

CORRIERE DELLA SERA.it

stampa | chiudi

NOVITA'

Tutto sul tuo farmaco, in un click

L'Agenzia italiana del farmaco mette online i fogli illustrativi e le schede tecniche di 16mila medicinali venduti in Italia

NOTIZIE CORRELATE

Tutto quello che c'è da sapere su un farmaco a portata di click. Come avere sempre in tasca il suo foglietto illustrativo, per di più in versione costantemente aggiornata: ricordare esattamente le patologie per le quali è indicato, i dosaggi consigliati, come somministrarlo e conservarlo e, soprattutto, poter consultare rapidamente le avvertenze su effetti indesiderati o cosa accade in caso di sovradosaggio o di interazione con altre cure che si stanno assumendo. E' quello che si può fare da oggi consultando la Banca Dati Farmaci dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), il primo e unico database ufficiale in Italia sui medicinali presentato mercoledì a Roma alla presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e del Direttore Generale Aifa, Luca Pani.

INFORMAZIONI SEMPRE AGGIORNATE -Accedendo alla Banca Dati si possono consultare non solo i fogli illustrativi, ma anche i riassunti delle caratteristiche del prodotto (una sorta di "carta di identità del medicinale" contenente tutte le informazioni fondamentali relative alla sua efficacia e sicurezza, generalmente destinate agli operatori sanitari) di tutti i medicinali autorizzati e venduti in Italia. Circa 16mila schede in tutto, con dati continuamente aggiornati dagli uffici competenti dell'Aifa e informazioni su oltre 66.400 confezioni autorizzate. Un fatto non da poco se si guarda ai numeri sulle «novità» che riguardano i farmaci: solo nel 2012 sono state ben 5mila le modifiche apportate, fra riassunti delle caratteristiche del prodotto e foglio illustrativi e oltre 700 le nuove domande di autorizzazione all'immissione in commercio. «È uno strumento di particolare utilità per tutti gli operatori sanitari che hanno la costante necessità di aggiornare le loro conoscenze per poter prescrivere correttamente ed utilizzare al meglio i medicinali – dicono da Aifa -. Ma è importante anche per i pazienti, che consultando la Banca Dati possono meglio comprendere i benefici e i possibili effetti indesiderati delle cure prescritte».

COME FUNZIONA -La navigazione della Banca Dati (accessibile dai siti <https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it> e <https://farmaci.aifa.gov.it>) è semplice, basta una ricerca per nome commerciale del farmaco, principio attivo o nome dell'azienda farmaceutica. Per ciascun prodotto è possibile visualizzare: informazioni generali (numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio - AIC, azienda titolare AIC, principio attivo); l'elenco delle confezioni per quel farmaco con il relativo "stato amministrativo" (autorizzato, revocato o sospeso); tutti i testi del riassunto delle caratteristiche del prodotto e del foglio illustrativo dei farmaci autorizzati da Aifa in formato pdf. E' è già in studio una App per consentire la consultazione anche in modalità mobile, cioè via smartphone, iphone, tablet.

stampa | chiudi

Svolta dell'Agenzia del farmaco

Il bugiardino delle medicine va in Rete

Stop a foglietti illustrativi minuscoli o non aggiornati, o a siti incompleti e con informazioni fuorvianti. I «bugiardini» di oltre ottomila **farmaci**, assieme a molte altre informazioni fondamentali per pazienti e professionisti, sono stati raccolti dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, in un unico database accessibile a tutti. La banca dati, la prima così completa in Europa, è stata presentata ieri a Roma. Contiene sia «i bugiardini», sia i Riassunti delle caratteristiche del prodotto (i cosiddetti Rcp), oltre a informazioni come le proprietà farmacocinetiche — i tempi cioè di metabolizzazione dei **farmaci** — o i titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Tutti i dati che sono, prima volta per un sito italiano, certificati dall'Aifa o dall'autorità europea, e continuamente aggiornati. Nel portale sono già presenti dati su 64 mila confezioni autorizzate, con 16 mila tra «bugiardini» e Riassunti Caratteristiche Prodotto. In futuro sarà possibile accedere alla banca dati oltre che dal sito dell'Aifa, anche da dispositivi mobili. «La nascita della banca dati — ha spiegato il direttore generale di Aifa, Luca Pani — rappresenta un ulteriore passo verso la costruzione di un unico, dinamico e integrato database del farmaco che l'Agenzia sta realizzando e che sarà una svolta decisiva per la condivisione e lo scambio di conoscenze, il miglioramento delle strategie di cura e quindi la garanzia di una assistenza più efficiente e immediata per tutti i cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le informazioni errate fra cellule alla base delle staminali tumorali

Ma le staminali non erano «buone» e la promettente via per rigenerare tessuti e organi? Questo verrebbe da chiedersi considerando che è ormai ufficiale la teoria secondo la quale l'origine e il mantenimento di un tumore dipenderebbero proprio da queste cellule.

Sarebbero lo zoccolo duro da combattere, ovvero le cellule «matri» del tumore che lo alimentano e sfuggono all'azione di agenti tossici esterni perché capaci di riprodursi più lentamente e autoprotettersi. Inoltre, capaci di migrare e raggiungere altri organi, spiegando così i processi di metastatizzazione.

Ma che cosa hanno queste staminali di diverso da quelle che svolgono, invece, un prezioso ruolo riparatore? Si tratterebbe di staminali «mutate», in cui si attivano geni che, normalmente spenti, danno origine ad un ciclo vitale anomalo. O meglio: secondo un'importante e accreditata visione che in Italia ha il massimo esponente in Pier Mario Biava, noto ricercatore in campo oncologico, il cancro sarebbe un processo reversibile frutto dell'alterazione dei meccanismi di regolazione. Biava lo ha studiato e dimostrato da anni: le cellule staminali mutano perché salta la normale trasmissione dell'informazione fra le cellule e, pertanto, ripristinandola, sarebbe addirittura possibile riprogrammarle allo stadio fisiologico. La difficoltà è che esistono tanti tipi diversi di tumore, ciascuno regolato da determinati fattori da rintracciare ogni volta. La riprogrammazione avviene bloccando il ciclo cellulare, riparando le mutazioni non gravi o, in alternativa, attivando i geni che innescano la morte cellulare.

Nella visione di una «medicina informazionale», che considera l'organismo come un sistema complesso in cui scorrono flussi di dati, cade la differenza fra staminali «buone» e «cattive». Ad esempio, è stato appena pubblicato uno studio italiano su Stem Cell Reports che identifica un nuovo regolatore della motilità delle cellule staminali pluripotenti. Ricercatori degli Istituti di genetica e biofisica «Buzzati-Traverso» (Igb-Cnr) di Napoli, «Mauro Picone» (Iac-Cnr) di Roma, con l'Institute of Molecular Oncology Foundation (Ifom) di Milano, hanno visto come un semplice aminoacido, la L-Prolina, riesce a permettere alle staminali di muoversi e di invadere i tessuti generando metastasi. In particolare, si dimostra che questo processo non avviene alterando il codice genetico della cellula ma proprio modificandone l'espressione.

in laboratorio

di Alessandra Turchetti



Un malato di tumore su 5 muore per malnutrizione

La malnutrizione è una «malattia nella malattia che può determinare gli esiti clinici di molte patologie». Tanto che un paziente oncologico su 5 muore per le conseguenze della malnutrizione più che per la malattia. È il monito lanciato dagli esperti che, ieri a Milano, hanno presentato il primo «Consensus document» sulla nutrizione clinica, firmato dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica e dalla Società italiana di nutrizione artificiale. In ospedale, un paziente su 3 è malnutrito o a rischio; 2 ricoverati su 10 peggiorano il loro stato nutrizionale durante il ricovero.



La protesta dei ricercatori

«Noi, cervelli rientrati e beffati»

Lettera al ministro Carrozza: trattati come cadaveri dopo aver rinunciato alle carriere all'estero

Flavia Amabile A PAGINA 11

I ricercatori e il piano flop

“Tornati in Italia e maltrattati”

Contratti precari e demansionamenti dopo aver rinunciato alle carriere all'estero

Il ministro ha promesso per il futuro «trattamenti decorosi» ai cervelli che rientrano

FLAVIA AMABILE
ROMA

Quando Anthony Marasco ha sentito quella frase si è arrabbiato ancora di più. Già è furibondo per come l'Italia lo ha trattato, le parole della ministra dell'Istruzione Maria Chiara Carrozza gli sono sembrate uno schiaffo dritto in faccia, e ha deciso di rispondere. «A differenza del passato - aveva spiegato la ministra parlando del suo nuovo programma per il rientro dei cervelli fuggiti all'estero - stavolta garantiremo il consolidamento dei ricercatori in arrivo dall'estero all'interno del sistema universitario. Non si può fare l'attrazione con i contratti a termine. Occorre rendere chi rientra professore, con una posizione decorosa e degna dello sforzo che ha fatto per tornare in Italia». Dopo averla letta, Anthony Marasco ha scritto una lunga lettera che è stata firmata da oltre 30 altri che, come lui, si erano fidati negli anni scorsi delle promesse dei governi italiani. Alcuni di loro pagando la scelta

a caro prezzo. «Chi scrive - spiega Marasco - è parte di quel "passato" a cui si riferisce il ministro. Noi siamo fra coloro che, a vario titolo e in vario modo, si sono trovati senza garanzie e senza certezze a dover fare i conti con una realtà che cambiava di giorno in giorno. Alcuni di noi sono stati stabilizzati; altri per essere stabilizzati hanno dovuto accettare un abbassamento di rango e di stipendio; altri ancora sono dovuti ritornare all'estero o hanno dovuto cambiare mestiere. Per tutti, comunque, si è trattato di un inutile calvario, con atti formali presi all'ultimo minuto, leggi che cambiano improvvisamente, procedure farragino-se e incerte. Fa piacere leggere che tutto questo ora non accadrà più. E non voglio avere alcun dubbio che davvero non accadrà più, ma mi sembra incredibile che un ministro ammetta che finora delle persone siano state trattate in modo non dignitoso e che le ignori come se fossero cadaveri. Noi non siamo cadaveri, siamo persone con delle vite che abbiamo messo in gioco perché ci siamo fidati. Non si può voltare pagina facendo finta che non esistiamo».

Esistono, invece, e porteranno per sempre su di loro i segni

di questo tradimento. Come Carlo Caruso, italianista che l'Italia non vuole e che è tornato a lavorare in Gran Bretagna da cui era rientrato, uno che all'università di Durham oggi lavora con una borsa di studio da 130mila sterline. «Con altre università il mio curriculum è fonte di attenzione e di stima. In Italia mi sono sentito un ostacolo. Persino chi è a costo zero come noi che eravamo finanziati dal Miur, venivamo ostacolati solo perché esterni rispetto al corpo docente».

Lo stesso vale per Anthony Marasco, Phd a Berkeley, specializzazione in Storia intellettuale, nel 2004 arriva all'università Ca' Foscari di Venezia ad insegnare Letteratura Americana. «L'entrata è stata da rockstar: applausi, complimenti, tutti felici, tutti attorno. Quattro anni dopo l'uscita è stata da incubo. Persino la docente che mi aveva chiamato per partecipare al programma non mi salutava più per strada. Da risorsa ero diventato un problema». Dopo aver combattuto e vinto la battaglia per far stabilizzare anche i ricercatori come lui, alla Ca' Foscari, che fino ad allora aveva rifiutato la sua stabilizzazione perché la legge non lo permetteva, ha scoperto che il suo corso non interessava più, che la letteratura americana poteva anche



non essere insegnata. «In realtà poi hanno proposto il corso ad una persona con competenze completamente diverse. Non sarei dovuto tornare in Italia, ma di fronte alla promessa di un posto stabile perché non sarei dovuto rientrare?». E ora che ha moglie e figli, trovare di nuovo un percorso all'estero non è semplice, spiega. E quindi è qui, lavorando come può. «Non siamo dei martiri - scrive nella lettera alla ministra Carrozza -, ma persone in carne e ossa che avevano contato su un Programma ministeriale per poter continuare la propria ricerca in Italia. È troppo tardi? E perché mai? Tutti sanno - continua - a che cosa siamo andati incontro, e pochi sono disposti oggi ad accettare quella che è una vera e propria roulette russa. Sia coraggiosa signora Ministro, e metta fine a una stagione poco felice per aprirne una completamente nuova».

La lettera

Noi "cervelli rientrati" siamo ancora risorsa

■ Abbiamo letto con interesse la dichiarazione del ministro Maria Chiara Carrozza su *La Stampa* dell'8/11 inerente il Programma ministeriale per il rientro dei cervelli «Rita Levi Montalcini». «A differenza del passato», ha dichiarato il ministro, «stavolta garantiremo il consolidamento dei ricercatori in arrivo dall'estero all'interno del sistema universitario. Non si

■ La lettera dei 32 ricercatori pubblicata ieri su «La Stampa», in cui gli studiosi commentavano con amarezza le dichiarazioni di Maria Chiara Carrozza, ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Scenari. Il rapporto «Healthcare roadmap 2030» di Action Institute

Fondi e bilanci certificati, come creare la sanità 3.0

LE PROPOSTE

Spezzare il monopolio pubblico, partiti out, rifare di sana pianta il management. Regioni in piano di rientro: ristrutturazione del debito

Roberto Turno

ROMA

■ La scommessa è grande, grandissima, la classica missione impossibile: fare della sanità pubblica italiana un hub dell'innovazione medica riconosciuto a livello internazionale, un motore di crescita per l'economia, addirittura una calamita per i pazienti europei. E farcela, a toccare il sogno del Ssn 3.0, con una roadmap precisa: che rafforzi la governance, rivolti il modello di finanziamento attuale, spazzi via l'insopportabile peso dei partiti, rompa il monopolio pubblico, preveda bilanci di asl e ospedali certificati da organismi indipendenti. E che per le regioni sotto piano di rientro avvii una ristrutturazione del debito e un turnaround gestionale sul modello francese di forte affiancamento delle realtà locali che vanno fuori strada, creando una managerialità nuova di zecca, sotto la tutela dell'Agenas, che escluda per sempre chi ha provocato i disastri dei maxi deficit e di salute.

«Healthcare roadmap 2030»: è con un programma preciso di rifacimento e svecchiamento dalle radici del Ssn che Action Institute lancia da oggi il suo programma di profondo restyling della sanità di italiana. Un organismo, che si

definisce «action tank» piuttosto che «think tank», indipendente, apartitico, senza fini di lucro e interamente autofinanziato, presieduto da Carlotta De Franceschi, e che tra i suoi membri annovera Guido Tabellini, Alberto Alesina e il nobel per l'economia Michael Spence. Ora ecco il paper sulla sanità, dopo quello già presentato sul credito e i prossimi su innovazione e capitale umano.

Insomma, tanti nervi scoperti del sistema Italia su cui indagare e lanciare proposte concrete, non semplici denunce. Come vuol fare il rapporto sulla sanità, curato da Paolo De Santis. Che parte da una domanda-obiettivo di fondo: come garantire nel futuro universalità ed equità al Ssn davanti al rebus sempre più evidente della sostenibilità del Ssn. Perché universalità ed equità, dovranno restare le stelle polari anche nel futuro. Ma con l'avvertenza che l'universalità delle cure è già oggi un sogno, un mito. Come dicono i numeri sull'accesso alle prestazioni, perfino all'interno della stessa regione, i tempi d'attesa, l'accesso ai nuovi farmaci, gli stessi costi delle prestazioni. Perfino le spese out of pocket pagate dagli italiani e l'impoverimento delle famiglie. Tutto questo mentre il sistema è poco trasparente, le competenze latitano e la selezione dei vertici anche medici è in mano alla politica.

Di qui le proposte operative che a livello generale vanno da una governance salda e robusta che minimizzi i conflitti d'interesse, separi il ruolo pub-

blico di regolamentazione e controllo da quello di erogazione delle prestazioni, rafforzi la regolamentazione a livello centrale e accentui l'autonomia regionale a seconda dei risultati. Va da sé che i dg di asl e ospedali dovranno essere scelti senza i lacci dei partiti, con una selezione unica nazionale affidata a un'Authority indipendente. Che i pazienti abbiano reali chance di scelta a tutto campo. Che i bilanci delle aziende sanitarie siano affidati a una certificazione esterna, sul modello della Toscana.

Allo stesso tempo un sistema di incentivi e premi dovrà essere previsto per chi centra o meno gli obiettivi, fino alla rimozione del dirigenti e dei governatori incapaci, come in parte già è previsto. Il finanziamento dovrebbe avvenire sulla base dei risultati, piuttosto che dei costi, considerando fattori di rischio strutturali (età, genere, morbidity) con aggiustamento successivo per i rischi non previsti. I Fondi «complementari e supplementari», e non sostitutivi, sarebbero il secondo pilastro del Ssn, ma con più incentivi fiscali. La fida del Ssn 3.0, appunto. Entro il 2030, ma anche prima. Purché si parta subito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





FARMACI: LINEE GUIDA USA, STATINE RACCOMANDATE PER 1 ADULTO SU 3 LE NUOVE RACCOMANDAZIONI HANNO SOLLEVATO POLEMICHE

Roma, 13 nov. (Adnkronos Salute) - Un 'piccolo esercito' in cura con le statine? Un terzo di tutti gli adulti americani dovrebbe prendere in considerazione l'idea di assumere questi medicinali per abbassare il colesterolo, almeno secondo le nuove linee guida dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology, le prime dopo un decennio. Il rapporto non ha mancato di sollevare polemiche, anche perché circa la metà di coloro che hanno stilato le linee guida aveva legami finanziari con produttori di farmaci per il cuore.

Ma uno dei leader del gruppo, George Mensah dell'American Heart Association, ha assicurato che a nessuno dei soggetti con legami con l'industria del settore è stato permesso di votare le nuove raccomandazioni. Sottolineando poi che è praticamente impossibile trovare, in questo campo, un vasto gruppo di esperti esterni che non hanno relazioni con l'industria. E che, riferisce la Bbc online, le linee guida sono basate su prove concrete. Si stima che 33 milioni di americani - il 44% degli uomini e il 22% delle donne - raggiungeranno i valori soglia per prendere le statine, farmaci attualmente raccomandati negli States per il 15% degli adulti. Cioè per chi ha valori di colesterolo totale oltre 200 e di Ldl (il cosiddetto "colesterolo cattivo") oltre 100. Le nuove linee guida per la prima volta esaminano anche l'ictus, non solo l'infarto. E pongono molta meno enfasi rispetto al passato sulla definizione di obiettivi numerici precisi.

Gli esperti introducono una nuova formula per il calcolo del rischio di malattie cardiache dei pazienti, sulla base di fattori quali età, sesso ed etnia, invece dei soli livelli elevati di colesterolo. "Queste linee guida si discostano dalle precedenti, perché non si concentrano su specifici livelli target di colesterolo Ldl, o colesterolo cattivo, anche se la definizione di Ldl ottimale non è cambiata", spiega Neil Stone, autore del rapporto. Il panel di esperti si è concentrato su quattro gruppi che beneficerebbero di più delle statine: i cardiopatici, chi ha livelli di Ldl di 190 o più, anziani con diabete di tipo 2 e anziani con un rischio a 10 anni di malattia di cuore maggiore del 7,5%.

Gli Usa rivedono le linee guida sui rischi cardiaci. **Farmaci** solo ai livelli più alti

Il colesterolo? Fa meno paura

di ADRIANA BAZZI

Negli Stati Uniti nuove linee-guida che cambiano la strategia di prevenzione della malattie cardiovascolari: non dobbiamo più «curare il colesterolo, ma i pazienti», e preoccuparci del rischio reale che

una persona vada incontro a infarto o ictus quando il livello dei suoi grassi nel sangue è troppo elevato. I pazienti vengono quindi divisi: quelli che hanno già avuto problemi cardiovascolari e quelli con colesterolo alto, ma senza disturbi.

A PAGINA 27

Salute I grassi nel sangue fanno meno paura. Medicinali soltanto ai livelli più alti

Meno **farmaci** contro il colesterolo Si punta su dieta e attività fisica

Le linee guida Usa rivedono i rapporti con le malattie cardiache

Il messaggio dei cardiologi americani è chiaro: non dobbiamo più «curare il colesterolo, ma i pazienti», e preoccuparci del rischio reale che una persona vada incontro a infarto o ictus quando il livello dei suoi grassi nel sangue è troppo elevato.

Negli Stati Uniti sono state appena pubblicate nuove linee guida che cambiano la strategia di prevenzione della malattie cardiovascolari (il colesterolo, infatti, rappresenta un fattore predisponente, insieme a molti altri). Secondo questo nuovo approccio, i pazienti vengono divisi in due gruppi: quelli che hanno già avuto problemi cardiovascolari e quelli che hanno il colesterolo alto, ma non hanno disturbi.

Nel primo gruppo il suggerimento è comunque quello di somministrare statine (i più usati **farmaci** anti colesterolo) alle dosi indicate dagli studi clinici. E questa si chiama prevenzione secondaria.

Nell'altro caso (che si chiama prevenzione primaria, che vuole cioè impedire che una patologia si manifesti) la situazione si complica e cominciano a distinguere: il colesterolo, infatti, non è una malattia, ma solo un marcatore, cioè una spia di pericolo che va valutata tenendo conto della situazione

complessiva, caso per caso. E poi di «colesterolo» ne esistono due tipi: l'Ldl, il cosiddetto colesterolo «cattivo» il cui livello ideale nel sangue dovrebbe essere inferiore ai 130 milligrammi per decilitro (mg/dl) di sangue, e l'Hdl, quello «buono» che dovrebbe essere superiore ai 60.

Ecco allora che gli americani suggeriscono di mettere in terapia farmacologica persone con più di 21 anni che hanno l'Ldl al di sopra di 190 mg/dl (sono quelli in cui l'aumento di questa sostanza ha cause genetiche), i soggetti diabetici e tutti coloro che hanno una probabilità di andare incontro a problemi cardiovascolari perché hanno altri fattori di rischio: il fumo, la pressione arteriosa elevata o una ridotta presenza di Hdl.

In tutti gli altri casi, come si dice «borderline» o di confine, che non rientrano in queste categorie, il suggerimento è quello di ricorrere ad altri sistemi per ridurre il colesterolo, come la dieta o l'attività fisica.

Le nuove linee guida americane hanno il pregio di rimettere in prima linea la clinica (cioè il paziente) e, in seconda, il laboratorio (e cioè il livello del colesterolo nel sangue). E potranno anche

avere delle ripercussioni in Europa, dove, però, la situazione è un po' diversa. Per esempio, secondo le linee guida europee i pazienti che hanno avuto incidenti cardiovascolari vengono messi in terapia quando hanno valori di colesterolo più alti rispetto a quelli previsti dagli americani: noi, cioè, siamo un po' meno aggressivi sulla terapia.

«Anche le nostre regole guardano ai valori di laboratorio — commenta Cesare Sirtori, direttore del Centro Dislipidemie dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano — ma noi siamo da sempre più attenti ai pazienti».

Insomma, lo «spettro colesterolo» assume nuove connotazioni e viene reinterpretato dalla clinica. Forse si è anche esagerato nel propagandarlo come il «nemico numero uno per la nostra salute cardiovascolare».

E si ha anche la sensazione che l'atteggiamento aggressivo del passato nei confronti di questa condizione clinica (terapia a tutti i costi per ridurre i «valori bersaglio» dei test di laboratorio) sia stata dettata più da interessi com-

merciali di chi voleva vendere **farmaci** che da serene valutazioni cliniche. Ora che molte medicine hanno perduto il brevetto, si ritorna a scelte più ragionate. «Noi cerchiamo anche di prendere in considerazione elementi — aggiunge Sirtori — che gli americani hanno trascurato. Per esempio: anche i trigliceridi hanno la loro importanza. E ci sono anche altri **farmaci** che possono essere utili per ridurre colesterolo e trigliceridi che gli americani hanno ignorato nelle loro linee guida».

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cos'è
Il colesterolo è un elemento essenziale della membrana delle cellule animali: è necessario al funzionamento del sistema nervoso

I due tipi

Hdl
Il colesterolo «buono»
Si tratta di lipoproteine ad alta densità. Considerate «spazzini» del sangue, vanno nelle arterie, prelevano il colesterolo e lo portano nel fegato dove viene eliminato

Ldl
Il colesterolo «cattivo»
Lipoproteine a bassa densità che liberano il colesterolo sulle pareti delle arterie. A quel punto si forma una placca che ostruisce il flusso sanguigno e causa l'infarto

CORRIERE DELLA SERA

Valori ottimali del colesterolo totale: 170-180 mg/dl

 100-150 Persone con valori tra 700 e 800 mg/dl	 50-100 mila Con valori tra 350 e 400 mg/dl
 5 milioni Con valori attorno ai 250 mg/dl	 10 milioni Hanno colesterolo alto, trigliceridi elevati (oltre 250 mg/dl) e Hdl basso (sotto i 50 mg/dl per la donna; 40 per l'uomo)

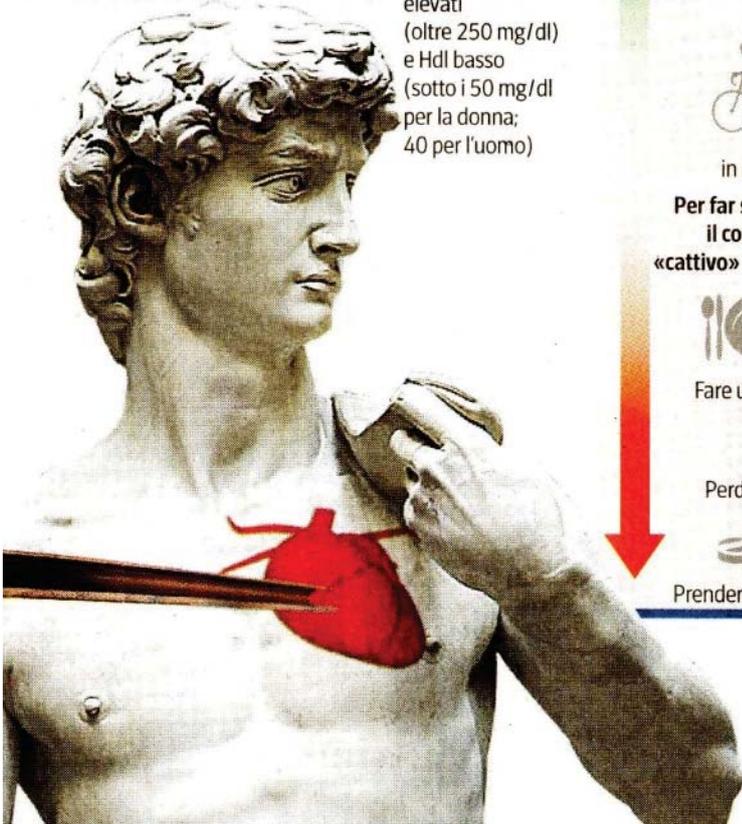
I consigli

Per far salire il colesterolo «buono» si deve:

-  Nuotare
-  Correre
-  Andare in bicicletta

Per far scendere il colesterolo «cattivo» bisogna:

-  Fare una dieta
-  Perdere peso
-  Prendere **farmaci**



quotidiano**sanità**.it

Giovedì 14 NOVEMBRE 2013

Giornata Mondiale Diabete. Nel mondo 371 milioni di malati. Saranno 500 nel 2030. La prevenzione è essenziale e alle 16:14 di oggi esplode la campagna sul web

La malattia rappresenta di sicuro una delle maggiori sfide di salute e sviluppo del 21esimo secolo ed oggi è il quarto e ultimo anno del quadriennio di World Diabetes Day dedicato a prevenzione ed educazione sul diabete. Chiamato a raccolta il mondo del web per raggiungere quante più persone possibile. Per questo oggi pomeriggio chi aderisce alla campagna può pubblicare tramite Facebook, Twitter o Tumblr sul suo profilo il messaggio sulla Giornata Mondiale.

16.14 ora italiana. Questo il momento in cui oggi pomeriggio – in occasione della Giornata Mondiale contro il Diabete – scoccherà l'ora X e chiunque avrà aderito tramite il sito Thunderclap, via Facebook, Twitter o Tumblr, condividerà nello stesso istante lo stesso messaggio a sostegno della campagna di informazione: "Garantisco il mio supporto al World Diabetes Day, perché ancora milioni di persone nel mondo non hanno l'assistenza di cui hanno bisogno". L'iniziativa è stata lanciata dalla International Diabetes Federation, la stessa organizzazione mondiale che insieme all'Oms ha lanciato nel 1991 per la prima volta al mondo la Giornata, e per partecipare basta cliccare i link sulla [pagina web apposita \(QUI\)](#), dare l'approvazione per la pubblicazione e il resto lo fa Thunderclap, che lancerà contemporaneamente il messaggio dai profili di chi avrà dato l'ok.

Questa edizione 2013 del World Diabetes Day è la quinta e ultima della campagna quadriennale 2009-2013 a tema "prevenzione ed educazione sul diabete".

La malattia rappresenta di sicuro una delle maggiori sfide di salute e sviluppo del 21esimo secolo. Al momento sono 371 milioni le persone che convivono col diabete, e altri 280 milioni sono ad alto rischio di svilupparlo: ci si aspetta che entro il 2030 saranno mezzo miliardo i pazienti in tutto il mondo. Sia diabete che le sue complicazioni sono però largamente prevenibili, ed esistono prove che possono essere fatti dalle istituzioni interventi anche a basso costo per ridurre i rischi dell'epidemia. Tuttavia, tutti devono impegnarsi a farlo.

Ed ecco perché il titolo della campagna 2013 è "Diabete: proteggiamo il nostro futuro": l'iniziativa mira a promuovere l'impegno delle comunità locali nella disseminazione di semplici regole e informazioni sulla malattia e organizzare attività che rafforzino i metodi per riconoscere i primi segni del diabete e le persone a rischio.

I principali messaggi della campagna – scelti dall'International Diabetes Federation sono quattro:

- tra le nazioni più popolate del mondo c'è anche il diabete: terza in ordine di "abitanti" dopo Cina e India, e prima di Stati Uniti e Brasile;
- un malato di diabete su due non sa di averlo: tu sei a rischio?
- è importante conoscere le complicazioni più comuni;
- è importante non discriminare i diabetici.

NELLA SPESA DELLA SANITÀ SAPETE
QUANTO SFUGGE A OGNI CONTROLLO?

3,4 MILIARDI DI EURO

Continua il viaggio di «Panorama» nella giungla degli acquisti di beni e servizi da parte dello Stato. Dove mancano le verifiche su chi rispetta le regole.

**L'AZIENDA
DI CATANIA
HA COMPRATO
FARMACI PER
CENTINAIA
DI MILIONI
SCAVALCANDO
LA CONSIP**

di Stefano Caviglia e Maria Pirro

Lo stent coronarico è un tubicino metallico che si impianta ai malati di cuore per correggere un difetto nel flusso sanguigno. Un oggetto complesso e costoso, ma in fondo abbastanza comune nell'epoca in cui viviamo, il cui valore dovrebbe essere relativamente uniforme in tutti i paesi con un avanzato livello di benessere e un'economia di mercato. Non in Italia, dove il suo prezzo subisce oscillazioni clamorose fra una regione e l'altra: 760 euro in Liguria, 448 in Toscana, 850 in Piemonte e 950 in Campania. Si parla, beninteso, dello stesso modello, lo Xience Prime. È ciò che *Panorama* ha accertato in questi giorni grazie a una lunga e complessa ricerca sul campo.

Basterebbe questo a dare un'idea del caos che regna nella spesa, sanitaria e non, della pubblica amministrazione. Un museo degli orrori che ha nel capitolo degli acquisti la sua botola segreta, così protetta dalla scarsità di dati pubblici che il nuovo commissario della spending review, Carlo Cottarelli, farà fatica persino ad aprirla. Gli scostamenti nei prezzi delle protesi o dei **farmaci** acquistati dalle asl in giro per l'Italia sono stati denunciati tante volte, alla ricerca di un meccanismo che possa mettere un freno ai comportamenti scorretti, e qualche piccolo passo avanti è stato compiuto negli ultimi anni con la stretta sulla spesa sanitaria delle regioni. Eppure, a quanto risulta a *Panorama*, ben 3,4 miliardi di euro di bandi per l'acquisto di **farmaci** sono effettuati al di fuori dei circuiti della

Consip, la società delegata agli acquisti della pubblica amministrazione. Ma è difficile ottenere risultati (che non siano il puro e semplice abbattimento del livello dei servizi) fintanto che si continua a intervenire in modo episodico e senza la giusta attenzione al comportamento dei singoli.

Quanto sia complicata la situazione lo dice un report di ricerca del 2012 intitolato «Supporto per gli acquisti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi», preparato dalla Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), secondo cui gare e offerte tecnico-economiche sono «estremamente variabili e disomogenee»; ma anche il confronto di macchinari identici, della stessa marca, è questo il paradosso, risulta complesso perché «annegati» (nel report è scritto proprio così) «nella quotazione di insieme più o meno omogenea». Quel che manca, insomma, è la «trasparenza sul mix di elementi forniti».

Stando così le cose, non c'è da sorprendersi se le diverse amministrazioni sparse sul territorio continuano a comportarsi in modo disomogeneo. Un tentativo di portarle su un'unica strada è stato fatto (sotto la spinta della drammatica necessità di ridurre la spesa) dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, con il varo nel luglio del 2012 dei «prezzi di riferimento». È un termine di cui vale la pena di spiegare l'origine. Dopo aver scoperto differenze di prezzo da far saltare sulla sedia, l'autorità ha individuato, per via statistica, il decimo prezzo migliore nell'acquisto di beni e servizi, considerando il totale del campione uguale a 100. Quel livello è stato fissato come il prezzo di riferimento. E poiché le necessità di risparmio dello Stato erano in quel momento particolarmente impellenti, si è stabilito che in nessun caso poteva essere superato di più del 20 per cento, pena la decadenza e la rinegoziazione dei contratti.

In un primo momento questa norma ebbe l'effetto di una rivoluzione, mettendo in subbuglio l'intera sanità. Ma poi le aziende sono passate al contrattacco, con una serie di ricorsi al Tar del Lazio che hanno messo in luce le carenze con cui quei prezzi erano stati fissati, per l'intera categoria dei «dispositivi medici» (ossia i prodotti materiali) e per un certo numero di **farmaci**: troppe le differenze tra esemplari classificati come appartenenti a un'unica voce e troppo esiguo il campione dell'indagine statistica. Il tar ha dato ragione ai ricorrenti e i prezzi di riferimento hanno perso il loro carattere di limite obbligatorio. «Mantengono la validità di valori di riferimento quali strumenti di programmazione e razionalizzazione della spesa» è scritto malin-

conicamente al piede della tabella pubblicata sul sito dell'autorità.

Del resto, anche là dove il prezzo di riferimento resta obbligatorio, ossia in tutte le altre categorie (dal prezzo di una parte dei **farmaci** a quello degli zoccoli per gli infermieri), la sua efficacia reale resta da dimostrare. A chi spetta di verificare il comportamento delle asl ed eventualmente sanzionare gli inadempienti? Non all'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, che non sa neppure se le amministrazioni osservino i limiti che essa stessa ha stabilito. Una classifica di buoni e cattivi, relativamente agli acquisti, si può provare a stilare solo sulla base del campione statistico utilizzato dall'autorità, e comunque non oltre la metà del 2012, quando è stata effettuata la raccolta di dati per fissare i prezzi di riferimento.

Con questi limiti si può dire che il Veneto, l'Abruzzo e il Piemonte pagano i **farmaci** senza brevetto sensibilmente meno della media italiana, mentre la Puglia, il Lazio, la Basilicata e l'Umbria sono quelle che spendono di più. La Asl di Bari sembra una delle più spendaccione, insieme con Pescara, Olbia, Taranto, e con la centrale acquisti del Lazio; i migliori risulterebbero invece l'Ente per i servizi tecnico amministrativi dell'area vasta centro, in Toscana, la Società di committenza della Regione Piemonte, la Regione Veneto, l'Azienda ospedaliera polo universitario Luigi Sacco di Milano, l'Azienda sanitaria locale numero 2 di Lanciano-Vasto-Chieti.

Anche se è bene sottolineare che si tratta di indicazioni parziali (la Campania per esempio non è considerata solo perché su di essa non c'è un numero di osservazioni sufficiente), basate su un campione ristretto e che in ogni caso si riferiscono al periodo precedente alla metà del 2012. Come si siano comportate le varie stazioni appaltanti da allora a oggi non è dato sapere.

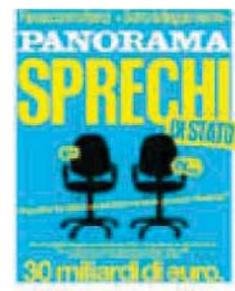
Le regioni sottoposte a piani di rientro sono sotto la vigilanza del governo, ma i controlli riguardano in genere il livello complessivo dei conti, più che il prezzo a cui vengono effettuati i singoli acquisti. Non resta dunque che sperare nella magistratura contabile. Dovrà essere la Corte dei conti a sanzionare chi sfora. Qualche indicazione si può però avere nel frattempo sui comportamenti generali delle diverse regioni. Sui ritardi dei pagamenti, per esempio, che sono uno dei fattori determinanti nel far lievitare i prezzi delle forniture. Se in Lombardia si attestano intorno ai 100 giorni, in Campania sono in media di 570, in Molise di 886 e in Calabria

arrivano a 960. Come stupirsi se i prezzi di acquisto alla fine sono diversi?

Un ruolo importante nell'opera di razionalizzazione della spesa, non solo in ambito sanitario, spetterebbe alla Consip, la centrale da cui dovrebbero passare gli acquisti di tutta la pubblica amministrazione. Ma anche qui non c'è da stare allegri, dal momento che non sono poche le amministrazioni che, per un motivo o per l'altro, si sottraggono alle gare e alle procedure Consip. Nel periodo fra il 30 ottobre 2012 e l'11 febbraio 2013, per esempio, l'azienda sanitaria provinciale di Catania ha effettuato autonomamente bandi di acquisto di farmaci per oltre 2 miliardi di euro. Una cifra enorme, spezzettata in centinaia di lotti assegnati al di fuori dalle regole della legislazione vigente (che in alternativa alla Consip prevede l'utilizzo delle piattaforme delle centrali di acquisto territoriali).

L'enormità dell'importo fa di Catania un caso limite (non necessariamente sinonimo di illegalità, beninteso), ma ci sono moltissime altre amministrazioni che scavalcano abitualmente la centrale nazionale per le esigenze più disparate. L'Azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari ha bandito alla fine del 2012 un appalto da 5 milioni per l'energia elettrica e nello stesso settore il Consorzio interuniversitario Cineca (che riunisce atenei di tutta Italia) ha dato vita a un appalto di 6,2 milioni. Sono solo due esempi. La legge stabilisce che là dove esista una convenzione Consip (e nell'energia c'è, come nel gas, nei carburanti, nel combustibile da riscaldamento e nella telefonia) è legittimo fare da sé, ma solo a patto di spuntare un prezzo migliore. Le amministrazioni che hanno ignorato le convenzioni Consip lo avranno fatto? (1-continua) ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dopo l'inchiesta di copertina (pubblicata il 31 ottobre) sugli sprechi negli acquisti delle amministrazioni pubbliche, «Panorama» indaga ora sulle spese della sanità: la prima puntata è dedicata alla confusione nei controlli dello Stato.

L'UMANITÀ MINACCIATA DA EPIDEMIE IMPREVEDIBILI



La Terra e i suoi abitanti sono minacciati da una situazione globale d'emergenza che richiede interventi drastici e immediati. Da non ultimo, ci sarebbero anche le possibili pandemie virali. Foto: ©photoxpress.com/UBE

Gli esperti mettono in guardia il genere umano dal rischio di pandemie virali imprevedibili, soprattutto di quelle mutate dal salto da animali a persone. Gli esseri umani sono destinati all'estinzione?

L'umanità è in pericolo. Questo l'avvertimento degli esperti.

Se già gli esseri umani sono minacciati dagli sconvolgimenti climatici, i cataclismi sempre più frequenti (terremoti, inondazioni, tifoni e così via), l'inquinamento delle risorse vitali (terreni, acque) e dell'aria, la devastazione del territorio (deforestazione e distruzione dei "polmoni" del pianeta)... è anche l'ora delle epidemie virali – o, peggio, pandemie – che secondo gli scienziati di Taiwan sono imprevedibili, e dunque in grado di mettere in serio pericolo il futuro dell'umanità.

La minaccia principale, avvertono gli scienziati, arriva dalle zoonosi, ossia le infezioni o malattie che possono essere trasmesse direttamente o indirettamente dagli animali all'uomo. Tra queste, ricordano l'influenza aviaria H6N1, di cui il primo caso è stato segnalato in una donna all'inizio di quest'anno.

Nonostante le notizie in merito, in molti hanno pensato che il rischio non è così grande come qualcuno ha paventato, tuttavia il rapporto pubblicato su *The Lancet* evidenzia la necessità di un monitoraggio intensivo delle zoonosi e, in particolare, dell'influenza aviaria come l'H6N1 di cui non si pensava potesse infettare gli esseri umani: ecco perché l'allarme è proprio puntato sull'imprevedibilità di certe malattie infettive.

La donna che nel maggio 2013 è risultata essere stata infettata dal virus H6N1 viveva vicino a un allevamento di polli, anatre e oche. Il problema però è che non è mai stata rilevata l'origine precisa del contagio.

«Il verificarsi di un caso umano di infezione da H6N1 mostra l'imprevedibilità dei virus influenzali – si legge nel rapporto del Centres for Disease Control di Taiwan – La nostra relazione mette in evidenza la necessità di una preparazione a una pandemia influenzale, compresa la sorveglianza intensiva del virus dell'influenza aviaria che è sempre in evoluzione».

Gli esperti europei sono tuttavia convinti che, oggi, vi siano i mezzi per tenere sotto controllo queste epidemie imprevedibili. Ma è chiaro che la vigilanza deve essere sempre attiva, onde evitare che la situazione possa sfuggire di mano.

Insomma, anche se gli scienziati da una parte lanciano allarmi e poi rassicurano, non c'è sempre da dormire sonni tranquilli, anche perché a minacciare l'umanità, come detto, non ci sono soltanto le epidemie, ma una situazione globale che richiede interventi urgenti prima che sia davvero troppo tardi.