

# dossier diritto

di MARIA GIOVANNA FAIELLA

**Stop agli sprechi** I medici devono prescrivere in modo accurato. I pazienti devono rispettare le loro indicazioni

## Milioni di euro da recuperare usando al meglio i farmaci Che troppo spesso «buttiamo via»

**F**armaci di cui si fa uso eccessivo, o al contrario lasciati inutilizzati nell'armadietto anche se il dottore li ha prescritti; medicine non assunte nel modo giusto perché possano dare benefici — abusandone, o viceversa, in dosi insufficienti — o, ancora, terapie interrotte non appena si sta un po' meglio, anche se la malattia è cronica e va tenuta sotto controllo. Tutti errori che si pagano, non solo in termini di salute, ma anche in termini di soldi "buttati via", in un modo o nell'altro.

In Europa i costi della non aderenza alle terapie farmacologiche, secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, si aggirano intorno ai 125 miliardi di euro l'anno. E se le condizioni di salute peggiorano, bisogna fare ricorso nel migliore dei casi ad altre medicine, ma aumentano anche gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri, le morti premature.

Ma questa è solo una delle due facce della «appropriatezza delle cure farmacologiche»: l'altra è la prescrizione adeguata, ed è compito dei medici. Nel suoi due aspetti l'appropriatezza delle cure è, specie in un periodo di scarse risorse e in cui aumentano popolazione anziana e malattie croniche, una sfida per tutti i Servizi sanitari, compreso il nostro.

Ma quali farmaci "sprechiamo"? Ce lo dice il "Rapporto **OsMed** 2013", elaborato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali, istituito presso **l'Aifa-Agenzia** italia-

na del farmaco. Il Rapporto, per esempio, segnala ancora una volta l'annosa questione degli antibiotici: l'anno scorso il loro consumo è cresciuto del 3,5% rispetto al 2012. Se ne assumono di più, indicano i dati **OsMed**, in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. L'impiego non appropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche, ma si arriva al 49,3% per la laringotracheite e al 36,3% per la cistite non complicata. E a poco sono serviti finora i moniti degli esperti, che ripetono, come fa una volta di più il direttore **dell'Aifa**, Luca Pani: «L'uso inappropriato degli antibiotici non rappresenta solo un problema di costi a carico del Servizio sanitario, ma soprattutto un problema di salute pubblica, poiché favorisce l'insorgenza di resistenze batteriche con una progressiva perdita di efficacia di questi farmaci».

Dall'analisi dei dati delle Aziende sanitarie locali, poi, emergono bassi livelli di aderenza alle prescrizioni principalmente per i medicinali utilizzati nei disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, per gli antidepressivi e i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare. In quest'ultimo caso, secondo il Rapporto **OsMed**, pur essendo circa 16 milioni gli italiani che soffrono di ipertensione (uno dei più importanti fattori di rischio per malattie cardiovascolari, ictus e insufficienza renale), ad assumere antipertensivi sono in meno di 8 milioni, sebbene abbiano ricevuto la diagnosi e quindi la prescrizione.

A causare una minore ade-

renza alle terapie ci si mettono anche, stando almeno ad alcuni studi, i costi dei ticket. «L'aumento dei ticket sui medicinali in fascia A (a carico del Servizio sanitario), soprattutto in alcune Regioni con piani di rientro, è un "ostacolo" nell'accesso alle cure segnalato sempre più dai cittadini — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, che ha promosso la campagna "I due volti della sanità: sprechi e buone pratiche" —. Per esempio, il Rapporto **OsMed** rileva i bassi livelli di aderenza ai farmaci di chi soffre di bpc, la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Perché? Forse perché, pur essendo una malattia cronica, non è ancora riconosciuta come tale dalla nostra Sanità, per cui il malato non ha diritto all'esenzione e deve pagare i ticket, per molti troppo onerosi. E così si rinuncia ai farmaci prescritti».

C'è poi, come si è detto, il fattore "inappropriatezza delle prescrizioni". Per esempio, in base agli indicatori di appropriatezza utilizzati nel Rapporto, per il 46,5% dei pazienti che assumono inibitori di pompa per il trattamento dell'ulcera e dell'esofagite (a carico del Servizio sanitario) non ci sono i requisiti di rimborsabilità fissati dalle note **Aifa**, ovvero si tratta di «consumi altamente inappropriati». La stessa Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo) pensa che siano troppi, per citare un caso, i 20 milioni di euro spesi in un anno nel solo Lazio per farmaci contro il bruciore di stomaco e il reflusso ga-

strico. «Spesso si prescrivono gli "inibitori di pompa" come "copertura" quando il paziente deve assumere antinfiammatori o antibiotici: lo fanno anche otorini, dentisti, ortopedici — dice il presidente di Aigo, Antonio Balzano —. In molti casi potrebbe bastare un semplice scioglimento. Per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni abbiamo avviato uno specifico studio, prendendo come riferimento proprio il caso del Lazio».

E i medici di famiglia? «Tutto sta nel rapporto di fiducia tra il medico - che non è un semplice "prescrittore" - e l'assistito — sottolinea Fiorenzo Corti della Federazione italiana medici di medicina generale —. Se ogni specialista prescrive farmaci, per esempio per il glaucoma, l'artrosi e la bronchite, spetta poi al medico di famiglia fare la sintesi, perché conosce le condizioni cliniche generali del paziente e può verificare anche se i farmaci interagiscono tra loro».

Strumenti per assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci, ma anche per contenere la spesa farmaceutica, già esistono: dalle "Note **Aifa**", al "Documento programmatico per la valutazione dell'uso dei farmaci nelle cure primarie" predisposto dall'Agenzia insieme ai medici di famiglia; dai registri di monitoraggio, ai piani terapeutici. Alcune Regioni hanno redatto anche proprie linee d'indirizzo per l'uso di specifici farmaci, altre hanno avviato report mensili della spesa farmaceutica. «Le linee guida vanno applicate — ricorda Corti —. In alcune Regioni, nell'ambito della

“medicina di iniziativa”, i medici di famiglia in collaborazione con le Asl hanno attivato meccanismi di controllo sull'appropriatezza delle terapie, coinvolgendo i pazienti. Ma servono interventi più strutturati anche in altre realtà del Paese».

Nel consumo e nella spesa per farmaci pesano anche le differenze tra Regioni, che «non sempre sono spiegabili alla luce delle evidenze epidemiologiche» segnala il Rapporto **OsMed**. «A spendere meno in assistenza farmaceutica territoriale sono proprio le Regioni

che garantiscono anche gli altri livelli essenziali di assistenza — commenta Giovanni Bissoni, presidente uscente di Agenas —. Ridurre le inefficienze in quelle meno “virtuose”, quindi, non significa tagliare la spesa sanitaria, ma ridistribuire i risparmi in altri servizi per i cittadini, come indica anche il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, approvato in Conferenza Stato-Regioni nel luglio scorso».

«Gli sprechi — incalza Aceti — andrebbero individuati anche nella burocrazia, in inutili doppioni di centri decisionali,

come le Commissioni territoriali per i prontuari farmaceutici».

Ci sono poi sprechi più “banali”, dai quali si può recuperare non poco. Secondo le stime di Assosalute, Associazione nazionale dei produttori dei farmaci di automedicazione, ogni anno si distruggono circa 12 milioni di confezioni di farmaci da banco, per un valore di circa 30 milioni di euro. Le cause? Diverse, e riguardano anche gli altri medicinali. «Per esempio, — spiega il presidente Gaetano Colabucci — si riscontra un di-

fetto del packaging, per cui le scatole non vengono messe in commercio; altri farmaci sono ritirati dal mercato perché prossimi alla scadenza. Ma soprattutto, fino a pochi mesi fa, migliaia di confezioni integre venivano ritirate per aggiornare i foglietti illustrativi». Solo nel 2013 sono state circa 5 mila le variazioni dei “bugiardini”. Da giugno, però, la specifica delle modifiche approvate viene consegnata in farmacia al momento dell'acquisto del medicinale. Fino all'esaurimento delle scorte delle “vecchie” confezioni. Che così non finiscono buttate via.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Strategie Le Regioni incentivano l'impiego di prodotti a brevetto scaduto

# Anche la scelta degli equivalenti può farci risparmiare

**S**ono in aumento i consumi dei farmaci a brevetto scaduto, sia dei cosiddetti *originator*, sia degli *equivalenti* (a base degli stessi principi attivi), anche se per questi ultimi siamo lontani dalla diffusione che hanno in altri Paesi europei.

Da alcuni anni esistono le liste di trasparenza **dell'Aifa**, con i prezzi di riferimento per tutti i farmaci a brevetto scaduto: chi sceglie un medicinale con prezzo uguale o inferiore alla soglia di rimborsabilità garantita dal Servizio sanitario, non paga nulla; chi, invece, preferisce un altro prodotto più costoso deve pagare la differenza. «I prezzi degli

*originator a brevetto scaduto* sono ormai bassi, a volte superiori solo di pochi centesimi rispetto agli equivalenti — fa notare Federico Spandonaro, professore aggregato di economia dell'Università di Tor Vergata a Roma —. E comunque, in termini di risparmio per il Servizio sanitario non cambia nulla, perché la differenza è a carico del cittadino». Solo nel 2013, gli italiani hanno speso 861 milioni di euro per pagare la differenza tra un *ex griffato* a brevetto scaduto e un generico “puro”, secondo i dati di Assogenerici, l'associazione che raggruppa i produttori di farmaci equivalenti e biosimilari (simili ai biotecnologici in commercio

di cui è scaduto il brevetto, ndr).

Molte Regioni hanno scelto di incentivare l'uso degli *originator a brevetto scaduto* e degli equivalenti per contenere la spesa di farmaci di fascia A. «Se tutte raggiungessero i risultati delle Regioni più virtuose — dice il presidente di Assogenerici, Enrique Häusermann — i risparmi sarebbero di 767 milioni di euro l'anno per 18 categorie terapeutiche, come segnala il documento **dell'Aifa** “Indicatori di programmazione e controllo dell'assistenza farmaceutica convenzionata”».

Quanto ai biosimilari, il loro impiego è limitato rispetto ad altri Paesi europei, ma sta crescendo. Per esempio, segnala il Rap-

porto **OsMed**, i pazienti avviati al trattamento con epotina alfa biosimilare nel 2013 sono stati il 41%. Inoltre, per i soli biosimilari a base di epotina, il miglioramento degli indicatori di appropriatezza ha fatto risparmiare al Servizio sanitario circa 8 milioni di euro.

Nel 2015 ne scadranno i brevetti di altri medicinali molto utilizzati per diverse malattie. Sulle modalità di prescrizione dei biosimilari, però, secondo il recente rapporto sul “Federalismo in sanità” di Cittadinanzattiva, co sono diffomità di interventi e interpretazioni da Regione a Regione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Errori ripetuti

L'utilizzo inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le malattie

### Regole disattese

Spesso si seguono trattamenti al di fuori delle limitazioni fissate dalle «note **Aifa**»



**Uso consapevole** Ogni anno montagne di confezioni inutilizzate e ancora efficaci finiscono nella spazzatura

# Perché non siamo «aderenti» alle terapie

C'è chi riduce le dosi, chi sospende la cura. Ma anche chi non ce la fa a pagare il ticket

**A**iutare i pazienti ad assumere correttamente il farmaco prescritto, nei tempi e nei modi indicati dal medico. È l'obiettivo del primo studio pilota avviato in Italia nell'ambito della Medicine Use Review (MUR), promosso da Federazione degli ordini dei farmacisti (Fofi) e dalla Medway school of pharmacy dell'Università del Kent, in collaborazione con i medici di famiglia e le Asl in 15 Regioni. Il progetto si focalizza sull'asma, il cui trattamento si basa su farmaci per via inalatoria che richiedono l'impiego non semplice di dispositivi. Studi scientifici hanno dimostrato che, con la revisione dell'uso dei medicinali grazie al supporto del farmacista, dopo soli sei mesi il numero dei pazienti in grado di usare correttamente i dispositivi è passato dal 24 al 93% e sono migliorate le loro condizioni di salute. «Il primo spreco che il farmacista può contribuire a eliminare è proprio la mancata aderenza alla terapia — spiega il presidente di Fofi, Andrea Mandelli —. Favorire il suo successo significa anche ridurre costi economici, sociali, per l'aggravamento della malattia e i ricoveri».

Nella prima fase della ricerca, è emerso che su 900 pa-

zienti circa la metà non aderiva alla terapia: dimenticavano di assumere il farmaco, o modificavano arbitrariamente il dosaggio prescritto. Oltre a spiegare al paziente come assumere il medicinale, i farmacisti hanno inviato circa mille segnalazioni ai medici di famiglia.

«Laddove la distribuzione dei farmaci previsti dai piani terapeutici avviene nella farmacia sotto casa, piuttosto che in quella dell'Asl o dell'ospedale, — sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma — non solo si evitano disagi a pazienti a volte non autosufficienti, con più patologie e diversi piani terapeutici da seguire, ma si ottengono anche risparmi. L'accesso del farmacista al piano terapeutico, tramite la piattaforma informatica, infatti, permette di erogare mano a mano le confezioni di cui il paziente necessita, evitando prechi di medicinali inutilizzati se il farmaco viene cambiato».

Si stima che ogni anno svuotati milioni di medicinali ancora non scaduti finiscano nella spazzatura. Da uno studio è emerso che in una città con una popolazione di 300 mila abitanti vengono smaltiti sotto forma di rifiuti circa 320 mila chili di medicinali in un anno: più di un chilo per

cittadino. Considerando che per lo smaltimento si spende mediamente 1,5 euro al chilo, si tratta di circa 480 mila euro all'anno. «Se si presume che ogni cittadino butti in media circa un chilo di farmaci non utilizzati l'anno — fa notare Marco Malinverno, direttore del Banco farmaceutico — si arriva a 60 milioni di chili di rifiuti, con un costo per il solo smaltimento intorno ai 90 milioni di euro. Un enorme spreco di farmaci che potrebbero essere donati a persone non in grado di acquistarli o di pagare i ticket».

A Roma, grazie a un'iniziativa pilota che si sta estendendo in altre città, promossa dalla Fondazione Banco Farmaceutico onlus in collaborazione con i farmacisti, in sole 43 farmacie sono state recuperate in un anno 27 mila confezioni di medicinali non scaduti, integre e correttamente conservate, donate poi a chi ne aveva bisogno. Valore delle confezioni: 300 mila euro. «Se solo si estendesse il progetto a tutte le 800 farmacie della Capitale — dice Malinverno — in un anno si potrebbero reperire medicine per un valore di 5,5 milioni. Solo a Roma».

Mira proprio a sensibilizzare i cittadini sull'«uso consapevole e senza sprechi dei farmaci», anche per ridurre il

loro impatto ambientale, la campagna «Green Health, fai la differenza», promossa da Apmar-Associazione persone con malattie reumatiche, col finanziamento della «Fondazione con il Sud» e il coinvolgimento dell'Agenzia italiana del farmaco. Spiega Antonella Celano, presidente di Apmar: «Tra le varie iniziative stiamo preparando un opuscolo su come usare e smaltire correttamente i farmaci».

Notevoli risparmi per il Servizio sanitario, poi, sarebbero possibili col passaggio alla ricetta digitale. In Veneto, poco meno di 5 milioni di abitanti e 40 milioni di prescrizioni farmaceutiche all'anno, da settembre agli assistiti viene consegnato dal medico di famiglia solo un promemoria col quale possono ritirare il medicinale prescritto in farmacia, cui arriva la prescrizione al computer. «Abbiamo calcolato che il sistema sanitario regionale risparmierebbe oltre 3,2 milioni di euro l'anno con la dematerializzazione delle ricette» dice Claudio Saccavini, direttore tecnico di Arsenal.IT, consorzio per la sanità digitale di tutte le Ulss e aziende ospedaliere del Veneto. La ricetta digitale è resa possibile grazie al collegamento telematico tra medici, azienda sociosanitaria di riferimento, farmacie, Regione e Ministero dell'Economia.

1 RIPRODUZIONE RISERVATA

## Poco scrupolosi

Secondo uno studio su 900 asmatici oltre la metà «disobbedisce» al dottore

## Scarsa attenzione

Bisognerebbe considerare anche le spese per lo smaltimento delle medicine scartate

**La sfida** Garantire i preparati all'avanguardia, non trascurando la sostenibilità

# Innovativi, ma molto costosi

## Rimborsati solo se hanno funzionato

**N**ei prossimi due anni arriveranno nel nostro Paese nuove terapie tanto innovative quanto costose per i tumori, le malattie infettive e del sistema nervoso centrale. Per garantire cure sempre migliori la scommessa è coniugare l'innovazione farmacologica con la sostenibilità economica. «Occorrerebbe ragionare con un'ottica globale quando si parla di spesa sanitaria — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Per esempio, il nuovo farmaco per l'epatite C è di fatto soste-

nibile perché la guarigione della malattia significa evitare trapianti di fegato, abbattere i costi per altre cure, ricoveri, invalidità civile».

Gianpiero Fasola, presidente di Cipomo, il Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri, aggiunge «In oncologia diminuisce la mortalità da tumori, sempre più pazienti hanno prospettive di vita migliori e possono essere curati grazie alle nuove terapie; purtroppo crescono anche i costi. E la velocità di questi cambiamenti è superiore alle risposte date dalle istituzioni».

Per introdurre farmaci in-

novativi costosi e non sprecare risorse "mirando" il più possibile le cure, si stanno sperimentando modelli di rimborso condizionato, come per esempio *cost sharing* o *risk sharing epayment by result*, cioè il pagamento della terapia innovativa da parte dello Stato solo per i pazienti che effettivamente ne traggono beneficio.

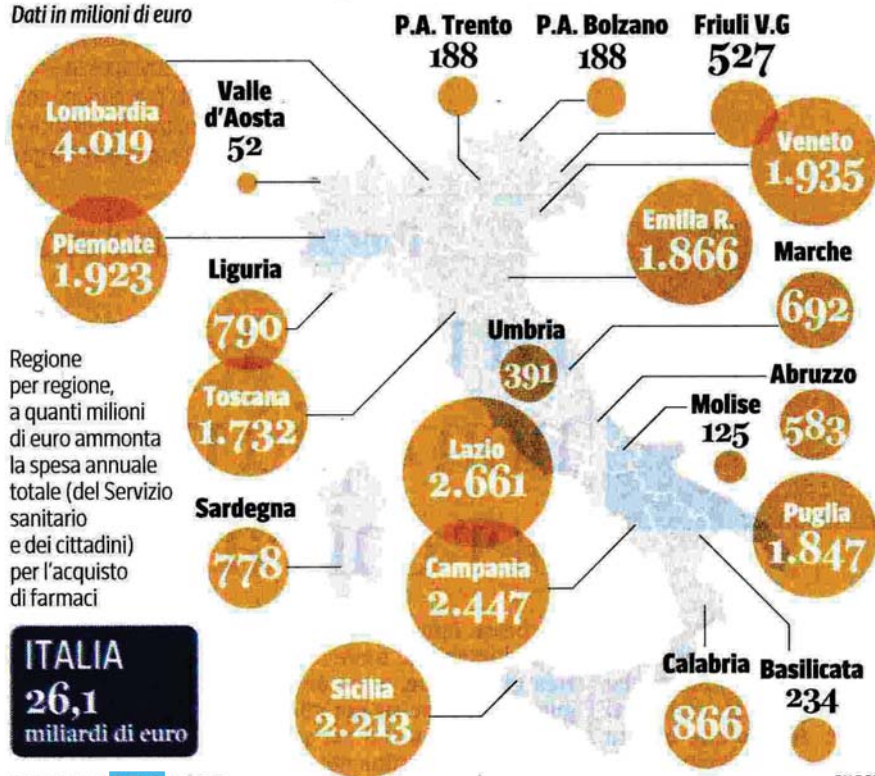
«In tutto il mondo si sta discutendo su come valutare i benefici delle terapie innovative e, rispetto ad essi, qual è il costo che può essere sostenuto dal Servizio sanitario» sottolinea Fasola. Da noi anche il nuovo Patto della Salute va in

questa direzione. «Lo Stato — commenta il presidente di Cipomo — può sostenere il rapporto costo-efficacia valorizzando, in base a criteri scientifici riconosciuti dalla comunità internazionale, i benefici della terapia innovativa rispetto ai trattamenti standard e definendo il costo sostenibile per il nostro Paese: questi trattamenti potranno essere a carico del Servizio sanitario. Ma occorre applicare subito le nuove regole a livello nazionale, altrimenti la "partita" resta oggetto di razionamento occulto, con ogni Asl che può fare a modo suo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La mappa della spesa

Dati in milioni di euro



Regione per regione, a quanti milioni di euro ammonta la spesa annuale totale (del Servizio sanitario e dei cittadini) per l'acquisto di farmaci

**ITALIA**  
26,1  
miliardi di euro

Fonte: Rapporto OsMed, dati 2013

D'ARCO

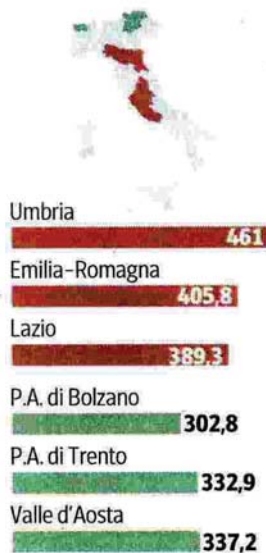
# Massimi e minimi dei consumi

Sulla base del Rapporto annuo dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed), ecco, per 5 classi di farmaci, le 3 regioni con i consumi annui di medicine più alti e viceversa le 3 con quelli più bassi, rispetto alla media nazionale. I consumi sono espressi in dosi prescritte ogni mille abitanti (dati 2013)

Media nazionale in dosi\mille abitanti ■ Maggior numero di prescrizioni (dosi\mille abitanti) ■ Minor numero di prescrizioni (dosi\mille abitanti)

## FARMACI PER IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO

Media nazionale **372,78**



## ANTIACIDI E ANTIULCERA

Media nazionale **84,8**



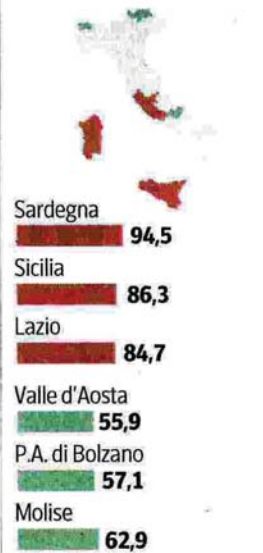
## ANTIAGGREGANTI E ANTICOAGULANTI

Media nazionale **89**



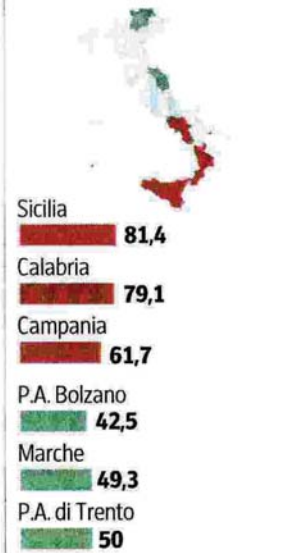
## IPOLIPEMIZZANTI (Per ridurre colesterolo e trigliceridi)

Media nazionale **76,9**



## ANTIDIABETICI

Media nazionale **62,6**



# LIBERANO Libero

AIOM: "estendiamo i divieti a tutti i luoghi chiusi e affollati"

## Pochi sanno quanto fa male il fumo passivo

■■■ Presentata nei giorni scorsi un'indagine sul fumo promossa dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), con il patrocinio della Fondazione "Insieme contro il Cancro" e dell'associazione dei pazienti "WALCE" (Women Against Lung Cancer in Europe) e condotta su 3mila cittadini. "Con circa 38.000 nuove diagnosi ogni anno nel nostro Paese, il tumore del polmone è la terza neoplasia più frequente, dopo quelle al colon retto e al seno - spiega il prof. Carmine Pinto, presidente eletto AIOM e Direttore Oncologia

Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Ma, a differenza di altre, si caratterizza per un forte stigma sociale. Infatti il 59% degli intervistati ritiene che chi è colpito dalla malattia, soprattutto se si tratta di un fumatore, sia 'colpevole' della sua condizione. Ricordiamo che respirare sigarette, proprie e altrui, determina il 90% del totale dei decessi per tumore del polmone. E il fumo passivo è un importante fattore di rischio, che aumenta fino al 30% le probabilità di sviluppare la malattia". (E. SERM.)



SALUTE

## Sanità: i numeri del Ssn, 716 mila lavoratori, età media 47 anni

Roma, 1Hset. (AdnKronos Salute) - Il personale totale che opera nelle Asl, nelle Aziende ospedaliere e universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, nelle Ares ed Estav in Italia ammontava nel 2011 a 715.992 unità, di cui 665.031 a tempo indeterminato, 34.125 unità con rapporto di lavoro flessibile e 16.836 personale universitario. E' quanto emerge da un rapporto del ministero della Salute. L'età media del personale è pari a 47,3 anni, con valori inferiori al valore medio per il personale infermieristico (44,5 anni), tecnico sanitario (45, 9 anni) e con funzioni riabilitative (46,7 anni). Complessivamente, l'anzianità media di servizio risulta pari a 17,3 anni; si passa da 8,3 anni per il ruolo professionale a 15,5 per i medici e a 17,3 anni per il personale infermieristico. Il personale del Servizio sanitario nazionale nel 2011 risultava costituito da: 243.855 medici, 332.857 unità di personale infermieristico, 49.555 unità di personale con funzioni riabilitative, 45.285 unità di personale tecnico sanitario e 10.894 unità di personale con funzioni di vigilanza e ispezione che operano nei vari livelli di assistenza: medicina primaria, riabilitazione, ospedaliera, ambulatoriale. Nel corso del 2011 sono cessati dal servizio 30.454 unità di personale di cui circa il 51% è costituito da personale collocato a riposo per limiti di età, dimesso con diritto a pensione, rapporto di lavoro risolto con 40 anni di contribuzione e licenziato (cosiddetti cessati puri).

## DERMATOLOGIA

# Gravi i danni sulla pelle provocati dal troppo sole

**Luisa Romagnoni**

■ L'esposizione solare prolungata e non protetta anche in settembre, può comportare conseguenze serie per la salute. Come lo sviluppo di cheratosi attinica. Una lesione tumorale cutanea in fase precoce (macchie piatte, placche ruvide e squamose, presenti in prevalenza sulle parti più esposte al sole), dovuta più che all'avanzare dell'età, all'effetto cumulativo dei raggi UV. Non va sottovalutata. Se trascurata può evolvere in un carcinoma squamocellulare invasivo (SCC), il più frequente tumore della pelle non-melanoma. Secondo stime, il 60 per cento, della popolazione sopra i 40 anni di età, con una storia di prolungata esposizione alle radiazioni solari (come agricoltori, marinai, muratori, sportivi in generale, ma anche chi semplicemente trascorre molto tempo al sole), ha sviluppato almeno una lesione da cheratosi attinica. In Italia la patologia colpisce circa l'1,4 per cento della popolazione over 45, il 3 per cento dopo i 74 anni.

«La cheratosi attinica si può considerare una forma di carcinoma allo stadio iniziale o in situ, caratterizzata da lesioni che possono evolvere in carcinoma squamoso invasivo, spiega Giovanni Pellacani, professore ordinario di dermatologia e direttore clinica dermatologica, università degli studi di Modena e Reggio Emilia. «Non è possibile prevedere quale e quando una delle numerose lesioni attiniche, andrà incontro a una progressione in carcinoma squamoso cellulare, tumore maligno che richiede una diagnosi precoce e un trattamento adeguato di tutte le lesioni», aggiunge Giovanni Pellacani. Unanovità in merito alla terapia, è rappresentata oggi da un innovativo farmaco in gel, a base di ingenolo mebutato, disponibile da poche settimane anche in Italia e rimborsato dal Servizio sanitario nazionale. «L'ingenolo mebutato è un prodotto attivo sulle cheratosi attiniche e

sul campo di cancerizzazione (la zona di pelle circostante apparentemente sana che a volte può contenere lesioni ancora non rilevabili a occhio nudo), in grado di agire efficacemente e rapidamente, richiede solo 2-3 giorni di applicazione», osserva Pellacani. «I principali vantaggi di questo gel consistono nella breve durata della terapia e nell'efficacia anche a lungo termine.





## Dopo il cancro alla prostata

L'American Cancer Society ha rilasciato di recente nuove linee guida per la gestione del «dopo»-tumore alla prostata. Un «manuale» rivolto a medici ed ex-malati, per far loro capire l'importanza del loro ruolo. «Evitare sovrappeso e obesità, fare attività fisica (in base alle proprie possibilità), non fumare: l'abc della prevenzione anticancro parte da qui — dice Giario Conti, presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica —. Visto che di tumore alla prostata si guarisce sempre di più è indispensabile promuovere fra gli uomini uno stile di vita che li tenga lontani dalle ricadute».

Quanto al Psa: «Il test andrebbe fatto ogni 6 mesi per i primi 5 anni dopo le cure — aggiunge Conti —. Se è stabile, meglio evitare ulteriori esami, che sono più dannosi (causano agitazione) che utili». Durante il controllo semestrale l'urologo dovrebbe invece valutare le eventuali conseguenze del tumore a livello fisico (problemi urinari, vescicali, sessuali) e psicosociale. «I pazienti talvolta si 'sentono' malati ma in realtà non lo sono, o hanno una patologia che di per sé non sarebbe in grado di alterare la qualità della vita e tanto meno accorciarla. E aumentare il numero degli esami, lungi dal rassicurare il paziente ansioso o depresso, peggiora la sua condizione. Sta al medico, se si accorge di una fragilità psicologica, trovare una strada per agire».



**PIÙ DI METÀ REGIONI ANCORA SENZA REGOLE**

## Ticket, divieti e limiti d'età ecco la giungla dell'eterologa

**MICHELE BOCCI  
ORIANA LISO**

MILANO

**D**A CREMONA a Busseto ci sono poco più di venti chilometri di strada. Ma tra il comune lombardo e quello emiliano la distanza, in questi giorni, è diventata abissale. Per una coppia cremonese tentare la strada della fecondazione eterologa costerà, negli ospedali lombardi, almeno 3mila euro.

SEGUE ALLE PAGINE 12 E 13

<SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

**MICHELE BOCCI  
ORIANA LISO**

**M**ENTRE una coppia nella stessa situazione, ma residente nel parmense, pagherà solo il ticket per gli esami diagnostici e di idoneità. La giungla dell'eterologa è qui: da una regione all'altra, nonostante le riunioni plenarie di tecnici e assessori di tutta Italia, si va in ordine sparso.

### I COSTI

È un diritto a macchia di leopardo, quello sancito dalla sentenza della Consulta lo scorso aprile. Sono poche, ancora, le regioni che hanno già scritto proprio delibere attuative sul tema, con una linea di demarcazione netta tra nord e centro-sud. In Piemonte la delibera è attesa a giorni. Nel Lazio il governatore Nicola Zingaretti l'ha annunciata per martedì, ma le prime indiscrezioni fissano il ticket ad un livello molto più alto delle vicine regioni rosse: 1.800 euro, perché il commissariamento in atto della sanità regionale non permetterebbe flessibilità. Ancora nulla, invece, in un'altra decina di regioni. Anche dove le delibere ci sono già, si è andati in ordine sparso. La Toscana ha pensato ad un ticket da 500 euro: il resto (la stima è di circa 3mila euro a intervento) sarà coperto dal Sistema sanitario regionale. In Emilia-Romagna la giunta di centrosinistra ha annunciato la gratuità, ma si pagheranno tutti gli esami pre-impianto. In Veneto, il governatore leghista Luca Zaia fissa tra i 200 e i 300 euro il possibile ticket. Il rischio, quindi, è che parta un turismo sanitario dalla vicina Lombardia: la giunta di Roberto Maroni ha deciso che il Pirellone non metterà un euro. «Così si rischia il far west a danno dei cittadini: serve una legge nazionale e ticket che non si discostino troppo da

# La giungla dell'eterologa dai ticket ai limiti d'età le Regioni spaccano l'Italia

Gratis in Emilia, 3mila euro in Lombardia. E in Friuli si può fare fino a 50 anni  
Lazio pronto al via: si pagherà 1.800 euro. Metà del Paese ancora senza regole

una regione all'altra», commenta Basilio Tiso, direttore medico del Policlinico di Milano.

### I LIMITI

Le linee guida nazionali hanno fissato a 43 anni l'età massima, per la donna ricevente, per rientrare nei Lea, i livelli essenziali di assistenza della sanità pubblica. Il Friuli Venezia Giulia, però, ha spostato quel limite a 50 anni. Spiega la costituzionalista Marilisa D'Amico: «Quel tetto potrebbe essere motivo di ricorso, perché l'età biologica varia da donna a donna». Nelle coppie che in questi anni sono andate all'estero per l'eterologa quasi il 70 per cento delle donne ha più di 43 anni (prima, spesso, ha provato con l'omologa): il rischio, quindi, è che la questione del ticket riguarderà meno della metà delle donne in attesa.

### I DONATORI

Uno su tutti: la questione dei donatori. In tutte le strutture pubbliche dove sarà possibile praticare la fecondazione eterologa, i medici si chiedono: come formare una banca del seme adeguata alle richieste? Le linee guida nazionali fissano l'età dei donatori in 18-40 anni per gli uomini e 20-35 anni per le donne, con la donazione totalmente gratuita. Di qui il timore: quante donne giovani e in salute saranno disposte a sottoporsi alla trafila di esami e prelievi (ovviamente più lunga e invasiva di quella degli uomini) e alla stimolazione ormonale per fare un "regalo" ad altre donne? Il rischio è che ne risulterebbero favoriti alcuni centri privati (quelli che hanno banche estere), senza considerare che bisognerà mettere a punto un albo nazionale dei donatori a prova di privacy e di sicurezza sanitaria.

### LA LITE ROSSI-MARONI



Martedì si riuniranno i tecnici di tutti gli assessorati regionali per cercare un accordo su un ticket comune:

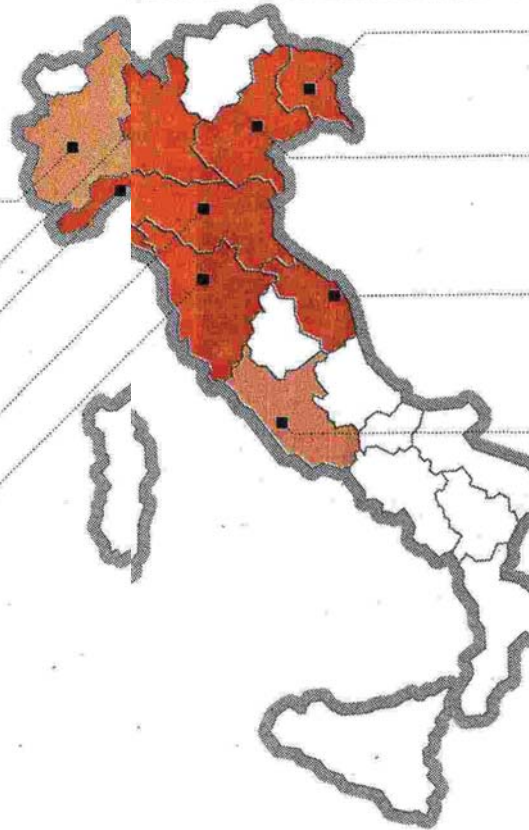
tra linee politiche diversissime, è difficile che si arrivi a una decisione in tempi brevi. A monte, poi, è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a dover decidere se inserire l'eterologa nei Lea. Se la risposta fosse positiva, cadrebbero le opposizioni di chi, vedi Maroni, vuole far pagare l'intero costo alle coppie. Un regalo ai cattolici in giunta, anche se il governatore leghista replica piccato: «Sceglio io come spendere i soldi della Regione, Cl si è adeguata». Una posizione oltranzista a cui risponde dalla Toscana il suo collega Enrico Rossi: «Da noi porte aperte alle coppie lombarde». Con una sponda dal Comune di Milano che annuncia: «Aiuteremo le coppie milanesi discriminate da Maroni ad andare altrove».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allarme sulle banche  
del seme: mancano  
i donatori, i centri pubblici  
rischiano il flop

## L'eterologa nelle Regioni

-  LE REGIONI CHE HANNO GIÀ UNA DELIBERA
-  LE REGIONI VICINE ALLA DELIBERA
- LE REGIONI CHE NON HANNO ANCORA RECEPITO LE LINEE GUIDA



**Piemonte** (delibera domani)  
**TICKET** 600 € come per fecondazione omologa  
 CENTRI AUTORIZZATI  4

**Lombardia**  
**TICKET** totalmente a carico delle coppie anche con donna sotto i 43 anni  
 CENTRI AUTORIZZATI  60

**Liguria**  
**TICKET** in base al reddito, a pagamento oltre i 43 anni di età della donna  
 CENTRI AUTORIZZATI  2

**Emilia Romagna**  
**TICKET** gratuito per intervento ma a pagamento esami diagnostici e di idoneità  
 CENTRI AUTORIZZATI  21

**Toscana**  
**TICKET** 500-600 € a pagamento sopra i 43 anni di età della donna  
 CENTRI AUTORIZZATI  22

**Friuli Venezia Giulia**  
**TICKET** ancora da decidere per donne sotto i 50 anni  
 CENTRI AUTORIZZATI  2

**Veneto**  
**TICKET** 250 € circa, a pagamento sopra i 43 anni di età della donna  
 CENTRI AUTORIZZATI  36

**Marche**  
**TICKET** ancora da decidere  
 CENTRI AUTORIZZATI  2 di cui uno di prossima apertura

**Lazio** (delibera martedì 16)  
**TICKET** 1.800 € quanto quello per l'omologa  
 CENTRI AUTORIZZATI  6 3 pubblici e 3 privati

LE REGIONI CHE NON HANNO ANCORA RECEPITO LE LINEE GUIDA

- Valle d'Aosta
- Molise
- Calabria
- Trentino A. A.
- Puglia
- Sicilia
- Umbria
- Campania
- Sardegna
- Abruzzo
- Basilicata

## I numeri

Il costo di un ciclo di fecondazione eterologa:



**5.000 / 6.000** Le coppie che ogni anno potrebbero affrontare la terapia in Italia

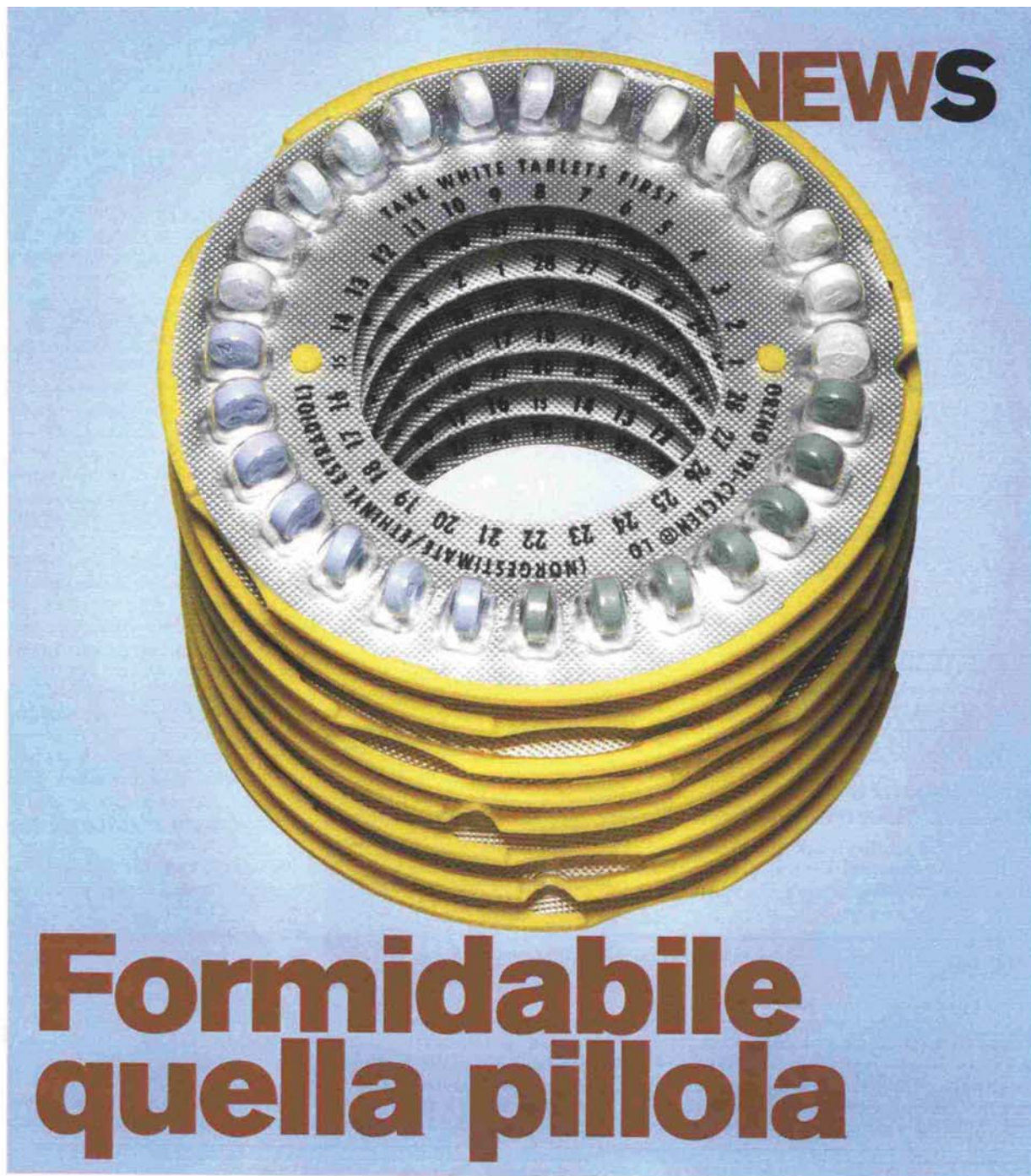
**70%** le pazienti dell'eterologa con più di 43 anni

**fino al 50%** Le probabilità di avere un figlio per una donna di 45 anni infertile che fa l'eterologa

**0,5%** Le probabilità di avere un figlio per una donna di più di 45 anni che fa la fecondazione omologa



**IL MINISTRO**  
 nella foto, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin



# Formidabile quella pillola

**Il farmaco usato come  
anticoncezionale da più  
di 100 milioni di donne  
nel mondo cura anche  
molte e diverse malattie.  
Allungando la vita**

di Elisabetta Muritti

**P**rima considerazione. Le donne oggi hanno troppe mestruazioni. Tra la fine del Novecento e gli anni Zero i loro appuntamenti mensili si sono pressoché triplicati rispetto a quelli consueti all'inizio del secolo scorso, per non dire di quel che accadeva prima ancora. Si ragiona sui 450 cicli contro 150. Le ragioni sono intuitive: meno gravidanze, meno allattamenti, pubertà sempre più precoci, menopause sempre più tardive... Certo, la cosa è andata di pari passo col miglioramento della qualità della vita, la dieta più ricca, l'empowerment sociale e professionale, la possibilità di decidere quando e se mettere al mondo un figlio.

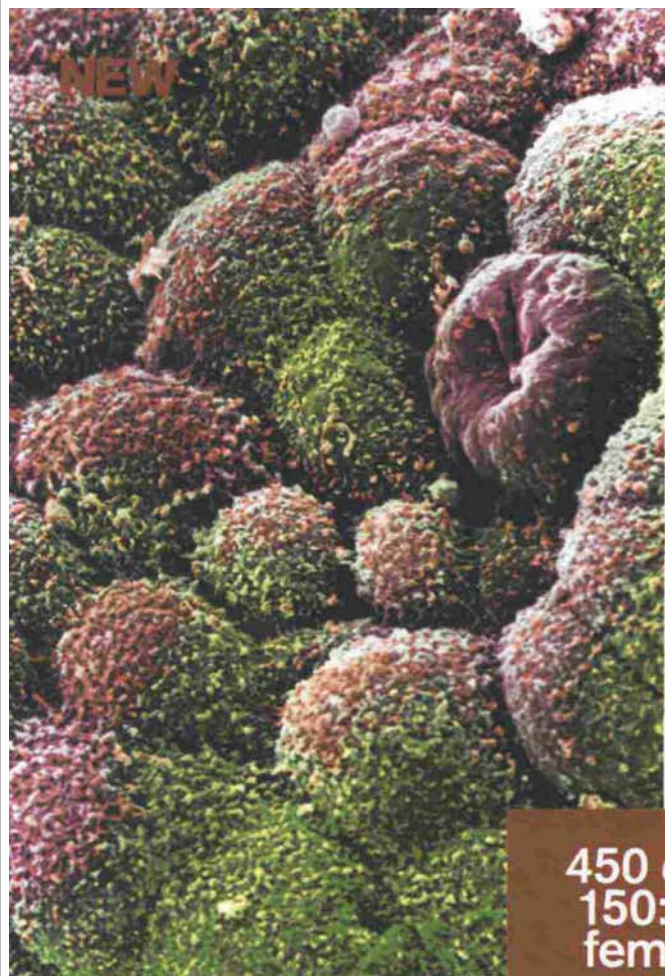


Immagine al microscopio elettronico a scansione di cellule cancerogene nell'ovaio.

Seconda considerazione. A ridare smalto mediatico ai talenti extracontraccettivi dei farmaci estrogenici, peraltro già molto noti e molto divulgati, ha recentemente contribuito una strana coppia: Barack Obama e Lena Durham, e cioè il presidente degli Stati Uniti impegnato, tra gli altri suoi problemi, a far digerire a repubblicani e conservatori un'accidentata riforma della politica sanitaria, e la star della serie tivù *Girls*, femminista in quel modo concreto e irriverente che caratterizza oggi la nuova generazione di ragazze Usa. L'antefatto è squisitamente legale. Ma ha implicazioni rumorose come tuoni. La Corte Suprema ha dato ragione a Hobby Lobby, la catena di grandi magazzini per il bricolage femminile di proprietà della pia e miliardaria famiglia pentecostale Green, che aveva opposto un rifiuto per motivi religiosi a garantire alle dipendenti una copertura sanitaria estesa a contraccettivi ormonali ritenuti abortivi. La Casa Bianca si è scandalizzata e ha parlato di attentato alla salute delle donne. Ma si è scandalizzata anche Lena Dunham. Che ha scatenato il putiferio in rete twittando: "I need birth control because I have endometriosis and it helps manage pain. Why do you?". I tweet e i retweet non si sono certo fatti attendere: prendo la pillola perché ci tengo alla mia salute sessuale e al mio futuro riproduttivo, perché le mie mestruazioni erano tremende, perché soffro di sindrome dell'ovaio policistico, perché la gravidanza non va d'accordo col college, e se per questo neanche con l'acne, perché ho già due figli che ho voluto e amo pazzamente... Ma anche: perché sono un maschio e mi piacerebbe che mia sorella se la godesse come me, perché vorrei che tutte le ragazze che amo si sentano sicure con tutti i ragazzi che amano... Insomma, la salute è un

**450 contro  
150: i cicli  
femminili  
sono  
triplicati  
dalla fine  
del 900**

#### Più salute globale, più mestruazioni, dunque.

Peccato, però, che così tanti cicli mettano poi a repentaglio il benessere. E procurino non solo una vertiginosa altalena ormonale e una vita fertile spesso fastidiosa e penosa (dolori, di cui parrebbero soffrire tra il 50 e il 70% delle teen, sindromi premenstruali, ritenzione idrica, cefalea, crampi, stanchezza persistente...), ma anche un'accresciuta possibilità di anemia sideropenica, con conseguente eventualità di depressione e crollo della capacità di concentrazione, e poi di cisti ovariche, mastopatie fibrocistiche benigne, fibromi, endometriosi (ne soffrono 3 milioni di italiane), difficoltà di concepimento, caduta di capelli, infezioni ginecologiche... E per tutto questo c'è un solo toccasana: la contraccezione ormonale, altresì detta pillola (anche se può presentarsi sotto forma di cerotto o dispositivo vaginale). Che mette a riposo le ovaie. Riducendo le perdite ematiche e diminuendo la produzione di prostaglandine (responsabili del dolore) e di ormoni androgeni e testosterone, e dunque dimostrandosi preziosa nei disturbi dell'iperandrogenismo (acne deturpante, alopecia, irsutismo, pelle grassa). Tant'è che qualche anno fa fece scalpore uno studio australiano pubblicato su *The Lancet*, nel quale si diceva che se la chiesa cattolica avesse messo a disposizione delle suore votate a una vita casta la pillola anticoncezionale, le avrebbe salvaguardate dalle eccessive mestruazioni e di conseguenza da una mortalità femminile statisticamente più accentuata.

concetto allargato e poggia anche sul sapersi libere di scegliere, tant'è che la Dunham ha chiuso la bagarre dicendo che le donne non devono per forza giustificare la loro decisione di ricorrere alla contraccezione.

Certo. Tuttavia i numeri parlano chiaro, e forse potrebbero "soccorrere", come suggerisce qualche cinico, l'ObamaCare: 1 milione e mezzo di signore e signorine Usa adottano la pillola per motivi di salute, e ben il 14% di tutte le americane sotto pillola afferma di aver intrapreso la terapia esclusivamente per ragioni che nulla hanno a che fare con la prevenzione della gravidanza. Vedi, per esempio, la cura dell'amenorrea (con relativo aggiustamento dei livelli di estrogeno che mantengono forti le ossa) nelle donne che hanno perso troppo peso corporeo, sofferto un fortissimo stress, fatto eccessivo esercizio fisico, intrapreso radioterapia o chemioterapia.

**Difficile fare lo stesso tipo di valutazioni in Italia, paese che peraltro fa contare un bassissimo utilizzo di questo tipo di farmaci**, presi solo dal 16,2% delle donne contro il 21,4% della media europea (41,5% in Francia, 50% in Olanda, 35% in Inghilterra, 30% in Germania), con il 42% di ragazze che non adopera alcun metodo con-

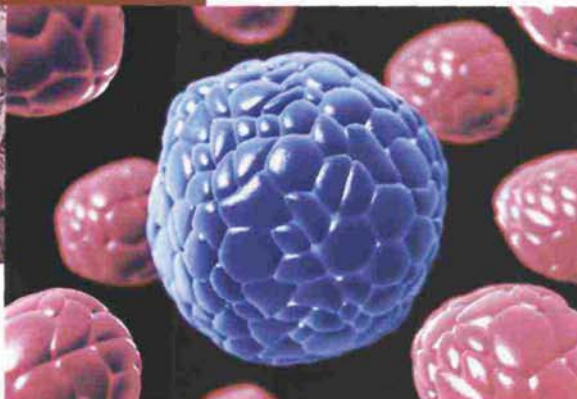
Foto di Science Photo Library/Contrasto

Codice abbonamento: 097156

**NEWS**

traccettivo in assoluto. «In realtà i concetti di salute e di contraccezione sono inscindibili, è come decidere se sia meno salubre un aborto spontaneo o una grave anemia. E poi l'Italia è paradossale anche in questo campo: poche pillole, pochi aborti, pochi figli, noi medici non sappiamo se dichiarare gli italiani campioni di coitus interruptus o usurpatori di un mito erotico o semplicemente dotati di poca fertilità», sorride Emilio Arisi, ginecologo, presidente della Smic, Società medica italiana per la contraccezione, eletto nel board of directors della Esc, European Society of Contraception. «Ma torniamo agli anticoncezionali estrogenici: si è già detto che alle loro possibilità terapeutiche si sono via via sommati dei benefici extracontraccettivi a lunga gittata, di tipo eminentemente oncologico. Una sorta di assicurazione sulla vita, insomma. Quest'aspetto è noto dall'inizio degli anni 90, dopo la definitiva elaborazione dei dati raccolti a partire dall'introduzione dei contraccettivi ormonali negli anni 60. E dopo, soprattutto, la loro eccellente evoluzione nel tempo, con la progressiva riduzione del dosaggio degli estrogeni, l'introduzione degli estrogeni naturali bioidentici e, quindi, l'evoluzione anche della vasta famiglia dei progestinici, vedi gli

A sinistra, un cancro all'utero. A destra, una simulazione dell'endometriosi.



**Niente pausa**

«Ho prospettato i vantaggi per la salute femminile del cosiddetto uso esteso della pillola, senza l'interruzione mensile e conseguenti mestruazioni, già nel 1981. Sono stato un rivoluzionario», racconta il dottor Emilio Arisi. La contraccezione ormonale continuata cura infatti i flussi troppo abbondanti, argina i peggioramenti e gli episodi infiammatori dell'artrite reumatoide, allevia le emicranie del periodo di sospensione e i sintomi premestruali (tra i quali possono esserci la riacutizzazione di un morbo di Chron o di una rettocolite ulcerosa), fa star meglio chi soffre di endometriosi e sindrome dell'ovaio policistico, diminuisce ulteriormente il rischio dei tumori femminili, consente di affrontare con efficienza e lucidità i momenti critici della vita. «La mestruazione non è altro che un segnale del corpo: avverte che l'ovulo non è stato fecondato. Ma se l'ovulazione è stata silenziata dalla pillola, la donna non ha più bisogno di messaggi».

antiandrogeni, che collaborano alla salute estetica della donna. Chissà?, dalla pillola abbiamo forse "spremuti" davvero tutto, il che ci ha consentito di tararne con cognizione di causa ogni vantaggio nel tempo!».

**Bene, vediamo nei dettagli questi dati. La pillola protegge dai tumori dell'ovaio** (rischio diminuito del 20% ogni 5 anni di utilizzo, effetto "ombrello" protratto per oltre 30 anni dopo la fine dell'assunzione), dell'utero (rischio ridotto del 50%, 20 anni di effetto dopo la sua sospensione) e del colon-retto (diminuisce di un caso su 5, riduzione del 20%). Visti i numeri, è dunque un salvagente in premenopausa, dato che questo tipo di tumori ha un'alta incidenza a partire dai 60 anni.

Una ricerca inglese ha poi sottolineato come le donne in terapia anticoncezionale vantino una mortalità minore per patologie cardiovascolari. E altri studi internazionali hanno in più sottolineato come risultino meno esposte al rischio di artrite reumatoide (63% in meno, se la cura dura da più di 7 anni), e comunque vedono alleviata la progressione veloce e intensa dei suoi sintomi. «Interessanti i dati delle artropatie in generale: gli estrogeni migliorano le cartilagini», aggiunge il dottor Emilio Arisi. Che passa poi a ridimensionare le preoccupazioni più forti e tradizionali: e cioè che la contraccezione ormonale possa favorire i tumori al seno. «Va da sé, in certi casi la pillola può avere un suo peso, ma il discorso è troppo complesso, perché entrano in gioco moltissimi fattori, tra cui, soprattutto, le donne portatrici di mutazioni genetiche. Quest'estate, per esempio, l'università di Cambridge, con il contributo dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, avrebbe scoperto una terza mutazione che aumenterebbe il rischio di tumore mammario». Già, tant'è che gli esperti a questo riguardo parlano di "effetto neutro" della pillola, e di rischio mai definitivamente dimostrato. Fatti due conti, a questo punto non stupisce più che i ginecologi australiani avessero reclamato gli anticoncezionali anche per le monache.

Foto di S. Gschmeisser/Getty - Science Photo Library/Tips

**Intervista** Parla il professor Carlo Pozzilli dopo il summit mondiale di Boston

# «Il ruolo dei nuovi farmaci e della risonanza magnetica contro la sclerosi multipla»

## Oltre la disabilità motoria la patologia può causare un deficit cognitivo soprattutto nei giovani pazienti

**Daniela Forlani**

Spiccano i giovani italiani al summit mondiale sulla Sclerosi Multipla. Due le relazioni presentate nella sessione dedicata ai giovani ricercatori del joint meeting di ECTRIM e ACTRIM (il Comitato Europeo e quello Americano per il Trattamento e la Ricerca della Sclerosi Multipla), conclusi ieri a Boston. Una del gruppo di ricerca del San Raffaele di Milano e l'altra di quello del S. Andrea di Roma.

«Il prestigioso contributo italiano - ci illustra il Prof. Carlo Pozzilli, Professore Ordinario di Neurologia presso l'Università La Sapienza di Roma e Responsabile del Centro Sclerosi Multipla dell'Ospedale S. Andrea, nonché membro del Comitato Tecnico Scientifico del Congresso Ectrim - Actrim - è stato quello di approfondire gli studi di Risonanza Magnetica per la comprensione del deficit cognitivo che la sclerosi multipla può causare. Questa patologia, infatti, - prosegue il Professore - può portare non solo ad una disabilità motoria, ma anche cognitiva. Si tratta soprattutto di giovani i pazienti che stanno bene ma che riscontrano problemi di memoria, concentrazione, difficoltà negli studi».

Nello specifico il gruppo di ricercatori romani ha indagato il ruolo del talamo, struttura celebrare profonda che ha una funzione chiave nella malattia, dimostrando che, dopo una serie di se-

dute di riabilitazione mediante esercizi e allenamenti specifici al pc avviene effettivamente un miglioramento della sua funzione. A dare lustro all'Italia ci ha pensato anche la dottoressa Caterina Mainero, sempre proveniente dal centro di Sclerosi Multipla del S. Andrea e già da diversi anni a Boston, che ha presentato un interessante lavoro, relazionato in occasione del meeting da un'altra giovane romana volata da un paio di anni all'Harvard University di Boston, la dottoressa Costanza Gianni.

«Ciò che è rilevante in questo studio - ci spiega il Prof. Pozzilli - è la possibilità di visualizzare la Sclerosi Multipla attraverso la PET (tecnica diagnostica già utilizzata in oncologia per la produzione di bio-immagini, ovvero immagini del corpo). In pratica, attraverso l'impiego di un marcatore particolare - prosegue l'esperto - si riuscirebbe a "dipingere" in maniera chiara le placche e l'infiammazione. In sostanza, si entrerebbe nel vivo dell'infiammazione e si riuscirebbe a identificare che tipo di infiltrazione cellulare è in corso e quindi che tipo di farmaco poi utilizzare per la terapia».

E proprio il tema dei farmaci è stato una dei più caldi al Summit mondiale sulla Sclerosi Multipla. Se tempo fa si parlava di un solo farmaco, ovvero l'interferone, oggi la comunità scientifica si interroga sul tema quale farmaco per quale paziente. «Esistono numerosi sottotipi, o fenotipi come li chiamano gli americani, della ma-

lattia, - precisa Pozzilli - Essa può manifestarsi in un solo episodio, essere cronica, sintomatica, asintomatica, di tipo benigno... Le scelte terapeutiche sono, dunque, condizionate dal tipo di malattia e dal numero di lesioni».

Al Congresso mondiale sono stati presentati trial clinici per nuovi farmaci tra cui il "Laquinumod", prodotto dalla TEVA (nella top ten delle industrie farmaceutiche mondiali) che si assume per via orale.

«Questa caratteristica del farmaco non è da sottovalutare - spiega Pozzilli - perché risolve i problemi legati alle vecchie terapie a base di Interferone Beta e Glatiramer acetato (farmaci entrati in commercio in Italia negli anni '90) che spesso vengono "criminalizzati" per i loro effetti collaterali, ovvero il fatto di essere terapie croniche e di essere somministrate per via iniettiva, arrecando parecchi fastidi al paziente».

Sempre la TEVA ha presentato dati riguardo al nuovo Glatiramer acetato 40 ml che ha come vantaggio una maggior aderenza, visto che può essere somministrato, per via sottocutanea, a giorni alterni anziché quotidianamente.

«Rimane comunque aperto - conclude Pozzilli - il discorso che riguarda l'accesso ai farmaci. Per molti Paesi, anche europei come Germania e Francia, le nuove molecole hanno avuto più facilmente diffusione. In Italia i meccanismi dell'Aifa sono molto lenti, le fasi di contrattazione non facilitano i processi di vendita e l'attuale con-

giuntura di crisi economica non favorisce il tutto».

E in effetti al Summit di Boston è emersa chiaramente la presenza di numerosi studi di post marketing - cioè quegli studi che indagano l'efficacia del farmaco sul paziente comune, non quello selezionato nei trial clinici - degli altri Paesi e la carenza delle espe-

rienze italiane in questo senso. Insomma, se l'Italia può vantare delle menti giovani e brillanti per quanto riguarda la ricerca non si può negare che esiste un gap, quasi paradossale, tra la fase di ricerca e l'impossibilità poi di registrare i progressi nella cura della Sclerosi Multipla, proprio per il fatto che i farmaci, a lungo studiati, nel

nostro Paese non vengono poi messi in commercio in tempi rapidi.

## Trial clinici

**Per il Laquinumod, prodotto dalla Teva, nella top ten delle industrie farmaceutiche**



**Professore**  
Carlo Pozzilli  
Ordinario di  
Neurologia  
presso  
l'Università La  
Sapienza di  
Roma e  
Responsabile  
del Centro  
Sclerosi  
Multipla  
dell'Ospedale  
S. Andrea,  
nonché  
membro del  
Comitato  
Tecnico  
Scientifico del  
Congresso  
Ectrim -  
Actrim





# quotidiano**sanità**.it

14 SETTEMBRE 2014

## Melanoma. Fondazione: “Raddoppiati in 10 anni i casi di tumore. Il 20% sono fra gli under 40”

***Nel 2014 i casi di melanoma previsti arriveranno a quota 11mila. Nel 2004 erano seimila. Il 20% dei pazienti ha un'età compresa tra i 15 e i 39 anni, per questo la Fondazione melanoma porterà la prevenzione nelle scuole superiori sotto forma di fumetto.***

Giacomo è un ragazzo a cui è stata diagnosticato il melanoma. Ma, all'interno del suo corpo, che si trasforma nell'immaginaria Derma City, Neo e Melani vivono le loro avventure mentre l'investigatore T indaga e sconfigge i colpevoli, i geni BRAF e MEK.

Questi sono i personaggi del fumetto dark “Le avventure di Neo”, dalla Fondazione melanoma e dalla Scuola italiana di comix che verrà distribuito fra settembre e ottobre nelle scuole superiori del Mezzogiorno.

Una campagna di sensibilizzazione necessaria visti i dati diffusi dalla fondazione, secondo i quali nel 2014 ci saranno circa 11mila nuovi casi di melanoma, quasi il doppio del 6mila casi diagnosticati nel 2004. E tra le vittime più frequenti di questo tipo di tumore ci sono proprio i giovani, tanto nel 20% dei casi i pazienti hanno un'età compresa tra i 15 e i 39 anni.

“Vogliamo utilizzare nuovi linguaggi per raggiungere tutti i cittadini – spiega **Paolo Ascierio**, presidente della Fondazione Melanoma – Dopo l'estate diventa ancora più importante controllare i nei. Il melanoma è la seconda più comune diagnosi di tumore nelle donne under 40 e la terza negli uomini in questa fascia di età.

Va ricordato – sottolinea – che le scottature solari gravi, in età infantile e durante l'adolescenza, triplicano il rischio di melanoma in età adulta, ma solo un terzo dei giovani protegge la pelle dall'esposizione eccessiva ai raggi UV.

Grazie alle campagne di sensibilizzazione condotte anche dalla nostra Fondazione, oggi in sette casi su dieci la malattia è individuata in fase iniziale. In autunno infatti registriamo un aumento delle visite nei nostri ambulatori per il controllo dei segni sospetti sulla pelle”.

“La buona informazione – aggiunge **Nicola Mozzillo**, direttore del Dipartimento melanoma, tessuti molli, muscolo-scheletrico e testa-collo dell'istituto Pascale di Napoli – è alla base della diagnosi precoce, che consente la guarigione in più del 90% dei casi, perché il melanoma scrive la sua diagnosi sulla pelle con il proprio inchiostro”.

“Sul fronte delle terapie – continua **Gennaro Ciliberto**, direttore scientifico del Pascale – sono decisivi i passi in avanti compiuti negli ultimi anni. Oggi sono disponibili diverse molecole rivoluzionarie in grado di cambiare la storia della malattia, a partire da ipilimumab, che agisce attraverso l'attivazione delle difese immunitarie contro il cancro. Nel 50% dei casi – spiega – è presente la mutazione di una proteina, l'oncogene BRAF V600, che svolge un ruolo chiave nello sviluppo del tumore. Gli inibitori di BRAF V600, vemurafenib e dabrafenib, costituiscono le prime forme di terapia personalizzata attive nei pazienti con questa mutazione genetica. Inoltre – conclude – sono in fase di sperimentazione avanzata altre molecole, come gli inibitori di un'altra proteina chiamata MEK in combinazione con gli inibitori di BRAF, e altri anticorpi immunomodulanti con meccanismi di azione complementari all'ipilimumab”.

“Va ribadita con forza l'estrema pericolosità delle lampade solari – aggiunge **Tonino Pedicini**, direttore generale del Pascale – Troppe persone utilizzano ancora queste apparecchiature. Un recente studio pubblicato dal Journal of the american academy of dermatology dell'università di Ottawa ha sottolineato che il rischio associato anche a una singola esposizione aumenta in media del 16%. Se si superano le 10 sedute, si arriva addirittura a un + 34%. Il ministero della Salute ha vietato l'uso di queste apparecchiature agli under 18. Non esistono lampade solari sicure”.