



RASSEGNA STAMPA 03-10-2019

1. QUOTIDIANO SANITÀ Nuovo esame del sangue per la diagnosi delle complicanze del diabete e di alcuni tumori
2. REPUBBLICA SCIENZE Int. a Francesco Iorio - "È l'informatica l'arma anticancro"
3. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Ticket sanità, Conte frena: «Non adesso»
4. FOGLIO Caro Speranza, la disegualianza sanitaria non passa con un ticket
5. REPUBBLICA Ticket sanitari, Conte frena: sì ai tagli, ma non subito
6. MESSAGGERO Manovra, lo stop di Conte sul ticket
7. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Antibiotici usati troppo e male
8. CORRIERE DELLA SERA SALUTE I dati sanitari fanno gola ai pirati informatici
9. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Quando bisogna pagare per diventare una cavia
10. REPUBBLICA I ricercatori in passerella per finanziare la facoltà
11. ANSA Si può chiedere stop cure senza testamento biologico
12. HEALTH DESK Terapie geniche: come pagarle?
13. ANSA La cura delle malattie nei "big data"
14. QUOTIDIANO SANITÀ Riforma ticket e abolizione superticket. Conte: "Interventi saranno spalmati nel tempo"

Mercoledì 02 OTTOBRE 2019

Nuovo esame del sangue per la diagnosi delle complicanze del diabete e di alcuni tumori

Messo a punto da ricercatori della Northwestern University di Chicago, un nuovo esame del sangue che, misurando i livelli di 5-idrossi-metil-citosina circolanti, consente di individuare la presenza di una complicanza cardiovascolare nelle persone con diabete e di rilevare la presenza anche in early stage di un tumore del fegato. Il test è attualmente al vaglio anche per la diagnosi di linfomi, mielomi e tumori del colon.

Prevedere da poche gocce di sangue il futuro di salute (o di malattia) di una persona con diabete o il rischio di sviluppare un tumore del fegato. Sono le promesse di un test, messo a punto dalla Northwestern University Feinberg School of Medicine di Chicago, che è stato utilizzato inizialmente per fare diagnosi di tumore del fegato, ma che potrebbe servire in futuro per individuare quelle persone con diabete che hanno sviluppato delle complicanze vascolari, a carico di cuore, vasi o reni.

“Questa scoperta – commenta **Wei Zhang**, professore associato di epidemiologia e prevenzione oncologica alla Northwestern University Feinberg School of Medicine – rappresenterà una rivoluzione per la rapidità e la non invasività con la quale sarà possibile individuare lo sviluppo di complicanze potenzialmente fatali in centinaia di migliaia di pazienti con diabete in tutto il mondo”.

Due persone con diabete su tre degli attuali 424 milioni nel mondo moriranno di complicanze cardiovascolari; riuscire ad individuarle precocemente potrebbe aiutare a controllarne l'evoluzione e dunque a ridurre il carico di morbilità e mortalità connessi al diabete.

Il nuovo test si effettua su 3-5 ml di sangue e misura il DNA (5-idrossi-metil-citosina) rilasciato dai vasi danneggiati in circolo.

Lo studio appena pubblicato su [Clinical Chemistry](#) è stato condotto su 62 pazienti con diabete (12 senza complicanze vascolari, 34 con una sola complicanza, 16 con complicanze vascolari multiple). Il test messo a punto da Zhang e colleghi ha mostrato un'elevata sensibilità nell'individuare le complicanze vascolari, con un'accuratezza decisamente migliore rispetto agli attuali metodi diagnostici.

Le applicazioni oncologiche del test di Zhang

In precedenza lo stesso gruppo di ricerca aveva utilizzato questo stesso test su una popolazione di oltre 3 mila persone per individuare la presenza di un tumore del fegato, senza mettere in allarme quelli solo a rischio. Al momento, la biopsia rappresenta il gold standard per la diagnosi di tumore del fegato ma è costosa, invasiva e porta via tempo. Le analisi del sangue disponibili non sono in grado di individuare i tumori in fase precoce, fatto questo che rappresenta un problema particolare nel tumore del fegato. Il nuovo test al contrario aveva individuato correttamente l'88% dei tumori, nello studio condotto in passato.

Questo stesso test è al momento al vaglio per la diagnosi di una serie di tumori, al linfoma, al mieloma multiplo al cancro del colon; negli studi in corso, i risultati del test vengono confrontati con quelli della biopsia tessutale. Il prossimo passo consisterà nel valutare questo nuovo esame all'interno di un trial clinico, prima del suo 'debutto' nella pratica clinica.

“Il nostro obiettivo – afferma Zhang - è quello di offrire in futuro ai pazienti la possibilità di fare un check-up per una serie di tumori attraverso un semplice prelievo di sangue”.

Maria Rita Montebelli

Francesco Iorio

“È l'informatica l'arma anticancro”

“
Nel codice genetico di una cellula di cancro sappiamo leggere anche le indicazioni sulla terapia migliore
 ”

Francesco Iorio è uno scienziato che combatte i tumori. Ma non ha mai indossato un camice o preso in mano una provetta. «Lavoro davanti a un computer, come tanti», racconta il 41enne laureato in informatica a Salerno, che - e in questo è unico - è appena stato reclutato dallo Human Technopole per dirigere un gruppo di biologia computazionale.

Cos'è la biologia computazionale?

«Usa l'informatica per affrontare problemi della biologia troppo complessi per la mente umana. L'enorme numero di mutazioni nei geni di una cellula del cancro è un esempio. C'è poi un secondo significato, che consiste nel realizzare computer che si ispirano all'architettura del nostro cervello. Sono le cosiddette reti neurali. Noi sfruttiamo anche quelle».

Con quale obiettivo?

«Facciamo l'esempio del lavoro che ho fatto finora a Cambridge, al Wellcome Sanger Institute. Su *Nature*

abbiamo da poco pubblicato una classifica dei 600 punti in cui una cellula del cancro è più vulnerabile. È un elenco di 600 geni, con in testa i più importanti per la sopravvivenza di una cellula tumorale. Per una casa farmaceutica, sono i bersagli su cui concentrarsi. È come se un generale disponesse di una mappa dettagliata del paese nemico, con i punti da colpire per metterlo in ginocchio».

Perché questa mappa l'ha fatta un informatico e non un medico?

«Abbiamo lavorato con medici e biologi. E anche a Milano collaboreremo con gli Irccs della zona, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, in cui vengono curati i pazienti. Ma la quantità di dati che oggi ricaviamo dal genoma è ingestibile senza l'informatica».

Oltre alle case farmaceutiche, che benefici avranno i pazienti?

«Aiutare le case farmaceutiche a mettere a punto armi più efficaci è utile anche ai pazienti. Ma la bioinformatica ha un secondo vantaggio. Nel Dna di una cellula di cancro sappiamo leggere anche le indicazioni sulla terapia migliore».

Ma sono vent'anni che trasmettiamo queste promesse. A che punto siamo davvero?

«Per rispondere bisogna tenere presente che il cancro non è una malattia. Sono centinaia di malattie diverse, per le quali vale quello che con ironia chiamiamo il principio di Anna Karenina: tutte le cellule sane si assomigliano fra loro, ma ogni cellula malata lo è a modo suo. Per alcune forme di cancro, l'approccio figlio di

genetica e informatica ha trovato farmaci rivoluzionari. Per altre ancora no. Proprio perché il problema è così complesso abbiamo bisogno di dati e computer potenti».

I farmaci intelligenti, quelli figli della genetica, potranno mai sostituire la chemioterapia? E le biopsie liquide, fatte con una goccia di sangue, prenderanno il posto di quelle tradizionali?

«È un obiettivo ambizioso. Ma è quello per cui ci sforziamo».

Non rischiamo di sopravvalutare l'intelligenza artificiale?

«No, l'intelligenza artificiale è un metodo davvero potente. Il problema, semmai, è per noi uomini capire sempre come funziona. Mi spiego. Se abbiamo un calcolatore potente e gli forniamo abbastanza dati, lui sarà in grado di prevedere qualunque cosa. Se facciamo girare una rete neurale molto complessa, però, fatteremo a capire come la macchina è arrivata a quel risultato. In medicina questo è un problema, perché vogliamo risalire con esattezza al meccanismo della cellula che si è inceppato».

È felice di tornare in Italia?

«Ricordo ancora quando sono partito, dieci anni fa, con mia moglie e la bimba di sei mesi. Abbiamo fatto il viaggio da Salerno in auto e abbiamo trovato un paese molto diverso dall'Inghilterra attuale, che ci ha accolto a braccia aperte. Al Technopole, devo dire, ho trovato un ambiente che non ha nulla da invidiare a un grande istituto europeo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Computer

Francesco Iorio ha 41 anni, si è laureato in informatica a Salerno e oggi lavora a Cambridge. È un esperto di bioinformatica: disciplina che usa i computer per elaborare grandi quantità di dati

120

milioni

I finanziamenti annui di cui gode lo Human Technopole



ECCO CHI CI RIMETTE

Ticket sanità,
Conte frena:
«Non adesso»

CIARDI ■ A pagina 5

Ticket sanità, ecco chi paga il conto

Il governo guarda al modello toscano in vigore da 8 anni. Conte frena: non si farà subito

L'ESEMPIO

Per un'eco 38 euro di ticket
Se ne aggiungono da 0 a 30
a seconda del reddito

Lisa Ciardi

■ FIRENZE

LA NOVITÀ è sul tavolo, anche se non manca di suscitare perplessità e polemiche: estendere in tutta Italia il modello toscano del ticket sanitario «progressivo».

Sebbene il premier Giuseppe Conte abbia frenato gli entusiasmi del ministro della Salute, Roberto Speranza, dicendo che il capitolo ticket è programmato sì, manell'arco «della legislatura» e che «non scade a dicembre», già si ipotizza la tabella di marcia.

In primis, cancellare il superticket, balzello aggiuntivo da 10 euro su specialistica e diagnostica, già con la manovra, e la riforma vera e propria più in là, da meditare con calma.

PER IL MOMENTO si tratta di una bozza, ma il disegno di legge annunciato dal ministro Speranza sta già accendendo il dibattito fra gli assessori delle diverse Regioni, proprio ieri riuniti a Roma. Il principio è semplice: i cittadini con più risorse devono pagare di più, a parità di servizio.

Ma le obiezioni non mancano: dall'ex viceministro alle Finanze Enrico Zanetti, che critica come, in assenza della flat tax, le differenze fra redditi medio-alti e medio-bassi siano già colmate dal sistema di tassazione ordinario, a chi teme che la modifica riduca i fondi a disposizione del sistema sanitario e vanifichi anche i nuovi investimenti annunciati. Fra chi plaude alla scelta c'è, ovviamente, la Toscana.

«Siamo contenti della decisione del ministro – ha detto l'assessore regionale alla Salute, Stefania Saccardi – e volentieri metteremo a disposizione la nostra esperienza. Ormai da otto anni abbiamo rimodulato la quota aggiuntiva, il cosiddetto superticket, in base alle fasce di reddito».

La novità scattò nel 2011 quando un provvedimento governativo impose il superticket, ovvero 10 euro in più per tutte le ricette di specialistica ambulatoriale (visite, diagnostica, diagnostica strumentale, analisi di laboratorio), con la sola eccezione dei soggetti esenti dal ticket ordinario.

Allora la Toscana decise di non applicare il superticket per le ricette sotto i 10 euro e di graduarlo, negli altri casi, in base ad alcune fasce, proporzionate al reddito familiare fiscale o, in alternativa, all'indicatore Isee (fra le due ipotesi il sistema sceglie quella più vantaggiosa per l'utente). In parallelo, una misura analoga scattò anche per i ticket sui farmaci.

Quattro dunque le fasce di reddito: da 0 a 36mila euro annui (in questo caso scatta l'esenzione dal ticket aggiuntivo), da 36mila a 70mila (10 euro di ticket aggiuntivo per la specialistica e 2 per i farmaci), da 70mila a 100mila (20 euro; 3 per i farmaci), oltre i 100mila (30 euro; 4 per i farmaci). Per fare un esempio, in caso di eco all'addome, in Toscana, si pagano 38 euro di ticket (36 nel resto d'Italia) e a questi si aggiungono da 0 a 30 euro di ticket aggiuntivo in base al reddito (fanno eccezione ovviamente tutti i casi in cui, per patologia o reddito sommato all'età, è prevista l'esenzione completa da qualsiasi pagamento).

«**QUESTA** organizzazione – spiega ancora l'assessore Saccardi – ha consentito all'81% dei toscani di essere esenti dal ticket aggiuntivo per vari motivi: patologia, età, reddito o condizione personale, come disoccupazione o mobilità. Anche gli utenti appartenenti alle fasce economiche non esenti pagano ticket complessivi (ordinari più quota aggiuntiva) sostenibili, che variano in media da 37 a 54 euro per ricetta. Inoltre, dallo scorso 1° aprile, la Toscana ha abolito il contributo di 10 euro per la digitalizzazione».

Resta da vedere se il modello toscano sbarcherà anche su scala nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quattro fasce di reddito

1

La Toscana dal 2011 ha scelto di far pagare i ticket sulla specialistica ambulatoriale e sui farmaci sulla base di quattro fasce di reddito, proporzionate al reddito familiare o all'Isee: da 0 a 36mila euro annui annui (esenti), da 36mila a 70mila, da 70mila a 100mila e oltre i 100mila.

Il costo a ricetta? Da 37 a 54 euro

2

Al momento l'81% dei toscani è esente dal ticket aggiuntivo (per patologia, età, reddito o condizione personale, cioè disoccupazione, mobilità ecc). Gli utenti appartenenti alle fasce economiche non esenti dal ticket aggiuntivo pagano un ticket, per ricetta, dai 37 a 54 euro.

Spese mediche, come funziona

3

Oggi l'aliquota dell'attuale detrazione fiscale per le spese mediche è al 19 per cento. Il governo potrebbe volerla ridimensionare per i redditi più alti. L'ipotesi è di ridurla fino a dimezzarla per chi ha un reddito intorno ai 50mila euro l'anno e farla, invece, scomparire oltre i 100mila euro.

La giungla delle Regioni

4

La compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini nel 2018 ha sfiorato i 3 miliardi: le Regioni hanno cioè incassato per i ticket 2.968 milioni, 49,1 euro pro-capite. Ma sono notevoli le differenze regionali: dagli 88 euro pro-capite per i ticket in Valle d'Aosta ai 33,7 euro in Sardegna.



GOVERNATORE Enrico Rossi,
 presidente della Toscana (Dire)

Caro Speranza, la diseguaglianza sanitaria non passa con un ticket

PERCHÉ AGGANCIARE I SUPERTICKET AL REDDITO NON È SOLTANTO IMPROPRIO MA SAREBBE CONTROPRODUCENTE PER LA COLLETTIVITÀ

Il ministro Speranza vuole che “chi ha di più paghi di più”. Ma il sistema sanitario già si basa su un principio di equità di accesso alle prestazioni e il ticket è uno strumento utile all'efficienza del servizio – non di finanziamento della spesa sanitaria. La progressività sarebbe inutile e “aiuterebbe” chi evade

I ticket, un po' come le liste di attesa, sono mezzi per scoraggiare la domanda di esami inutili ma hanno assunto un peso ben più importante e sono diventati uno strumento indiretto di finanziamento della spesa sanitaria.

Fino al 2011, il ticket sulle prestazioni ambulatoriali era stabilito in modo che tutte le prestazioni sotto i 36 euro fossero di fatto pagate dai cittadini out-of-pocket. Il ticket corrispondeva al costo rimborsato al fornitore del servizio stesso. Per importi superiori, era prevista una quota da parte del cittadino in misura via via meno che proporzionale (il massimo del ticket era infatti pari a 36 euro) per fare in modo che il prezzo del ticket non potesse diventare una discriminante al curarsi o nel fare prestazioni diagnostiche molto costose. In questo modo, il costo medio del ticket per ogni ricetta era pari ad una media nazionale di circa 20 euro.

Nel 2012 il governo ha ridotto il finanziamento alle regioni per un ammontare pari a 10 euro per ogni prestazione ambulatoriale erogata; con questo meccanismo le regioni avrebbero potuto andare in pareggio aumentando il ticket di 10 euro (il cosiddetto superticket). L'applicazione è stata molto diversa da regione a regione, ma in alcune (Lombardia, per esempio) la modulazione del superticket sulle prestazioni implica che per tutte le prestazioni sotto i 50 euro circa, il ticket è più alto del costo rimborsato al fornitore. Inoltre, in alcune regioni, per effetto dell'aumento modulato del costo, il tetto massimo del ticket si è innalzato a 66 euro.

Questa diversa applicazione ha portato a una grande eterogeneità a livello regionale che va un po' contro la logica dell'equità orizzontale.

Il ministro della Salute Roberto Speranza ha annunciato di volere abolire il superticket e di volere cambiare radicalmente il sistema della compartecipazione rendendola completamente dipendente dal reddito del cittadino. Il principio, dice Speranza, è che “chi ha di più deve pagare di più e chi ha di meno deve pagare di meno”. Il presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha detto che gli interventi sui ticket non ci saranno immediatamente.

Tuttavia l'idea merita di essere analizzata perché è nell'impostazione che già sorgono i problemi. In un paese come il nostro, dove l'evasione (soprattutto per certe categorie di reddito) è molto diffusa, va detto che la compartecipazione sarebbe agganciata al reddito dichiarato, che ovviamente sconta l'evasione. Un vantaggio in più per chi evade: pagherebbe un ticket inferiore.

Sebbene i contorni della proposta non siano ancora chiari, alcune riflessioni sul tema sono necessarie.

La prima. Il ticket sanitario non dovrebbe essere uno strumento di finanziamento della spesa, ma un modo per aumentare l'“appropriatezza” del servizio richiesto. L'idea di base è che una prestazione gratuita potrebbe essere percepita come “poco importante” oppure potrebbe essere richiesta anche quando non è necessaria. Fare pagare una quota del costo dovrebbe ridurre questo uso inappropriato. Un ticket legato al reddito può avere una giustificazione in questo senso: chi ha un reddito più elevato ha una disponibilità a pagare più alta e quindi ha bisogno di un prezzo più alto per non richiedere una prestazione inappropriata. Va tuttavia notato che anche le liste di attesa creano un costo (in termini di ritardo nel conoscere il proprio stato di salute) che è più che proporzionale al reddito (chi è più ricco è disposto ad aspettare meno e ricorgerà alla sanità privata per avere una risposta immediata).

Seconda riflessione. Il nostro Ssn si fonda sui principi di equità e di accesso alle prestazioni. Un sistema sanitario pubblico è basato su un sistema di assicurazione (anche se molti cittadini tendono a dimenticarlo). La grande differenza rispetto all'assicurazione privata è come viene ripartito fra gli assistiti il (pseudo) premio assicurativo. In un sistema privato si pagherebbe sulla base del rischio di ammalarsi (chi sta più male paga di più); in un sistema pubblico il costo è diviso sulla base della capacità contributiva (il reddito) dei cittadini, e può essere più o meno progressivo a seconda degli obiettivi di redistribuzione. Questo sistema implica (o dovrebbe implicare) che una volta ripartita la spesa, tutti abbiano accesso ai servizi sanitari allo stesso modo. Un sistema di finanziamento della spesa basato anche sui tickets altera questo equilibrio perché va contro la redistribuzione dai chi ha più salute a chi ne ha meno. Prendiamo due persone con lo stesso reddito se una sta male e l'altra no quella che sta male finirà per essere meno assicurata se deve pagare una compartecipazione.

Terza riflessione. La redistribuzione di reddito che si può attuare con questo sistema è molto bassa, perché in un sistema come quello italiano in cui c'è una fornitura privata parallela, il ticket può essere al massimo uguale al costo della prestazione. I dati ad oggi sulle regioni che hanno usato la modulazione a del superticket a prestazione mostrano che in molti ancora pagano più del costo, ma chi ha più reddito di solito ha anche un livello di istruzione più elevato e potrebbe usare di più questa alternativa. Se questo succedesse, se molti pazienti decidessero di non usare il canale pubblico per le prestazioni sanitarie, si potrebbe verificare un aumento della spesa sanitaria. In-



fatti, il pubblico dovrebbe avere strutture sufficientemente dotate per curare tutta la popolazione, ma solo una parte le userebbe. Costi fissi elevati che non vengono recuperati con le prestazioni erogate. Ancora peggiore la situazione se queste persone decidessero di usare il Pronto soccorso come metodo per ridurre il costo del ticket.

La redistribuzione di reddito va fatta con le imposte progressive sul reddito e sul patrimonio, e preconditione è la lotta senza quartiere all'evasione fiscale.

Rosella Levaggi (Università di Brescia)

Sandro Trento (Università di Trento)

Ticket sanitari, Conte frena: sì ai tagli, ma non subito

LA RIFORMA

Ticket, Conte frena

“Ci vorrà tempo”

Le difficoltà dei tecnici del ministro Speranza: il contributo si applica solo sul 29% dei cittadini e andrà rimodulato su chi ha redditi più alti

In Italia gli utenti della sanità pubblica sono 44 milioni l'anno, con 24 milioni di esenti

di Michele Bocci

Ci vuole tempo. Lo ha detto ieri sera il premier Giuseppe Conte, lo confermano le difficoltà nel portare in fondo una riforma che per certi aspetti sarebbe epocale. Cambiare il sistema di calcolo del ticket sanitario è un'impresa complessa che parte da un dato significativo: il 71% delle prestazioni del servizio pubblico oggi sono erogate a cittadini esenti e non portano nulla nelle casse dello Stato. È sul restante 29% che bisogna rimodulare la tassa, riducendo la spesa di chi guadagna meno.

«Gli interventi sul superticket e sul ticket sanitario sono programmati non domani mattina ma in un arco di tempo più ampio»: ieri il presidente del consiglio ha prospettato di un lavoro spalato nel tempo. Nella nota di aggiornamento del Def, del resto, si parla di «progressivo superamento» e la bozza del ddl per la revisione del ticket degli uffici del ministero alla Salute dà il termine del 31 marzo 2020 per la presentazione della riforma. Quanto al superticket, la tassa extra introdotta nel 2011 vale circa 400 milioni di euro e al ministro Roberto Speranza non sarebbe dispiaciuto affatto liberarsene con la manovra, anche se pure su questo ha prospettato una eliminazione progressiva.

Togliere il superticket è l'operazione fondamentale da fare prima di mettere mano al ticket. Serve infatti ad abbassare le tariffe a coloro

che si troveranno a pagare di più con la rimodulazione della tassa principale. L'idea di Speranza e dei suoi tecnici di alleggerire la pressione su chi guadagna di meno per spostarla sui più ricchi. Oggi tutti pagano 36 euro per le prestazioni specialistiche, sia che guadagnino 25mila che 200mila euro all'anno. Ad essere esentati sono coloro che hanno più di 65 anni e meno di 6 e un reddito familiare inferiore ai 36mila euro, e chi ha patologie importanti.

Nel nostro Paese in un anno sono ben 44 milioni gli utenti della sanità pubblica (capita che la stessa persona faccia più prestazioni). Gli esenti sono circa 24 milioni, il 54% del totale. Questi pazienti consumano molta più sanità degli altri, circa 145 milioni di ricette su un totale di 205. A pagare è dunque una fetta ridotta degli utenti. Ma il numero dei cosiddetti non esenti potrebbe essere più alto se si scovassero le tantissime false esenzioni che ci sono in Italia, sia per patologia che per reddito. Non ci sono dati ufficiali ma si stima che almeno un decimo degli esenti non abbia titolo per non pagare.

Concentrarsi su chi consuma meno di un terzo delle prestazioni pubbliche non è facile, anche perché si vuole rendere il sistema più equo senza perdere l'attuale introito per lo Stato, circa 1,6 miliardi di euro. Si rischia di far pesare di più la spesa di certe categorie, magari di famiglie di lavoratori dipendenti con due stipendi ma anche figli, mutui e spese varie per servizi che con un aumento del ticket potrebbero scegliere il privato. «Noi facemmo tutte le simulazioni possibili - ricorda l'ex ministra alla Salute Beatrice Lorenzin - la mappatura degli esenti e le stime sugli evasori. Si correva il rischio aggravare la spesa di chi già oggi sorregge il sistema, cioè il nuovo "ceto medio", perché chi ha un reddito alto si rivolge purtroppo già al privato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi paga il ticket in Italia

Milioni di persone

Gli **esenti per patologia** che si rivolgono in un anno al sistema sanitario



Gli **esenti per reddito** che si rivolgono in un anno al sistema sanitario



I **non esenti**, che pagano, che si rivolgono ogni anno al sistema sanitario



54% Gli esenti tra coloro che ogni anno si rivolgono al sistema sanitario (24 milioni)

71% Le prestazioni svolte per gli esenti ogni anno (205 milioni)

1,6
MILIARDI
Il valore del ticket

Manovra, stangata sul diesel

►Verso il taglio delle agevolazioni sul gasolio. Duello sui rincari Iva, stop di Conte al ticket Lotta all'evasione: emersione record da affitti e canone Rai. Nuova Irpef, piano dei renziani

ROMA Si prepara una stangata sul diesel attraverso il taglio delle agevolazioni. Giuseppe Conte chiede tempo. Si continua a lavorare sulla manovra: duello sui rincari Iva e stop al ticket.

Dalla lotta all'evasione si arriva ad un'emersione record da affitti e canone Rai. Un piano dei renziani per la nuova Irpef. E si lavora alla revisione delle detrazioni. Entro il 15 ottobre il gover-

no dovrà consegnare alla Ue il "Budgetary plan", lo schema della legge di bilancio.

Bassi, Bisozzi, Bussotti, Gentili e Pirone alle pag. 6, 8 e 9

Il rebus dei conti

Manovra, rincari sul diesel Lo stop di Conte sul ticket

►Taglio alle agevolazioni per il gasolio ma resta fuori lo sconto agli agricoltori ►Si lavora già alla revisione delle detrazioni Sull'Iva l'ipotesi di una delega al Parlamento

IL GOVERNO HA TEMPO FINO AL 15 OTTOBRE PER INDICARE ALLA COMMISSIONE UE LE MISURE PER CONTENERE IL DEFICIT

IL CASO

ROMA Giuseppe Conte chiede tempo. Qualche giorno di «tranquillità» per preparare la manovra economica. Il messaggio, insomma, è il più classico dei "lasciateci lavorare". La verità è che di tempo ce n'è poco. Entro il 15 ottobre il governo dovrà consegnare all'Europa il «Budgetary plan», lo schema della legge di bilancio. Per Bruxelles la Nota di aggiornamento del Def approvata dal governo lunedì scorso è poco più di un documento interno dell'Italia. Dunque c'è tempo fino al 15 di questo mese per trovare i 5 miliardi di euro che ancora mancano per completare la manovra di bilancio. Il rischio, come sa bene il ministro dell'Economia Roberto Gualtieri, è che ogni misura che da qui a quella data verrà fuori dal Tesoro, rischia di essere impallinata. Esattamente come è avvenuto alle «rimodulazioni» delle aliquote Iva saltate per il veto di Mat-

teo Renzi e Luigi Di Maio. Così come è avvenuto per i ticket sanitari legati al reddito, che ieri lo stesso Conte ha rimesso nel cassetto dopo gli annunci del ministro della salute Roberto Speranza. La cautela, dunque, regna sovrana. Ma il lavoro tecnico prosegue. In quale direzione? Soprattutto quella del taglio delle detrazioni e delle agevolazioni fiscali. Al momento il conto più pesante sembrano destinato a pagarlo i 17 milioni di automobilisti che possiedono una macchina alimentata a diesel. Quelle sul gasolio sono una delle agevolazioni destinate a cadere sotto la scure della revisione degli sconti fiscali. Ogni centesimo di accisa in più, si tradurrebbe in un incremento del gettito per lo Stato di 200 milioni di euro. Basterebbe ridurre di 5 centesimi le agevolazioni per ottenere un miliardo di euro. L'unica controindicazione è che il prezzo del carburante alla pompa salirebbe della

stessa misura. Ma, al momento, questo sacrificio viene considerato sostenibile anche politicamente, soprattutto se la misura sarà legata alla transizione energetica sposata dal governo. Dai rincari del gasolio si salverebbero invece gli agricoltori e i trasportatori, per i quali verrebbero invece confermate le agevolazioni in essere. Il secondo capitolo riguarda invece le detrazioni fiscali al 19%, come le spese sanitarie. La direzione di marcia, nonostante la frenata di Conte, è sempre la stessa, quella dello sconto fiscale legato al reddito: più si guadagna minore sarà la detrazione fino ad azzerarla oltre una certa soglia di reddito (200-300 mila euro). Non sarebbe comunque una misura indolore. Inevitabilmente si tradurrebbe in aumenti di tasse per qualcuno. Nel mirino ci sono poi le agevolazioni sulle ristrutturazioni edilizie e l'ecobonus. Misu-



re che verranno confermate nella legge di bilancio, ma che verrebbero, come nell'ipotesi delle spese sanitarie, graduate in base al reddito. In questo caso il rebus di fronte al quale si trova il governo è un altro. Tagliare questo tipo di agevolazioni sui redditi medio alti solo per il futuro, porta poco gettito. Per ottenere di più bisognerebbe agire anche sul passato, ossia su chi ha effettuato i lavori o ha comprato una caldaia negli anni scorsi e ancora sta ricevendo i rimborsi fiscali (durano 10 anni).

I RISCHI

L'ipotesi di una tassazione retroattiva tuttavia, potrebbe cadere sotto la scure dei ricorsi. Conte ieri ha detto poi, che l'Iva è definitivamente fuori dal menu della manovra. Non ci saranno nemmeno rimodulazioni tra le aliquote, un'ipotesi ventilata ancora ieri dal vice ministro all'Economia Laura Castelli e dal ministro degli Affari Regionali Francesco Boccia, ma smentita dal sottosegretario all'Economia Pierpaolo Baretta.

Del resto lo stesso Movimento Cinque Stelle ieri in un comunicato stampa ha detto senza mezzi termini che con gli aumenti Iva questo governo «non avrebbe senso». Palazzo Chigi e Tesoro, tuttavia, potrebbero decidere di collegare alla manovra un disegno di legge delega per la revisione delle aliquote, in modo da avviare una discussione parlamentare in vista del prossimo appuntamento con le clausole di salvaguardia, quello del 2021 quando da sterilizzare ci saranno 28 miliardi di euro.

Andrea Bassi
Rosario Dimito

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanto valgono le detrazioni Irpef

Anno 2016 dati in miliardi di euro

 Per carichi di famiglia 12,6	 Altre spese detraibili 0,09
 Per redditi di lavoro 42,1	 Spese sanitarie 3,4
 Interessi mutui per abitazione 0,9	 Erogazioni a favore di ONLUS 0,06
 Interessi per prestiti o mutui agrari 0,02	 Erogazioni a favore di partiti politici 0,01
 Premi per assicurazioni sulla vita 0,3	 Per interventi finalizzati al risparmio energetico 1,3
 Spese per istruzione non universitaria 0,2	 Per canoni di locazione 0,3
 Spese per istruzione universitaria 0,4	 Spese per locazioni pro studenti fuori sede 0,08
 Spese per addetti assistenza personale 0,04	 Per arredo immobili ristrutturati 0,2
 Spese per intermediazione immobiliare 0,02	 Per interventi di recupero del patrimonio edilizio 5,3
 Spese per attività sportive ragazzi 0,08	 Altre detrazioni e crediti di imposta 0,06
 Per investimenti start up 0,01	 Spese funebri 0,1

67,6 TOTALE DETRAZIONI DALL'IMPOSTA LORDA

cemimem

ANTIBIOTICI USATI TROPPO E MALE

L'ultimo rapporto Osmed rivela un aumento del consumo di questi farmaci, con differenze significative fra le regioni

di **Maurizio Bonati***

La lotta all'antibiotico-resistenza inizia anche prima di entrare in ospedale.

Come sottolineato da Gianni Rezza e Walter Ricciardi sugli ultimi numeri di *Corriere Salute* l'antibiotico-resistenza è in aumento anche in Italia, dove avvengono un terzo dei 33mila casi di decessi che ogni anno avvengono in Europa.

Oltre a efficaci iniziative di monitoraggio e intervento da intraprendere nei luoghi di cura dove la gravità delle infezioni e la coesistenza di più patologie si concentrano, come indicato negli interventi precedenti, anche nelle cure primarie dove vengono impiegati il maggior numero di antibiotici è necessario intervenire

L'Italia è tra le nazioni europee con il maggior numero di formulazioni di antibiotici in commercio e il maggior numero di prescrizioni.

Il Rapporto Osmed 2018 ha rilevato un costante consumo di antibiotici negli ultimi tre anni e un'ampia differenza tra le regioni sia in termini di quantità (anche doppia e oltre) sia di tipo di antibiotico prescritto, e conseguentemente anche di spesa.

I bambini fino ai 4 anni di età sono i maggiori utilizzatori di antibiotici (seguiti dagli ultra 75enni) con enormi differenze dei tassi prescrittivi anche a livello di Asl.

Alcune iniziative a livello locale e regionale con il coinvolgimento dei prescrittori sono risultate efficaci nell'incrementare l'appropriatezza

d'uso degli antibiotici e la riduzione della spesa, ma è mancata la generalizzazione degli interventi e la loro messa a regime. Nell'ambito dell'inappropriatezza d'uso degli antibiotici bisogna considerare il loro uso parziale da parte del paziente dopo l'acquisto per una prescrizione o confezionamento disponibile eccessivi. Tutto questo comporta, oltre a una spesa ingiustificata, il fatto che gli antibiotici sono tra i medicinali che maggiormente inquinano l'ambiente per conservazione e smaltimento non corretti.

In accordo con le indicazioni dei Piani internazionali e nazionali di contrasto all'antibiotico-resistenza alcune iniziative prioritarie dovrebbero essere quindi intraprese anche nell'ambito delle cure primarie.

Fra queste: l'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale; programmi di informazione indipendente e di aggiornamento attivo con la partecipazione dei medici di medicina generale (Mmg), dei pediatri di famiglia (PdF) e dei farmacisti; test diagnostici rapidi da effettuare negli ambulatori dei Mmg e dei PdF; distribuzione degli antibiotici in dose unica consegnando al paziente il numero di pillole necessarie per il periodo di terapia indicato dal medico; campagne di informazione mirata a genitori di bambini piccoli e stakeholder di pazienti anziani.

**Responsabile, Dipartimento di Salute Pubblica Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano*



C'è un ampio scarto sia in termini di quantità (anche doppia e oltre) sia di tipo di medicinale prescritto, e quindi anche di spesa



I dati sanitari fanno gola ai pirati informatici

Attacchi ancora in aumento

Il Report Clusit 2019 evidenzia un aumento di violazioni del 31 per cento ai danni del settore Healthcare. In Italia colpite cinque strutture

di **Ruggiero Corcella**

Nel mese europeo della sicurezza, torna alta l'allerta sugli attacchi informatici alle strutture sanitarie.

È quanto emerge dai dati del Report Clusit (Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica) sul primo semestre 2019, che saranno presentati oggi a Verona nel convegno «Security Summit».

L'incontro apre il mese europeo della sicurezza informatica, iniziativa UE promossa in Italia appunto da Clusit.

In generale il numero di attacchi gravi di dominio pubblico rimane sostanzialmente stabile (757, +1,3%) rispetto al primo semestre 2018. Ma il settore Healthcare è uno dei più bersagliati nel 2019 con un aumento del 31% rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso. Gli attacchi di cui si hanno notizia sono stati messi a segno prevalentemente nel continente Americano (90%), il 4% in Europa, il 2% in Asia, il 2% in Oceania e nel restante 2% non sono geolocalizzabili.

Ma i numeri sono sottostimati. Il Report infatti censisce soltanto attacchi di pubblico dominio. Si tratta quindi di un campione necessariamente parziale, per quanto ormai corposo e statisticamente significativo, rispetto al numero degli attacchi gravi effettivamente avvenuti nel periodo in esame. Perché accade questo? In primo luogo un buon numero di aggressioni non diventano mai di dominio pubblico, oppure lo diventano ad

anni di distanza (solitamente quanto più gli attacchi sono sofisticati). Inoltre in molti casi è interesse delle vittime non pubblicizzare gli attacchi subiti, se non costretti dalle circostanze o da obblighi normativi particolari.

Tornando ai dati relativi al settore Healthcare si tratta per il 98% di attacchi dovuti a cybercrime. Dal punto di vista del livello di gravità (severity), l'8% è classificato da Clusit come «critico», il 38% «alto» e il 54% «medio».

«La prima cosa che colpisce — commenta Andrea Zapparoli Manzoni, che fa parte del Consiglio direttivo Clusit — è la distribuzione delle tecniche di attacco: la percentuale di tecniche «banali» è molto alta, con un 21% di phishing (contro una media generale del 17%) e un 10% di vulnerabilità note (contro una media generale del 5%), il che sottolinea l'importanza di lavorare anche sull'aumento della consapevolezza dei rischi da parte del «fattore umano». Ciò significa che queste strutture mediamente hanno un livello di sicurezza e capacità di prevenzione/mitigazione degli attacchi più basse rispetto alla media, cioè sono rimaste indietro».

E aggiunge: «Notevole inoltre il fatto che abbiamo praticamente solo notizie di attacchi a strutture negli Stati Uniti (90% del totale). Ciò è dovuto alla normativa americana, molto stringente in termini di denuncia dei *data breach* sanitari. La causa è che, nonostante il Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali (GDPR), gli attacchi fuori dagli USA non vengono individuati e/o resi pubblici con

altrettanta efficacia: impressionante il dato dell'Europa al 4%, che dobbiamo considerare assolutamente sottodimensionato rispetto alla realtà».

E non si tratta di obiettivi di poco conto. Negli Stati Uniti, gli «assalti» dei cyber pirati sono andati a segno contro organismi come l'American Medical Collection Agency e l'ospedale Estes Park Health al quale è stato chiesto un riscatto. Sempre a seguito di un attacco ransomware, un medico è stato costretto a chiudere il suo studio.

A Singapore sono finite nel mirino la Red Cross (sono stati divulgati dati personali di 4.297 donatori di sangue), mentre nel secondo caso sono stati trovati dati di 14mila sieropositivi Hiv (il nome della struttura attaccata non è noto). In Germania è stata attaccata Bayer (malware) e in Australia due grandi gruppi come Cabrini Hospital e Melbourne Heart Group.

E nel nostro Paese? Cinque strutture sono state attaccate da LulzSec/TA (attivisti di Anonymous) nell'ambito della loro operazione #OpPharma: Associazione Nazionale Primari Ospedalieri, ASSIST, Associazione Medici e Dirigenti del SSN, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, HS hospital service.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'editoriale

Quando bisogna pagare per diventare una cavia

di **Luigi Ripamonti**

Un articolo pubblicato il 23 settembre sulla rivista dell'associazione dei medici americani (*Jama*) punta il dito sulle sperimentazioni cliniche a pagamento. Negli Usa questo tipo di ricerca è ammesso a determinate condizioni. Non si tratta di remunerare persone che si prestino a testare su di sé la sicurezza di un farmaco. Qui è il malato che mette mano al portafogli per essere arruolato in un'indagine mirata a valutare una cura. L'articolo di *Jama* cita diversi casi: in uno, per esempio, in cambio di 7.200 dollari si poteva ottenere la somministrazione di cellule da cordone ombelicale a bambini affetti da autismo. Le considerazioni etiche possono essere diverse. La prima, e più ovvia, è che tale pratica faccia leva sulla disperazione dei malati. Ma ce ne sono di meno scontate. Fra queste vale la pena soffermarsi su una in particolare. Una delle funzioni scientifiche e sociali delle ricerche cliniche, anche quando supportate da finanziatori privati, è garantire una selezione della popolazione da includere nel «trial» (sperimentazione) in base a precise caratteristiche, allo scopo di poterle valutare correttamente i risultati. In questo modo non sarà solo chi ha aderito alla ricerca a beneficiare di un eventuale risultato positivo della terapia, ma l'intera comunità, perché le conoscenze saranno messe a disposizione di tutti ed entreranno a far parte della cultura sull'argomento. Senza criteri di selezione preliminare e poi di randomizzazione (scelta a caso di chi prenderà il farmaco e chi il placebo o la terapia standard) questo patrimonio di conoscenza sarebbe inconsistente. Quest'ultima riflessione ne richiama però un'altra, che riguarda tutti i trial clinici, e cioè la necessità che anche i risultati negativi siano resi noti e che università ed enti di ricerca non accettino più contratti nei quali la pubblicazione degli esiti della sperimentazione sia subordinata al gradimento dello sponsor. Su ciò si è già scritto e detto molto ma vale la pena insistere, perché la posta in palio è esattamente la stessa: se una conoscenza scientifica non viene condivisa, anche quando deludente o sgradita, il suo è un valore disperso e il segreto industriale, talora evocato in proposito, può essere ribattezzato peccato di omissione.

Altro peccato, di segno opposto, su cui varrebbe la pena riflettere di più in relazione al valore sociale delle ricerche può essere quello relativo all'«entusiasmo».

Altro peccato, di segno opposto, su cui varrebbe la pena riflettere di più in relazione al valore sociale delle ricerche può essere quello relativo all'«entusiasmo».

Può accadere che nelle fasi intermedie di studio (tecnicamente di solito la fase II oppure i risultati preliminari della fase III) vengano fatte circolare notizie sulle prospettive straordinarie che una certa cura aprirebbe. Se anche rilanciate in buona fede da chi fa informazione è necessario prendere coscienza dei rischi che ciò comporta, sia per le possibili delusioni in caso di fallimento, sia per i risvolti economici che ne possono conseguire a causa degli effetti sui corsi azionari delle aziende coinvolte.

Sembra secondario ma non lo è, perché le distorsioni e i sospetti che ne possono seguire a lungo andare potrebbero ingenerare sfiducia nelle sperimentazioni e il prezzo di questa sfiducia lo pagano i malati, che saranno meno disposti ad aderire alle ricerche in futuro, e la società, che non beneficerà del patrimonio culturale rappresentato dalle ricerche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I ricercatori in passerella per finanziare la facoltà

Milano, oggi sfilata di giovani studiosi e professori di Medicina della Statale
Gli abiti ispirati alle forme di batteri e cellule: «Il ricavato andrà ai laboratori»

di Tiziana De Giorgio

MILANO – La passerella è quasi pronta, con decine di tappeti rossi a riempire uno dei chioschi storici di via Festa del Perdono. Ma chi si aspetta di vederla attraversare da tacchi alti e gambe magrissime da fashion week si sbaglia: all'università Statale di Milano arriva la prima sfilata di moda dei ricercatori. Giovani studiosi di malattie cardiovascolari, biologi, psichiatri, epidemiologi, esperti di patologie dei bambini. Inediti modelli per un giorno per raccontare i danni dell'inquinamento sul nostro organismo. E per aiutare il loro laboratorio di ricerca a sopravvivere grazie al ricavato dei vestiti.

Hanno una genesi tutta scientifica gli abiti che saranno sotto i riflettori questa sera nel cortile del Settecento dell'ateneo milanese. Le stampe sui tessuti di cappotti, tute, camicie sono infatti nate fra le mura della facoltà di medicina. Grazie a un microscopio. «Un giorno stavamo osservando le immagini colorate di un batterio. E ci siamo resi conto che erano visivamente bellissime, quasi ipnotiche». A parlare è Valentina Bollati, docente della Statale a capo del laboratorio di Epigenetica ambientale. «Qualcuno, quasi per scherzo, l'ha buttata lì: "Potremmo farci le magliette da regalare a Natale"». È finita che da quelle immagini è nata un'intera collezione: una fotografa professionista, Rita Antonioli, ha rielaborato le scansioni di batteri, cellule e vescicole al centro degli studi del laboratorio che indaga i meccanismi molecolari del corpo umano modificati dall'ambiente. I ricercatori sono riusciti a trovare uno sponsor che si è offerto di stamparle sui tessuti senza prendere un soldo. E la collaborazione con l'istituto di formazione professionale Nolab academy ha fatto il resto: "Physis", così si chiama la linea, è diventato il

progetto annuale del corso per sarte della scuola milanese. Ed ecco che la collezione ha preso forma. Non senza qualche momento di difficoltà quando si è trattato di far parlare il mondo della moda con quello della scienza: «Mentre ci confrontavamo al telefono avevamo tutti Google aperto – racconta la professoressa – noi per cercare espressioni come "capsule collection". Loro per capire cos'è l'epigenetica».

L'idea di organizzare una sfilata per vendere quegli abiti e raccogliere fondi per aiutare l'attività di ricerca del laboratorio, in tempi (cronici) di scarse risorse per l'università, è arrivata subito dopo. Non con modelli professionisti. Ma con i protagonisti della ricerca stessa. Approfittando della serata mondana per mostrare al pubblico come ci si possa "vestire di scienza". Ma anche per portare all'esterno esempi concreti di ciò che fanno ogni giorno, secondo quell'idea sempre più diffusa che prova a portare fuori dai dipartimenti i risultati del lavoro dei ricercatori, rendendolo più comprensibile. «Mi avevano chiesto di trovare per la sfilata taglie 36 – prosegue Bollati –. Non sono stata in grado. In compenso sfilano persone straordinarie che ci racconteranno il cammino delle particelle di Pm10 nel nostro organismo».

In passerella ci saranno dottorandi, assegnisti, tecnici di laboratorio, professori. Le loro voci registrate durante la sfilata spiegheranno al pubblico come l'inquinamento si faccia strada nel nostro corpo. E nel frattempo, chiunque potrà acquistare gli abiti nati dal microscopio: sarà la scuola NoLab a realizzarli su misura, devolvendo poi parte del ricavato al gruppo di ricerca del laboratorio. «Ma la speranza è che qualcuno del mondo della moda si faccia avanti».



<http://www.ansa.it/>

Si può chiedere stop cure senza testamento biologico

Tribunale, se malato ha espresso volontà a proprio rappresentante



Si può chiedere l'interruzione delle terapie, in determinati casi, anche in assenza del Testamento biologico da parte del paziente, ma a patto che egli abbia precedentemente espresso tale volontà ad un proprio 'rappresentante', cioè all'amministratore di sostegno designato. Lo ha stabilito il Giudice tutelare del Tribunale di Roma.

L'intervento del giudice tutelare sarà necessario solo se vi fosse opposizione da parte del medico a procedere. L'amministratore di sostegno di un paziente, spiega il segretario dell'Associazione Coscioni Filomena Gallo, "può dunque richiedere l'interruzione delle terapie per quel soggetto se lo stesso paziente aveva già espresso in precedenza una volontà in tal senso, pur non avendo fatto un Testamento biologico. L'intervento del Giudice tutelare sarà necessario solo se vi fosse opposizione da parte del medico a procedere. La legge attuale prevede che l'amministratore possa chiedere lo stop delle cure ma solo in presenza di Testamento biologico del paziente, altrimenti la decisione è demandata comunque al giudice".

Il provvedimento del Tribunale è in seguito ad un caso che vede protagonisti il signor P., compagno e amministratore di sostegno di B., una signora di 62 anni in stato vegetativo irreversibile dal dicembre 2017 e immobile in un letto da due anni, spiega Gallo, uno degli avvocati che ha seguito il caso. B., chiarisce l'Associazione Coscioni, "in passato ogni volta che veniva a conoscenza di casi di persone in stato vegetativo, dichiarava che se fosse accaduto a lei, mai avrebbe voluto proseguire i suoi giorni in quello stato. Convinzione che ha ripetuto tante volte a chi le era più vicino. Al suo compagno P., alla

figlia, alle sorelle, al fratello, all'ex marito. Ne erano a conoscenza tutti coloro che facevano parte della sua sfera affettiva più intima, ma anche gli amici conoscevano le sue volontà. Persone che possono ricostruire le volontà di B., che oggi non può più esprimerle". Consapevole di tutto ciò, l'amministratore di sostegno, indicando tutte le persone che potevano favorire una ricostruzione del volere di B., ha presentato un ricorso al Giudice tutelare per poter procedere, previo il ricorso alle cure palliative e sedazione profonda, al distacco dai trattamenti.

<http://www.healthdesk.it/>

Lo studio

Terapie geniche: come pagarle?



Definire uno schema di pagamento per una terapia genica – in particolare quella destinata ai **pazienti affetti da β -talassemia** - che possa garantire da un lato l'**accesso al farmaco e, dall'altro, la sostenibilità per il Servizio sanitario nazionale e il rispetto del principio di salute universale** che caratterizza il sistema italiano.

È questo l'obiettivo che si era posto *Value-Based Pricing per la terapia genica per i pazienti affetti da β -talassemia trasfusione dipendenti*, analisi elaborata da Altems (Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari) dell'Università Cattolica di Roma, presentata mercoledì 2 ottobre nella Capitale.

Si stima che entro il 2030 potrebbero essere lanciate a livello globale fino a 60 nuove terapie cellulari e genetiche, con costi che imporranno ai sistemi sanitari di pensare a modelli di pagamento e finanziamento innovativi per garantire l'accesso dei pazienti ai trattamenti e salvaguardare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

«**Sulla base delle evidenze reperite in letteratura e di un modello che simula l'impatto sul budget del Ssn in due differenti scenari** – spiega Americo Cicchetti, direttore ALTEMS - un sistema di finanziamento basato su una rateizzazione annuale è risultato, a oggi, il modello **più adatto per garantire equilibrio tra l'accesso per i pazienti alle cure più innovative e la**

sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Tale modello – precisa Cicchetti - si basa sul rimborso della terapia su un orizzonte temporale pluriennale, dando così valore a terapie in grado di rispondere a bisogni di salute non ancora soddisfatti e al tempo stesso garantendo, nel breve termine, lo sblocco e la riallocazione di risorse da investire in altri ambiti sanitari. I vantaggi di questo modello includono il potenziale di premiare l'innovazione realmente funzionante e di allineare meglio i costi con il periodo di tempo oltre il quale i benefici sono tangibili nel paziente, riducendo così il budget di impatto iniziale e il costo, considerato, nel caso di terapie geniche o altamente innovative, la principale barriera di accesso per i pazienti idonei al trattamento».

Le terapie avanzate «rappresentano una rivoluzione epocale **nell'ambito della medicina** essendo destinate a cambiare la storia naturale di molti pazienti affetti da patologie neoplastiche o non maligne, migliorandone significativamente la prospettiva e qualità di vita» sottolinea Franco Locatelli, professore di Pediatria all'Università “La Sapienza” di Roma e direttore del Dipartimento di Oncoematologia e terapia cellulare e genica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma. «Si tratta di una vera opportunità per i pazienti – prosegue - ma anche di una sfida per il nostro Ssn, a oggi meritoriamente orientato in una prospettiva solidaristica che garantisce indistintamente a tutti i cittadini del nostro Paese l'accesso ai migliori trattamenti e che, ancora una volta, potrebbe avere il primato a livello internazionale, come già avvenuto **con l'introduzione dei Mea, criteri di innovatività per i farmaci innovativi e lo screening neonatale**. Studiare modelli innovativi di pagamento per le terapie avanzate che garantiscano da un lato l'accesso dei pazienti a queste nuove terapie e, dall'altro, la sostenibilità per il Ssn è dunque – conclude Locatelli - quanto mai prioritario».

<http://www.ansa.it/>

La cura delle malattie nei 'big data', la salute del futuro

Si apre la Conferenza dedicata al Cnr, 'i dati sono il nuovo oro'



(ANSA) - ROMA, 2 OTT - Potremmo avere a portata di mano la risposta a malattie gravi come il cancro o l'Alzheimer. O avere i mezzi necessari per rendere il Servizio sanitario nazionale più sostenibile ed efficiente. E ancora: potremmo sapere in che modo i cambiamenti climatici stanno influenzando la nostra salute, e quali sono le vere minacce sanitarie del futuro.

Soltanto che oggi potremmo non vedere ancora tutto questo, semplicemente perché non abbiamo compreso come sfruttare tutte le potenzialità dei 'big data'; una mole di dati in cui potrebbero celarsi le risposte alle domande più urgenti per la salute. Per farlo "serve volontà politica e stretta collaborazione tra università, enti di ricerca, istituzioni e aziende". Questo il cuore del messaggio principale lanciato in occasione della terza edizione della Conferenza Big Data in health 2019 che apre i battenti a Roma al Cnr, e dura fino al 4 ottobre, per confrontarsi sulle opportunità dell'utilizzo dei big data in ambito medico e sanitario.

L'obiettivo dell'evento è "condividere risultati scientifici e linee di ricerca attuali e future, nonché di affrontare i temi caldi riguardanti la privacy dei pazienti e la sicurezza delle infrastrutture che devono proteggerli". La prima giornata - organizzata in collaborazione con la Società italiana di medicina ambientale (Sima) - è dedicata ai big data relativi all'ambiente, agli stili di vita e alla salute. "I dati sono il nostro nuovo oro - dice Antonio Scala, ricercatore dell'Istituto dei sistemi complessi del Cnr e presidente della Big Data in Health society, l'associazione che promuove la conferenza - per beneficiarne dobbiamo sapere come estrarlo, raffinarlo e lavorarlo, mettendo insieme competenze multiple e creatività". (ANSA).

Mercoledì 02 OTTOBRE 2019

Riforma ticket e abolizione superticket. Conte: “Interventi saranno spalmati nel tempo”

Il presidente del Consiglio a margine di un evento a Cagliari rimanda a data da destinarsi gli [interventi annunciati dal Ministro della Salute](#). “Non sono programmati per domattina: il nostro è un progetto riformatore che non scade a dicembre”.

Riforma ticket e abolizione superticket tutto rimandato. La frenata arriva direttamente dal presidente del Consiglio, **Giuseppe Conte** che a margine del tavolo per il Contratto istituzionale di sviluppo a Cagliari stoppa il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**: “Gli interventi - scrive *l'Ansa* - sul super ticket e sul ticket sanitario sono programmati non domani mattina ma in un arco di tempo più ampio. Ricordo che il nostro progetto non scade a dicembre ma è da attuare nel corso della legislatura, e anche i tempi degli interventi sono da dosare nel corso dei prossimi mesi e anche degli anni”.