

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 01 NOVEMBRE 2012

Disturbi del Comportamento Alimentare. Arrivano le raccomandazioni dell'Iss

Frutto della collaborazione tra l'Istituto e l'Asl 2 dell'Umbria, [un documento](#) sulla gestione di questi disturbi. Epidemiologia, prevenzione e modelli organizzativi. In Italia 3 milioni di persone soffrono di Dca. Tra le adolescenti, 10 su 100 hanno un disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 nelle forme più gravi.

Disturbi del comportamento alimentare. Sotto questo nome si nascondono un insieme di sindromi a etiologia multifattoriale, caratterizzati da alcuni elementi psicopatologici comuni, comprendenti un insieme di alterazioni affettive, cognitive e comportamentali strettamente correlate all'ingestione di cibo e all'immagine corporea. E sono pericolosi per la salute di chi ne soffre. In totale, circa tre milioni di persone in Italia e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno.

Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, si stima che 10 soffrano di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

La difficoltà di conoscere esattamente la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare rispetto ad altre malattie, oltre che nella complessità di uniformare gli studi, risiede nella particolarità di un disturbo la cui prevalenza nella popolazione generale è molto bassa, ma che può raggiungere tassi molto alti in sottopopolazioni specifiche; ciò sia nella tendenza delle persone affette ad occultare il proprio disturbo e disagio e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti che nella possibilità di un progetto di cura tempestivo.

Se i dati epidemiologici comuni a tutte le ricerche internazionali riguardanti la prevalenza per l'età e il sesso della popolazione colpita dal disturbo ci indicano un rapporto femmine - maschi di 9 a 1 e un aumento dell'incidenza della patologia bulimica rispetto a quella anoressica, nel contesto italiano i dati disponibili su incidenza e prevalenza dei Dcs (disturbi del comportamento alimentare) appaiono significativamente discordanti. Inoltre stiamo assistendo a un continuo mutare dei disturbi stessi: è sempre più difficile trovare delle forme pure di Anoressia e Bulimia, mentre proliferano disturbi sottosoglia che non rientrano nei criteri diagnostici condivisi.

Per rispondere alla necessità di rendere disponibili dati epidemiologici e raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche da condividere a livello nazionale, l'Ufficio Relazioni Esterne dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Ausl n.2 dell'Umbria e con il patrocinio del Ministero della Salute, ha promosso il 24 e 25 ottobre all'Istituto Superiore di Sanità la Conferenza nazionale di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il risultato dei due giorni di lavoro è stato un Documento preliminare di Consenso redatto da un panel giuria basato sull'analisi critica della letteratura scientifica più aggiornata. Il documento raccoglie una serie di raccomandazioni, elaborate da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale, per una gestione appropriata dei Dca nelle aree di intervento: epidemiologia, prevenzione e modelli organizzativi.

RACCOMANDAZIONI PER L'AREA DI EPIDEMIOLOGIA

In relazione al quesito 1: quali sono i dati di prevalenza, di incidenza e mortalità riguardanti i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in ambito nazionale e internazionale?

Si raccomanda che vengano condotti studi di prevalenza, di incidenza e mortalità riguardanti i DCA in Italia su ampi campioni della popolazione al fine di inquadrare i DCA dal punto di vista epidemiologico, aggiornando costantemente i dati. Si raccomanda, inoltre, che tali studi includano aspetti internistico-nutrizionali, relativi cioè al quadro metabolico e allo stato di nutrizione dei pazienti, e che negli studi siano adottati strumenti diagnostici standard, ovvero omogenei e universalmente accettati. Si auspica infine l'istituzione di un registro nazionale dei DCA.

In relazione al quesito 2: quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?

Si raccomanda di effettuare una ricognizione:

- dei sistemi informativi in uso per l'assistenza
- dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali
- dei processi di gestione e qualificazione del personale
- del livello di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri.

Sempre in risposta al secondo quesito, si raccomanda il monitoraggio dei processi e degli esiti in tutti i livelli di assistenza e dell'applicazione di pratiche evidence-based.

RACCOMANDAZIONI PER L'AREA DI PREVENZIONE

In relazione al quesito 1. Quali sono i principali fattori di rischio e fattori scatenanti associati ai DCA? Quali i fattori protettivi?

Per la ricerca, si raccomanda di definire modelli di sviluppo dei DCA al fine di comprendere le interazioni dinamiche dei fattori di rischio e di quelli protettivi; di stabilire in che modo interagiscono patologie con diversa etiopatogenesi e, con riferimento ai fattori di rischio ambientali, è opportuno promuovere indagini per individuare popolazioni a rischio.

Per la pratica clinica, si raccomanda che venga condotta un'anamnesi per accertare l'esposizione a determinati fattori di rischio, associati a DCA:

- familiarità per disturbi psichiatrici
- possibili eventi avversi/traumatici, malattie croniche dell'infanzia e difficoltà alimentari precoci
- possibili comorbidità psichiatriche
- appartenenza a gruppi in cui è maggiore la pressione socio-culturale verso la magrezza (modelle, ginnaste, danzatrici..)
- percezione e interiorizzazione dell'ideale di magrezza
- insoddisfazione dell'immagine corporea
- scarsa autostima e perfezionismo
- stati emotivi negativi

In relazione al quesito 2. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione universale dei DCA in termini di strategie, strumenti e figure professionali coinvolte?

Si raccomanda di:

- promuovere approcci basati sulla dissonanza cognitiva e sull'alfabetizzazione mediatica che hanno dato risultati promettenti nel ridurre i fattori di rischio quali l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza e l'insoddisfazione per le forme corporee
- potenziare la ricerca sulla costruzione di modelli di prevenzione integrati DCA e obesità
- implementare ulteriori ricerche che valutino l'efficacia di interventi volti a potenziare le proprie life skills (ovvero le competenze per la vita) e i fattori protettivi.

In relazione al quesito 3. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione selettiva dei DCA?

Agli operatori della prevenzione si raccomanda di:

- individuare popolazioni a rischio attraverso un assessment dei fattori di rischio
- intercettare la popolazione a rischio attraverso proposte di intervento che favoriscano la motivazione alla partecipazione
- adottare programmi già dimostratisi efficaci

- evitare nuove strade che potrebbero avere scarsi risultati in assenza di studi di efficacia.
- Ai ricercatori si raccomanda:
- che gli studi futuri individuino indicatori di esito, quali l'effetto sui fattori di rischio o sull'incidenza dei DCA
 - che gli interventi più efficaci dovrebbero essere testati in studi appositi
 - che sono necessarie replicazioni indipendenti degli studi dimostratisi più efficaci
 - gli approcci migliori dovrebbero essere integrati fra loro (dissonanza cognitiva, peso salutare)

RACCOMANDAZIONI PER L'AREA Percorsi e Modelli Organizzativi

In relazione al quesito 1. Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA? Quali le figure professionali coinvolte?

Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA dovrebbe includere sia gli aspetti psichiatrici e psicologici, sia quelli nutrizionali e fisici, sia quelli socio-ambientali. Dovrebbe inoltre garantire: il coinvolgimento attivo degli utenti e dei familiari; la gestione specifica per età e per disturbo, la presenza di personale con esperienza e formazione specifica sui differenti DCA; il trattamento delle eventuali comorbidità e delle conseguenze del disturbo.

Le figure professionali coinvolte dovrebbero essere, a seconda dell'età del soggetto:

- il medico di medicina generale o il pediatra di famiglia
- psichiatri o neuropsichiatri infantili
- psicologici
- psicoterapeuti
- nutrizionisti clinici
- internisti o pediatri
- dietisti

In relazione al quesito 2: quale è il modello organizzativo per la gestione migliore dei DCA?

Il modello organizzativo per la gestione dei DCA dovrebbe essere multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato. Dovrebbe inoltre essere età specifico. L'ambulatorio dovrebbe essere il fulcro del paziente con DCA e, nello stesso tempo, dovrebbero essere previste altre tipologie di strutture con livelli assistenziali crescenti, tutte articolate tra loro in una sorta di network assistenziale stabile.

È stata inoltre evidenziata la presenza di numerose aree che necessitano di monitoraggio, approfondimenti e ricerca, ed in particolare appare opportuno:

- promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per gli operatori sanitari onde facilitare l'individuazione precoce dei DCA e garantire l'appropriatezza della presa in carico
- promuovere l'individuazione di indicatori di livello clinico condivisi, anche al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso ai vari livelli assistenziali
- promuovere l'individuazione di indicatori di esito condivisi
- promuovere l'analisi omogenea dei fattori che possono favorire la cronicizzazione
- promuovere il monitoraggio dei costi degli interventi proposti e del rapporto costo/efficacia
- promuovere l'adozione di un'ottica di benchmarking tra i servizi che compongono la rete terapeutico-assistenziale per le persone con DCA
- monitorare il percorso terapeutico-assistenziale dei pazienti in età evolutiva ed adolescenziale, con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri in ambito ospedaliero
- promuovere una consensus conference specifica per i DCA in età infantile ed adolescenziale.

La Conferenza e i suoi risultati rappresentano un passo importantissimo nell'affrontare in sede nazionale la tematica dei DCA a sollievo delle famiglie e delle persone toccate direttamente da queste patologie.

Sanità

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE

Alle aziende farmaceutiche
«Necessario un rinnovato accordo
di sviluppo ma senza più rendite di posizione»

Le prestazioni ai cittadini
«Sugli ospedali serve una verifica stringente
Nuovi livelli essenziali entro la fine dell'anno»

«Avanti subito con ticket e Patto»

Balduzzi: niente tagli lineari, se si aggredisce l'inefficienza non servirà ridurre i servizi

di Roberto Turno

Nega che i tagli plurimiliardari assestati questi anni siano il funerale della sanità pubblica. Alle Regioni chiede di fare il «Patto» e di decidere ora la riforma dei ticket. Sugli ospedali, rilancia, serve una verifica «stringente». Alle imprese farmaceutiche propone un «rinnovato patto di sviluppo» ma senza più rendite di posizione e senza usare l'occupazione come un'arma «di ricatto». E intanto promette: nuovi Lea entro fine anno. Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, parla a tutto campo di quanto resta da fare, e di quanto vuole fare, di qui alla fine del suo mandato. Ma si candiderà alle politiche di primavera il ministro tecnico della Salute? Risponde cauto: «Ho avuto segnali di attenzione, a suo tempo valuterò. Il 2012 non è ancora finito. Fino a Natale ho altro a cui pensare».

Ministro Balduzzi, ormai il decretone è alle spalle, anche se va applicato. Ma per la sanità pubblica si aprono adesso tempi duri e di sacrifici. I medici dicono che con tutti i tagli di questi anni, oltre 31 miliardi, è stato decretato il funerale del Ssn.

I medici hanno manifestato per dichiarare il proprio attacco al Ssn, ed è importante. E io sono alleato di tutti gli operatori con l'obiettivo comune di riconoscersi nella grande casa della sanità pubblica.

Una casa che, però, rischia seriamente di scricchiolare. Il timore di una riduzione dei servizi è grande e reale.

Io rispondo di quanto ha fatto questo Governo. Noi non abbiamo fatto tagli e meno che mai lineari, ma dato strumenti e indicato i settori dove in tutte le Re-

gioni, virtuose o meno, esistono ampi margini di risparmio nell'acquisto di beni e servizi non sanitari e di dispositivi medici. Se si aggrediscono le sacche di inefficienza non ci sarà bisogno di tagliare servizi.

Però le Regioni dicono: a queste condizioni, con questi tagli, non faremo alcun «Patto» col Governo.

Il «Patto» è la cornice che tiene il tutto, senza il Ssn sarebbe più debole. Io farò di tutto fino all'ultimo giorno del mio mandato perché il «Patto» possa esserci e siano superati gli ostacoli che lo bloccano. Ma non posso imporre al mio interlocutore di firmarlo. Se non ci sarà, le responsabilità le avranno sia il livello regionale che quello nazionale. Senza scordare che abbiamo altri problemi da affrontare, come la non autosufficienza e il rapporto con l'Università.

Poi c'è la riforma dei ticket, prevista proprio col «Patto», da cui si aspettano 2 miliardi in più dal 2014. Insisterà con la sua proposta di un mix ticket-franchigia?

Sì, perché credo sia un atto di responsabilità.

Proporrà ora la modifica?

Propongo di definire e di decidere adesso un nuovo sistema. Poi la decisione formale può avvenire anche nel 2013 visto che la riforma scatterà nel 2014. Vorrei finire il mio mandato con un'assunzione di responsabilità, non lasciare la patata bollente al Governo che verrà.

A cosa pensa?

Propongo di ridisegnare il sistema di compartecipazione alla spesa in base a criteri di equità, trasparenza e omogeneità. Serve un sistema diverso. Io ho proposto la franchigia, la franchigia-ticket... Ci stiamo lavorando e ora, finita quella del decreto, per noi si apre questa

partita. Mi piacerebbe che entrasse nel «Patto».

Altrimenti quale potrebbe essere il veicolo legislativo?

Il veicolo può essere deciso anche nel 2013, non necessariamente la legge di stabilità. L'importante è che ci sia l'accordo Governo-Regioni sui contenuti, e io spingerò perché ci sia, ma può anche non essere materia di questo Governo. Salvo come far fronte alle conseguenze della sentenza della Corte costituzionale sui ticket.

Altra partita scottante: i nuovi Lea, quando arriveranno?

Undici anni dopo, è il momento di vedere quante e quali di quelle 6 mila prestazioni sono ancora valide o no e quali debbano entrare. La legge ci dice che il bilanciamento di tutto questo va fatto entro il 31 dicembre 2012. Ed entro l'anno lo faremo.

Quanti ospedali potranno "saltare" con l'applicazione alle porte della spending review?

Più che di un dimagrimento, direi che è necessario dare una tonicità maggiore del sistema. Ma la verifica della rete ospedaliera deve essere stringente. Stiamo dando standard e criteri su unità complesse, specialità, rapporto tra amministrativi e sanitari, utilizzo dei posti letto. Poi tocca alle Regioni.

Anche mettere le mani sui Policlinici universitari?

Certo, gli standard valgono per tutti. Dunque, anche per i Policlinici e per le aziende ospedaliere-universitarie.

I privati si lamentano. I tagli colpiscono pesantemente accreditati e imprese, frenando sviluppo e occupazione.

Gli accreditati sono chiamati a un sacrificio contenuto rispetto a quello che abbiamo chiesto alle Regioni. Quanto alle imprese, decreto legge ci so-

no molte norme che interpretano il ruolo dell'industria farmaceutica nello sviluppo del Paese. Credo che l'attuale situazione di difficoltà economica sia un'occasione importante anche per l'industria - soprattutto quella italiana - che deve accettare la sfida mondiale. I farmaci equivalenti non possono diventare un problema solo in Italia. Bisogna guardare avanti: se si guarda indietro e si vive sulla rendita di farmaci a brevetto scaduto e antichi non c'è futuro. All'industria vorrei dire: facciamo un rinnovato patto di sviluppo dove però sia chiesto a tutti di mettere ordine in casa propria, come sta facendo il Ssn.

Però l'occupazione cala.

Ma questo non deve diventare un ricatto. Poi bisogna vedere di quale occupazione si tratta. Se vivo sulla rendita del passato avrò attenzione ad assumere informatori farmaceutici con lo sguardo rivolto all'indietro e non all'innovazione. La spending review non va fatta solo nel pubblico.

Sui farmaci, tra Prontuario e off label, nel decreto la sua linea è stata ribaltata: la riproporrà?

Erano norme equilibrate alla luce proprio di questo patto di sviluppo che ci deve essere tra pubblici poteri e industria. Le ragioni che le giustificavano rimangono intatte e quindi il tema non è uscito dall'agenda.

Si candiderà alle elezioni di primavera?

Ho avuto segnali di attenzione e a suo tempo valuterò. Ma quel che per me conta è solo l'oggi. Il 2012 per il ministro della Salute non è ancora finito: fino a Natale dobbiamo ancora lavorare su costi standard, Lea, non autosufficienza, ticket. Non ho tempo per pensare ad altro.

Depenalizzata la colpa medica

Per quanto riguarda il rischio clinico, chi si attiene a linee guida e buone pratiche non risponde penalmente (ma civilmente sì, resta l'onere eventuale del risarcimento) della colpa lieve. Il giudice dovrà in ogni caso tenere conto della condotta anche nella determinazione del danno in caso di colpa grave. I contratti assicurativi saranno disciplinati da un Dpr per agevolare la copertura agli operatori, determinando i casi in cui un fondo ad hoc (e il suo gestore) garantisce la copertura assicurativa indicando fonti di finanziamento e relativi obblighi di contribuzione e le regole per scadenza e variazione dell'onere delle polizze, ma non c'è più l'obbligo di assicurazione per Asl e ospedali. Infine, per ridurre i costi legati al complesso dei rischi sanitari, le aziende li analizzano, li studiano e adottano soluzioni idonee a gestirli e per prevenire il contenzioso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EFFICACIA

MEDIA

SALUTE DEI MINORENNI

Stretta sulla vendita di sigarette e alcol

Per una maggior tutela della salute dei minorenni, chiunque vende bevande alcoliche o tabacco ha l'obbligo di chiedere al momento dell'acquisto un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età sia evidente. Chi trasgredisce è punito con una sanzione amministrativa da 250 a 1.000 euro che, se il fatto è ripetuto, passano da 500 a 2.000 euro con la sospensione per tre mesi dell'attività. Stesse pene per chi mette a disposizione del pubblico distributori automatici che non consentano la rilevazione dei dati anagrafici mediante sistemi di lettura ottica dei documenti, a meno che sul posto non ci sia personale per un controllo diretto. Tutte le nuove regole hanno efficacia dal 1° gennaio 2013.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EFFICACIA

ALTA

Più trasparenza per le nomine

Per le nomine dei direttori generali, le Regioni sono tenute ad attingere obbligatoriamente a un elenco regionale di idonei, aggiornato almeno ogni due anni, costituito con una selezione effettuata, secondo criteri individuati dalle Regioni, da una commissione di cui è disciplinata la composizione, costituita dalla Regione stessa. Per la nomina dei primari (non possono essere a tempo determinato) è previsto che una commissione - composta dal direttore sanitario e da tre direttori di struttura complessa nella stessa disciplina dell'incarico - individui una terna di candidati idonei tra i quali sceglie il direttore generale, con l'obbligo di una motivazione analitica se non rispetta il "miglior punteggio". Sono assicurate forme di pubblicità agli atti del procedimento ed è prevista una conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EFFICACIA

ALTA

FARMACI

Al via il riordino del Prontuario

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, dovrà completare una revisione straordinaria del Prontuario facendo slittare in Fascia C (a pagamento) i prodotti superati. L'Aifa potrà comunque prevederne ancora la dispensazione gratuita per il completamento delle cure in corso. Le Regioni devono assicurare agli assistiti l'accesso ai medicinali definiti innovativi dall'Aifa, anche se non ancora inserite nelle liste locali, che andranno comunque aggiornate ogni 6 mesi. Per eliminare sprechi, errori e consumi impropri, Regioni e Province autonome sono autorizzate a sperimentare sistemi di riconfezionamento e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EFFICACIA

MEDIA

Il Sole **24 ORE**

OGGI SU INTERNET

Il testo del Dl Sanità convertito in legge

Oggi sul sito del Sole 24 Ore il testo integrale del Dl recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» convertito in legge

.com www.ilssole24ore.com

LA PAROLA
CHIAVE

Lea

• I Livelli essenziali di assistenza (Lea) nascono nel 2001 e sono l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), garantite in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio. Sono livelli essenziali in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini.

COMPARTECIPAZIONE

«Il sistema va ridisegnato in base a criteri di equità, trasparenza e omogeneità, come il mix franchigia-ticket»

UN FUTURO POLITICO

«Io candidato? Ho avuto segnali di attenzione. Valuterò a suo tempo, ora penso ad altro»

Il nuovo «Patto»

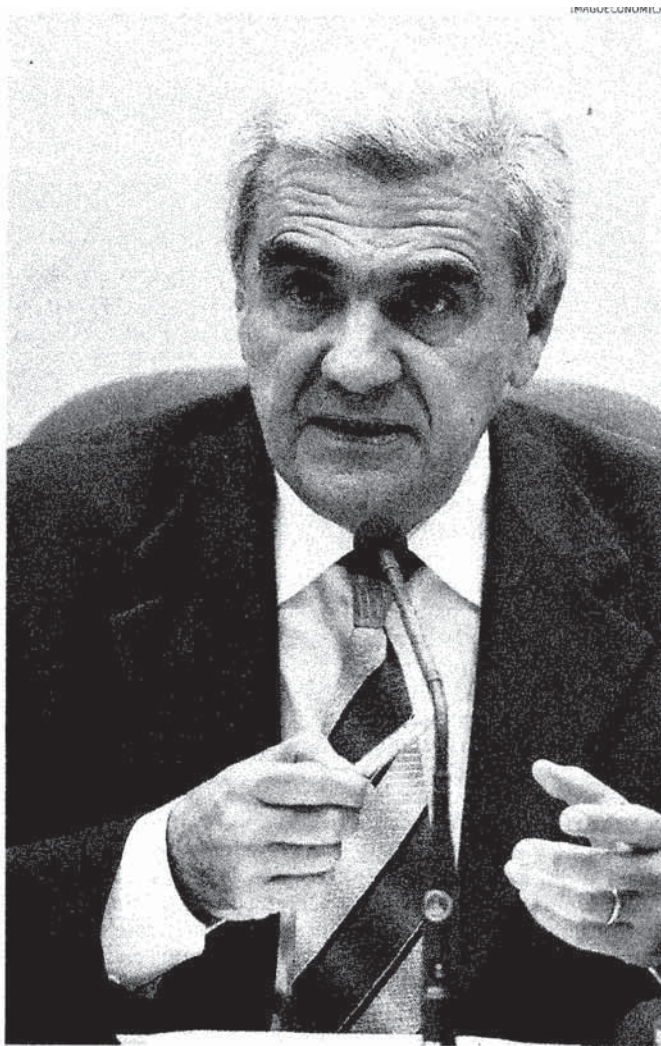
« Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio sanitario nazionale

« Le Regioni, di fronte ai tagli del governo, minacciano di non firmarlo. «Io farò di tutto perché il Patto possa esserci», dice il ministro della Salute Balduzzi

I privati «accreditati»

« L'accreditamento al Servizio sanitario nazionale è un iter autorizzativo in cui si sottopongono le strutture sanitarie private per poter esercitare prestazioni mediche

« I privati osservano che i tagli alla sanità frenano lo sviluppo e l'occupazione del settore. «Gli accreditati – spiega il ministro – sono chiamati a un sacrificio contenuto rispetto alle Regioni»



Ministro della Salute, Renato Balduzzi






INFLUENZA
I controlli sui vaccini
proseguono (Newpress)

Il caso Agenzia del farmaco «Vicino il via libera ai vaccini anti-virus»

ROMA. In seguito alle verifiche sulla documentazione fornita da Novartis V&D e dei risultati preliminari delle ulteriori analisi effettuate dall'Istituto superiore della sanità e ancora in corso di completamento, l'Agenzia italiana del farmaco, **Aifa**, assume un atteggiamento «cautamente positivo riguardo alla possibilità di rimozione, limitatamente ad alcuni lotti, del divieto di utilizzo adottato in via precauzionale nei confronti dei vaccini antinfluenzali prodotti dalla Novartis». **Aifa** aggiunge che tutti i vaccini disponibili per la campagna antinfluenzale in corso «rispettano i requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia».



DATI SPERIMENTALI SUI FARMACI GLI SCIENZIATI CHIEDONO TRASPARENZA

 A pochi giorni dal ritiro dei vaccini antinfluenzali un altro caso che coinvolge l'influenza e un'azienda farmaceutica si presenta all'attenzione della comunità scientifica (e civile). A proporlo è la rivista medica inglese *British Medical Journal*, che ha deciso di aprire un sito Internet dedicato esclusivamente al farmaco antinfluenzale oseltamivir (Tamiflu). L'obiettivo, dichiarato, è esercitare pressione sulla Roche, titolare del brevetto, affinché renda noti dati sul medicinale non accessibili al pubblico.

Sulla molecola, secondo quanto riferisce la rivista britannica, sono state condotte dieci sperimentazioni cliniche, delle quali due sono state pubblicate e otto sottoposte alle autorità regolatorie (deputate ad autorizzare o meno commercializzazione e indicazioni dei farmaci) ma non rese di pubblico dominio. L'azienda farmaceutica non ha infranto regole: quella seguita è una prassi normale. Però alcuni scienziati appartenenti al gruppo *Cochrane Collaboration*, specializzati in revisioni degli studi scientifici, chiedono da tempo la disponibilità di tutti i dati sperimentali per poter operare una valutazione più completa sull'efficacia del farmaco. In realtà quello del Tamiflu è probabilmente solo un primo caso, per quanto di notevole interesse per il suo alto fatturato in occasione delle minacce pandemiche degli ultimi anni. In gioco c'è la posta, ben più alta, del libero accesso, come norma, all'intero corpo dei dati sperimentali

su qualsiasi farmaco o presidio medico-chirurgico.

Si tratta di un problema non semplice. Però l'esistenza di un movimento di opinione che nel mondo scientifico preme in questa direzione non può meravigliare, vista la necessità dei sistemi sanitari di indirizzare i propri investimenti sulla base di valutazioni sempre più solide e incontestabili. In quest'ottica gli episodi degli ultimi giorni relativi ai vaccini e l'iniziativa del *British Medical Journal*, invece che rappresentare per un'industria cruciale come quella del farmaco solo situazioni che espongono a giudizi sommari, magari ingiusti e affrettati, potrebbero trasformarsi in un'opportunità da non lasciarsi sfuggire per l'avvio di una stagione di maggiore trasparenza, e quindi di rinnovata fiducia, con istituzioni e cittadini.

Luigi Ripamonti



MEDICI E FARMACI, COSÌ CAMBIA LA SANITÀ

Via libera al decreto. Nuove regole anche sui cibi e i concorsi nelle Asl

ROMA — È probabilmente il decreto sulla sanità più articolato e complesso degli ultimi anni. Un contenitore di tante piccole riforme rimaste in sospeso e abbozzate nelle precedenti legislature, che mai avevano visto la luce. Dalla riorganizzazione delle cure primarie e l'apertura no stop degli studi dei medici di famiglia all'obbligo di produrre bevande con un 20% minimo di frutta. Dalle limitazioni sul gioco d'azzardo e le cure per i giocatori dipendenti alle norme sulla sicurezza alimentare. E ancora, dai farmaci e la revisione del prontuario terapeutico alla rifondazione dei concorsi per medici e manager delle Asl con l'obiettivo di sottrarli al monopolio della politica. Molto si insiste, inoltre, sugli stili di vita.

Criticato e attaccato da tutte le parti coinvolte, bersaglio di 1.300 emendamenti alla Camera, ieri il provvedimento del ministro Renato Balduzzi è stato approvato al Senato ed è legge. Il governo aveva posto la fiducia, iniziativa accolta con malcontento dall'assemblea. La Lega in particolare e alcuni esponenti del Pdl hanno preso il gesto come una specie di scippo. «Non ci hanno concesso un approfondimento», ha ribadito in aula Raffaele Calabrò. «Hanno snobbato il nostro contributo», ha sottolineato Fazio Rizzi, capogruppo del Carroccio in commissione sanità. «Gover-

no debole e senza idee», incalza Felice Belisario, Idv, nel notare che siamo arrivati alla quarantaduesima richiesta di fiducia. Via libera con 181 voti favorevoli, 43 no e 23 astenuti. Sì del Pd: «Abbiamo votato la fiducia perché intravediamo una politica sanitaria condivisibile», afferma la senatrice Fiorenza Bassoli.

Balduzzi ha seguito il percorso parlamentare del suo testo senza perdere una sola riunione nella commissione: «Ha una sua compiutezza, autonomia. Il punto di approdo è accettabile». La strada tutto sommato è stata rapida. Approvato a inizio settembre dal Consiglio dei ministri, a metà ottobre è passato alla Camera modificato in diversi punti e, in altri indebolito, specie laddove sono entrati in ballo forti interessi economici. Ad esempio, la tassa sulle bevande zuccherate e i superalcolici, il bando meno indefinito delle slot machine da zone a rischio.

Il prossimo appuntamento è con il decreto omnibus (comprensivo di più interventi) che anche nelle aspettative di Antonio Tomassini, presidente commissione sanità del Senato, potrà portare migliorie. Fra le norme più qualificanti quelle che ristrutturano la nomina di manager e primari che stavano molto a cuore al premier Mario Monti. Meccanismi che dovrebbero allentare la morsa

dei partiti dalla sanità, sempre considerata terreno di conquista. Sembra inoltre in vista del traguardo l'aggiornamento dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, l'elenco delle prestazioni che devono essere garantite al cittadino in ogni parte d'Italia.

pagina a cura di
Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

”
Il punto
di approdo
della riforma
è accettabile

Renato Balduzzi



I presidi sul territorio

Associazioni dei dottori di base per l'assistenza giorno e notte



Il riordino dell'assistenza territoriale è un altro intervento atteso da tempo. Ritenuto necessario per alleggerire la pressione sui pronto soccorso ai quali i pazienti si rivolgono anche quando non sarebbe necessario. Magari per ricevere cure ambulatoriali perché altre strutture più appropriate non sono disponibili o sono chiuse al momento dell'emergenza. Nascono «forme organizzative denominate aggregazioni funzionali territoriali». In pratica associazioni di medici di famiglia e guardie mediche (che perdono questa distinzione e rientrano in un ruolo unico) che garantiscono la presenza a turno 24 ore su 24 e tutti i giorni della settimana. La novità è che in qualsiasi ora il paziente dovrebbe trovare un medico in grado, anche nel caso non sia quello da cui è visitato normalmente, di conoscere i suoi problemi perché condivide con i colleghi la cartella clinica. Per l'attuazione della riforma servono ora gli accordi delle categorie mediche coinvolte con le Regioni che temono di dover spendere di più con questo sistema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le denunce e la malasanità

Un fondo per coprire gli errori Nessun reato per «colpa lieve»



Altre norme molto attese erano quelle sull'intramoenia (libera professione del medico in ospedale) e della responsabilità professionale, cioè delle tutele del dipendente del servizio sanitario nazionale quando incorre in una denuncia da parte del cittadino per presunto errore medico. Su questo ultimo punto le novità sono la creazione di un fondo per l'assicurazione dei medici e i casi cosiddetti di colpa lieve, quando nello svolgimento della sua attività il professionista «si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente». Un modo per proteggere il medico dalla pressione delle denunce e dissuaderlo dal praticare la cosiddetta medicina difensiva (esempio, esami diagnostici prescritti inutilmente). Fenomeno che costa caro al servizio sanitario pubblico. Attività intramuraria: entro l'anno le Asl fanno la ricognizione degli spazi per i medici e, se mancano, autorizzano studi privati e cliniche. Qui la rivoluzione non c'è stata. Quasi tutto come prima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli alimenti

Aranciate con il doppio di arance Niente tasse sulle bevande dolci



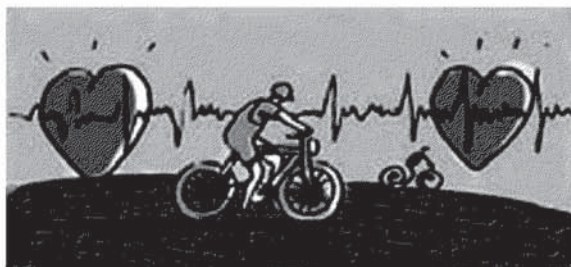
ILLUSTRAZIONI DI ROBERTO PIRRI A

Aranciate e limonate con più sostanza. Sale il limite minimo del contenuto di frutta, dal 12 al 20%. Solo se non viene rispettato, bottiglie e lattine non possono conservare questa denominazione. La disposizione si applica «a decorrere dal nono mese successivo alla data di entrata in vigore della legge». Le bevande prive del contenuto minimo obbligatorio potranno restare in commercio per 8 mesi. E quanto è sopravvissuto all'interno del testo iniziale più rigoroso, proposto dal governo, dove si chiedeva di tassare le bevande con aggiunta di zucchero e i superalcolici per spingere i clienti verso un consumo più salutare. Obiettivo la prevenzione dell'obesità. Scattano poi una serie di divieti su alcuni alimenti. Sanzioni pesanti per i commercianti che non comunicano informazioni dettagliate sul rischio legato al consumo di latte crudo, non pastorizzato, abitudine più diffusa al nord, e il pesce crudo capace di trasmettere parassiti se non trattato secondo certi criteri (congelamento).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Contro le «nomine politiche»

I primari scelti per sorteggio Defibrillatori nei campi sportivi



Anche il Parlamento stava lavorando alla riorganizzazione del «governo clinico». Cambiare il sistema che regola la nomina di manager sanitari e primari significherebbe ridurre le invasioni dei partiti e far lavorare figure capaci di gestire una sanità in affanno. Manager: le Regioni creano singolarmente elenchi di professionisti dichiarati idonei. La loro selezione è curata da una commissione indipendente indicata dalle istituzioni. Poi i governatori scelgono nell'ambito di queste liste aggiornate. I primari saranno scelti dal direttore generale in una terna indicata da una commissione di medici specialisti della stessa disciplina del concorso, estratti a sorte in modo che non possano esserci nomine di scambio. I candidati vengono messi in graduatoria sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Se il manager indica un nome estraneo alla terna deve motivarlo. Una sterzata anche alla medicina dello sport. Certificazioni più rigide anche per i dilettanti e installazioni di defibrillatori presso gli impianti sportivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Stretta anche sul fumo

Controlli e multe più elevate per chi vende alcol ai minorenni



Lotta all'alcol e al fumo tra i minorenni. Obbligo di chiedere il documento di identità a chi acquista bevande alcoliche. Sanzione da 250 a 1.000 euro per chi non rispetta il divieto. In caso di recidiva del gestore del bar o del locale la multa raddoppia e arriva la sospensione dell'attività per tre mesi. L'alcol consumato sotto i 18 anni è uno dei fenomeni più allarmanti e assume contorni di vera emergenza quando si scopre che è in crescita fra i 16enni, anche tra le femmine. Stesse regole per i distributori automatici. Stretta sul fumo. Attualmente il limite è 16 anni. I divieti coinvolgono anche i diciottenni che non potranno acquistare sigarette. Se il tabaccaio non rispetta i limiti di età, dopo aver visionato un documento, rischia sanzioni da 250 a 1.000 euro, il doppio in caso di recidiva. Lo stesso vale per i distributori automatici notturni. I nuovi divieti scattano all'inizio del prossimo anno anche per consentire l'adeguamento delle apparecchiature alla nuova disciplina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fenomeno dell'azzardo

Mini-stretta sulle slot machine
Cure gratis per i malati da gioco



È stato più volte rimaneggiato e corretto il capitolo che riguarda i giochi d'azzardo, l'impianto di slot machine e i limiti di pubblicità. Alcune parti rispetto al testo del Consiglio dei ministri sono state ammorbidite, ad esempio per quanto concerne la distanza delle macchinette da scuole o luoghi per anziani e luoghi di culto. È a discrezione dei Comuni ricollocare le apparecchiature. Vietati presso i pubblici esercizi quei sistemi di gioco che «attraverso la connessione telematica consentono ai clienti di giocare su piattaforme di concessionari online». Il decreto cerca di proteggere i telespettatori minorenni dalla pubblicità di giochi con vincita. Niente spot al cinema durante i film per piccoli né su giornalini per ragazzini. Pubblicità vietata anche mezz'ora prima e mezz'ora dopo i programmi dedicati agli under 18. Raddoppiano i controlli annui nei locali dove si trovano slot machine. Cure gratuite per chi è affetto da ludopatia, ossia chi è vittima del gioco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Influenza addio “Arriva il vaccino che dura una vita”

Allo studio un farmaco non solo stagionale
Aiuterà a combattere tutte le epidemie

CARL ZIMMER

L'influenza comincia a farsi sentire. Quest'anno medici e farmacisti hanno un nuovo stock di vaccini da offrire ai pazienti. Di solito questi forniscono una protezione a tempo contro il virus. Se i vaccini per le altre malattie durano anni o perfino decenni, contro l'influenza bisognerà vaccinarsi di nuovo il prossimo autunno. «È l'unico vaccino che aggiorniamo di anno in anno», dice Gary J. Nabel, direttore del Centro ricerche sui vaccini americano (Vrc) al National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

È sempre stato così da quando, negli anni Cinquanta, venne creato il vaccino antinfluenzale. Tuttavia, diversi studi fanno sperare nella creazione di vaccini di lunga durata. «L'obiettivo è far fare due vaccinazioni da giovani e alcuni richiami nel corso della vita», dice Nabel e aggiunge che verrà raggiunto in pochi anni.

Questo vaccino aiuterebbe a combattere le epidemie influenzali stagionali, che ogni anno uccidono circa 500.000 persone. In un articolo pubblicato sulla rivista *Influenza and Other Respiratory Viruses*, Sarah Gilbert, dell'Università di Oxford, sostiene che i suoi benefici potrebbero essere maggiori. A intervalli regolari, si diffonde nel mondo un tipo di influenza radicalmente nuovo. Si stima che la pandemia del 1918 abbia ucciso 50 milioni di persone. Oggi gli scienziati non sono in grado di mettere a punto un vaccino per una nuova pandemia se non dopo che si sia diffusa. Un vaccino universale potrebbe combatterla subito. «Una vaccinazione universale

con vaccini universali metterebbe fine alla minaccia di un disastro globale causato da una pandemia», scrive Gilbert.

I vaccini migliorano la protezione offerta dal sistema immunitario. Nella battaglia contro l'influenza la maggior parte del lavoro è svolta da due tipi di cellule immunitarie. I linfociti B producono anticorpi che possono agganciare i virus in circolazione impedendo di entrare nelle cellule. Se invece questi entrano, il corpo ricorre a un'altra difesa. Le cellule infette raccolgono alcune proteine del virus e le attaccano sulla propria superficie. Delle cellule immunitarie, note come linfociti T, ci passano sopra e se i loro recettori agganciano le proteine del virus, riconoscono che la cellula è infetta; a quel punto, i linfociti T liberano delle molecole che uccidono la cellula.

Oggi i vaccini antinfluenzali proteggono le persone dal virus consentendogli di creare in anticipo gli anticorpi. Il vaccino contiene frammenti di una proteina che si trova sulla superficie del virus, detta emoagglutinina. I linfociti B che incontrano i frammenti del vaccino imparano come creare gli anticorpi e, quando le persone vaccinate si infettano, li scatenano rapidamente contro il virus.

Ma il vaccino tradizionale protegge solo contro virus influenzali con una emoagglutinina corrispondente. La sfida è sfuggire a questo ciclo con un vaccino che può agire contro ogni tipo di influenza: un antidoto universale in grado di attaccare una parte del virus che muta poco di anno in anno.

Gilbert e i colleghi di Oxford stanno cercando di realizzare un vaccino basato sui linfociti T: hanno scoperto che, quando questi imparano a riconoscere

le proteine di un virus, possono attaccarne molti altri tipi. Anche altri ricercatori stanno elaborando su questo tipo di farmaci.

La prima intuizione che esistano questi anticorpi risale al 1993. Alcuni ricercatori giapponesi infettarono dei topi con il virus influenzale H1N1 e scoprirono che questi animali erano protetti anche rispetto all'influenza H2N2. Dopo oltre 15 anni Ian Wilson e i colleghi dello Scripps Research Institute hanno cominciato a isolare anticorpi che offrono questa protezione ampia per dimostrare il loro funzionamento. Hanno capito che aggrediscono parti diverse del virus influenzale rispetto a quelli prodotti oggi. I vaccini attuali stimolano i linfociti B a creare anticorpi che si attaccano sulla superficie della proteina emoagglutinina. Recentemente è stato scoperto un nuovo anticorpo che si inserisce invece in un solco sulla superficie dell'emoagglutinina e riesce a fissarsi a un'ampia gamma di virus influenzali. Altre ricerche invece hanno isolato un anticorpo in grado di bloccare l'influenza A e B.


Ora la sfida è capire come fare perché il corpo li produca. «Questo è un problema strutturale dell'immunologia», dice Nabel.

(Traduzione di Luis E. Moriones - Copyright New York Times - La Repubblica)

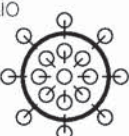


I numeri

500 mila 
le persone uccise dall'influenza ogni anno nel mondo

100 
i laboratori che lavorano all'individuazione dei ceppi di virus per sviluppare il vaccino

In Italia 
6 milioni gli italiani che quest'anno potrebbero finire a letto con l'influenza

dicembre-gennaio 
il periodo in cui si verificherà il picco dei casi


12-14 milioni 
le dosi di vaccino influenzale usate ogni anno

2 mesi 
la durata della campagna vaccinale del ministero della Salute: dal 15 ottobre al 15 dicembre

I virus in circolazione

A/H1N1
ceppo virale pandemico in circolazione dal 2009: ha già provocato 575mila morti

A/H3N2 
è una nuova variante dell'H1N1 e si chiama Victoria

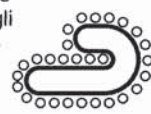
B 
è una seconda variante dell'H1N1 e si chiama Wisconsin

Il confronto

Il vaccino anti-influenzale

Introdotta nel 1950

- 1 Si basa sul ceppo influenzale ritenuto dominante
- 2 Usa le proteine presenti sulla superficie del virus, diverse nei vari ceppi
- 3 Se il virus evolve, gli anticorpi perdono efficacia



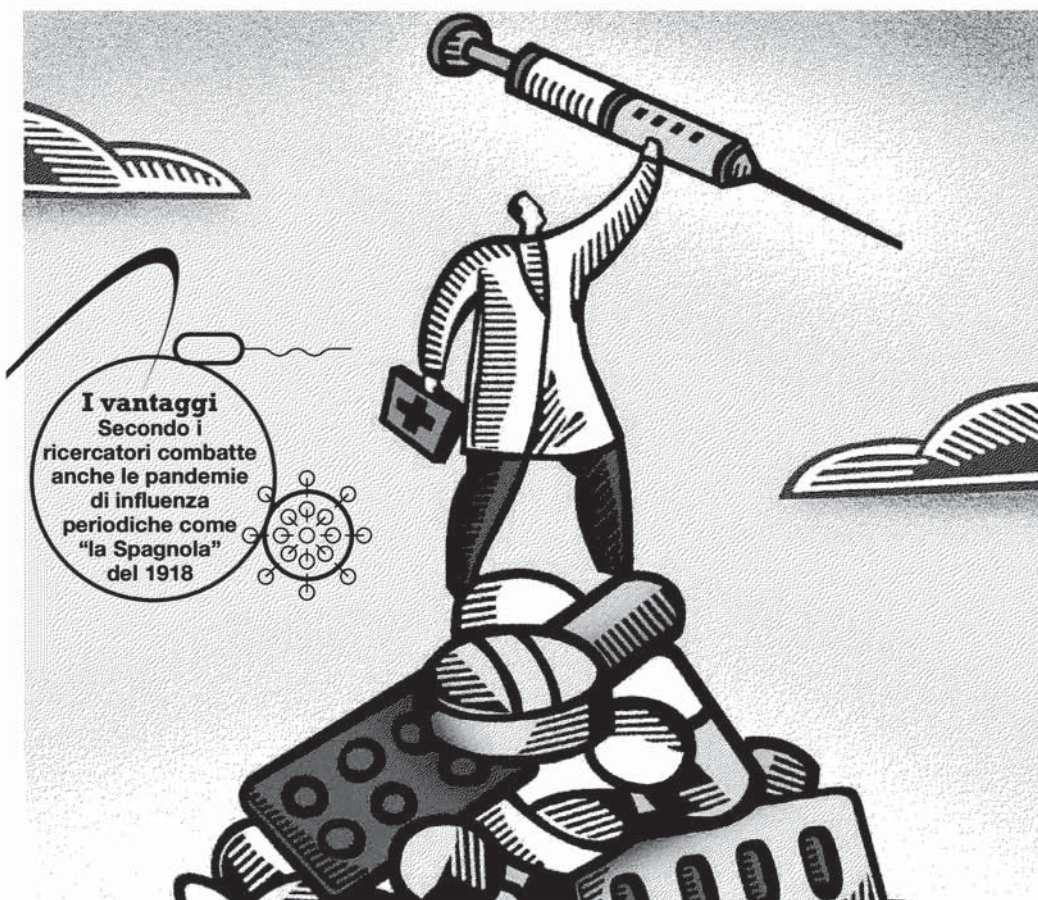
Somministrazione:



Il vaccino universale

Previsto entro 40 anni *Sviluppato allo Jenner Institute della Oxford University*

- 1 Usa le proteine virali interne ai virus, comuni a tutti i ceppi di influenza
- 2 Agisce su una parte del virus poco incline alla mutazione
- 3 Non induce la produzione di anticorpi, potenzia numero e attività delle cellule del sistema immunitario
- 4 Ha una risposta migliore dei vaccini tradizionali



La sfida è riuscire a ottenere un antidoto che sia valido contro ogni tipo di virus

Oggi la copertura dei pazienti è a tempo e va aggiornata ogni anno



Al Senato Fiducia numero 42 sullo stesso testo licenziato a Montecitorio

Cambia la sanità: ambulatori aperti giorno e notte

Approvato il decreto Balduzzi. La maggioranza protesta: tempi forzati

Francesca Angeli

Roma Molti divieti, niente soldi. Il Senato ha dato il vialibera, obtorto collo e con una fiducia più sofferta delle precedenti, al decreto che riforma il settore sanitario. A Palazzo Madama erano stati presentati molti emendamenti che però avrebbero reso indispensabile un terzo passaggio alla Camera. Il decreto fra due settimane sarebbe scaduto e il ministro della Salute, Renato Balduzzi (nel tondo), ha preferito chiedere per la quarantaduesima volta la fiducia, provocando l'indignazione di gran parte dei senatori che lo hanno accusato di svilire il ruolo del Parlamento.

Il decreto, identico a quello approvato dalla Camera, è passato con 181 sì, 43 no e 23 astenuti. Molti i voti in dissenso dal partito sia nel Pdl sia nel Pd. Astenuti i senatori Carlo Giovanardi e Sandro Bondi entrambi in polemica con il premier Mario Monti e la sua dichiarazione a proposito della scarsa popolarità dei partiti. Balduzzi difende il dl e promette di inserire le richieste del Senato nel prossimo ddl, il cosiddetto omnibus. Tra le novità prima di tutto i divie-

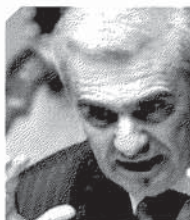
ti. Proibito vendere tabacco ai minori: l'esercente che trasgredisce viene punito con multe da 250 a 1.000 euro che salgono fino a 2.000 in caso di recidiva con rischio di sospensione della licenza per tre mesi. Vietato vendere alcol agli under 18, le multe possono salire fino a 25.000 euro. Prevista l'apertura di presidi territoriali, poliambulatori aperti h24 grazie all'aggregazione di medici, infermieri e altre professionalità del settore sanitario. Rivoluzionata la governance clinica: «Per allontanare la cattiva politica dalla sanità», spiega Balduzzi. Cambiano le regole per la nomina dei primari, selezionati da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa sorteggiati da un elenco nazionale.

La ludopatia entra nei Livelli essenziali di assistenza. I gestori delle sale giochi saranno obbligati a esporre materiali informativi sui rischi connessi al gioco d'azzardo. Vietato pubblicizzare i giochi con vincite in denaro se non si illustrano i rischi di dipendenza e le reali probabilità di vincita. Spot comunque vietati per tutti i tipi di spettacolo destinati ai minori. Novità per i farmaci innovativi che vanno resi immediatamente disponibili in tutte le regioni «indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici».

La ludopatia entra nei Livelli essenziali di assistenza. I gestori delle sale giochi saranno obbligati a esporre materiali informativi sui rischi connessi al gioco d'azzardo. Vietato pubblicizzare i giochi con vincite in denaro se non si illustrano i rischi di dipendenza e le reali probabilità di vincita. Spot comunque vietati per tutti i tipi di spettacolo destinati ai minori. Novità per i farmaci innovativi che vanno resi immediatamente disponibili in tutte le regioni «indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici».

La ludopatia entra nei Livelli essenziali di assistenza. I gestori delle sale giochi saranno obbligati a esporre materiali informativi sui rischi connessi al gioco d'azzardo. Vietato pubblicizzare i giochi con vincite in denaro se non si illustrano i rischi di dipendenza e le reali probabilità di vincita. Spot comunque vietati per tutti i tipi di spettacolo destinati ai minori. Novità per i farmaci innovativi che vanno resi immediatamente disponibili in tutte le regioni «indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici».

La ludopatia entra nei Livelli essenziali di assistenza. I gestori delle sale giochi saranno obbligati a esporre materiali informativi sui rischi connessi al gioco d'azzardo. Vietato pubblicizzare i giochi con vincite in denaro se non si illustrano i rischi di dipendenza e le reali probabilità di vincita. Spot comunque vietati per tutti i tipi di spettacolo destinati ai minori. Novità per i farmaci innovativi che vanno resi immediatamente disponibili in tutte le regioni «indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici».



Le novità

Alcol e sigarette

Bevande alcoliche e sigarette vietate agli under 18. Chi vende questi prodotti ai minorenni rischia una sanzione fino a 25 mila euro e la sospensione della licenza fino a tre mesi

Giochi e slot machine

Raddoppiano i controlli per contrastare il gioco minorile nei confronti degli esercizi con le slot. Piano di ricollocazione delle slot, lontano da scuole e chiese

Frutta nelle bibite

Le aranciate o limonate, per conservare questa denominazione sull'etichetta dovranno contenere almeno il 20% di frutta. Oggi la soglia minima è al 12%

Assistenza 24h

L'assistenza sanitaria territoriale dovrà garantire servizi 24 ore al giorno attraverso poliambulatori organizzati dalle Regioni e aperti al pubblico tutto il giorno tutti i giorni

Intramoenia

L'attività professionale intramoenia dei medici del Servizio sanitario nazionale viene riorganizzata: sedi adatte negli ospedali o negli studi e controllo sul volume delle prestazioni

Nomine dei primari

Manager della sanità e primari verranno nominati attingendo a un elenco regionale degli idonei, preparato da una commissione di esperti e periodicamente aggiornato



Medici di famiglia Studi aperti 24 ore

PAOLO RUSSO
ROMA

E' legge il «decretone Balduzzi» che promette di mantenere aperti gli studi dei medici di famiglia 24 ore su 24 e sette giorni su sette, di mettere un freno al boom delle cause sanitarie e che introduce sanzioni pesanti a chi vende fumo e alcolici agli under 18. Ricorrendo al 42esimo voto di fiducia e con altrettanti senatori della maggioranza che hanno negato il loro voto favorevole al provvedimento la mini riforma sanitaria fortissimamente voluta dal ministro della salute, Renato Balduzzi, promette già all'articolo 1 di decongestionare ospedali e pronto soccorso obbligando i medici di famiglia ad aggregarsi, non solo per garantire studi medici sempre aperti ma anche per fare piccoli accertamenti che solitamente vanno ad ingolfare le liste di attesa ospedaliere.

Stop anche alla cause facili in sanità. D'ora in avanti sarà possibile portare un medico davanti a un tribunale penale solo in caso di colpa grave o dolo. Esclusa invece la colpa lieve, sempre che il medico abbia seguito le linee guida e i protocolli terapeutici convalidati dalla comunità scientifica internazionale. Resta inteso

che anche per la colpa lieve sarà possibile chiedere il risarcimento rivolgendosi al tribunale civile. Una norma che per Balduzzi servirà a contrastare il fenomeno della cosiddetta «medicina difensiva», con la quale i camici bianchi tentano di mettersi al riparo dalle cause sanitarie o prescrivendo quel che non serve o, al contrario, astenendosi da interventi necessari anche se maggiormente a rischio di errore. Un meccanismo perverso che, secondo stime ministeriali, costerebbe circa 12 miliardi l'anno.

Norme più severe per i medici pubblici che esercitano la libera professione. D'ora in avanti dovranno lavorare in rete con asl e ospedali per evitare che le visite a studio vadano a discapito delle liste d'attesa. Inoltre non sarà più possibile pagare cash le visite a pagamento, che secondo dati della Finanza nel 40% dei casi non vengono dichiarate al fisco.

Scatta anche il divieto assoluto di vendere alcolici e sigarette ai minorenni. Nel dubbio gli esercenti dovranno chiedere la carta d'identità. Mentre sul fronte della tutela della salute la quota di frutta nelle bevande

analcoliche sale dal 12 al 20%. Stretta infine per i giochi d'azzardo: pubblicità vietata nella fascia oraria protetta e slot collocate a distanza di sicurezza di scuole, luoghi di culto e aree frequentate dai minori.

Sette giorni a settimana

Gli studi dei medici di famiglia dovranno poter essere interpellati anche di domenica

12

miliardi
Di risparmi fatti evitando gli esami inutili



GENETICA Utile per capire le malattie Pronta la prima mappa delle varianti del Dna

Elisa Buson

Completata la prima mappa delle variazioni genetiche nelle popolazioni umane. Questo «Google map» del genoma è stato ottenuto sequenziando il Dna di oltre mille persone di 14 paesi del mondo, incluso un gruppo di toscani in rappresentanza dell'Italia, e fornirà uno strumento unico per capire l'origine di malattie sia rare che comuni, come il cancro, il diabete e la sclerosi multipla.

Il risultato, pubblicato su «Nature», si deve al progetto internazionale «1.000 Genomi», che vede coinvolti anche il Cnr di Napoli e Monserrato, l'Università di Sassari e il Parco scientifico e tecnologico della Sardegna.

I ricercatori hanno analizzato il Dna di 1.092 individui di 14 diverse popolazioni distribuite tra Europa, Africa, Asia orientale e Americhe. «I donatori del Dna non erano persone affette da

particolari malattie» spiega Aravinda Chakravarti della Johns Hopkins School of Medicine. «In questo modo lo studio ci fornisce le informazioni necessarie per capire quali variazioni genetiche rientrano nella norma. Grazie a questo strumento – prosegue – gli scienziati hanno ora uno standard di riferimento con cui confrontare il genoma dei pazienti, come quelli affetti da diabete per esempio. Questo aumenterà la nostra comprensione delle malattie e ci darà la possibilità di ideare delle cure personalizzate». Le varianti genetiche identificate nelle popolazioni sono state classificate come comuni, se presenti in oltre il 5% del campione, e come rare, se presenti in meno dello 0,5% dei soggetti. Queste ultime sembrano essere confinate in particolari regioni geografiche. Il loro numero varia nelle diverse popolazioni: la maggior parte si trova nel Dna degli spagnoli, dei finlandesi e degli afro-americani.

«Siamo tutti degli esperimenti naturali ambulanti», ricorda il coordinatore dello studio Gil McVean dell'Università di Oxford. «Alcuni dei nostri geni sono spenti, altri sono attivi, altri ancora sono iperattivi», pro-

segue l'esperto. «Il nostro studio dimostra che ogni persona apparentemente sana porta centinaia di varianti rare che influenzano il modo con cui i geni funzionano, e una manciata di rare mutazioni (da due a cinque) che sono state identificate come causa di malattie in altre perso-

