



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Maxi sgravi Irap e via alle privatizzazioni

Morando: nel 2015 ci concentreremo sulle imprese, interventi per 10 miliardi  
Il bonus di 80 euro sarà permanente. In settimana il decreto per Enav e Poste

ROMA — Non solo la conferma del bonus da 80 euro per i lavoratori dipendenti, che già da solo costerà di più perché sarà ritoccato in modo da avvantaggiare le famiglie numerose e comprendere i più poveri, i cosiddetti incapienti. Ma anche un taglio corposo dell'Irap, la tassa più odiata dalle imprese, con una sforbiciata che non si dovrebbe fermare ai 700 milioni di euro di quest'anno ma salire addirittura a 10 miliardi. È il vice ministro dell'Economia Enrico Morando, di solito prudente e misurato, ad annunciare sulle tasse la fase due del governo Renzi. «Il bonus da 80 euro, che ovviamente sarà a regime, - dice Morando - è soltanto il primo passo. Nel 2015 dovremo concentrarci sulle tasse che pesano sempre sul lavoro ma dal lato delle imprese. E l'obiettivo è quello di tagliare di 10 miliardi l'Irap». Una sparata da campagna elettorale, terreno dove le promesse sulle tasse sono spesso decisive? «Niente affatto. L'obiettivo del governo è portare il cuneo fiscale a livello dei nostri principali concorrenti europei. Lo abbiamo sempre detto e lo faremo».

A questo punto bisogna fare due conti sul 2015. Per la conferma del bonus da 80 euro servono almeno 10 miliardi di euro. Almeno perché proprio i correttivi su famiglie e poveri costeranno qualcosa in più. Aggiungere altri 10 miliardi di taglio all'Irap vuol dire che il governo di miliardi si impegna a trovarne più di 20. Non proprio uno scherzo. «I soldi - dice ancora Morando - arriveranno dalla revisione della spesa pubblica. Per il 2015 l'obiettivo della spending review è di 15-17 miliardi, ai quali aggiungere i circa 3, strutturali, trovati per quest'anno. Senza contare le somme recuperate dalla lotta all'evasione fiscale che vanno destinate proprio all'abbattimento del cuneo fiscale». Spending review vuol dire tagli, magari non lineari cioè un tot per tutti, ma comunque tagli. Operazione facile a dirsi, meno a farsi. Non è che per trovare quei soldi si finirà per alzare altre

tasse, come quest'anno con il mini taglio dell'Irap finanziato da un aumento delle imposte sui conti correnti? «No, i soldi arriveranno dalla revisione della spesa. Sulle rendite finanziarie non si tornerà indietro ma non si chiederà nemmeno di più. Per altro faccio osservare a chi accusa il governo di dare con una mano e di togliere con l'altra, che per vedersi annullato il bonus da 80 euro dalla tassa sui conti correnti uno dovrebbe avere in banca qualcosa come 20 milioni di euro. Non proprio i risparmi di un operaio».

Nella caccia alle risorse un aiuto non può venire dalle privatizzazioni che il governo sta per definire, visto che le somme incassate vanno destinate al taglio del debito pubblico. Venerdì arriveranno in consiglio dei ministri i decreti per cedere il 40% di Poste e il 49% di Enav, la società che controlla il traffico aereo. Le due operazioni saranno fatte in più tappe, per Poste si pensa ad azioni a prezzo agevolato per i dipendenti e anche per i semplici titolari di un libretto. Ma il percorso è più complesso di quanto sembra. Anche nel governo c'è chi ha qualche dubbio sull'opportunità di privatizzare un'azienda che ha pur sempre in pancia un quinto del debito pubblico italiano. Sotto traccia c'è ancora l'ipotesi di una privatizzazione light, con l'intervento della Cassa depositi e prestiti, società a controllo pubblico ma contabilmente fuori dallo Stato. E che sarà chiamata ad fare di più per aiutare la ripresa. Ieri a Palazzo Chigi si è discusso proprio del ruolo di Cassa e depositi e prestiti, non solo esaminando i capitoli più caldi, a partire dalla quotazione di Fincantieri, ma anche con l'ipotesi di piani industriali di settore per interventi che dovrebbero riguardare privatizzazioni, immobili e società partecipate.

**Lorenzo Salvia**

[@lorenzosalvia](https://twitter.com/lorenzosalvia)

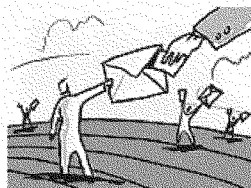
### Le coperture

Per la conferma del bonus nel 2015 servono 10 miliardi

#### I provvedimenti

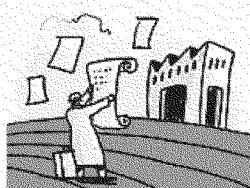
##### Il bonus di 80 euro

Il bonus di 80 euro varrà al momento solo per quest'anno. Il governo intende però renderlo strutturale e il provvedimento dovrebbe entrare a far parte della Legge di Stabilità. A partire dal prossimo anno, inoltre, l'esecutivo intende ampliare la platea dei lavoratori che riceveranno il bonus



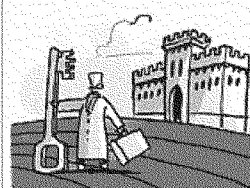
##### Il taglio dell'Irap

Il taglio dell'Irap del 10% deciso dal governo sarà coperto dall'aumento dell'aliquota di tassazione sulle rendite finanziarie, salita dal 20% al 26%. Il taglio vale circa 2,4 miliardi di euro per le imprese e le coperture previste ammontano a 2,6 miliardi di euro



##### Le vendite

Sono state già avviate le procedure per la valorizzazione delle quote di Poste, Enav, Fincantieri e di parte del patrimonio immobiliare dello Stato. Le entrate stimate sono pari allo 0,7% del Pil all'anno dal 2014 e nei tre anni successivi, arrivando a 12 miliardi complessivi





**Lorenzin: "Nella sanità basta con le nomine fatte dalla politica"**

MICHELE BOCCI

A PAGINA 7

IL MINISTRO:

## Lorenzin: "Via la politica dalle nomine Asl"

“

**IMMORALITÀ**

Ogni euro sprecato in questo settore rappresenta una grande immoralità: serve una grande battaglia culturale

”

MICHELE BOCCI

ROMA. Trasparenza, controlli e un nuovo sistema di nomine, da cui va tagliata fuori la politica. Il ministro alla Salute Beatrice Lorenzin definisce «inaccettabile» quanto sta venendo fuori dall'inchiesta su Expo 2015 e spiega come vuole evitare che accada ancora. Perché la sanità smetta di essere una mangiatoia che nutre corrotti e corruttori. Le Regioni e il Governo, intanto, devono scegliere chi gestisce le Asl solo in base al merito, dopo aver studiato i profili scientifici dei candidati a ruoli sanitari oppure dopo aver stilato una graduatoria nazionale se si tratta di manager.

**Perché la sanità finisce così spesso al centro di inchieste per corruzione?**

«Perché è un business, muove interessi economici enormi ed è finanziata con soldi pubblici. Inoltre ha grandi ricadute a livello locale. Ogni euro sprecato in questo settore rappresenta una immo-

ralità superiore rispetto agli altri. E se dietro c'è il ladrocinio è ancora peggio. Non ci dimentichiamo che se si buttano risorse destinate alla sanità viene a mancare denaro per persone che devono essere curate, salvate dalla morte».

**Cosa ne pensa di quello che sta venendo fuori in Lombardia?**

«Il malaffare non trova spazio solo in quella regione, purtroppo gli episodi sono diffusi anche in altre realtà locali. Non bisogna fare di ogni niera un fascio ma è inaccettabile che accadano cose del genere. Noi siamo qui a cercare di recuperare soldi risparmiando su degenze, lavorando sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sui costi dei farmaci. Lì miamo le cifre cercando di non tagliare i servizi. E poi si scoprono scandali per cui le risorse finiscono nelle tasche di qualcuno. E' odioso quando i singoli si arricchiscono sulla pelle di tutti. Nel caso specifico, poi, vedo che sarebbero coinvolte persone che avevano compiuto reati simili 20 anni fa».

**Come si combatte la corruzione?**

«Il primo intervento è culturale, questa pratica va stigmatizzata a livello sociale. Possiamo fare delle norme bellissime, ma non bastano. Del resto ne abbiamo ma le persone continuano a corrompere e a farsi corrompere. Bisogna far capire che la sanità è un bene pubblico comune, per il quale tutti i cittadini pagano le tasse. E in tanti sono interessati a sapere come funziona, me ne sto rendendo conto in questi giorni andando in giro per la campagna elettorale dell'Ncd per le Europee».

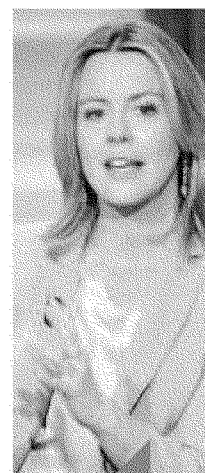
**A parte il piano culturale?**

«Credo molto nella trasparenza dei dati. Con un clic i cittadini devono vedere come funziona un reparto ma anche quanto spende un ospedale per acquistare determinati beni. Se incrociamo i dati con la qualità del servizio ci rendiamo conto di differenze di costi che potrebbero rivelare qualcosa di illecito, o comunque un problema organizzativo. Poi c'è il tema dei controlli. Spesso nelle Asl il controllato è anche il controllore, e questo non va bene».

**Anche dall'inchiesta sull'Expo escono intrecci tra politica e vertici sanitari.**

«Dobbiamo togliere alla politica la scelta dei dirigenti. Primari e direttori sanitari o scientifici delle Asl vanno scelti in base a una valutazione delle loro qualità, ad esempio quella che deriva dalle pubblicazioni e dalle esperienze professionali. Per quanto riguarda i direttori generali delle aziende bisogna portare avanti il discorso iniziato dal mio predecessore, Renato Balduzzi. Ci vuole un albo nazionale che renda conto delle loro capacità, basate anche sui risultati ottenuti. Se si scelgono le persone solo in base alla loro qualità, la politica non ha più potere di decidere e influenzare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MINISTRO**  
Beatrice Lorenzin (Nuovo centrodestra) ministro della Sanità

**Consip.** Da lunedì passo avanti nella digitalizzazione sulla piattaforma di e-procurement del ministero dell'Economia

# Acquisti pubblici solo con firma digitale

ROMA

Basta fax. E soprattutto porte aperte alla trasparenza. Saranno questi alcuni dei principali effetti della nuova fase di "digitalizzazione" degli acquisti di beni e servizi della pubblica amministrazione sulla piattaforma di e-procurement della Consip, la società del ministero dell'Economia che, anche sulla base del recente decreto Irpef del Governo, sta diventando sempre più un riferimento obbligato nel pianeta delle forniture. Da lunedì 12 maggio tutte le attività di negoziazione potranno essere effet-

tuate solo da utenti in possesso di firma digitale. Una procedura molto più snella e veloce che oltre a produrre vantaggi in termini di semplificazione dovrebbe anche consentire una riduzione dei costi amministrativi a carico delle imprese e della stessa Pa.

## TRANSAZIONI ONLINE

La novità si affianca al servizio di fatturazione elettronica da febbraio a disposizione delle Pmi abilitate al Mercato elettronico

Si tratta di «un ulteriore passo avanti verso la digitalizzazione degli acquisti pubblici e la smaterializzazione delle relative procedure», sottolinea Consip.

Il ricorso alla firma digitale da parte delle amministrazioni e delle imprese abilitate era già previsto per gran parte degli strumenti di acquisto legati al "flusso" delle forniture: dal Mercato elettronico della pubblica amministrazione (Mepa) agli accordi quadro e al sistema dinamico di acquisizione collegato a una procedura esclusivamente elettronica. Di questa

"gamma" fino ad oggi non faceva parte soltanto il sistema delle convenzioni nell'ambito del quale era ancora possibile il ricorso al fax per le amministrazioni prive di firma digitale. Ma da lunedì per tutti gli ordini dovrà tassativamente scattare la procedura on line. Consip ha già provveduto a informare le amministrazioni interessate. Per le imprese cambia poco visto che le aziende devono già obbligatoriamente essere in possesso della firma digitale, anche se con la nuova procedura obbligatoria sarà più semplice ricevere e gestire gli ordini.

La firma digitale a 360 gradi si va ad affiancare al servizio di fatturazione elettronica messo a disposizione dal febbraio scorso delle Pmi abilitate al Mercato elettronico della Pa. Fatturazione elettronica che dal prossimo 6 giugno diventerà obbligatoria come documento di pagamento nei confronti di Ministeri, agenzie fiscali ed enti nazionali di previdenza. Secondo Consip «sia il passaggio all'obbligo di utilizzo della firma digitale per gli acquisti, sia l'adozione della fatturazione elettronica rappresentano importanti step verso la modernizzazione e una maggiore trasparenza e semplificazione dei processi d'acquisto della Pa».

**M.Rog.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Spesa farmaceutica Ssn. Rapporto Federfarma: nel 2013 calo del -2,5%. Dpc segna +13,2%

*Prosegue invece l'incremento del numero di ricette: +2,6%. Il rapporto evidenzia che, complessivamente, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel 2013, è stato di circa 800 milioni di euro. i farmaci più prescritti sono inibitori pompa acida.*



La spesa farmaceutica netta convenzionata Ssn, nel 2013, ha fatto registrare un calo (-2,5%) rispetto al 2012. Prosegue, quindi, la contrazione della spesa, in atto negli ultimi 6 anni. Continua, invece, ad aumentare il numero delle ricette (+2,6%). E' quanto emerge dai dati sulla spesa farmaceutica convenzionata, elaborati da Federfarma e presentati stamane nell'ambito di Cosmofarma Exhibition a Bologna.

“Il calo della spesa farmaceutica convenzionata netta – sottolinea una nota - è dovuto ai ripetuti tagli dei prezzi dei medicinali, alle varie trattenute imposte alle farmacie, al crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di brevetti e a interventi adottati a livello regionale come l'aumento della distribuzione di medicinali acquistati dalle Asl (distribuzione diretta o distribuzione per conto)”.

Federfarma sottolinea che nel 2013 lo sconto per fasce di prezzo ha prodotto un risparmio di circa 525 milioni di euro, ai quali vanno sommati circa 72 milioni di euro derivanti dalla quota dello 0,64% di cosiddetto pay-back, posto a carico delle farmacie a partire dal 1° marzo 2007 e sempre prorogato.

Il rapporto evidenzia poi che dal 31 luglio 2010 è stata attivata la trattenuta dell'1,82% sulla spesa farmaceutica, aumentata, da luglio 2012, al 2,25%. Tale trattenuta aggiuntiva “ha comportato, per le farmacie, un onere quantificabile nel 2013 in oltre 200 milioni di euro. Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel 2013, è stato di circa 800 milioni di euro”.

Il settore ospedaliero chiude con risultati più contenuti rispetto agli anni precedenti ma, comunque, superiori al 5% con crescite marcate della diretta ospedaliera in particolare per i farmaci specialistici (fascia H).

La Distribuzione per conto (Dpc) ha avuto un'evoluzione pari al +13,2% generando 150 milioni di euro in più rispetto all'anno precedente per un valore totale vicino a 1,2 miliardi. Le regioni hanno

contribuito in modo disomogeneo a tale andamento a seconda delle decisioni di attivazione e/o ampliamento della distribuzione per conto; oltre ai picchi della Sardegna (+79,7%) e del Friuli-Venezia Giulia (+107,5%), Lombardia e Campania sono state certamente determinanti oltrepassando entrambi il +20% e generando da sole un terzo della crescita. In termini di spesa in Dpc pro-capite, invece, spiccano il Lazio e la Calabria con valori quasi doppi rispetto alla media nazionale di 22,5 Euro per abitante.

Il segmento farmaci in farmacia si riprende dal crollo del 2012 (-5,3%). I prodotti etici tuttavia confermano un trend ancora leggermente negativo (-0,3%) legato alla contrazione dei prezzi medi dovuta all'effetto delle scadenze brevettuali mentre la domanda continua a crescere. Il valore del mercato etico, infatti, si è mantenuto stabile in conseguenza, sottolinea Federfarma, della crescita registrata dai farmaci equivalenti sia per effetto di alcune importanti scadenze brevettuali nell'anno, sia come conseguenza dei decreti di fine 2012 riguardo l'obbligo di prescrizione di farmaci off patent.

Per quanto riguarda, le categorie di farmaci più prescritte anche nel 2013 si collocano al primo posto gli inibitori della pompa acida (farmaci per gastrite, ulcera, reflusso gastrico), che continuano a far segnare anche un sensibile aumento dei consumi (+6,1% rispetto al 2012).

All'interno della

categoria dei farmaci antipertensivi diminuisce il ricorso agli ace-inibitori e aumenta quello ai betabloccanti. La specialità medicinale più prescritta, anche nel 2013 è stata la cardioaspirina (farmaco antiaggregante), nonostante un calo del -3,5% rispetto al 2012, seguita dall'eutirox (farmaco per la funzionalità tiroidea), in aumento del +2,1%, e dal lasix (diuretico). Prosegue anche nel 2013 l'aumento (+46,7%) delle prescrizioni di dibase (farmaco per le carenze di vitamina D). In forte crescita anche le prescrizioni di normix, farmaco contro le infezioni intestinali.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI AVELLINO

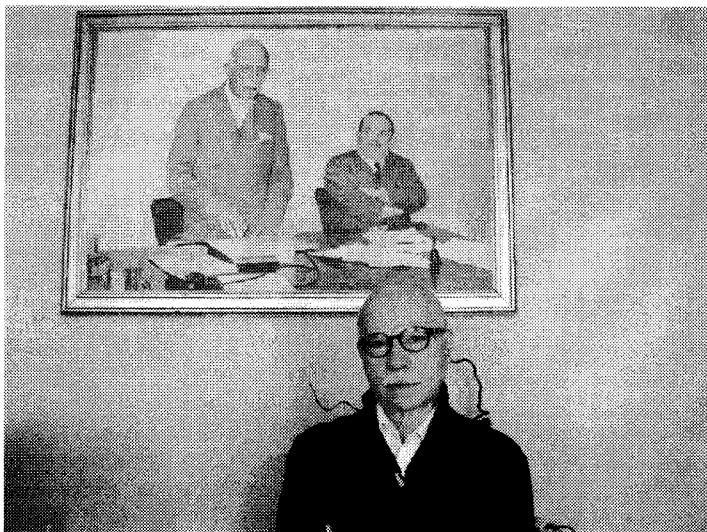
## Sanità pubblica, non penalizziamo il territorio

OLTRE DUEMILASEICENTO iscritti, 297 odontoiatri, per un territorio che ha risentito più degli altri le difficoltà di sistema per il contenimento della spesa ospedaliera.

Antonio D'Avanzo, già primario di Medicina interna dell'Azienda ospedaliera Moscati, e vice presidente nazionale della Simi, la Società Italiana di Medicina Interna, guida l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Avellino dal 2004. Dieci anni in cui, dal suo osservatorio, ha visto profondamente cambiare il rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale e territorio.

“Quando fu costituito il Ssn – spiega il presidente – il rapporto ospedaliero era di 6,5 letto ogni mille abitanti. Nel 2010 questo parametro è stato rivisto e portato a 4,5, di cui uno riservato alla riabilitazione. Con il Piano di rientro della Regione Campania, del quale soffriamo le conseguenze, il rapporto è stato abbassato a 3,7 posti letto, dei quali 0,7 riservati alla riabilitazione. In questo percorso una sanità ospedalocentrica, doveva essere bilanciata spostando il baricentro verso il territorio”.

Ma tutto questo non c'è stato, in Irpinia solo piccole modifiche. “Nessun potenziamento – aggiunge D'Avanzo -, anzi, le risorse sono state destinate al rientro dal debito: un'operazione che doveva mirare al piano strutturale, andando ad incidere su quelle sacche di spreco che ancora ci sono”.



Antonio D'Avanzo

In provincia di Avellino è stato chiuso il presidio ospedaliero di Bisaccia, che in qualche modo, secondo il presidente D'Avanzo, ha pagato lo sbilanciamento di altri ospedali sul piano regionale. “Era necessario, invece – afferma il numero uno dei medici irpini – prendere in attenta considerazione i problemi del nostro territorio, come le difficoltà i collegamenti dovute ad una scarsa infrastrutturazione viaria”.

A questo si aggiungono i tagli lineari per la sanità: “stiamo uscendo da una stagione di austerità – prosegue D'Avanzo – che ha portato il nostro settore in piena recessione. Siamo tornati indietro di 6-7 anni, bloccando ogni prospettiva di crescita e di

innovazione”.

Da questo punto di vista basta citare, per tutte, il blocco del turn over, che rischia di produrre un invecchiamento delle competenze, oltre a penalizzare, di fatto, i giovani laureati.

In questo quadro, tuttavia, Avellino è un esempio di sanità virtuosa, sia nel pubblico che nel privato. Asl con i conti a posto, ospedalità privata di grande valore ed eccellenza con realtà quali la Malzoni e la Montevergine.

“Questa rimane la professione più bella del mondo – dice il presidente -: i giovani laureati devono fare i conti con una situazione in costante evoluzione. Sta cambiando profondamente il concetto di salute e di malattia”.

Per dirla con Karl Jaspers, si è esaurita la vecchia fase dell'essere medico, ma ancora non è stata definita quella del futuro. In questo profondo cambiamento, anche sociale, a fronte di un paziente più informato sulle patologie, e che conosce bene i suoi diritti, il medico rivendica la sua autonomia e la sua responsabilità.

“E' cambiato il concetto di salute – sottolinea D'Avanzo -: oggi al centro del rapporto con il paziente c'è quella che definiamo l'alleanza terapeutica. Il medico deve informarlo sulla diagnosi, sulle patologie e prendere decisioni insieme”.

E proprio in ragione di un concetto di salute globale, i medici irpini sono impegnati sul territorio in prima linea per le battaglie ambientali, in quanto l'ambiente di vita e di lavoro è diventato una componente fondamentale della salute.

I giovani laureati irpini, oggi formati nelle migliori università italiane, propongono un ampio ventaglio di specializzazioni di alto livello al servizio del territorio. “Mi auguro che il tavolo Massicci – rimarca D'Avanzo – archivi il piano di rientro sblocchi concorsi fermi dal 2007”.

Ma non è l'unico problema: il Governo ha ridotto per il 2015 a 3.500 borse di studio la copertura economica per le specializzazioni. Nel 2013 erano 5.000. Su base nazionale si stima che per i 7.000 laureati di quest'anno reste-

rà in un limbo che impedirà di fatto l'accesso al Servizio sanitario nazionale, che di fatto richiede lo specialista.

Secondo i dati dell'Anaa, nei prossimi dieci anni andranno in pensione 50mila medici: "se il Governo mantiene queste riduzioni – dice D'Avanzo – i nuovi specialisti disponibili sarebbero solo 42mila. E gli altri? Li andremo a prendere da altre nazioni"?

Poi c'è la partita dell'assicurazione, obbligatoria dal prossimo 15 agosto: "è impensabile per un giovane medico – afferma il presidente dei medici irpini - sopportare i costi delle polizze. Io mi auguro che ci possa essere un ulteriore rinvio dell'obbligatorietà, in tempo utile per il varo della nuova legge sulla responsabilità dei professionisti sanitari e sull'appropriatezza delle cure, con i nuovi profili civili e penali di responsabilità dei medici".

Su questo fronte la Federazione nazionale e l'Enpam stanno lavorando ad una polizza base che copre il primo livello di rischio.

Intanto l'Ordine di Avellino è impegnato in tirocini pre e post laurea con l'Università di Salerno e in programmi di formazione obbligatoria, sia con eventi residenziali che come Fad, soprattutto sui temi della deontologia professionale e dell'etica. Inoltre ha siglato una convenzione con Ebsco per l'accesso alla principale biblioteca on line.

**Francesco Bellofatto**

## «Tiroide, ecco le terapie innovative sperimentate grazie alla solidarietà»

### Il congresso

Santoro, docente della Federico II  
«Diagnosi in aumento: decisivo il sostegno finanziario per l'attività»

### Marisa La Penna

Il tumore alla tiroide è in crescita. L'incidenza è aumentata negli ultimi anni con una velocità superiore ad ogni altro tipo di tumore. È uno dei dati emersi nel corso del congresso sul cancro alla tiroide organizzato dal professore Domenico Salvatore - docente di Oncologia ed Endocrinologia Molecolare e Clinica alla Federico II - al quale hanno partecipato luminari della materia venuti da ogni parte del mondo. Ne parliamo col professore Massimo Santoro, docente di patologia generale alla Federico II.

### Professore come spiega questo aumento della patologia?

«Parlerei di un aumento

relativo e non assoluto.

Essenzialmente è aumentata la sensibilità diagnostica. Per cui si svelano neoplasie sempre più piccole che negli anni passati passavano inosservate. La diagnostica oggi è insomma molto più sensibile.

### Nel corso del congresso si è parlato di nuovi farmaci. Di cosa si tratta?

«Per molte forme di carcinoma alla tiroide sono state scoperte le lesioni molecolari che le causano. O meglio i geni e le proteine che le causano. Alcune di queste proteine fanno parte di un gruppo di proteine dette proteinchinasi per combattere le quali sono stati realizzati dei farmaci. E sono in corso sperimentazioni cliniche con farmaci di questo tipo diretti, appunto, proprio nei confronti di quelle proteine che sono responsabili dell'insorgenza di alcuni tipi di carcinoma della tiroide».

### In che modo l'Airc ha contribuito alla realizzazione di questi farmaci?



### Il bersaglio

I farmaci agiscono sulle proteine che causano le lesioni molecolari alla base della malattia

«Il contributo dell'Airc è fondamentale per la nostra ricerca. D'altra parte l'Airc ha sempre dedicato molta attenzione alla ricerca diretta contro le neoplasie che potesse avere una ricaduta per il benefico del paziente».

### Napoli si è distinta in questo tipo di ricerca?

«Napoli ha una forte tradizione di stidi sui tumori della tiroide».

### Come vengono somministrati questi nuovi farmaci?

«Non per via parenterale. Ma in pillola. Essi funzionano come inibitori delle proteine che causano il cancro della tiroide. Non vengono considerati chemioterapici perchè sono farmaci di una nuova generazione diretti contro alcuni bersagli molecolari. Stanno avendo grande successo. Due di questi farmaci sono stati approvati per il trattamento di una forma particolare di cancro. Vale a dire il carcinoma midollare della tiroide. Un obiettivo adesso sarà perfezionare questi approcci e soprattutto scoprire i meccanismi con i quali le cellule tumorali sviluppano resistenza al trattamento farmacologico provocando una recidiva del tumore».

**NOLA** Il responsabile denuncia all'Asl tutte le situazioni ritenute inidonee

## Il restyling del pronto soccorso non risolve problemi e carenze

DI **MONICA CITO**

**NOLA.** Sembra destinato ad attirare polemiche e malcontento, nonostante la nuova veste, il famigerato pronto soccorso dell'ospedale di Nola: perennemente alla ribalta dei titoli di cronaca per mancanza di personale, carenza di norme igieniche e sanitarie come denunciate dallo stesso personale, e carenze strutturali. Manca poco all'inaugurazione del reparto di pronto soccorso messo completamente a nuovo, eppure nonostante i lavori di ristrutturazione siano stati finalmente ultimati dopo anni di attese, il responsabile Andrea Manzi denuncia le criticità del nuovo edificio. Solo pochi giorni fa, il reparto ha visto l'intervento dei carabinieri in corsia, accorsi per sedare gli animi rivoltosi di pazienti inferociti da una estenuante attesa dovuta alla mancanza di personale: un solo medico presente in reparto per oltre dodici ore. È bastato questo perché le corsie dell'ospedale fossero visitate anche dai Nas, che hanno ispezionato la struttura per verificare le condizioni igieniche dei reparti. In particolare sono stati ispezionati i reparti di ortopedia, tra cui la sala gesso, e di urologia. Controllati anche pc e medicinali.

I Nas sono giunti in seguito alle numerose denunce sul-



le scarse condizioni igienico-sanitarie della struttura ospedaliera e di alcuni reparti in particolare, effettuate dai sindacati. Ma stavolta a richiamare l'attenzione sulle problematiche presentate dal nosocomio nolano non sono stati né i sindacalisti né il personale infermieristico,

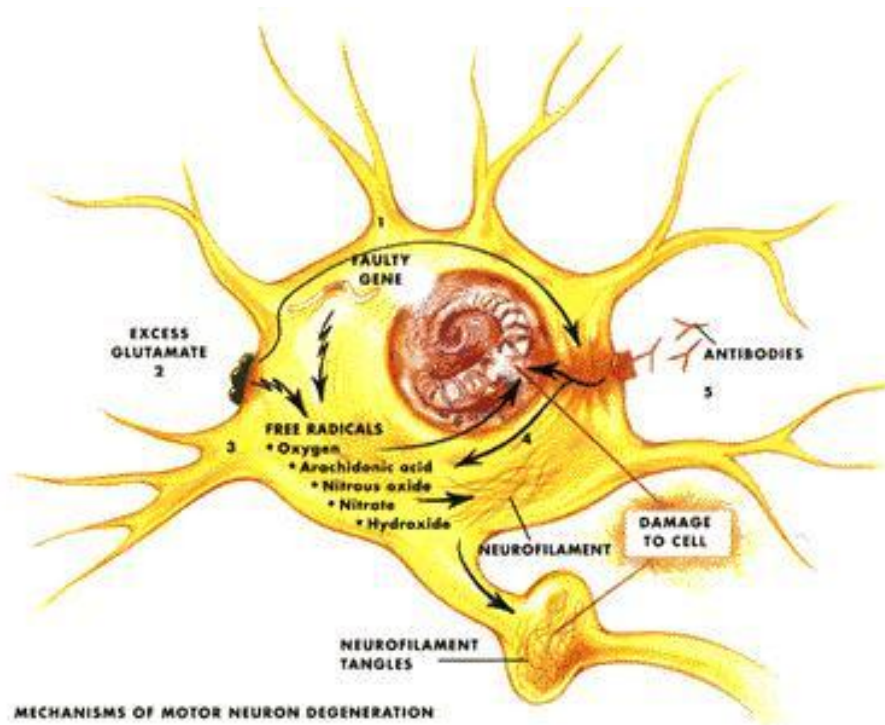
bensi il responsabile del reparto di pronto soccorso, Andrea Manzi, che con una lettera indirizzata ai vertici dell'Asl Na3 Sud, ne denuncia tutte le carenze e le problematiche come la mancanza di una medicheria in uso per i prelievi e per la preparazione e conservazione di medicinali e materiali per le disinfezioni e medicazioni. Ma anche la mancanza di una corsia preferenziale per i bambini e le donne in gravidanza

che saranno costretti ad attraversare la sala dei codici rossi, assistendo a scene anche cruente, per raggiungere i reparti ai piani superiori. Manca persino una sala per le radiografie d'emergenza, per non parlare del personale medico. Ma la risposta del dirigente dell'Asl Na3, Maurizio D'Amora, sembra alquanto superficiale: asserisce, infatti, che la nuova struttura e le relative problematiche elencate vanno accettate così come sono, "non si possono fare nuovi sforzi di fantasia". L'unica buona notizia riguarda il personale, sono infatti previste 10 nuove assunzioni, di cui due medici destinati al pronto soccorso.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Cancro. Innovazione nelle cure e ricadute sui sistemi sanitari dei nuovi farmaci oncologici. Europa meglio degli Usa con costi inferiori del 20/40%. Il rapporto dell'Ims

*L'Institute for Helthcare Informatics fa un'ampia analisi delle tendenze mondiali del mercato dei farmaci oncologici.*

*L'oncologia diventerà la prima voce di spesa sanitaria nel 2017 nei paesi industrializzati e la quarta negli emergenti. Già oggi il costo medio per una terapia negli Usa è di 10mila dollari con punte di 30 mila. Ma in Europa facciamo meglio grazie a politiche più accorte sul fronte regolatorio e dei prezzi*



Le malattie oncologiche rappresentano una priorità assoluta per i sistemi sanitari di tutto il mondo: da una parte i *trend* epidemiologici in crescita costante, in gran parte legati all'invecchiamento della popolazione; dall'altra l'arrivo sul mercato di sempre più numerose opzioni terapeutiche, a costi elevati. Una sfida dunque per la sostenibilità di tutti i Paesi che, si tenta di arginare, in modo non sempre efficace, con l'implementazione delle strategie di prevenzione, dai vaccini alla diagnosi precoce.

Stabilire il valore di un trattamento anti-tumorale, può non essere facile, neppure disponendo di un'adeguata documentazione clinica; questo genera grandi disparità da un Paese all'altro, circa le decisioni di quali trattamenti andare a rimborsare, con quali limitazioni e per quali classi di pazienti.

**Negli USA, il mercato dei farmaci oncologici (comprese le terapie di supporto) nel 2013 ha toccato quota 91 miliardi di dollari**, dai 71 miliardi del 2008, che corrisponde ad un + 5,4% l'anno, decisamente modesto se paragonato al + 15% su base annua, registrato tra il 2003 e il 2008. Negli ultimi anni la crescita di mercato è stata infatti 'calmierata' dall' arrivo di farmaci rivoluzionari ma utilizzabili su piccoli segmenti della popolazione oncologica e dalle scadenze brevettuali.

In ogni caso, l'oncologia rimane un capitolo di spesa consistente per i servizi sanitari di tutto il mondo e si prevede che entro il 2017 rappresenterà la prima voce di spesa farmacologica nei Paesi industrializzati e la quarta nei mercati 'farmemergenti' (Cina, Brasile, Russia, India, Messico, Turchia, Venezuela, Polonia, Argentina, Arabia Saudita, Indonesia, Colombia, Tailandia, Ucraina, Sud Africa, Egitto, Romania, Algeria, Vietnam, Pakistan e Nigeria).

**Il 65% delle vendite dei farmaci oncologici viene realizzato nel mercato statunitense e nella top 5 dei Paesi europei.** Le terapie a *target* (es. MabThera/Rituxan, Avastin, and Herceptin ) rappresentano ormai il 46% del mercato, mentre solo una decina di anni fa ne occupavano appena l'11%.

L'innovazione c'è stata e ha investito tutte le forme tumorali e gli approcci terapeutici, compreso quello dei vaccini preventivi. E le aziende continuano ad investire molto in R&D per quest'area terapeutica: oltre il 30% di tutti gli studi preclinici e di fase I sono di pertinenza oncologica; solo negli ultimi due anni, 22 nuove molecole oncologiche sono state introdotte sul mercato.

**L'associazione di più farmaci innovativi, anche prodotti da aziende diverse,** ha inoltre rivoluzionato negli ultimi anni il trattamento del melanoma e di altre sottopopolazioni di pazienti oncologici. La maggior parte delle nuove molecole sono tuttavia 'super-specializzate' e destinate a piccole popolazioni di pazienti, molto lontane dunque dal fatturato di alcuni *blockbuster* del passato.

La maggior parte degli investimenti per il prossimo futuro è concentrata sulla categoria dei biologici e in particolare sulle terapie a *target*; ma la maggior parte dei farmaci in sviluppo preclinico è rappresentata da piccole molecole. E anche molti dei farmaci oncologici lanciati dal 2007 sono piccole molecole, molte disponibili in formulazione orale. Nel 2013 ad esempio, nove su dieci nuovi farmaci oncologici lanciati sul mercato sono stati piccole molecole.

**Tra i farmaci innovativi più interessanti degli ultimi due anni, gli 'anticorpo -farmaco coniugati'** (ADC), quali il Kadcyla (trastuzumab emtansine ) per i tumori solidi, il Pomalyst (pomalidomide) come agente immunomodulante e il Gazyva, un anticorpo monoclonale anti CD20. La parte del leone, nei prossimi anni, la faranno i farmaci per i tumori del polmone e della mammella, seguiti da quelli per le neoplasie di ovaio, stomaco, fegato e per le leucemie. Importanti gli investimenti anche nel campo della nuova branca dell'immuno-oncologia. In generale dunque, la *pipeline* oncologica è la quella con in maggior investimenti in R&D, con la sola eccezione delle nazioni BRIC (Brasile, India, Russia e Cina). Al momento, sono oltre duemila i candidati farmaci in sviluppo, pari ad un terzo del totale in *pipeline*: 1.026 in fase preclinica, 352 in fase I, 369 in fase II, 102 in fase III e 16 in fase pre-registrativa o appena registrati.

**Grande ovviamente è l'attenzione dei payers, sia pubblici che privati, ai costi generati dalle nuove terapie;** negli USA, il costo medio di un mese di terapia con un farmaco oncologico *branded*, si aggira ormai sui 10 mila dollari al mese (contro i 5.000 di dieci anni fa), con punte di 30.000 dollari al mese. Più che mai prioritarie dunque per le autorità regolatorie e per i *payer*, l'appropriatezza delle indicazioni e la selezione dei pazienti ai quali destinare le nuove terapie, che devono dimostrare oltre ogni ragionevole dubbio di avere un valore aggiunto rispetto alle terapie tradizionali, decisamente meno costose.

E per facilitare queste valutazioni di costo-efficacia, l'ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) ha di recente raccomandato degli obiettivi da inserire nei *trial* clinici, al fine di ottenere dei risultati significativi e aiutare così il decisore nella scelta di quali farmaci ammettere al rimborso o meno, ma anche per guidare gli investimenti in innovazione.

**Un sistema di pagamenti più concentrato e l' Health Technology Assessment fanno sì che in Europa i farmaci si paghino in media il 20-40% in meno che negli Usa,** grazie alla scontistica praticata. Il recente arrivo dei biosimilari ha introdotto inoltre un nuovo elemento di competizione

all'interno del mercato dei biologici in oncologia, che ha un valore 40 miliardi di dollari. Si prevede tuttavia che nei Paesi industrializzati, i biosimilari non avranno una grande presa, visto il continuo arrivo sui mercati ricchi di nuove generazioni di biologici, con relativa copertura brevettuale.

Nei Paesi a basso e medio *income* invece è previsto un buon successo dei 'biologici non-originali', farmaci basati su molecole originali, mai introdotte prima in un determinato Paese. Entro il 2020 si prevede che i biosimilari (compresi i biologici non originali) genereranno un fatturato di 6-12 miliardi di dollari in campo oncologico, pari al 5% del mercato globale dei biologici. Finora il mercato americano ha rappresentato una fetta del 41% del mercato mondiale dei farmaci oncologici, ma la nuova riforma sanitaria potrebbe apportare molti cambiamenti nel settore.

# R2

La scienza

Un esperimento di Harvard con le staminali fa sperare in un rimedio alla rara sindrome di Barth. E compie un passo decisivo verso le cure personalizzate

# Cuore

## Salvati dalle cellule cresciute su un chip

SILVIA BENCIVELLI

**L** CUORE su un chip. Cellule cardiache di un malato fatte crescere al di fuori del suo corpo. È l'ultimo passo avanti della scienza verso la medicina personalizzata. Un gruppo di ricercatori, esperti di cellule staminali e di ingegneria biomedica, è riuscito a ricreare in laboratorio il tessuto cardiaco di un paziente che può essere usato per studiare nel dettaglio la sua malattia. È una tecnologia che, in un futuro non troppo remoto, potrà essere usata anche per curare. Il lavoro è stato condotto soprattutto all'università di Harvard, al Children's Hospital, ed è stato pubblicato dalla rivista *Nature medicine*.

I ricercatori sono partiti dalla rarissima sindrome genetica di Barth, che colpisce i bambini di sesso maschile e non conosce terapia. La malattia è causata dal difetto di un gene che serve a produrre una proteina di nome Tafazzina: isolata in Italia nel 1996 dopo una lunga e faticosa ricerca, fu chiamata così in uno sberleffo di autoironia dai ricercatori, che si richiamavano a Tafazzi e al suo autolesionismo (come se il gruppo volesse dire «ma chi ce l'ha fatto fare...»). La Tafazzina serve a far funzionare le cellule delle ossa e dei muscoli, e in particolare quelle cardiache. Di conse-

Sanato il difetto della "proteina Tafazzi" isolata da una équipe italiana vent'anni fa

guenza, i bambini con la sindrome di Barth hanno un grave difetto al cuore. I ricercatori americani hanno preso due bambini malati e hanno prelevato loro alcune cellule della

pele. Grazie alle tecniche di riprogrammazione cellulare (quelle che riportano le cellule indietro nel tempo, a quando non erano ancora differenziate, come nell'embrione) le hanno trasformate in staminali. Anche queste staminali, come tutte le cellule del corpo dei bambini malati, erano portatrici del difetto del gene per la Tafazzina. Poi, invece di farle crescere una per una su una piastra di laboratorio, le hanno messe su un chip ricoperto di proteine umane capaci di simulare l'ambiente naturale del cuore. E le hanno fatte crescere tutte insieme, a produrre un vero e proprio lembo di tessuto cardiaco funzionante. O meglio: funzionante come lo è nei bambini con sindrome di Barth, quindi con poca forza per contrarsi. Ma proprio questo ha mostrato che si trattava di una copia esatta del tessuto malato.

A riprova, i ricercatori hanno introdotto la Tafazzina nelle cellule e hanno visto che il difetto di contrazione guariva,

confermando l'origine della malattia. Poi hanno studiato nel dettaglio i difetti causati dalla sua mancanza e individuato con precisione i meccanismi cellulari che fanno ammalare le cellule in quei singoli pazienti, che non necessariamente sono sempre gli stessi. Da qui, dicono, si apre una nuova strada per la cura delle malattie del cuore. Una strada che sarà sempre diversa, paziente per paziente.

Perché, spiegano i ricercatori, poter avere un pezzo di tessuto è tutto un altro discorso rispetto alla possibilità di studiare le singole cellule. Ed è questo il senso della tecnologia chiamata *organ-on-a-chip*: una tecnologia, cioè, che permette di partire da una cellula staminale del singolo paziente e di avere un modello esatto di quello che succede nei suoi tessuti difettosi, e solo nei suoi.

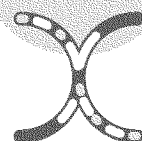
© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La malattia

#### Sindrome di Barth

- malattia genetica rara, colpisce solo i bambini maschi e porta a un grave difetto cardiaco e muscolare

la causa è una mutazione del gene TAZ che si trova sul cromosoma X



#### La ricerca

- 1 prelevate **cellule della pelle** di due bambini con la sindrome di Barth
- 2 le cellule sono state **trasformate in staminali**
- 3 le staminali sono state fatte crescere sotto forma di cellule del cuore **su un microchip**
- 4 le nuove cellule del cuore erano **portatrici del difetto genetico** che causa la sindrome di Barth
- 5 i ricercatori hanno potuto studiare il difetto delle cellule causato dalla **MANCANZA DI PROTEINA TAFAZZINA**
- 6 ora si potranno **studiare nuove terapie verificandone l'efficacia sulle cellule del paziente, ma al di fuori del suo corpo**

## L'INTERVISTA

### “Più chance contro i morbi genetici”

«**L**A sindrome di Barth è solo la prima: le tecnologie utilizzate ad Harvard potranno servire per tante altre malattie genetiche». Roberto Rizzi (nella foto) è un cervello rientrato da Harvard e oggi è ricercatore dell'Istituto di biologia cellulare e neurobiologia del Cnr di Roma e ricercatore del Multimedita Irccs di Milano.

**Qui si tratta di una ricerca ad altissima tecnologia. Che cosa serve per farla?**

«Servono competenze diverse e altissima specializzazione: biotecnologi, biologi, medici. Perché si combinano tre tecnologie: una per riprogrammare le cellule e per modificare eventuali anomalie del corredo genetico. Una (premiata dal Nobel l'anno scorso) per produrre cellule staminali da cellule adulte. E una per farle crescere su un supporto esterno».

**Qual è il futuro?**

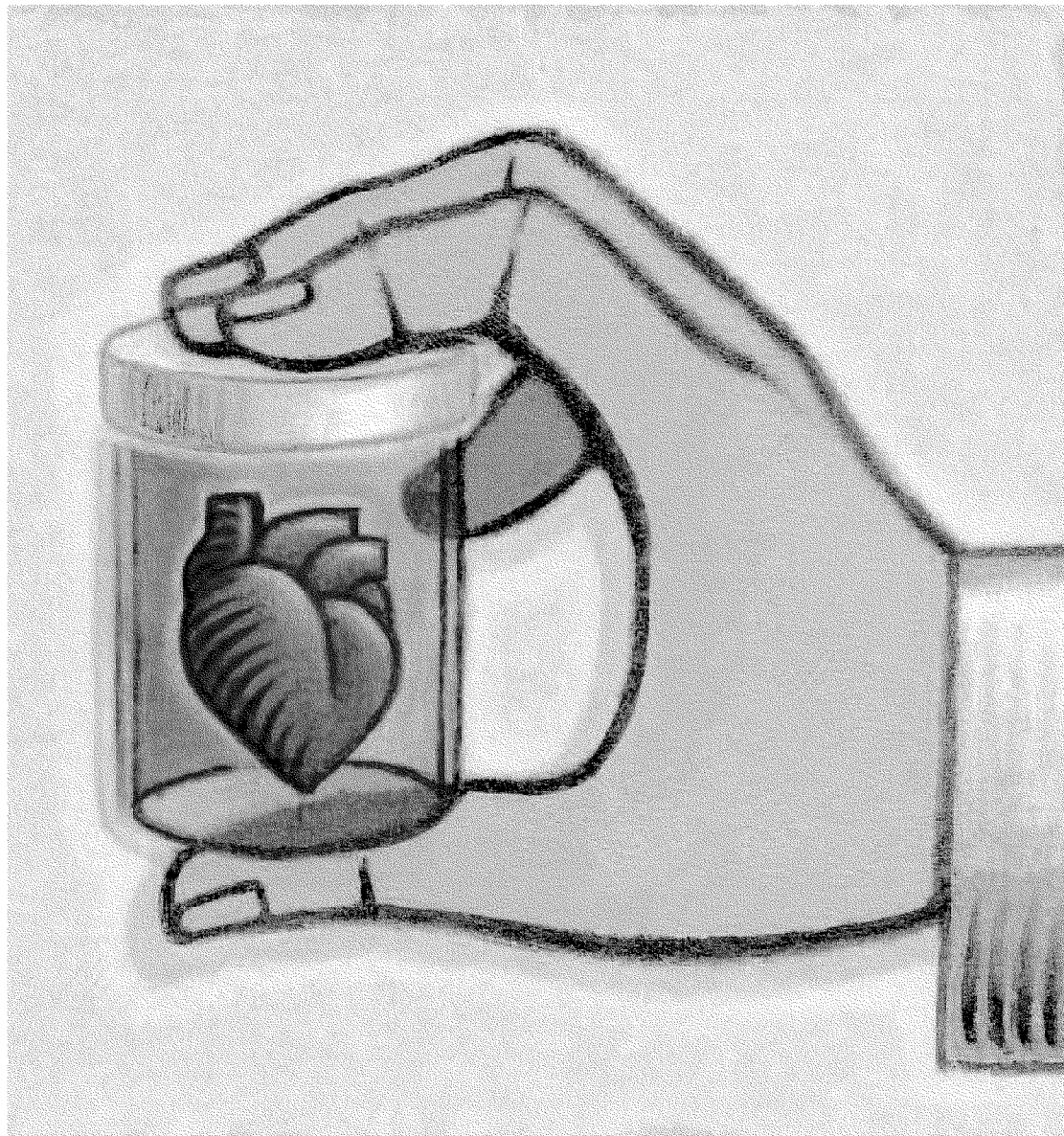
«Ogni scoperta fa fare balzi avanti a diagnosi e terapia, e in futuro ricerche complesse come questa permetteranno di curare i pazienti meglio e con più sicurezza. E apriranno la strada anche a ricerche e tecniche sempre migliori. Proprio su questo, però, ho un rammarico».

**E cioè?**

«Che tutto questo è avvenuto di nuovo negli Stati Uniti, e non in Italia».

(s. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Mi spieghi dottore Che cosa provoca la paralisi del nervo facciale?

Se dopo 7-8 mesi la faccia non si muove significa che i danni sono persistenti e si ricorre alla microchirurgia ricostruttiva

### Lo specialista

# In nove casi su dieci responsabile è un'infezione

di ALICE VIGNA

**I**l primo pensiero corre all'ictus: ci si sveglia con la bocca piegata all'ingiù da un lato, incapaci di chiudere l'occhio dalla stessa parte e con una metà del viso inespressiva.

Ma se non ci sono altri sintomi (ad esempio, incapacità di muovere gli arti, difficoltà di parola o di vista, confusione, vertigini) si tratta di paralisi del *nervo facciale*, il settimo paio di nervi cranici, che innerva il volto. «In 9 casi su 10 la causa è un'infezione virale (*paralisi di Bell*) che può essere favorita, ma non causata, dal freddo» spiega Federico Biglioli, direttore dell'unità di Chirurgia

Maxillo-Facciale all'Ospedale San Paolo di Milano e docente dell'Università di Milano. «Il nervo percorre un lungo tratto in un canale osseo e, gonfiandosi, si schiaccia contro le pareti: ciò provoca una riduzione del flusso di sangue al nervo, che lo danneggia, causando la paralisi. In altri casi, più rari, il nervo è lesionato da un intervento chirurgico o un trauma, oppure viene compresso da una massa tumorale lungo il suo tragitto;

c'è, infine, una piccola quota di casi congeniti. Non ci sono fattori di rischio riconosciuti, se non averne già sofferto: chi ha avuto una paralisi è leggermente più predisposto a nuovi episodi».

**Che cosa si può fare?**

«Occorre essere certi che il problema sia infettivo, per cui si esegue sempre una TAC di cervello, base cranica e parotidi (i tumori in questa sede possono provocare il disturbo anche se di solito con un'insorgenza lenta e progressiva, ndr). Quindi, si deve trattare subito con cortisonici ad alte dosi: l'obiettivo è sgonfiare il nervo per evitare lesioni permanenti. Dopo 20 giorni si esegue un'elettromiografia per capire se nervo e muscoli facciali siano in fase di ripresa; in media la mimica si riacquista in 2-3 mesi e nell'80% dei casi senza conseguenze permanenti».

**Come si interviene se il viso resta paralizzato?**

«Se dopo 7-8 mesi la faccia ancora non si muove, anche se le elettromiografie sono incoraggianti, significa che ci sono danni permanenti al nervo. Le conseguenze più serie sono a carico dell'occhio: l'impossibilità a chiuderlo espone a lesioni oculari, fino ad arrivare a ulcere corneali e perdita della vista. In caso di danni persistenti l'unica possibilità di cura è la microchirurgia ricostruttiva: se l'episodio è relativamente recente si riattivano i muscoli collegando al nervo facciale danneggiato un nervo donatore a livello della faccia o del collo; se invece sono passati più di 18 mesi è improbabile che la muscolatura mimica possa essere ancora attivata da uno stimolo nervoso, per cui occorre fare anche trapianti di muscoli vitali presi da coscia, schiena o in altre sedi.

In entrambi i tipi di chirurgia si fa poi un "ponte" nervoso fra il nervo facciale coinvolto nella paralisi e quello "sano" dell'altro lato del viso: dobbiamo infatti rendere ai muscoli la possibilità di contrarsi, ma devono poterlo fare al momento giusto, in sincrono con il resto del volto, per far sì che le espressioni siano più spontanee possibili. Si tratta di interventi complessi che pochi Centri affrontano».



**Federico Biglioli**  
Direttore Unità  
Chirurgia  
Maxillo-Facciale,  
Ospedale  
San Paolo, Milano

La paralisi del nervo facciale comporta la perdita della mobilità di un lato del viso e dipende da infezioni, traumi, lesioni o disturbi congeniti del nervo in questione

### I SINTOMI

Un lato del volto diventa improvvisamente, oppure in alcuni giorni, immobile. A volte sono ancora possibili alcuni piccoli movimenti della faccia: si parla allora di paresi

- La fronte è spianata dalle rughe
- La palpebra superiore non si chiude e l'occhio resta aperto più del normale perché «cade» anche la palpebra inferiore
- La bocca si piega verso il basso
- Nei pazienti più anziani il rilassamento della muscolatura fa scendere tutti i tessuti in modo particolarmente spiccato: sopracciglio, guancia e labbra «cadono»

### LE CONSEGUENZE

- L'occhio, non più lubrificato dalle lacrime e dall'ammiccamento delle palpebre, è più sensibile a polvere, sole, vento e ciò lo espone a lesioni della cornea
- La masticazione risulta problematica perché la guancia flaccida si frappone ai denti
- Parlare correttamente può diventare complicato a causa dello scarso tono dei muscoli
- La respirazione può essere difficoltosa perché la narice «collassa» verso l'interno

### LA DIAGNOSI

Per la diagnosi basta una valutazione dei sintomi descritti accanto. Serve tuttavia escludere cause diverse da quelle infettive, come per esempio i tumori cerebrali. Per questo il paziente viene sottoposto a una TAC del cervello, della base cranica e della porofide, sedi di possibili lesioni o tumori che potrebbero aver provocato la paralisi

### LA TERAPIA

- Appena possibile devono essere somministrati farmaci a base di cortisonici ad alto dosi per eliminare l'infiammazione e aprire il nervo. Se il trattamento è tempestivo può bastare anche una sola settimana di terapia
- Quanto prima viene iniziata la cura con cortisonici ad alte dosi, tanto più è probabile che la paralisi si risolva senza conseguenze
- Il recupero della mobilità del viso avviene in media entro 2-3 mesi. Dopo 20-25 giorni dall'episodio ci si deve sottoporre a un elettromiografia, da ripetere dopo altri 3 mesi, per valutare lo stato del nervo e le sue capacità di risposta
- Se dopo 7-8 mesi la paralisi non è regredita per recuperare la mobilità bisogna passare alla microchirurgia ricostruttiva

**90%**  
I casi in cui la paralisi è dovuta a un'infezione virale (paralisi di Bell)

**80%**  
I casi in cui la paralisi si risolve senza conseguenze

**20%**  
I pazienti che restano con paralisi o paresi facciali

### NERVO FACCIALE

Il nervo facciale controlla il movimento dei muscoli del viso, la lacrimazione e in parte la salivazione. Emerge dalla base del cervello e passa per alcuni centimetri all'interno di un canale osseo, il canale uditivo interno, per poi innervare il volto

### LE CAUSE

- La paralisi compare quando il nervo facciale non riceve un sufficiente afflusso di sangue perché si è infiammato e, gonfiandosi, preme nel canale osseo, oppure perché qualcosa, in un qualsiasi punto del suo percorso, lo comprime o lo danneggia
- Nel 90% dei casi la paralisi del nervo facciale è una paralisi di Bell, ovvero un'infiammazione che dipende da un'infezione virale. Il responsabile è spesso un Herpesvirus
- In casi più rari la paralisi è conseguenza di interventi neurochirurgici al cervello o alla base del cranio, traumi oppure tumori cerebrali
- Esiste inoltre una piccola quota di paralisi congenite
- Il freddo non è di per sé causa di paralisi del nervo facciale. sbalzi di temperatura e colpi di freddo facilitano però le infezioni virali, reali responsabili del problema

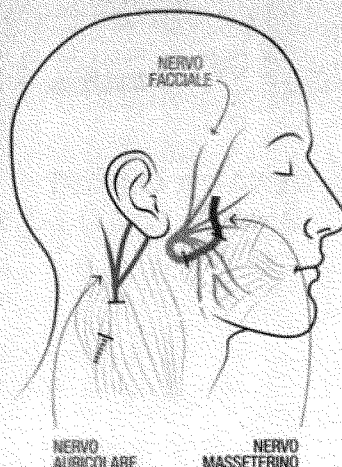
### DIFFERENZE CON L'ICTUS

La paralisi del nervo facciale raramente è indice di un ictus. In caso di ictus, infatti, la paralisi non è quasi mai limitata alla faccia e vi si associano altri sintomi (come difficoltà di parola o della vista, vertigini, confusione, incapacità di muovere gli arti)

### LA MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA

**Entro 18 mesi** la muscolatura non è compromessa e si può riattivare la mimica del viso innestando sul facciale danneggiato un nervo preso da un'altra parte del corpo. Un tratto di nervo grande auricolare viene prelevato per collegare il nervo facciale al nervo masseterino, una branca del nervo trigemino che diventerà la nuova fonte di movimento dei muscoli del viso

**Dopo 18 mesi** la muscolatura del viso non può più rispondere a eventuali segnali nervosi perché si è come «atrofizzata». Si trapianta perciò un lembo muscolare prelevandolo per esempio dalla coscia o dalla schiena



In entrambi i casi si esegue un trapianto di nervi per connettere i due lati del viso e consentire al paziente la contrazione simultanea e simmetrica dei muscoli che governano l'espressività del volto

**Lavori in corso** Avviato nel nostro Paese un ampio studio

## Decine di centri coinvolti per scoprire esami specifici

**C**ercare di capire che cosa sia la sensibilità al glutine, quanti siano i pazienti e soprattutto come possa essere diagnosticata è un obiettivo per molti. Anche l'Associazione Italiana Gastroenterologi ed endoscopisti digestivi Ospedalieri (Aigo) sta conducendo un'ampia ricerca, lo studio Glutox, che coinvolge decine di Centri in tutta Italia e vuole arrivare ad arruolare circa mille persone fra chi arriva in un ambulatorio gastroenterologico lamentando sintomi associati all'assunzione del glutine.

«Per il momento abbiamo analizzato un centinaio di pazienti e anche noi abbiamo verificato l'esistenza della sensibilità al glutine — racconta Luca Elli del Centro Celiachia del Policlinico di Milano, responsabile dello studio Glutox —. Oltre a stabilire la prevalenza del disturbo, vorremmo anche individuare un metodo per la diagnosi. In futuro forse potremo riuscirci, dopo aver escluso celiachia, allergie e altre intolleranze note, sottoponendo i pazienti a test con glutine occulto come stiamo facendo per lo studio in corso: comunque si tratterà di un percorso lungo e complesso, che richiederà la collaborazione attiva dei pa-

zienti». «Test specifici al momento non esistono — conferma Carlo Catassi, docente di pediatria all'Università Politecnica delle Marche —. Gli anticorpi anti-gliadina, che spesso sono presenti in pazienti con sensibilità al glutine e regrediscono con la dieta, potrebbero supportare un'ipotesi diagnostica, ma non sono marcatori specifici».

«Trattandosi molto probabilmente di una sindrome multifattoriale sarà difficile trovarne — osserva Gino Roberto Corazza, presidente della Società Italiana di Medicina Interna —. Complicato anche affermare, come talvolta accade, che la sensibilità al glutine sia una condizione solo temporanea: non esistono studi sufficientemente lunghi che lo abbiano provato, nessuno sa se non corrisponda ad esempio a una primissima fase di celiachia».

«Di certo, proprio perché è così complessa, la diagnosi non può e non deve essere affidata al paziente: prima di ipotizzare "test di provocazione" con il glutine o la ricerca degli anticorpi anti-gliadina, bisogna sempre aver escluso tutte le altre patologie che potrebbero dare sintomi simili alla sensibilità al glutine» conclude Catassi.

**Scarsa informazione** Passano ancora in media sei anni prima che i malati abbiano certezza della loro condizione

## La celiachia invece è ancora poco diagnosticata

Eppure i test sono codificati. E la giusta alimentazione è la terapia efficace

**L'**iceberg della celiachia sta emergendo: 15-20 anni fa pochi conoscevano questa malattia e pochissimi ricevevano la diagnosi, oggi moltissimi sanno più o meno che cos'è e quali sintomi intestinali e non (si vedi la grafica) possano dipendere proprio dalla celiachia. «Nonostante ciò mancano ancora pazienti all'appello: in Italia, stando alle stime, dovremmo avere circa 600 mila casi, ma i diagnosticati sono circa 150 mila — osserva Caterina Pilo, presidente dell'Associazione Italiana Celiachia —. Inoltre, in media, occorrono ancora sei anni prima della diagnosi perché tuttora i pazienti "vagano" facendo spesso esami inutili o rivolgendosi alla medicina alternativa». Eppure l'iter diagnostico è codificato: si cercano nel sangue gli anticorpi *anti-transglutaminasi*, *anti-endomisio* e *anti-gliadina*, poi si conferma il sospetto con una biopsia intestinale, che mostra la scomparsa dei villi intestinali; in alcuni casi si aggiunge l'analisi genetica, perché la predisposizione alla celiachia dovuta alla presenza di specifiche varianti del Dna è una condizione indispensabile perché si sviluppi la malattia. Negli ultimi 10 anni il numero delle nuove diagnosi è cresciuto circa del 10% all'anno, in parte per la maggior sensibilità al problema, in parte perché la patologia sembra in aumento, come spiega Luca Elli, del Centro Celiachia del Policlinico di Milano: «Studi condotti su campioni di sangue congelati anni fa suggeriscono che la celiachia riguardi oggi una parte più consistente della popolazione rispetto al passato. È probabile che ciò sia legato alla modifica dei prodotti alimentari, perché alcuni grani sono stati selezionati per contenere più glutine e potrebbero perciò essere più "aggressivi" per un maggior numero di persone; inoltre, la celiachia è in crescita come tutte le altre patologie autoimmuni, per motivi

solo parzialmente noti, tra cui ad esempio l'inquinamento ambientale che farebbe "deragliare" più spesso la risposta immunitaria».

Nel caso della celiachia, infatti, il sistema immunitario risponde in maniera anomala al glutine e attacca l'organismo, provocando la distruzione delle estroflessioni dell'intestino, i villi deputati all'assorbimento dei nutrienti. «L'intestino è il maggior punto di contatto fra il nostro organismo e l'ambiente: è 100 volte più esteso della pelle e contiene grandi quantità di linfociti — spiega Gino Roberto Corazza, direttore della Clinica Medica al Policlinico San Matteo di Pavia —. Ha perciò una enorme reattività immunologica e alcuni fattori possono scatenarne la risposta eccessiva contro il glutine: la terapia con interferone, un potente stimolatore specifico del sistema immunitario, può ad esempio favorire la comparsa di celiachia, così come l'esposizione a qualsiasi elemento che possa attivare l'immunità». Così nei soggetti predisposti la malattia può comparire a ogni età, magari dopo un'infezione, a seguito di uno stress, perfino dopo un viaggio in cui le condizioni igieniche precarie abbiano alterato le condizioni dell'intestino. Purtroppo, la celiachia è anche associata a complicanze: se non è ben curata, ad esempio, può favorire la comparsa di linfomi intestinali, osteoporosi, infertilità e, se ci si ammala da piccoli, può compromettere l'accrescimento corporeo. «Chi è omozigote per il gene che predispone alla celiachia, ovvero ne possiede due copie nel corredo genetico, è più a rischio di sviluppare conseguenze negative — spiega Corazza —. Lo stesso è vero per chi riceve la diagnosi con ritardo, perché resta più a lungo in contatto con il glutine; anche la mancata aderenza alla dieta, l'unica terapia possibile, espone a rischi».

Non essere rigidi nell'esclusione del glutine, aumentando

l'infiammazione intestinale e generale, sembra associarsi ad esempio a una probabilità più elevata di coronaropatie. Per

fortuna, però, la vita dei celiaci oggi è molto più semplice rispetto al passato, perché l'Italia è uno dei Paesi dove c'è stata maggiore attenzione al problema e basta entrare in un supermercato per accorgersi che ormai esistono prodotti senza glutine per tutti i gusti.

Il neo è il costo, più elevato rispetto agli analoghi con glutine: «Non a caso il Servizio Sanitario Nazionale prevede un aiuto mensile di circa 100 euro per le donne celiache e 140 per gli uomini (la quota dipende dal diverso fabbisogno calorico e "copre" il 35 per cento delle calorie quotidiane che, mediamente, dovrebbero venire da cibi contenenti glutine, ndr) — osserva Pilo —. La sfida, con l'aumento delle diagnosi, sarà continuare a garantire il sostegno a tutti. È importante insegnare ai pazienti a privilegiare gli alimenti naturalmente privi di glutine, come il riso. Infine, è essenziale migliorare l'offerta per i celiaci nella ristorazione fuori casa, anche se molto è già stato fatto: oggi nelle mense pubbliche e nelle scuole si devono poter trovare menu per celiaci e questa è una conquista per tutti, perché formare gli operatori in modo che sappiano gestire regimi alimentari particolari significa avere mense dove possono essere preparati in sicurezza piatti per chi è allergico. Anche i locali "gluten-free" sono sempre di più: la guida ai ristoranti per celiaci (si può scaricare sul sito [www.celiachia.it](http://www.celiachia.it))

come app, ndr) include già oltre 3 mila segnalazioni».

Peraltro, la celiachia è forse l'unica malattia in cui l'arrivo della diagnosi significa benessere: togliendo il glutine dalla dieta, l'unica terapia a oggi possibile ed efficace, infatti i pazienti tornano subito a stare bene perché i sintomi scompaiono e l'intestino "rinasce" letteralmente, visto che pian piano i villi atrofizzati si riformano. Di certo però escludere il glutine dalla dieta non è banale, così i ricercatori, che oggi conoscono molto meglio la cascata di eventi responsabili della celiachia e le parti del glutine più "dannose", stanno cercando strade alternative per la cura: è allo studio ad esempio un vaccino, un immunomodulante composto da tre grosse proteine che contengono i fram-

menti di glutine responsabili dell'attivazione dei linfociti. Iniettato sottocute, indurrebbe tolleranza sopprimendo la risposta immunitaria, stando agli studi condotti sugli animali; le sperimentazioni su volontari sembrano indicare che si tratti di un farmaco non pericoloso, ma la sua efficacia è ancora tutta da dimostrare. Lo stesso dicasi per le pillole che dovrebbero eliminare la tossicità del glutine, da quelle da prendere prima dei pasti, che dovrebbero bloccare il trasporto del glutine attraverso la mucosa intestinale, alle pillole da introdurre mentre si mangia, in grado di "digerire" il glutine frammentandolo e rendendolo innocuo. «Realisticamente non riusciremo ad approdare a soluzioni diverse dalla dieta in un prossimo futuro: le ricerche pro-

seguono, ma occorreranno anni prima di vederne i risultati concreti e forse anche allora la dieta di esclusione rimarrà il pilastro fondamentale della terapia — sottolinea Carlo Catassi, pediatra dell'Università Politecnica delle Marche, fra i massimi esperti di celiachia del Paese —. Invece, potremmo arrivare abbastanza presto allo screening per la celiachia, così da portare allo scoperto tutti i pazienti che ancora non sanno di esserlo: tuttora il 60-70 per cento dei casi sfugge alla diagnosi. Le esperienze condotte finora mostrano che lo screening con i test sul sangue è possibile e relativamente semplice; resta da capire a quale età sarebbe opportuno farlo, se non sarebbe piuttosto utile cercare chi ha il gene che predispone alla celiachia (chi ne è privo non può

ammalarsi, ndr). Il problema semmai è sostenere i costi che le nuove diagnosi comporterebbero per il Servizio Sanitario, ma identificare tutti i casi sarebbe più che utile: anche la celiachia silente, che non dà sintomi, alla lunga può avere conseguenze negative per la salute e dovrebbe quindi essere identificata».

## In Italia

Per il Ministero della Sanità lo scorso anno i casi accertati erano 148.000

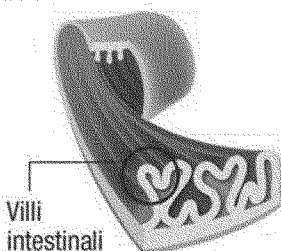
## Sussidio

Lo Stato riconosce dai 100 ai 150 euro mensili per l'acquisto dei cibi idonei

## Il meccanismo

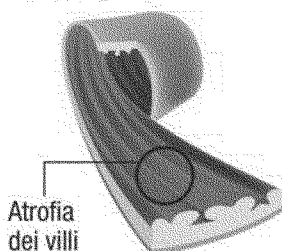
Il glutine è una sostanza proteica presente in numerosi cereali tra cui frumento, farro, kamut e orzo. L'assunzione di alimenti contenenti glutine causa in chi soffre di celiachia una risposta immunitaria che provoca, fra l'altro, un'inflammatione cronica dell'intestino e la progressiva scomparsa dei villi intestinali. Il conseguente malassorbimento può dare disturbi della crescita durante il periodo dello sviluppo

**INTESTINO SANO**



Villi intestinali

**INTESTINO CELIACO**



Atrofia dei villi intestinali

## Le differenze

	Che cos'è	Le cause	Sintomi gastrointestinali	Sintomi extraintestinali	Diagnosi	Terapia	Complicanze
<b>CELIACHIA</b> <b>1%</b> Stima della quota di popolazione con questa intolleranza <b>150.000</b> i casi diagnosticati	Intolleranza al glutine su base autoimmune. Colpisce più spesso le donne (2:1 rispetto agli uomini)	Specifici frammenti del glutine attivano il sistema immunitario, che aggredisce proteine dell'organismo, portando, ad esempio, alla scomparsa dei villi intestinali	Diarrea o stitichezza, dolori addominali, gonfiore, meteorismo, difficoltà digestive	Stanchezza cronica, dimagrimento, scarso accrescimento (nei bambini), affezioni frequenti, anemia, osteoporosi precoce, transaminasi alte, anomalie dello smalto, infertilità, cefalea, dolori articolari e muscolari	Positività agli anticorpi anti-transglutaminasi (anche anti-endomisio e anti-gliadina), presenza di specifici geni che predispongono alla celiachia (HLA-DQ2/DQ8), lesioni intestinali visibili alla biopsia (villi appiattiti)	Va eliminata qualsiasi traccia di glutine dalla dieta, per tutta la vita	Linfomi intestinali, osteoporosi, anemia, sterilità e aborti frequenti; maggiore probabilità di sviluppare altre malattie autoimmuni (tiroidite autoimmune, psoriasi, diabete I)
<b>SENSIBILITÀ AL GLUTINE</b> <b>1,15%</b> Stima della quota di popolazione che presenta questa condizione	Maggiore sensibilità al glutine, senza segni di celiachia o di allergia al frumento. Colpisce spesso le donne (5,5:1 rispetto agli uomini), è poco frequente nei bambini	Si ipotizza che in alcune persone ci sia una ridotta soglia di sensibilità al glutine o che la sostanza abbia un maggior effetto fermentante o irritante più potente a livello del sistema nervoso centrale	Dolori addominali e gonfiore (80% dei casi), meteorismo, diarrea (55%), stipsi (15-20%), reflusso gastroesofageo (15-20%)	Cefalea, stanchezza, mente annebbiata, comuni anche dolori articolari e rash cutaneo, anemia (15-20% dei casi contro il 40% nella celiachia)	Possibile solo dopo aver escluso la presenza di celiachia, allergie e intolleranze alimentari. Coloni irritabili non esistono marcatori diagnostici validati. In teoria la diagnosi può essere fatta solo con complessi «test di provocazione», dando il glutine senza che il paziente sappia che lo sta assumendo	Non è chiaro se sia indispensabile l'eliminazione completa del glutine, o se possa bastare ridurre le dosi	Non esistono ancora dati sufficienti a stabilire se vi sia un maggior rischio di altre patologie (le prime segnalazioni indicano associazione con alcune malattie autoimmuni, nel 15% dei casi)

Nel nostro Paese sono troppe le 'dolci' concessioni che ogni giorno vengono proposte ai bambini

# Meno cibi zuccherati per proteggere la salute

*Un consumo abituale di quantità eccessive di zucchero può avere nel tempo ripercussioni negative sul benessere futuro*

*Fin dallo svezzamento i bambini italiani consumano una eccessiva quantità di zuccheri*

*È importante scegliere prodotti specifici per le differenti fasi di crescita del bambino*

**È** un dato di fatto: i bambini italiani non mangiano correttamente fin dalla prima infanzia. E uno degli errori più frequenti riguarda lo zucchero di cui i bimbi assumono eccessive quantità, spesso già durante la delicata fase dello svezzamento. Non si tratta dello zucchero presente naturalmente negli alimenti come frutta e latte, ma di quello che viene aggiunto ai diversi cibi, sia a livello domestico sia industriale.

Ancora oggi i genitori tendono ad aggiungere agli alimenti per i loro figli quantità elevate di zucchero proponendo cibi troppo dolci. Peggiora poi questa situazione, l'abitudine tuttora comune di utilizzare caramelle, biscotti, gelati, bevande dolci e dolciumi vari come una ricompensa gratificante o come una soluzione per calmare un capriccio, e quella altrettanto poco salutare di intingere nello zucchero il ciuccio. Questo eccesso di zucchero nella dieta dei bambini può, però, influenzare negativamente la loro salute futura. Infatti se il bambino dovesse acquisire una preferenza spiccata per gli alimenti sempre più dolci potrebbe nel tempo adottare una dieta scorretta che spesso è tra le cause di alcune patologie, dalla semplice carie a obesità, diabete, e

problemi cardiovascolari. Una serie di rischi che sono stati confermati nuovamente anche da una recente ricerca del Center for Disease Control and Prevention di Atlanta negli USA, pubblicata sulla rivista scientifica JAMA, che dimostra come sia forte la correlazione tra consumo eccessivo di zuccheri aggiunti e la comparsa di patologie cardiovascolari gravi.

#### **UN GUSTO INNATO**

È certamente vero che gli zuccheri sono fondamentali per la crescita dei bambini e per il sostentamento, ma la dieta quotidiana ha già a disposizione tanti alimenti naturalmente dolci che aiutano ad assecondare il gusto dei nostri bambini senza forzature e che predispongono ad abitudini salutari. Non è quindi necessario aggiungere zucchero agli alimenti per i propri bambini o comunque è opportuno evitare di proporre quantità eccessive. In questo modo, fra l'altro, non si altera la preferenza per il gusto che è innata e che contribuisce a influenzare le preferenze alimentari per tutta la vita. Infatti un consumo eccessivo di zucchero porterà a volerne e a ricercarne quantità sempre maggiori innalzando via via sempre più la soglia di percezione di questo gusto.

#### **LE SCELTE GIUSTE**

Ma come dovrebbero allora regolarsi mamma e papà per quanto riguarda lo zucchero? Oltre a fare propria l'abitu-

dine di non aggiungere lo zucchero spesso basandosi sul proprio gusto, dovrebbero stare attenti nel momento dell'acquisto: è importante leggere sempre le etichette e fare particolare attenzione che sia specificata la quantità e il tipo di zuccheri presenti. Ad esempio nel caso degli omogeneizzati, è consigliabile scegliere quelli in cui gli zuccheri provengano solo dalla frutta. In questo modo, inoltre, si educa il gusto del bambino in modo corretto senza snaturare la sua percezione naturale dei sapori e questo caratterizzerà il suo atteggiamento verso il cibo anche da adulto, a vantaggio di una dieta sana ed equilibrata.

#### **TRE ANNI IMPORTANTI**

Impostare un'alimentazione corretta ed equilibrata durante i primi tre anni di vita del bambino è fondamentale per una sua buona crescita fisica e psicologica e per farlo stare bene, ma rappresenta anche un'arma per proteggere da malattie che potrebbero manifestarsi in età adulta. Lo spiega il "Nutritional Programming", la teoria che descrive l'impatto della nutrizione a partire dalla gravidanza e in alcuni periodi "critici" come l'allattamento e lo svezzamento, non soltanto sulla crescita e sulla salute del bambino nell'immediato, ma anche del futuro adulto. In particolare i periodi "critici" rappresentano delle cosiddette "fine-

stre di opportunità" in cui i genitori possono agire con interventi nutrizionali mirati a favorire il mantenimento di un ottimale equilibrio metabolico per prevenire la futura insorgenza di malattie, quali l'obesità, il diabete e le patologie cardiovascolari. Nei primi sei mesi del bimbo il latte materno è l'alimento per eccellenza e svolge un ruolo preventivo di primaria importanza: è sicuro, nutrizionalmente bilanciato, fornisce un apporto proteico ottimale, è ricco in acidi grassi polinsaturi e contiene ormoni e molecole in grado di favorire la regolazione del senso di fame e sazietà del lattante. Durante i periodi dello svezzamento e della prima infanzia gli alimenti da proporre ai bambini a complemento del latte materno devono essere sicuri, specifici per la loro età in modo da rispondere in maniera ottimale alle esigenze nutrizionali del loro organismo nelle diverse fasi della crescita, rispettando contemporaneamente anche quella varietà alimentare che nel tempo li abituerà ad apprezzare gusti e cibi diversi. In questa fase, è comunque fondamentale seguire sempre le indicazioni del Pediatra.