto il giocatore di hockey, il chitarrista di un complesso rock, il costruttore di bob e un mucchio di altre cose, Ronco dimostra ora di sapere anche scrivere. E tiene insieme, con ritmo, tre racconti paralleli: la sua storia personale (prima notte da

medico condotto, emozionatissimo, nel paese di Cornedo: un parto prematuro e un'appendicite acuta!), la storia della macchina e la storia di Lisa. Sempre con parole virtuosamente «facili». Un'arte imparata, giura, in America: «Non si trattava più di comunicare un concetto o una prognosi in "medichese", ma di trasferirlo al paziente in "malatese", ovvero in un linguaggio a lui comprensibile. Finalmente mi era chiaro il valore del comunicare e farsi capire...».

«Carpediem», spiega Ronco, non è stato brevettato: «Una scelta precisa. Non l'abbiamo costruita per fare soldi, quella macchina. C'è solo un impegno preso insieme con le aziende Medica e Belco di Mirandola, nell'area modenese sconvolta dal terremoto, che lo producono. Ogni dieci macchinari venduti, uno viene donato a un ospedale pubblico».

La bambina nata due volte, oggi, sta bene. Comincia a parlare. La mamma, quando le parla dell'uomo col camice bianco, lo chiama «zio Claudio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In corsia

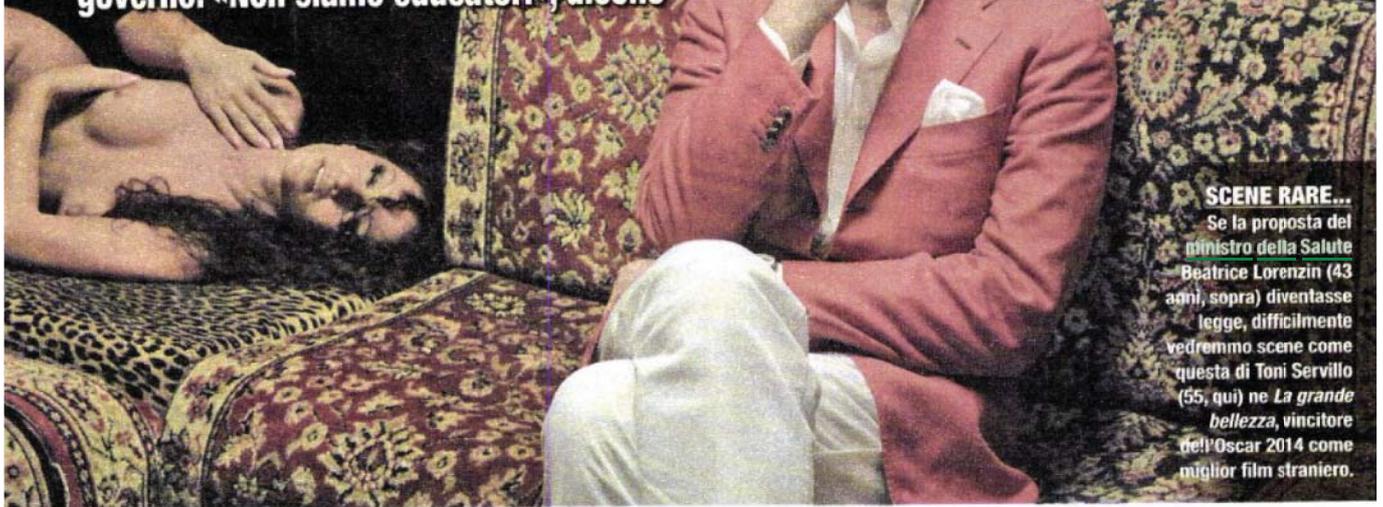
Il dottor Claudio Ronco e la macchina (che si chiama «Carpediem») che consente la dialisi ai neonati

Polemica

Fa discutere la proposta del ministro Lorenzin di limitare il fumo sul set

«BASTA CON LE SIGARETTE NEI FILM». MA I REGISTI NON CI STANNO

Tutti i nomi più prestigiosi del cinema italiano contro l'idea dell'esponente del governo: «Non siamo educatori», dicono



SCENE RARE...

Se la proposta del ministro della Salute Beatrice Lorenzin (43 anni, sopra) diventasse legge, difficilmente vedremmo scene come questa di Toni Servillo (55, qui) ne *La grande bellezza*, vincitore dell'Oscar 2014 come miglior film straniero.

Manfredi Lamartina
Roma - Gennaio

La sigaretta sembra destinata ad avere i film contati. Ne è convinta Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, che ha illustrato il piano del governo contro il fumo. Tra le varie misure studiate per limitare la diffusione del tabagismo soprattutto tra i minorenni ce n'è una che fa discutere: limitare le scene di film e serie televisive in cui si vedono le sigarette.

«Giusto preservare i bambini»

Sul fatto che il fumo faccia malissimo alla salute sono tutti d'accordo: si va dai problemi cardiovascolari a quelli polmonari passando anche per serie criticità a livello dentale. Ad aver scatenato la protesta dei registi italiani è però l'ipotesi di

porre dei limiti a personaggi che si muovono in ambiti di pura finzione. «Legittimi gli interventi per contenere il danno nelle auto con bambini a bordo o nelle spiagge», hanno scritto in una lettera aperta alcuni esponenti di primo piano del nostro cinema come Paolo Sorrentino, Gabriele Salvatores e Paolo Virzi, «ma che senso ha limitare le azioni di un personaggio immaginario? L'espressione artistica non ha la missione di educare. Al cinema e alla parola scritta si dovrebbe chiedere ed esigere altro, soprattutto di raccontare la gioia, il dolore, la grandezza, la pochezza ed il mistero di cui siamo fatti. E se per fare questo al nostro meglio sentiremo la necessità di inondare lo schermo di nuvole di fumo, come di altre cose in fondo molto più disdicevoli, continueremo a farlo, perché questo è il nostro lavoro».

La risposta del ministro non si è fatta attendere: «Da anni è dimostrato come cinema e fiction televisiva siano in grado di promuovere immagini forti, positive e negative, che vengono assorbite dalle nuove generazioni», ha detto in un'intervista a *Repubblica*, «senza alcuna intenzione di limitare la creatività degli artisti, perché ognuno fa come vuole, mi chiedo se c'è una strada per veicolare anche messaggi che producano un effetto positivo. Del resto le campagne istituzionali non vengono recepite dai giovanissimi».

La preoccupazione principale dei registi però è proprio quel «veicolare messaggi positivi» che di fatto rischiano di limitare il campo d'azione di un'opera di fantasia. Il cinema d'altronde ha reso iconici certi personaggi anche per la loro propensione alla nicotina. Jep Gambardella, il

protagonista di *La grande bellezza* interpretato da Toni Servillo, è un tutt'uno con la sigaretta. Lo sguardo indagatore di Humphrey Bogart con una sigaretta in bocca in *Casablanca* (film del 1942) è ormai un simbolo universale. E come non citare Audrey Hepburn in *Colazione da Tiffany* (1961)?

Quel «pasticcio» delle pistole

Non è nemmeno la prima volta che il governo cerca di dare una regolata a ciò che avviene in un set. Lo scorso novembre è scoppiato il caso delle pistole «vere» (ma caricate a salve) bandite dai film girati in Italia. Anche in quel caso le proteste del mondo del cinema hanno in qualche modo portato a un ripensamento. Almeno fino al prossimo episodio. ▽

Scienze EMERGENZE SANITARIE

Più cibo, più



88 | **L'Espresso** | 29 gennaio 2015

CANCRO

Chi è in sovrappeso rischia maggiormente di ammalarsi a colon, prostata, seno, reni, endometrio. Un grande studio mette fine alle polemiche

DI ELISA MANACORDA



È un numero che racconta molto del nostro stile di vita, delle nostre regole alimentari, della nostra abitudine al movimento. È la misura del nostro benessere e del nostro stato di salute. Ma è anche un campanello d'allarme, serissimo. Stiamo parlando dell'indice di massa corporea (Body Mass Index, o Bmi), quel numero che si ottiene calcolando il rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza di un individuo. Se è superiore a 25 indica il sovrappeso, e non va bene. Se è oltre il 30, significa obesità. E allora bisogna preoccuparsi davvero. Perché tra le tante malattie associate a questa condizione - da quelle cardiovascolari al diabete, che già non sono poco - c'è anche il cancro. Un legame assodato e inequivocabile, messo finalmente nero su bianco dai ricercatori dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro di Lione, in Francia. Che in uno studio pubblicato su "Lancet Oncology" hanno rintracciato questa relazione pericolosa spulciando tutti gli articoli sull'argomento contenuti nella banca dati Medline fino al 1 gennaio 2014. E sembrano fa virare la polemica suscitata dalla pubblicazione su "Science" di uno studio più che importante dal quale risulta che il 65 per cento di tutti i casi di tumore è frutto del caso, di un capriccio della cellula, e hanno poco a che fare con gli stili di vita.

Il lavoro di "Science" ha scatenato una bagarre senza fine, con tutti a credere, final-

mente, di potersi mangiare di tutto, fumare di tutto, bere di tutto senza che questo avesse qualche conseguenza oncologica. Inutile lo sforzo dei ricercatori che hanno per settimane minimizzato la conseguenza sul nostro comportamento del loro lavoro e riassunto così la morale del loro studio: magari non è possibile prevenire tutti i tumori, ma molti sappiamo come fare a evitarli; cominciando col non fumare, con non bere esageratamente, e col contenere il sovrappeso.

«Un indice di massa corporea pari o superiore a 25 è associato a un aumentato rischio di cancro», scrivono i ricercatori dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro di Lione guidati da Melina Arnold. Le prove sono evidenti: gli uomini obesi hanno un rischio maggiore di sviluppare un tumore alla prostata più aggressivo, e un maggior rischio di recidiva del tumore del colon retto. Le donne obese in menopausa con una diagnosi di tumore alla mammella hanno il 75 per cento di chances in meno di guarire a dieci anni.

Solo nel 2012, continuano gli studiosi, il numero di tumori attribuibili all'obesità negli adulti con più di trent'anni sarebbe pari a 480 mila, il 3-6 per cento di tutti i nuovi tumori diagnosticati. Quasi mezzo milione di pazienti che, con un'alimentazione adeguata, la perdita di peso e una sufficiente attività fisica, avrebbero potuto forse evitare la malattia. Un panorama tanto inquietante da aver spinto per la prima volta l'American Society of Clinical Oncology ▶

Spremute per la ricerca

Fare il pieno di vitamine, e aiutare la ricerca contro il cancro. A questo servono "le arance della salute", il simbolo scelto dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (Airc) per ricordare l'importanza di un'alimentazione sana e protettiva, che il prossimo 31 gennaio torneranno come ogni anno in oltre 1.750 piazze e 560 scuole italiane.

Con un'offerta di 9 euro sarà dunque possibile acquistare una rete da due chili e mezzo di arance rosse, e finanziare i progetti portati avanti dagli oltre 5.000 ricercatori che fanno capo all'associazione.

Quest'anno, in occasione del cinquantesimo compleanno dell'Airc, i donatori riceveranno inoltre in regalo la guida "50 anni di ricerca a tavola", che contiene ricette sane e gustose proposte dal cuoco Sergio Barzetti, e consigli per iniziare a prevenire i tumori già dalla tavola.

Come ricordano gli esperti dell'Associazione, un'alimentazione sana, stili di vita corretti, e l'adesione ai programmi di screening e diagnosi precoce sono infatti gli ingredienti che permetterebbero di evitare quasi il 70 per cento dei tumori che si verificano ogni anno nel mondo.

Foto: R. Ansett/Gallery Stock, Corbis

IN ALTO: IMMAGINE DI CELLULE DI GRASSO AL MICROSCOPIO ELETRONICO A SCANSIONE

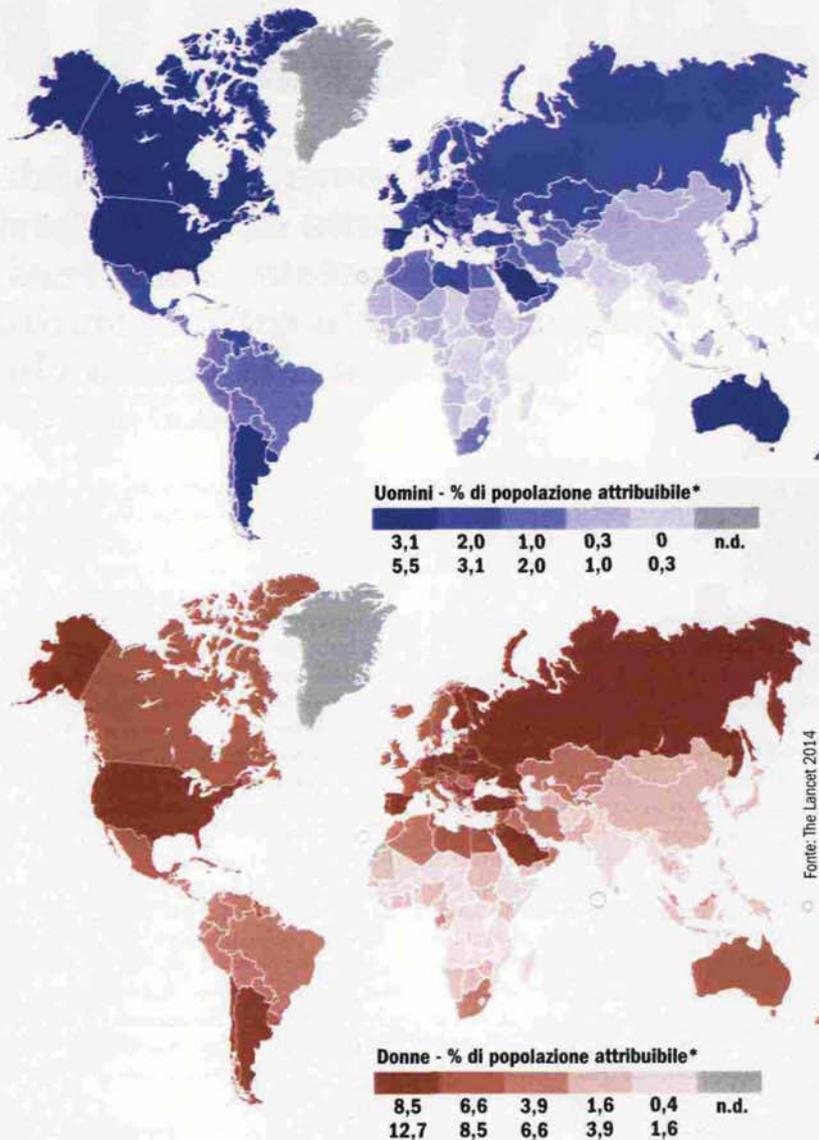
Scienze

Italiani nel mirino

(Asco), a guardare con occhio più attento il girovita dei loro pazienti, che non deve essere superiore a 88 cm nella donna e 96 cm nell'uomo. A parità di Bmi, infatti, l'aumento del girovita può raddoppiare il rischio di mortalità per cancro. Così gli oncologi d'oltreoceano hanno stilato una sorta di manifesto nel quale raccomandano agli specialisti di utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per aiutare i malati obesi a perdere peso e ad adottare uno stile di vita più sano. Molti studi, spiegano gli esperti dell'Asco, dimostrano infatti che migliorare le proprie abitudini alimentari dopo una diagnosi di tumore può migliorare l'efficacia della terapia, ridurre l'incidenza di malattie concomitanti, e in sostanza aiutare a tenere sotto controllo il cancro, se non a sconfiggerlo.

Che l'obesità sia un fattore di rischio per diverse malattie croniche è noto da tempo, avvertono i ricercatori di Lione. E sebbene la diffusione di questa condizione vari da paese a paese, sappiamo anche come il sovrappeso e la mancanza di attività fisica siano in crescita quasi ovunque, e non soltanto nei paesi ricchi, quelli in cui il benessere economico è invariabilmente associato a una dieta troppo ricca di grassi animali e di zuccheri raffinati. Le statistiche più recenti dicono che a livello mondiale il 35 per cento della popolazione adulta, quella sopra i 20 anni, ha diversi chili in eccesso, dunque un indice di massa corporea maggiore o uguale a 25. Tra questi, il 12 per cento presenta una condizione di vera e propria obesità, con Bmi pari o superiore a 30. Ad essere colpiti sono tutti i paesi, anche se non in egual misura. In Asia e in Africa circa il 10 per cento della popolazione ha seri problemi di peso, mentre in alcune isole del Pacifico la diffusione dell'obesità tocca punte del 90 per cento della popolazione. In Italia la situazione è critica soprattutto per quanto riguarda l'obesità infantile. Gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità dicono che nel 2012 il 22,2 per cento dei bimbi è risultato in sovrappeso e il 10,6 per cento in condizioni di obesità, soprattutto nelle regioni del meridione come Puglia e Campania. Tra gli adulti di età compresa tra i 18 e i 69 anni più di 4 persone su 10 risultano in eccesso ponderale. Si tratta in maggioranza di uomini, spesso con basso livello d'istruzione e nelle fasce economicamente più svantaggiate. Tra gli anziani, la percentuale di persone in sovrappeso è del 42 per cento mentre quella di obesi è del 15 per cento. Il prezzo da pagare

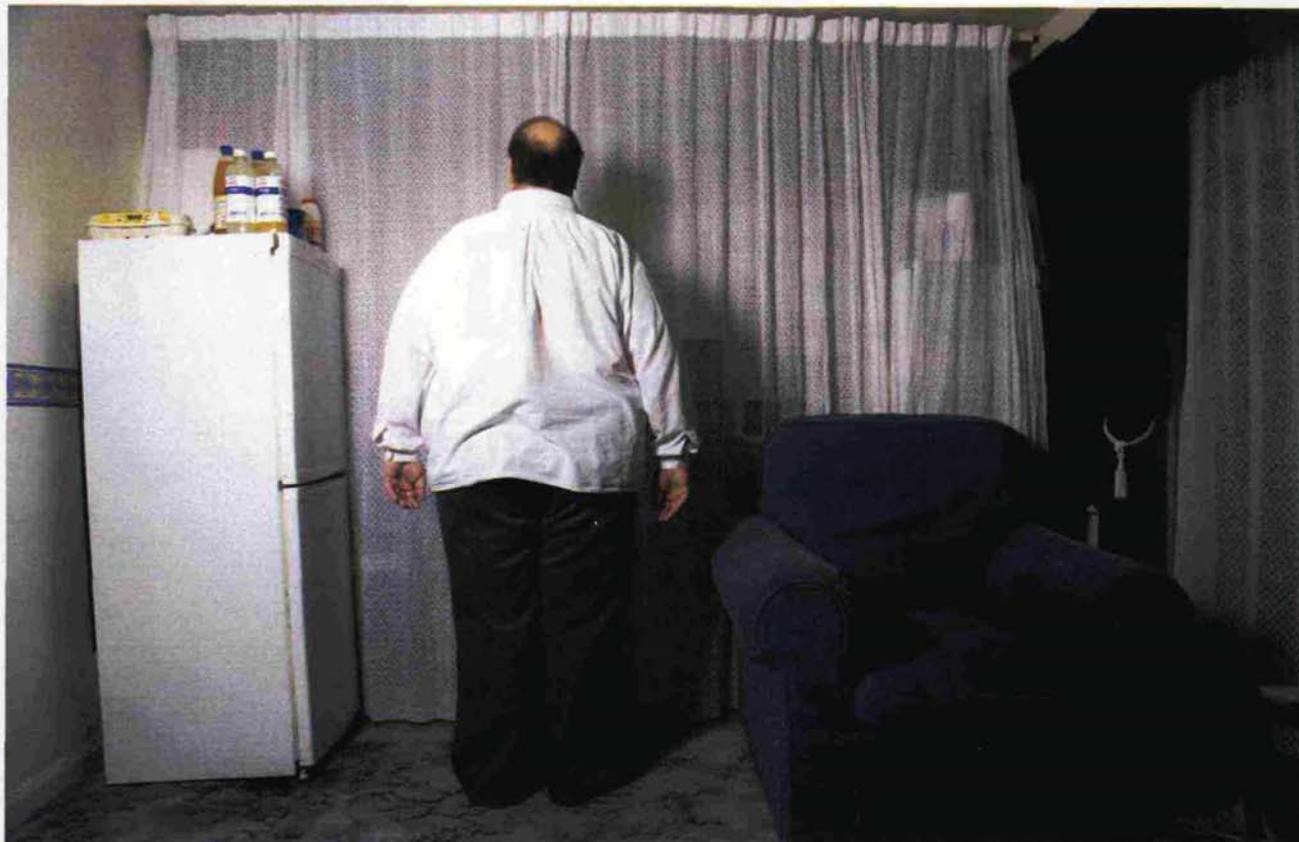
Nuovi casi nel mondo di cancro nel 2012 causato da BMI elevato in uomini e donne



*La percentuale si riferisce alla cosiddetta "frazione di popolazione attribuibile" ed è un parametro calcolato dagli epidemiologi tenendo conto di caratteristiche della popolazione e dell'incidenza dei diversi tumori

è altissimo: nel 2008, recita uno studio apparso a ottobre sul "Journal of Clinical Oncology", nei soli Stati Uniti sono stati spesi 147 miliardi di dollari in cure mediche legate a questa condizione. Che sta rapidamente soppiantando il fumo di sigaretta come principale causa prevenibile di cancro: in questo stesso paese almeno 84 mila tumori ogni anno sono da attribuire all'obesità.

Quelli più diffusi tra gli obesi, precisano poi Giovanni De Pergola e Franco Sivestris dell'Università di Bari in uno studio apparso sul "Journal of Obesity", sarebbero soprattutto quelli all'endometrio, all'esofago, al colon retto, alla mammella nelle donne in menopausa, alla prostata e ai reni. Meno frequenti negli obesi sarebbero invece i melanomi maligni, i tumori della tiroide, la



leucemia, il linfoma non-Hodgkin e il mieloma multiplo.

Ma perché i chili in eccesso dovrebbero avere qualcosa a che fare con l'insorgenza di un tumore? «In gioco entrano molti fattori», spiega Antonio Moschetta, professore associato di medicina Interna all'Università di Bari, che in materia ha condotto studi finanziati dall'Airc: «Ma quasi tutti hanno a che fare con il ruolo del tessuto adiposo viscerale, quel grasso che si accumula proprio intorno al girovita, soprattutto con l'avanzare dell'età».

In primo luogo, spiega Moschetta, il grasso in eccesso è direttamente correlato con l'insulinoresistenza, cioè con la bassa sensibilità delle cellule all'azione di questo ormone. In questa condizione, l'organismo reagisce ordinando al pancreas di produrre ancora più insulina. E proprio questo ormone favorirebbe la crescita e l'aggressività del cancro, in particolare di quello al colon retto, al pancreas, al fegato, e nelle donne in menopausa di quello alla mammella e all'endometrio. Oggi però, continua lo studioso, stanno emergendo nuove teorie sulla correlazione tra grasso viscerale e tumori. Che chiamano in causa l'infiammazione. «Il tessuto adiposo genera infatti un aumento di un gruppo di proteine dette citochine infiammatorie,

come l'interleuchina 1 e il fattore di necrosi tumorale (Tnf), ovvero molecole che attraverso meccanismi complessi finiscono per stimolare la crescita delle cellule maligne», aggiunge Moschetta.

Un ruolo importante è anche quello svolto dal colesterolo: «Le cellule tumorali accumulano questa sostanza al loro interno, servendosi per crescere come se fosse del cemento. E infatti ormai gli oncologi sanno bene che per vincere il glioblastoma, per esempio, cioè un tipo di tumore che colpisce il cervello, è necessario ridurre i livelli di colesterolo presente all'interno delle cellule maligne», continua il professore barese. Infine, gli adipociti aumentano l'attività dell'aromatasi, l'enzima che sintetizza gli estrogeni, ovvero quegli ormoni che hanno un ruolo ormai riconosciuto nell'insorgenza

nella genesi e nello sviluppo del tumore della mammella.

L'allarme appena lanciato dagli oncologi americani, che chiedono una maggiore integrazione con gli specialisti che si occupano di alimentazione per una migliore gestione dei pazienti con cancro, trova terreno fertile anche tra i nutrizionisti. «Sappiamo bene che circa il 20 per cento di tutti i tumori è riconducibile a errate abitudini alimentari», commenta Nicola Sorrentino, dietologo e professore all'Università di Pavia: «E sappiamo anche che mangiare bene per quantità e qualità, insieme a una dose moderata di attività fisica, è fondamentale non soltanto nella prevenzione del cancro, ma anche dopo una eventuale diagnosi di tumore, durante la terapia e poi in seguito, per ridurre il rischio di recidive. Ai pazienti in chemioterapia consiglio sempre di evitare per quanto possibile le proteine animali, da sostituire con i legumi, e di preferire la pasta integrale per tenere sotto controllo la glicemia. In questo senso una maggiore integrazione con gli oncologi non può che essere positiva per tutti i malati». Il warning dell'Asco, conclude Moschetta, è un segnale importante da cogliere subito: tra dieci o venti anni potrebbero essere proprio i nostri bambini quelli più esposti al cancro. ■

**MANGIARE BENE
 E FAR DIMINUIRE IL
 GIRO VITA È UTILE
 ANCHE DURANTE
 LA TERAPIA DOPO UNA
 DIAGNOSI DI TUMORE**

Foto: R. Ansett/Gallery Stock



[Home](#) | [Cronaca](#) | [Politica](#) | [Economia](#) | [Estero](#) | [Spettacolo](#) | [Sport](#) | [Salute](#) | [Food](#) | [Ricerca e sviluppo](#) | [News in English](#) | [I Portali agi](#) | [Regionali agi](#)

[Borsa](#) | [Tech](#) | [Travel](#) | [Cinema](#) | [Musica](#) | [Motori](#) | [Arte](#) | [Gossip](#) | [Moda](#) | [PEI News](#)

[Login](#)

Giovedì 22 Gennaio 2015

Cerca



Breaking News [Qe' della Bce 60 miliardi al mese per 18 mesi](#) **14:45** [Borsa: impennata del Ftse Mib dopo annuncio Draghi, +2, 6%](#) **14:43** [Merkel, finalmente si vedono sforzi rif](#)

■ Il notiziario AGI R&S è realizzato in collaborazione con ASI



Ricerca e Sviluppo

Maria Valtorta

L'Evangelo come mi è stato rivelato 10 Volumi - Spedizione Gratuita



Stamina: Lorenzin firma decreto contro truffe terapie avanzate

14:44 22 GEN 2015

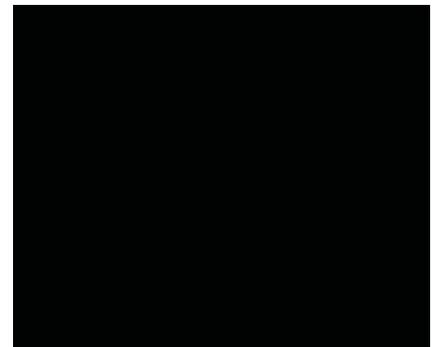
Novità Fotovoltaico 2015

Il Fotovoltaico a casa conviene? Le 3 novità che cambiano il mercato



(AGI) - Roma, 22 gen. - Mai piu' nuovi casi Stamina. Questo l'intento del decreto ministeriale firmato oggi dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che evitera' che ai pazienti vengano somministrate terapie avanzate senza controlli, demandando all'Agenzia del farmaco l'autorizzazione ai trattamenti (comunque solo in strutture pubbliche gia' riconosciute in grado di produrre terapie avanzate) e le verifiche sugli esiti delle terapie. "La nuova

normativa - spiega il Direttore Generale dell'Aifa Luca Pani - definisce in maniera molto chiara i requisiti e le caratteristiche necessarie per preparare e somministrare i medicinali per le terapie avanzate in casi che si collocano al di fuori dell'ambito delle sperimentazioni cliniche". "I pazienti da oggi dispongono di uno strumento che tutela la loro salute" ha sottolineato Pani "e fara' in modo che l'Italia sia perfettamente allineata in questo settore alle normative europee, mettendo finalmente alle nostre spalle vicende tristemente note, come il caso Stamina". Nel dettaglio, il decreto stabilisce le modalita' attraverso le quali l'Aifa puo' rilasciare l'autorizzazione alla produzione su base non ripetitiva (ovvero non routinaria) di medicinali per terapie avanzate, al di fuori delle sperimentazioni cliniche, nel caso in cui tale produzione venga effettuata sotto l'esclusiva responsabilita' professionale di un medico, in esecuzione di una prescrizione medica individuale all'interno di ospedali pubblici, cliniche universitarie o istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Nella categoria dei medicinali per le terapie avanzate sono compresi i prodotti di terapia cellulare somatica, di ingegneria tissutale e di terapia genica. L'utilizzo di questi medicinali, preparati secondo i requisiti sopra indicati, potra' avvenire, secondo quanto stabilito dal provvedimento, esclusivamente in mancanza di alternative terapeutiche o in situazioni di estrema urgenza o pericolo di vita. Il DM stabilisce che l'autorizzazione alla produzione di questo tipo di medicinali potra' essere concessa dall'Aifa solamente a quelle strutture pubbliche, situate in Italia, in grado di effettuare produzioni di medicinali di Terapie Avanzate in conformita' alle norme europee di buona fabbricazione (GMP) dei medicinali. Il Decreto Ministeriale assegna all'Agenzia la facolta' di effettuare ispezioni per verificare la conformita' alle normative comunitarie dei processi e delle procedure messe in atto. In caso di violazione degli obblighi stabiliti dal DM, l'Aifa potra' sospendere o revocare l'autorizzazione alla produzione e disporre il divieto di utilizzazione del medicinale. L'Aifa e l'Istituto Superiore di Sanita' avranno infine il compito di analizzare i dati clinici relativi all'esito dei trattamenti e agli eventuali eventi avversi conseguenti alla somministrazione di questo tipo di medicinali. (AGI) .



DA LEGGERE SU AGI.IT

Internet: prevenzione attacchi informatici, accordo Polizia-Rai

Omicidio Musy: legale Furchi', compassione non sia ingiustizia

Ambiente: accordo anti-inquinamento tra Protezione civile e Marina

Psoriasi: Ue, si' farmaco Novartis come trattamento in linea

Salute: su sito Aifa algoritmo per terapia diabete

Powered by 

POTREBBERO INTERESSARTI ANCHE

In fuga per amore, trovata a casa del fidanzato 14enne scomparsa

Scoperta molecola responsabile della rigenerazioni nervi

TAGS

[Share](#)  stampa

Diabete di tipo 2. Aifa lancia Algoritmo per definizione terapia individuale. Pani "Siamo di fronte ad un'epidemia mondiale"

L'algoritmo, realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Diabetologia e l'Associazione Medici Diabetologi, è in grado di definire il percorso logico ottimale per la definizione della terapia personalizzata per il trattamento della patologia.

Lorenzin: "il diabete rappresenta una malattia di alto interesse sociale, che impatta nella vita delle persone, e che ha notevoli influenze sulla società".



22 GEN - Oggi una persona su 16 in Italia ha il diabete. I malati sono 3.750.000 ma a questi vanno aggiunti altri 1.250.000 che non sanno di averlo e così il numero rischia di salire a circa 5 milioni. Il diabete uccide, è una malattia da cui non si guarisce e il suo impatto in termini di costi per il Ssn è di circa 15 miliardi di euro l'anno. Non stupisce quindi che **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa, parlando nel corso della presentazione del nuovo algoritmo per la gestione del diabete mellito di tipo 2 (T2DM, realizzato dall'Agenzia in collaborazione con la Società Italiana di Diabetologia (Sid) e all'Associazione Medici Diabetologi (Amd), rappresentate dai rispettivi Presidenti, **Enzo Bonora** e **Antonio Ceriello**, ha definito il diabete

"un'epidemia mondiale che non riusciamo in nessun modo a contenere. Colpisce anche i Paesi in via di sviluppo, i luoghi dove non c'era quell'opulenza. C'è da farsi delle domande di politiche di salute pubblica per il livello a cui questa sindrome metabolica sta arrivando".

Per affrontare la patologia l'Aifa ha predisposto, on line, un sistema innovativo basato su algoritmo, disponibile ad accesso libero sul portale dell'Agenzia, nella sezione "Percorsi Decisionali sui Farmaci", in grado di definire il percorso logico ottimale per la definizione della terapia personalizzata per il trattamento del diabete. Si tratta di un approccio individualizzato al trattamento del diabete mellito di tipo 2, sia in termini di obiettivo glicemico che di opzioni terapeutiche, al fine di ridurre la mortalità e l'incidenza di complicanze.

D'accordo sull'importanza dell'algoritmo **Beatrice Lorenzin**, ministra della Salute, la quale attraverso un messaggio ha fatto sapere che "il diabete rappresenta una malattia di alto interesse sociale, sia perché impatta nella vita delle persone, sia perché ha notevoli influenze sulla società. L'assistenza ai malati rappresenta inoltre uno dei problemi principali di organizzazione dei sistemi sanitari, in particolare nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario, ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile gli eventi acuti e le complicanze spesso invalidanti".

Lorenzin ha aggiunto che "è ormai un dato certo come un approccio multidisciplinare e multi professionale con il coinvolgimento attivo delle persone con il diabete può portare a risultati migliori. In grado cioè di ridurre il peso sociale della malattia, un miglioramento della qualità di vita delle persone. L'Italia dispone oggi, grazie anche al Piano nazionale per il diabete, di un sistema di assistenza alle persone malate ben riconoscibile e soprattutto abbiamo una crescente disponibilità e varietà di farmaci. Condivido quindi pertanto non solo l'opportunità ma anche la necessità di fornire agli operatori sanitari e ai pazienti una guida all'approccio terapeutico individuale per la gestione del diabete".

"La vera difficoltà in una terapia antidiabetica – ha detto ancora Luca Pani – sta nella combinazione di due aspetti apparentemente in contrasto: la complessità, quindi la multi scelta da un lato e la personalizzazione dall'altro, l'approccio multifattoriale, molti principi attivi a disposizione usati non sempre da soli ma in combinazione. I diabetologi sono stati tra i primi ad anticipare le complessità delle multi terapie. Si sono infatti accorti che era molto difficile trattare la complessità di questi pazienti con un solo farmaco. Hanno quindi iniziato a fare delle combinazioni personalizzate".

Gli **obiettivi dell'algoritmo**, li ha spiegati il Dg dell'Aifa: "Presentare diverse opzioni terapeutiche nell'ambito di quanto rimborsato dal Ssn. La decisione terapeutica va condivisa con il paziente per migliorarne l'aderenza alla terapia. Per questo l'algoritmo è *on line* e aperto ai cittadini. Il paziente deve essere consapevole, specie nel diabete, che deve darci una mano". Il che significa che il paziente deve mantenere uno stile di vita salutare, migliorare le proprie abitudini alimentari, ricorrere periodicamente all'esercizio fisico e tenere sotto controllo il peso.

L'algoritmo, ha aggiunto Pani "è stato sviluppato per pazienti con diabete di tipo 2 di neo diagnosi o non ancora in terapia. I pazienti in terapia ipoglicemizzante entrano nell'algoritmo in corrispondenza del punto più vicino alla terapia in corso. Se non si raggiunge il target desiderato di emoglobina glicata alla dose massima tollerata della terapia in corso si passa allo *step* successivo dell'algoritmo. Che in realtà sono tre. Uno serve per identificare la valutazione dell'emoglobina glicata e poi ci sono altri due algoritmi uno con Metformina e uno senza. La terapia può cambiare e quindi l'algoritmo può essere percorso anche al contrario nel caso che le mutate condizioni cliniche suggeriscano una riduzione o una semplificazione della terapia ipoglicemizzante in corso".

Pani ha riferito che "a luglio del 2014 è stata fatta la revisione della prima versione dell'Algoritmo sulla base dei commenti ricevuti dalle società scientifiche di diabetologia e di medici diabetologi. La maggior parte dei commenti suggeriti sono stati implementati sino alla versione finale dell'algoritmo, con *relativo endorsement* delle società. Gli ultimi sei mesi abbiamo implementato via, via nuovi farmaci che abbiamo inserito nell'algoritmo. Le maggiori critiche, le maggiori limitazioni che sentiamo di farci riguardano il fatto che ci sono molti principi attivi, e non tutti i medici specie quelli più giovani, con meno esperienza conoscono; non tutte le combinazioni sono studiate *head to head* tra di loro, quindi non esattamente identici; e infine il fatto che ovviamente ci sono poche evidenze dal punto di vista regolatorio sulle opzioni di trattamento e sulle combinazioni tra i farmaci".

Pani ha voluto ribadire che non si tratta di "una linea guida" quanto piuttosto di "una guida per consentire a

segui [ilFarmacistaonline.it](#)

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Pillola dei 5 giorni dopo senza ricetta. L'Italia per ora non si adegua alla decisione UE. De Filippo: "Nuovo parere del Csm"
- 2 Reflusso gastroesofageo nei neonati. Ecco le nuove linee guida del Nice britannico
- 3 **Epatite C. Arrivano altri "super farmaci"**. Successo nel 95-100% dei casi nei genotipi 1 e 4. La Commissione UE autorizza nuova terapia "combinata" senza interferone dell'AbbVie
- 4 Ticket. Coletto torna all'attacco: "Sulla compartecipazione degli over 65 la pensano come me anche Regioni di Centro Sinistra"
- 5 Delega lavoro Patto Salute. Si cambia. Via il "doppio canale" di accesso al Ssn. Nascono le "Reti regionali di formazione"
- 6 Giornata raccolta del farmaco. Appuntamento in farmacia il 14 febbraio. Dal 2000 ad oggi raccolti 21 milioni di euro di medicinali
- 7 Apicoltura. Dal 19 gennaio operativa la nuova anagrafe. Lorenzin: "Passo avanti per salute consumatori"
- 8 "Possiamo essere il traino per la ripresa del Paese. Renzi e Lorenzin l'hanno capito. Molte Regioni no". Intervista al presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi
- 9 Elezioni Ordini medici. Conferma per l'87% dei presidenti. Solo 6 le donne, ma prima erano 2. Tutti i nomi
- 10 Corte dei conti: "Senza investimenti diventa problematico mantenere i Lea". Dal 2010 spesa in calo di 3mld. Boom ticket farmaci +66%

tutti, in maniera trasparente di capire come la terapia deve essere fatta. Cosa ci aspettiamo per il futuro? Ci aspettiamo un numero enorme di nuovi farmaci. Per noi avere la *real life utilization* è un valore inestimabile. Vorremmo insomma sapere cosa succede nel territorio nazionale quando i colleghi utilizzano i farmaci che abbiamo approvato e che rimborsiamo per le aree terapeutiche a maggior impatto".

In conclusione "si tratta di uno strumento di trasparenza messo on line, se ci sono delle cose che non vanno bene è facile identificarlo in modo da poterlo correggere. Nei prossimi mesi lo trasferiremo completamente nel web e potremo modificare anche un singolo nodo indipendentemente da quelli che seguono".

"Con i medicinali ipoglicemizzanti attualmente in commercio – ha spiegato **Enzo Bonora** Presidente Sid – è possibile ricorrere a oltre 150 combinazioni; a ciò si aggiunge il fatto che ogni paziente costituisce un *unicum*, perché il diabete, a differenza delle altre principali malattie croniche, colpisce una molteplicità di organi del corpo con conseguenze differenti da persona a persona".

Di appropriatezza ha parlato il Presidente dell'Amd, **Antonio Ceriello**, il quale ha rimarcato "la necessità di una presa di coscienza del fatto che la spesa diretta per la cura al diabete comprende farmaci, presidi e "prestazioni" per l'assistenza, (ambulatoriali e /o di ricovero) che comportano l'impiego di risorse professionali e tecnologiche che complessivamente assorbono una consistente quota del finanziamento sanitario in ogni Paese".

22 gennaio 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

approfondimenti

:: **Bonora (Sid):** "Dal costo della cura, al numero dei malati ecco perché dobbiamo parlare di epidemia"

articoli precedenti

:: Istat fatturato industrie in calo dell'1,6% nel 2014. Boom produttori auto. Farmaceutica col segno meno

:: Studi clinici. Da maggio 2016 in vigore nuovo regolamento UE. I data base saranno accessibili al pubblico

:: Artrosi. Farmaci iniettati con microcapsule per curare le cartilagini "distrutte"

:: "Possiamo essere il traino per la ripresa del Paese. Renzi e Lorenzin l'hanno capito. Molte Regioni no". Intervista al presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi

:: Farmaci e allattamento. Arriva il vademecum del Ministero: "No al fai da te"

IlFarmacista online

Quotidiano della Federazione
degli Ordini
dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile

Andrea Mandelli

Direttore editoriale

Cesare Fassari

Redazione

Eva Antoniotti, Laura Berardi, Lucia
Conti,
Luciano Fassari, Ester Maragò,
Giovanni Rodriguez,
Stefano Simoni

Editore

Edizioni Health Communication
srl
[contatti](#)
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.



📌 **Visti da lontano**



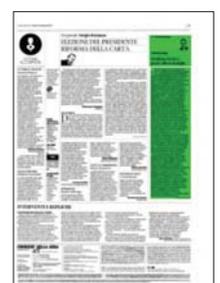
di **Massimo Gaggi**

Medicina fai da te grazie alla tecnologia

«**H**o capito che le cose stavano cambiando radicalmente quando un paziente mi ha mandato via mail l'elettrocardiogramma che si era fatto da solo, usando lo *smartphone*, e mi ha chiesto: ho una fibrillazione atriale, che devo fare?», racconta Eric Topol, cardiologo, divulgatore scientifico e guru della medicina digitale americana. Mi occupai di lui in questa rubrica un paio d'anni fa, quando affascinato e sconcertò medici e pazienti con le sue analisi sulle crescenti capacità dei terminali mobili — telefonino e relative applicazioni — di monitorare lo stato di salute di una persona senza obbligarla a uscire da casa: sappiamo da tempo che l'iPhone può essere usato per misurare pressione, battiti cardiaci, per esaminare occhi, gola, orecchie e altro ancora. Ora Topol torna con un nuovo libro, *The Patient will see you now*, nel quale descrive una raffica di meraviglie tecnologiche in arrivo, come l'orologio *smart* al polso in grado di misurare in ogni momento tutti i parametri vitali oggi controllati nei reparti di terapia intensiva degli ospedali e avanza una tesi provocatoria: il progresso della tecnologia tascabile consentirà sempre più ai pazienti di farsi la diagnosi da soli. Il medico non sparirà ma diventerà una specie di consulente: suggerirà il percorso da fare per combattere una patologia, più che scoprirla. E comunque questa figura, che ancora oggi gode del potere assoluto un tempo riservato ai leader religiosi e all'aristocrazia (un potere che si manifesta anche nelle interminabili attese dei pazienti in anticamera), perderà parte della sua autorevolezza: quello col paziente diventerà un rapporto alla pari.

Fine della medicina come l'abbiamo conosciuta fin qui? Meglio andarci cauti: abbiamo visto com'è andata con la «fine della storia». C'è da verificare, ammette lo stesso autore, l'affidabilità dei nuovi strumenti d'analisi, ma soprattutto va studiata la psicologia del paziente: medici di se stessi, certo, ma siamo sicuri di voler studiare le patologie su Internet, di voler distribuire sensori sul nostro corpo e usare algoritmi per interpretare i dati che ci vengono trasmessi? Ma il rapporto in una certa misura cambierà. Non per un'astratta ansia di democrazia in medicina, ma per convenienza economica: degenze in casa anziché in ospedale mentre già oggi negli Usa si moltiplicano i centri per la videoconsultazione dei medici via *smartphone*. Si pagano 30-40 dollari, quanto il ticket di una visita medica vera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SENATO 2 CHIESTO DI DESTINARE PARTE DELLE RISORSE AL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI SANITARI

Dalla commissione Sanità primo sì ma con alcune riserve al decreto

D'Ambrosio Lettieri: il governo vigili sulla disponibilità dei fondi

● **TARANTO.** La Commissione Igiene e Sanità del Senato promuove il Decreto per Taranto, ma introduce osservazioni nel merito del provvedimento. Tra le raccomandazioni richieste c'è l'estensione a un più ampio ambito territoriale, per lavoratori e residenti all'interno della regione Puglia, la possibilità di usufruire dell'offerta di esami per la prevenzione e per il controllo dello stato di salute. Si parla anche della destinazione di una parte delle risorse stanziata all'azienda sanitaria locale di Taranto allo scopo di migliorare la disponibilità dei servizi sanitari e il servizio provinciale di trasporto oncologico.

«Il compito del governo - osserva il sen. d'Ambrosio Lettieri, capogruppo di FI nella Commissione Sanità - non si esaurisce qui: è necessario, infatti, che il governo si faccia carico di vigilare sulla effettiva disponibilità dei fondi. Nel Decreto che sta per essere convertito in legge è previsto anche l'utilizzo di parte delle risorse della famiglia Riva oggi poste sotto sequestro».

Il parere favorevole è messo nero su bianco, ma viene sollecitata «la previsione di un termine specifico entro il quale l'Istituto superiore di sanità sia chiamato ad aggiornare lo studio epidemiologico "Sentieri" relativo ai siti di interesse nazionale pugliesi» e «l'adozione di una misura per il potenziamento delle risorse e degli strumenti a disposizione dell'Arpa Puglia» compresa la deroga, anche parziale, al blocco del turn over per potenziare la pianta organica.

«È evidente - aggiunge il sen. d'Ambrosio Lettieri - che i tempi della bonifica e della

tutela della salute dei cittadini di Taranto non possono seguire quelli della giustizia che sono imprevedibili. Il governo deve, dunque, farsi carico degli oneri derivanti dall'attuazione del Decreto ove quelle risorse non fossero immediatamente disponibili». La Commissione Sanità intende inserire questa raccomandazione in un ordine del giorno e presentare «degli emendamenti in questa direzione - conclude il senatore di Forza Italia - perché tutto non si trasformi in una beffa per famiglie e lavoratori già stremati da un'attesa che non può più concedere deroghe».

Intanto, il Comitato «Cittadini e Lavoratori Liberi e Pensanti», di cui fanno parte gli operai Ilva che il 2 agosto 2012 a bordo di un'apecar interrup-

però il comizio di Bonanni, Camusso e Angeletti in piazza della Vittoria, torna a chiedere «la chiusura di tutte le fonti inquinanti e la bonifica con il reimpiego degli stessi operai. Tante chiacchiere scritte nei decreti hanno il solo compito di prendere in giro Taranto, i suoi cittadini e tutti gli operai che in quella fabbrica ci lavorano».

Gli attivisti del Comitato solidarizzano con i lavoratori dell'indotto ma, aggiungono, «di solidarietà non si campa. C'è una ragione che ci allontana dagli operai tarantini, non solo quelli dell'indotto: non hanno mai sfilato - concludono - per denunciare il disastro sanitario dopo la pubblicazione dei dati del progetto Sentieri promosso dall'Istituto Superiore di Sanità; nemmeno quando gli studi hanno certificato che i loro figli, i bambini di Taranto si ammalano e muoiono più che altrove».

[giacomo rizzo]



SENATO L'aula di Palazzo Madama



Procura Esito negativo dall'autopsia sulle tre persone decedute a dicembre

Morti sospette, i vaccini non c'entrano

■ Esito negativo. Non c'è nesso causale tra il decesso di tre uomini di 70, 92 e 94 anni e la somministrazione del vaccino anti-influenzale prodotto dalla multinazionale del farmaco, Novartis.

A metterlo nero su bianco sono i medici legali della Procura della Repubblica di Roma, che hanno depositato i risultati degli esami autoptici sui corpi dei tre, sul quale l'ufficio requirente capitolino aveva aperto un'inchiesta con l'ipotesi di omicidio. La vicenda risale ai primi giorni di dicembre, quando sull'intero territorio nazionale fu registrato un picco di 19 morti, tutte persone in età avanzata che pochi giorni prima del decesso avevano assunto il vaccino Fluad. C'è da dire che già gli esami tossicologici compiuti dal [Ministero della Salute](#) avevano escluso una correlazione tra il vaccino e le morti. Ma la Procura della Repubblica ha voluto vederci chiaro in una vicenda che aveva portato a non poche polemiche. Questo anche se l'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, aveva detto i due lotti «bloccati» all'epoca dei fatti, non presentavano «endotossine» e «sono conformi l'aspetto e il contenuto in antigene del vaccino del virus dell'influenza». Ma non solo, in quanto avevano anche invitato «tutti i soggetti, in particolare quelli a rischio, a sottoporsi alla vaccinazione per evitare di andare incontro alle complicanze di questa malattia infettiva, l'influenza, che ogni anno causano circa 8.000 decessi in Italia, in particolare nella fascia di popolazione al di sopra dei 65 anni». Tuttavia sono stati registrati 19 morti sospette per 8 lotti del vaccino, anche se l'ente ha ritenuto che «l'incremento delle segnalazioni, giunte a un totale di 19 su 8 lotti diversi, è da attribuire alla maggiore sensibilità mostrata da parte degli operatori sanitari e della popolazione generale al fenomeno a causa della mediaticità degli eventi di questi ultimi giorni». Anche in Abruzzo sono scattati accertamenti a dicembre scorso.

Ivan Cimmaruti





Secondo il **rapporto Coop 2014**, dal 2000 a oggi l'offerta dei prodotti bio nella grande distribuzione è quadruplicata

sto boom, considerando che il potere d'acquisto è costantemente sotto pressione e i prezzi del bio sono più alti? «Sempre più consumatori chiedono informazioni e rassicurazioni» spiega Belloni «e sono disposti a pagare per averle: il 70 per cento degli italiani vuole leggere l'etichetta prima di mangiare». Un'esigenza che innesca un circolo virtuoso presso le aziende, dove «aumenta l'investimento per la comunicazione scientifica». La regolamentazione quindi dovrà tenere il passo delle richieste del mercato: «Andiamo senz'altro verso una maggiore certificazione, a vantaggio dei consumatori».

IN ITALIA OLTRE **700 MILIONI** DI EURO DI FATTURATO PER UN SETTORE CHE CRESCE, NONOSTANTE LA CRISI

VEGETARIANI O NO, TUTTI PAZZI PER IL BIOLOGICO

di **Raffaele Ricciardi**

MILANO. Biologico, vegetariano, vegano. L'ascesa dei consumi alimentari orientati su prodotti selezionati e certificati appare inarrestabile nonostante il perdurare della crisi economica. Dal 2000 a oggi - dice il rapporto della Coop su consumi e distribuzione - l'offerta di prodotti bio nella grande distribuzione organizzata, dai supermercati agli ipermercati, si è quadruplicata e, negli ultimi sette anni, il fatturato è raddoppiato (oltre 700 milioni di euro nel 2014). «Si sta aprendo una forbice interessante: i consumi alimentari scendono in quantità, ma c'è una crescita in valore. Il bio centra in pieno questa tendenza» spiega Antonio Belloni, autore di *Food Economy* (Marsilio, pp. 133, euro 13), libro-inchiesta sul dilagare dell'attenzione al cibo e sull'economia legata a questo fenomeno, dai reality televisivi all'editoria.

In effetti, tra il 2011 e oggi il settore biologico ha sempre visto una crescita annua delle vendite in doppia cifra, contro andamenti asfittici per l'alimentare nel suo complesso. Come si spiega que-

Dal punto di vista industriale si aprono delle praterie e l'Italia può recitare un ruolo di primo piano nel mondo. Con 50 mila produttori, il nostro Paese è la prima potenza esportatrice di bio in Europa e batte la Francia sui prodotti certificati: 264 a 208. Un esercito che deve tenere alti gli standard di produzione, per soddisfare anzitutto le richieste interne: secondo il rapporto Coop, il 97 per cento degli italiani dichiara che, prima di acquistare, presta attenzione alla reputazione delle aziende e alle caratteristiche del ciclo produttivo. ■



L'IDENTIKIT

Secondo Nomisma la propensione all'acquisto bio è maggiore non solo nelle famiglie con un reddito alto ma anche in quelle dove chi compra ha un titolo di studio elevato