

Il seno salvato

Trent'anni fa l'introduzione della chirurgia conservativa ha cambiato il destino di migliaia di donne.

Oggi la comunità scientifica discute sull'utilità degli screening mammografici

Servizio di Vera Martinella alle pagine 54-55

Innovazione L'introduzione della quadrantectomia ha segnato la fine della filosofia «radicale» nella terapia oncologica. Non solo della mammella

Trent'anni dopo la svolta nella cura del tumore del seno L'intervento che ha cambiato il destino di molte donne

Nel 1981

Il New England Journal of Medicine rese onore alla «scoperta» italiana

”

Si è sviluppata un'attenzione alla percezione psicologica della malattia

La storia della medicina è fatta così, anni di piccoli progressi silenziosi, invisibili ai più. E poi, come d'improvviso, un grande passo avanti che cambia la vita a migliaia di persone. Per capire quanto è migliorata l'esistenza delle donne con un tumore al seno nel ultimi 30 anni si possono guardare numeri e statistiche: negli anni 80 guarivano 3 donne su 10, ora circa 9 (per guarigione si intende l'assenza di malattia per almeno 10 anni dalla conclusione delle cure).

Oppure, si può chiedere a una di loro: oggi vivono oltre 500 mila ex malate in Italia. Prima del 1981 la cura prevista per chi aveva un cancro al seno era la *mastectomia*, l'asportazione integrale del seno malato. Dopo è iniziata l'era della chirurgia conservativa. «Nel 1981 — racconta Umberto Veronesi — la rivista scientifica *New England Journal of Medicine* pubblicò i risultati del nostro studio clinico (gli altri autori, tutti italiani, sono medici e ricercatori che lavoravano all'Istituto Tumori di Milano con

Veronesi, ndr) che dimostrava come i tumori del seno di piccole dimensioni, inferiori ai due centimetri, possono essere trattati con la stessa efficacia preservando il seno, invece

che asportandolo integralmente come era allora prassi in tutto il mondo».

«L'idea — prosegue l'oncologo — mi venne dal microscopio: avevo capito che nella fa-



se iniziale le cellule tumorali si riproducevano in forma poco aggressiva e dunque la dimensione del tumore rendeva plausibile operare solo la parte della mammella dove è posizionato». Fu l'avvio di una rivoluzione nella cura dei tumori: era la fine dei trattamenti che devastavano il corpo (e la mente) e l'inizio dell'era dell'integrità corporea e della qualità di vita come principio guida nelle decisioni terapeutiche. La mastectomia era stata superata dalla nuova *quadrantectomia*, cioè l'asportazione della sola porzione di mammella colpita dal cancro, associata a radioterapia per ripulire i tessuti circostanti da eventuali focolai di cellule cancerose.

Non solo: la diffusione della diagnosi precoce (che porta oggi a scoprire sempre più spesso carcinomi di piccole dimensioni) e la conseguente diminuzione della mortalità partono proprio da lì. «In realtà — aggiunge Veronesi — anche l'impatto sulla guarigione è stato profondo. Fino a trent'anni fa le donne tendevano a farsi vedere dal medico il più tardi possibile, perché sapevano che la cura era l'amputazione. Con la possibilità della conservazione del proprio seno, invece, cominciarono ad andare dal senologo al primo dubbio e a fare la mammografia sistematicamente. E poiché i tumori piccoli sono quelli che guariscono di più, ora si vede il risultato anche sul calo di mortalità. Infine, pensare di

salvare il seno ha aperto le porte a una sensibilità "extra medica", un'attenzione alla percezione psicologica della malattia: si è introdotto il concetto di empatia, che ha sviluppato quella "partecipazione" del paziente che oggi la moderna **oncologia** trova normale». Il passo successivo venne fatto nel 1996 allo Ieo (l'Istituto europeo di **oncologia** di Milano, di cui Veronesi è direttore scientifico) con la dimostrazione dell'utilità della tecnica del "linfonodo sentinella" che risparmia alle pazienti l'inutile svuotamento ascellare, causa del fastidioso linfedema (braccio gonfio). «Ci siamo accorti — spiega Alberto Costa, oggi direttore del Centro di senologia della Svizzera Italiana — che, se riusciamo a intercettare i carcinomi piccoli, le cellule cancerose non facevano in tempo a raggiungere i linfonodi dell'ascella, per cui non era necessario asportarli. Così oggi, mentre la paziente è in sala operatoria, iniettiamo un liquido radioattivo che individua il linfonodo sentinella, quello più vicino al tumore. Lo analizziamo e se è sano evitiamo di togliere tutti gli altri, che sono una barriera protettiva naturale del nostro sistema immunitario».

Si arriva così agli inizi del 2000, quando un gruppo di ingegneri e fisici romani riesce ad assemblare un macchinario per la radioterapia così piccolo e mobile da poterlo portare in sala operatoria. «La radiote-

rapia intraoperatoria è il terzo passo avanti e siamo in attesa che gli studi in corso ne confermino definitivamente l'efficacia — dice Alberto Luini, direttore della Senologia Ieo —. Con questa tecnica possiamo evitare alle pazienti di tornare in ospedale ogni giorno per 6 settimane per fare le sedute di radioterapia esterna, e si riduce il campo dell'irradiazione del seno al quadrante che è sede del tumore, limitando al minimo la dose alle zone vicine che potrebbero essere danneggiate senza ricevere benefici».

I prossimi capitoli di questa storia? «La diffusione capillare della chirurgia oncoplastica, — risponde Luini, che è anche segretario nazionale della FONCaM, la Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario — perché tutte le donne che subiscono una mastectomia o una quadrantectomia ricevono contestualmente la ricostruzione del seno ad opera del chirurgo plastico: se fino a alcuni anni fa era questo era privilegio di una minoranza di casi, oggi molti ospedali si stanno attrezzando. Secondo obiettivo, la day surgery, un intervento chirurgico oncologicamente completo a pazienti che vengono poi dimesse la sera stessa. Perché la percezione della gravità della malattia, e il subbuglio emotivo che porta con sé, dipendono anche dall'impatto del ricovero ospedaliero e dall'entità delle cure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Appuntamento

A Roma un incontro per parlarne

Per il 6 dicembre, a Roma, Europa Donna Forum Italiano e Fondazione Umberto Veronesi hanno organizzato un incontro (aperto al pubblico su accredito, tel. 06.68801242) per ripercorrere le tappe fondamentali della lotta contro il cancro al seno con uno sguardo al futuro. Europa Donna è il movimento di opinione che sostiene presso le istituzioni la causa delle donne con tumore mammario. Fondazione Veronesi è nata nel 2003 allo scopo di sostenere la ricerca e la divulgazione scientifica.

La vita continua



Circa 2.400

- le donne in età fertile (tra i 15 e i 49 anni) colpite da tumore al seno ogni anno in Italia
- Circa il 90% il tasso di guarigione* in questa fascia d'età

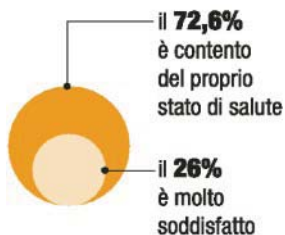


Oltre 500 mila
le donne italiane guarite dal cancro al seno

*per guarigione si intende l'assenza di malattia per almeno 10 anni dalla conclusione delle cure

Come si sentono le donne guarite

Il grado di fiducia

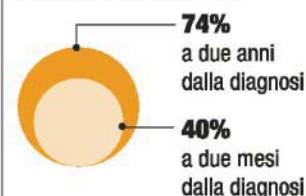


Ma

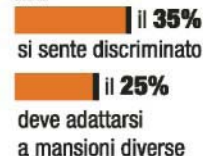


Il lavoro

La quota di donne che ricomincia a lavorare



Ma



La maternità

500

le donne che hanno avuto figli dopo il tumore

I controlli preventivi consigliati secondo l'età

Per le donne «a rischio» dai 40 anni in poi (quelle con una predisposizione genetica per le mutazioni dei geni o con una storia familiare di tumori) è fortemente consigliato sottoporsi a mammografia, ecografia e risonanza magnetica con periodicità stabilita dal senologo

- ✓ **Dopo i 25 anni** una visita clinica annuale che può essere eseguita anche dal ginecologo
 - ✓ **Tra i 25 e i 40 anni** l'autopalpazione di routine; l'ecografia a discrezione del medico
 - ✓ **Verso i 40 anni** una mammografia
 - ✓ **Dopo i 40 anni** una mammografia ogni 2 anni
 - ✓ **Fra i 50 e i 69 anni** programmi gratuiti di screening mammografico ogni 2 anni
- Il Piano Nazionale della Prevenzione ha dato indicazione alle Regioni di ampliare lo screening per le donne fra i 45 e i 49 anni con mammografia annuale e per quelle tra i 70 e i 74 anni con mammografia biennale*

D'ARCO

Prevenzione Regole facili e ad «ampio spettro»

Ci si difende prima di tutto con le sane abitudini



Una ricerca recente ha evidenziato che chi fa esercizi per circa 20 minuti al giorno ha il 40 per cento in meno di possibilità di cadere in recidiva

Sono troppe le connazionali che stanno "disimparando" dagli uomini: trascurano prevenzione e salute. «Troppe, poi, guarite dal cancro, tornano alla vita sregolata di prima: — dice **Marco Venturini**, presidente dell'**Associazione italiana di oncologia medica** — fumano, mangiano male, sono sedentarie». Invece una ricerca ha provato che chi fa esercizi per circa 20 minuti al giorno ha il 40% in meno di possibilità di cadere in recidiva. «Le regole per avere un seno sano servono a prevenire anche altre

malattie oltre il tumore — dice Marco Rosselli del Turco, già presidente della Società Europea di Senologia. Funzionano, infatti, contro molte forme di cancro, la sindrome metabolica, le malattie cardiovascolari. «Sono valide dalla pubertà in poi: — prosegue l'esperto — non fumare; evitare sovrappeso; almeno mezz'ora di esercizio fisico al giorno, un'alimentazione corretta. Ovvero: limitare alimenti calorici, bevande zuccherate e alcolici, carni rosse e conservate, abbondare con frutta e verdura. Infine, allattare al seno se possibile». Poi, c'è la potente arma della diagnosi precoce. «È bene prestare attenzione ai campanelli d'allarme: noduli, gonfiore e anomalie nel capezzolo, come irritazioni o secrezioni inusuali» aggiunge Franco Di Filippo, direttore della Chirurgia della Mammella al Regina Elena di Roma. E le cure? «Sono molte: — continua Di Filippo — chirurgia sempre più conservativa, radio, chemio, ormonoterapia. E le *target therapies*, (terapie mirate) che danno benefici solo in determinati casi. Non sempre il farmaco innovativo è più efficace di quello tradizionale. Si sceglie, in équipe multidisciplinare, per la singola paziente: dimensioni del tumore, stadio di malattia, età, condizioni generali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Progressi È possibile proteggere le ovaie dagli effetti tossici della chemio Oggi le terapie non impediscono di realizzare il desiderio di maternità

Tornare alla vita di prima, più in fretta possibile. Anche sul "dopo-tumore" la storia del cancro al seno ha fatto da apri-pista, da esempio, per trovare il modo migliore di garantire alle pazienti una buona qualità di vita. Oggi sono più di 500 mila le italiane guarite dalla malattia e diversi studi ne hanno scattato una fotografia: quasi la metà di loro ricomincia a lavorare a due mesi dalla diagnosi; una su quattro lascia il marito o il compagno che si è dimostrato inadeguato a questa prova; molte temono di ammalarsi di nuovo e sei su 10 hanno sperimentato un periodo di depressione; ancora poche hanno avuto figli dopo il tumore.

«La maggioranza accusa il colpo psicologico e sempre più spesso chiede aiuto — dice Anna Costantini, presidente della Società italiana di psiconcologia —. Si sentono meno femminili, temono il futuro, soffrono ansia o depressione e ne pagano il prezzo nella vita sociale o nell'intimità di coppia». I rimedi esistono, basta parlarne (sono sempre di più gli psiconcologi integrati alle équipes oncologiche): «Se necessario si può ricorrere ad appositi farmaci e possono essere efficaci anche tecniche di rilassamento, counseling, psicoterapie brevi, interventi di coppia» aggiunge l'esperta. L'attenzione per ritorno alla quotidianità è importante anche a fronte dei numeri della malattia: il carcinoma mammario è la neoplasia più frequente nelle donne, i casi sono in continuo aumento (in Italia, nel 2010 ne sono stati diagnosticati oltre 38 mila, il che significa che una connazionale ogni 11 è a rischio di ammalarsi nel corso della vita), ma la

mortalità è in calo. Sono poi circa 1.500 ogni anno le italiane sotto i 40 anni che fanno i conti con la malattia e più di un terzo di loro non ha ancora avuto figli. «Cresce il numero di casi nelle donne giovani, — spiega Carmine Pinto, segretario nazionale dell'associazione italiana di oncologia medica — per cui lasciare aperta l'opportunità di diventare madri è fondamentale». I chemioterapici compromettono la possibilità di gravidanza nel 70% dei casi perché provocano una menopausa precoce. «Finora — aggiunge la coordinatrice di una ricerca salva-fertilità, Lucia Del Mastro, dell'Istituto tumori di Genova — l'unica soluzione per avere figli era congelare gli ovuli prima della terapia per poi procedere, a guarigione avvenuta, alla fecondazione in vitro. Ma la nuova sperimentazione dimostra che è possibile proteggere le ovaie dagli effetti tossici della chemio». Certo per essere curate al meglio è necessario rivolgersi a centri di esperienza: «Più sono i casi che un centro cura, maggiore è l'abilità che acquisisce» spiega Alberto Costa, coordinatore del comitato scientifico di Europa Donna. Oggi molti ospedali hanno attivato percorsi "specializzati" per la cura dei tumori al seno. Il modello a cui puntare è quello delle *Breast Units*, centri di senologia multidisciplinari certificati secondo parametri stabiliti dall'Unione Europea: «Ogni anno — dice Costa — devono curare almeno 150 casi di cancro e avere almeno un chirurgo che ne opera 50; fare minimo 5 mila mammografie e avere un radiologo che ne legge mille. I centri italiani che corrispondono a questi parametri sono una trentina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Discussione Chi la sostiene: «Arma potente». Chi è contrario: «Stress inutili»

Mammografia: pro e contro

Importante è che la decisione sia consapevole



Ogni anno in Italia gli screening mammografici fanno scoprire 6 mila tumori



Si diagnosticano anche neoplasie che non avrebbero mai dato segno della loro presenza

Ogni anno vengono individuati oltre 6 mila tumori al seno grazie ai programmi di screening mammografico. «E nell'85% dei casi si tratta di tumori in fase precoce — dice Marco Zappa, responsabile dell'Osservatorio nazionale screening — per cui possono essere trattati con chirurgia conservativa. I dati mostrano che c'è ancora molta strada da fare per raggiungere livelli di copertura e partecipazione agli screening del Nord Europa, ma nello stesso tempo che anche in Italia abbiamo raggiunto importanti risultati». Nel 2010, secondo i dati dell'Osservatorio, il 70% delle italiane fra i 50 e i 69 anni ha ricevuto una lettera di invito a sottoporsi alla mammografia, con una grande differenza fra il Centro-Nord (oltre l'80% e tassi di risposta positivi per 7 donne su 10) e il Sud-Isole (la copertura è del 40% e accolgono l'invito solo 4 donne su 10).

C'è però chi mette in dubbio l'utilità della mammografia come esame da fare a tappeto sulla popolazione femminile sana. Il test, infatti, può individuare tumori ma anche noduli benigni, esponendo un certo numero di donne a stress e cure (interventi chirurgici, biopsie, ulteriori indagini diagnostiche) non necessari. Chi è contrario si basa su due motivazioni: primo, i benefici dello screening sono minori di quelli attesi; secondo, diagnosi e cure in eccesso possono essere nocive. Lo sostiene Gianfranco Domenighetti, professore di comunicazione, economia e politica sanitaria all'Università della Svizzera Italiana e di Losanna: «Secondo

quanto pubblicato nel 2010 sul *New England Journal of Medicine* su 2500 donne che hanno partecipato allo screening solo una ha evitato il decesso per cancro al seno. Tra 600 e 1000 donne sperimentano falsi allarmi che, in circa la metà dei casi, daranno luogo a una biopsia, mentre circa 10 donne sono erroneamente rassicurate dall'esame mammografico (falsi negativi). E un numero che varia tra le 5 e le 15 si vede diagnosticare neoplasie che non avrebbero mai dato segno della loro presenza nel corso della vita, costringendole a inutili terapie».

Secondo Eugenio Paci, direttore dell'Epidemiologia al Centro toscano per lo studio e la prevenzione oncologica, l'insieme dei dati disponibili in Europa porta a conclusioni diverse: «Gli argomenti di chi è contrario si basano sostanzialmente su comparazioni di dati non omogenei che portano a distorsioni interpretative. Se si utilizzano metodologie di studio adeguate i numeri non lasciano dubbi: un regolare uso dello screening quasi dimezza il rischio di morire cancro al seno». Tanto che il Piano nazionale di prevenzione 2010-2012 ha dato indicazione alle Regioni di ampliare la fascia d'invito annuale alle donne fra i 45 e i 49 anni e l'invito biennale a quelle fra i 70 e i 74.

Certo, il problema di diagnosi e trattamenti in eccesso esiste. Per Domenighetti: «Partecipare o meno allo screening deve essere il frutto di un delicato bilancio personale tra benefici attesi e possibili effetti negativi. La scelta della donna, qualsiasi essa sia, deve essere considerata quella "giusta", purché ab-

bia ricevuto prima della decisione tutte le informazioni su rischi e benefici di questo esame». Per i sostenitori della mammografia, il test è il modo migliore per identificare un tumore prima che divenga sintomatico, quando è piccolo, le cure saranno meno invasive e le possibilità di guarire sfiorano il 95%. Ma serve una corretta informazione: «Chi si sottopone al test — spiega Zappa — deve sapere che va incontro al rischio di scoprire un tumore poco aggressivo, che magari non avrebbe mai saputo d'avere». E allora che si fa? «Se la mammografia è dubbia o positiva, si procede a una microbiopsia per avere una diagnosi certa al microscopio — risponde Giuseppe D'Aiuto, direttore della Senologia all'Istituto tumori Pascale di Napoli —. E visto che oggi conosciamo la biologia dei tumori, dall'esame ricaviamo anche la sua aggressività. Oggi, qualsiasi intervento tiene conto dell'età e delle condizioni della paziente, del tipo e delle dimensioni del tumore».

È dunque fondamentale che le donne ricevano indicazioni chiare sia prima che dopo l'esame, con un obiettivo ben preciso: non essere sottoposte a terapie inutili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Mi diedero del pazzo ma quell'idea ha ridato la speranza alle donne”

Veronesi: ora il cancro al seno si batte 85 volte su 100

L'intuizione

La mia ricerca del '69 sembrava visionaria: rinunciare alla mastectomia andava contro le certezze del Ghotà dell'oncologia

I pazienti

In quegli anni vinceva il fatalismo, il male era considerato incurabile. E molti pazienti dopo la diagnosi venivano abbandonati a se stessi

DARIO CRESTO-DINA

MILANO — Fu l'intuizione che salvò la femminilità. Trent'anni or sono il «New England of Medicine» riconobbe e pubblicò il lavoro di Umberto Veronesi sulla quadrantectomia, confermando per la prima volta l'efficacia di un intervento «non invasivo» nella cura del cancro al seno. Arrivò al traguardo un cammino scientifico cominciato dodici anni prima.

Professor Veronesi, che cosa ricorda di quei giorni?

«Lo sguardo scandalizzato del Gotha mondiale della medicina quando esposi l'idea al congresso di Ginevra. Era il 1969. Le reazioni furono ostili. Ero giovane, ero italiano, venivamo considerati scienziati di serie B, e trasgredivo all'ortodossia del tempo. Tre qualità sufficienti a venire isolato dalla confraternita. In altre parole, mi diedero del pazzo».

Non c'era anche la paura di sbagliare?

«L'ho avuta per otto anni. L'angoscia dell'errore. Non ci dormivo di notte».

In che cosa trasgrediva, come medico?

«Credevo in una speranza. Negli anni Sessanta la lotta ai tumori era in un vicolo cieco. La presunta incurabilità del male trasformava in fatalisti la maggior parte degli oncologi. Pazienti venivano mandati a casa senza terapie, altri subivano interventi demolitivi che li annientavano sul piano psicologico».

Lei ha scritto che quando entrò per la prima volta all'Istituto tumori di Milano le sembrò di aver messo piede in un lazzaretto. Perché?

«Stava vicino a casa mia, ci passavo davanti in bici. Nel '51, avevo ventisei anni, in un bar di piazza Piola un impresario teatrale mi domandò se volevo conoscere il professor Piero Bucalossi, allora direttore della chirurgia dell'ospedale. In quell'incontro si compì il mio destino. Nelle stanze dell'Istituto Tumori fui meravigliato dal mio maestro, ma rischiavo anche di venire travolto dalla sofferenza e dalla rassegnazione che si respirava a quel tempo. Un'aria da peste manzoniana».

Com'era per le donne?

«Nei confronti delle donne colpite da un cancro al seno scattava il dogma della mastectomia, cioè l'asportazione totale della mammella, dei linfonodi dell'ascella e dei muscoli pettorali a cui si aggiungevano lunghe sedute di radioterapia».

Una devastazione fisica.

«Chi rifiutava l'intervento veniva respinta e condannata a morire. Decisi di provare a scavalcare il protocollo. Da anni studiavo gli esami istologici per trovare la conferma di un'idea: pensavo che per curare un tumore del seno di piccole dimensioni sarebbe stato sufficiente togliere il lobo della ghiandola nella quale si insediava il nodulo. Al microscopio mi ero reso conto che nella fase iniziale le cellule malate si riproducevano in modo meno aggressivo».

Quando s'iniziò la sperimentazione?

«Lo studio clinico cominciò nel 1973 e durò otto anni su 700 donne. La metà di loro venne sottoposta a mastectomia, le altre alla quadrantectomia che prevedeva l'asportazione di una sola parte della mammella. La mia prima paziente, quello che si chiama il Paziente Zero, fu Laura, una ragazza milanese di 26 anni che, lo ricordo ancora, abitava in piazzale Bacone. Mi disse: mi sposo tra poche settimane, ho un bel seno, non voglio perderlo. Laura si è sposata e sta bene ancora oggi».

Fu una rivoluzione per l'oncologia?

«Senza dubbio fu un salto in avanti di due posizioni. Per la prima volta l'oncologia poteva pensare non solo di salvare una vita, anche la sua qualità. Venne sradicato il principio del massimo tollerabile a favore del minimo efficace. La mortalità diminuì, oggi siamo alla quota di sopravvivenza dell'85 per cento, e senza lo spettro dell'amputazione sempre e comunque le donne cominciarono ad avvicinarsi alla diagnosi precoce. Forse l'autentica rivoluzione si è manifestata nel rapporto medico-paziente. L'attenzione all'integrità fisica e alla dimensione psicologica della malattia introdusse l'elemento dell'empatia, cioè la partecipazione consapevole del malato alla propria cura. Un fondamento della medicina moderna».

Professore, lei ha più di 80 anni. Quali sono state le più importanti tappe della medicina di cui è stato testimone?

«Le vaccinazioni contro le grandi malattie virali come il vaiolo, la difterite e la poliomielite, gli antibiotici per debellare le infezioni, la radioterapia per i tumori, i trapianti d'organo, la decodifica del DNA, l'applicazione del calcolo informatico all' imaging diagnostico, le cellule stami-



nali».

Sconfiggeremo il cancro?

«Io penso che un giorno l'uomo vincerà anche questa sfida. La prossima scoperta decisiva potrebbe chiamarsi Mirna. Significa microRNA: frammenti genetici specifici che le cellule tumorali immettono nel sangue alcuni anni prima che il tumore diventi anche solo una presenza di pochi millimetri. Attraverso un semplice esame del sangue ora è già possibile individuare il cancro del polmone molto prima che si manifesti. E presto il test sarà disponibile anche per il tumore del seno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In un incontro a Roma il progetto mortalità zero

Il 6 dicembre a Roma, nell'Aula dei gruppi parlamentari, un incontro sulla storia e sul futuro della lotta al tumore del seno. Veronesi racconterà cosa prevede per i prossimi 30 anni, per i quali ha un obiettivo ambizioso: la mortalità zero

Le tappe



1952

LA LAUREA

Nel '52 Veronesi si laurea in Medicina a Milano e decide di dedicarsi allo studio dei tumori, con esperienze all'estero



1965

L'ASSOCIAZIONE

Nel 1965 partecipa alla fondazione dell'Airc, l'associazione per la ricerca sul cancro



1969

IL CONVEGNO

A Ginevra espone la sua ricerca sulla possibilità di interventi non invasivi per i tumori al seno al posto della mastectomia



1973

LO STUDIO

Inizia lo studio clinico su 700 donne. Dopo 8 anni la ricerca viene pubblicata sul "New England of Medicine"

L'AMACA

MICHELE SERRA

Pare che la circolare anti-profilattico diffusa alla Rai sia nata dall'iniziativa autonoma di una funzionaria, e dunque non sia imputabile al ministero della Sanità. Sospiro di sollievo. Ma l'episodio, benché circoscritto, è il sintomo (ennesimo) non solo di una invincibile ostilità confessionale ai rapporti sessuali protetti; ma anche della pretesa di imporre *A TUTTI* (maiuscolo e sottolineato) le convinzioni e gli stili di vita che sono solo di alcuni. Di questa pretesa, che è strutturalmente violenta anche quando assume forme suadenti e paternalistiche, non si discuterà mai abbastanza: perché è il punto attorno al quale ruota, in Italia assai più che altrove, l'intera questione etica. In parole semplicissime: chi usa il preservativo non impone di usarlo a chi non vuole; perché, dunque, chi non lo usa cerca di impedirne l'uso a chi vuole?

Vietare o anche solo sconsigliare l'uso della parola "profilattico" nella giornata mondiale della lotta all'Aids significa voler espropriare alla comunità nazionale un pezzo rilevante del discorso, se non il discorso stesso. Ovviamente l'idea è stata all'istante denunciata e ridicolizzata da chi avrebbe dovuto subirla. Ma che quell'idea ancora alligni, è per metà incredibile, per l'altra metà insopportabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Intervento

Subito i costi standard per la sanità pubblica: si risparmiano 6 miliardi

GERARDO ANTELMO

■ ■ ■ Dopo settimane di trepidante attesa siamo finalmente arrivati al dunque: da quanto è finora trapelato infatti, il governo tecnico, dal quale ci si aspettava intuizioni geniali degne di cattedratici e manager di gran prestigio, varerà una serie di misure che si concretizzeranno essenzialmente in nuove entrate fiscali. La scelta di riordinare il sistema dei vitalizi in favore dei parlamentari "pensionati" dai partiti, non va oltre il simbolismo mediatico e populista anticasta considerato che l'entità dei risparmi in gioco è davvero ininfluente rispetto a quelli che si potrebbero ottenere attraverso una sapiente azione antispreco attuabile nel giro di pochissimi mesi. Il settore dove si annidano i grandi sprechi è la sanità (il pubblico dilapida il 29% delle risorse, circa 13 miliardi all'anno); la politica, attraverso il decreto legislativo sul federalismo fiscale, ha già varato un sistema di induzione alla razionalizzazione delle spese che potrà consentire, a parità di servizi pubblici offerti, il recupero di notevoli somme. Si tratta dei cosiddetti costi standard in sanità: i costi riconosciuti per un determinato servizio saranno quelli derivanti dal costo medio della sanità in tre regioni ritenute virtuose, perché offrono alti livelli di assistenza riuscendo contestualmente a tenere in ordine i bilanci. Secondo uno studio del Cerm, il sistema dei costi standard (che pur prevede una perequazione per qualche anno per le regioni che non riescono da subito a rientrare nei parametri) per i servizi, per i presidi ospedalieri (garze, siringhe, protesi...) e per attrezzature per strumenti diagnostici, potrebbe consentire un risparmio di oltre 6 miliardi di euro all'anno.

Perché il tecnico ministro della salute, Renato Balduzzi, non si attivi per anticipare al 2012 l'applicazione del sistema dei costi standard, già prevista per l'anno 2013, e per applicare da subito la geniale regola del benchmark tra le regioni più

virtuose per livelli di efficienza e di spesa? Molte regioni, soprattutto del centro-sud, dove la sanità è stata sovente utilizzata in passato per creare occupazione, sarebbero costrette a migliorare i loro livelli di efficienza. A titolo di esempio, secondo lo studio del Cerm, la Regione Puglia del governatore Niki Vendola sarebbe costretta a dover migliorare l'efficienza sanitaria del 96% riducendo contemporaneamente la spesa del 24%; la regione Siciliana della coalizione Pd-Mpa-Fli dovrebbe recuperare invece un gap del 90% nel parametro dell'efficienza e contestualmente ridurre del 24% le spese sostenute. La sostenibilità economica del nuovo sistema sanitario federale (anche se le regioni godono delle deleghe in materia di sanità dal 2001 quando fu riformato il titolo V della costituzione) per le regioni meno virtuose, non potendo e non dovendo esse agire sulla qualità delle erogazioni prestate, dovrà passare necessariamente attraverso la razionalizzazione delle spese. Nel Regno Unito, proprio al fine di contenere i costi, gli appalti per via telematica vengono utilizzati nel 50% dei casi; perché in Italia il mercato telematico (che genera risparmi) gestito dalla Consip, ente del ministero dell'economia, filtra meno del 5-6% delle gare d'appalto? Accanto all'applicazione del sistema dei costi standard, è utile riflettere sull'enorme spreco di denaro impiegato per non indispensabili esami diagnostici. Basterebbe rivedere le linee guida per singola patologia, affinché esse possano meglio schematizzare i costi/benefici degli esami clinici e diagnostici per il trattamento di una potenziale o conclamata diagnosi. È uno spreco ad esempio sottoporsi ad una costosa Tac total body se il paziente lamenta un dolore ad una mano. Illuminante è la linea di condotta di alcune assicurazioni degli Usa, che hanno smesso di calcolare l'entità del premio della polizza sulla base dei check up eseguiti dai contraenti negli ultimi anni: scoprirono che quella pratica non determinava risparmi significativi.



Ricoveri ospedalieri, ticket da 10 euro già a gennaio

I provvedimenti

Il risparmio sarebbe di 120 milioni
Con la cura Monti 24 miliardi
di tagli complessivi per il settore

Michele Di Branco

ROMA. Il nodo più importante da sciogliere, in queste ore, è quello dell'introduzione o meno del ticket sui ricoveri ospedalieri. Nella manovra estiva, il governo Berlusconi, sfidando la forte contrarietà delle Regioni, lo aveva fissato per il 2013. L'ipotesi alla quale si lavora, tra molti dubbi, è anticiparlo di un anno, imponendo un obolo di 10 euro già dal primo gennaio 2012. In una indagine che circola al ministero della Sanità, si legge che la misura frutterebbe 120 milioni. Ma nella versione più dura, vale a dire 10 euro per ogni giornata di ricovero, si arriverebbe fino a 700 milioni. Ovviamente, la scelta che sarà fatta, e che solleva diffusa perplessità dentro il governo per la ricaduta negativa in termini di popolarità, influirà molto sulla consistenza finanziaria della già decisa anticipazione, dal 2013 al 2012, del taglio lineare al Fondo sanitario nazionale. È una sforbiciata da 2,5 miliardi. Ma la cura "dimagrante" sulla sanità sarà comunque solo un assaggio. I 5 miliardi di risparmi previsti per il 2014 verrebbero infatti anticipati all'anno precedente.

Tra le ipotesi allo studio, nel pacchetto dei tagli, spiccano 650 milioni di risparmi per effetto della razionalizzazione della spesa farmaceutica, un blocco dei contratti al personale per un totale di 1,1 miliardi e una riduzione, da spalmarne però su due anni, della copertura garantita dai livelli essenziali di assistenza (Lea). I tecnici del ministero della Sanità pensano anche alla possibilità di attuare la liberalizzazione dei farmaci di fascia C e la revisione della pianta organica delle farmacie, con una riduzione del

rapporto tra cittadini e presenza sul territorio. I tagli avranno un impatto sui ticket introdotti con la manovra 2011 (10 euro per visite specialistiche e diagnostica e 25 per i codici bianchi al Pronto soccorso). Da fine luglio, solo Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia e Basilicata avevano cominciato ad applicarli integralmente. Dal prossimo anno molte altre Regioni, che avevano fissato una serie di limitazioni per salvaguardare fette di popolazione meno abbienti, dovranno operare un inevitabile giro di vite.

Il Patto per la salute 2010-2012 prevedeva uno stanziamento, per il Servizio sanitario nazionale, di 108,7 per il 2012. Ora si punta a far scendere la quota a 106 miliardi. Con conseguenze durissime sul sistema complessivo. A fine estate, secondo i calcoli delle Regioni, tra il 2012 e il 2014 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale era destinato a subire tagli per circa 17 miliardi di euro. Con la cura del governo Monti, il conto rischia di arrivare a quota 24. Vale a dire un punto e mezzo di Pil.

Una cura difficile da digerire, tanto che il ministro della Salute, Renato Balduzzi, che non ancora scoperto le sue carte, ha cercato di mettere le mani avanti osservando che «è chiaro che se le manovre dei prossimi anni per le quali è già prevista una scansione comporteranno sacrifici, dovranno assicurare un maggior livello di assistenza sanitaria». Parole che non rassicurano le Regioni. «Già con un taglio di circa 2 miliardi - ha detto l'assessore siciliano alla Sanità, Massimo Russo - sarebbe difficile, se non impossibile, gestire il settore». Un settore che, vale la pena ricordarlo, appare gestito male in molte sue articolazioni. Secondo l'ultimo rapporto Aiop, gli ospedali pubblici italiani, in media, sprecano oltre il 29% dei finanziamenti, con un danno, per il bilancio di Stato, di 13 miliardi l'anno. Una "inefficienza diffusa e sommersa" che vede il Lazio in testa, con quasi 2 miliardi sperperati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Si studiano interventi per complessivi 2,5 miliardi nel 2012 e per 4 nel 2013



Verso un balzello di 10 euro per ogni giorno di degenza
Razionalizzazioni alle strutture

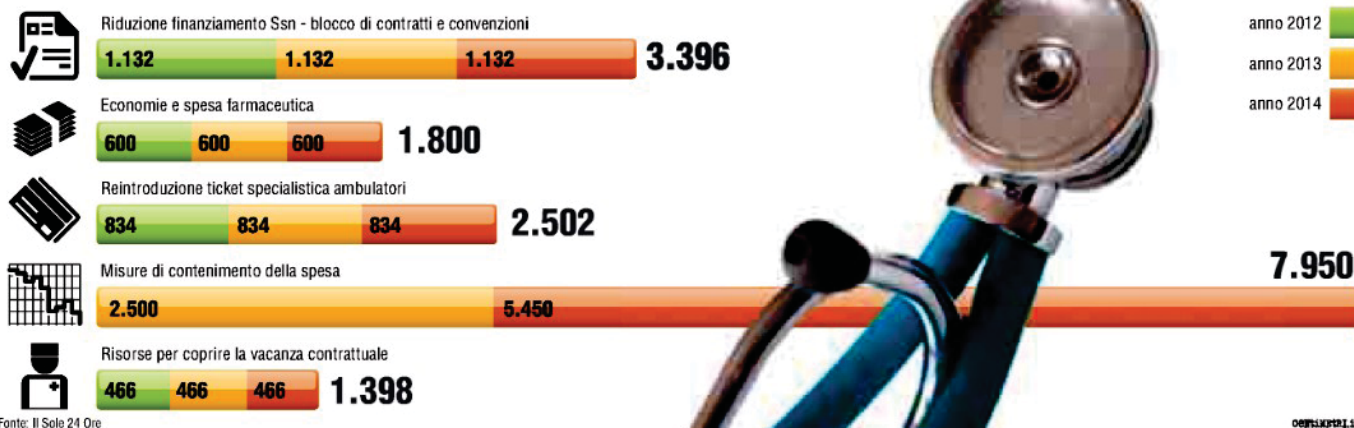
Spunta l'ipotesi ticket sui ricoveri blocco totale dei contratti

Saranno anticipati i risparmi già previsti. Regioni in allarme

I tagli sulla sanità

Effetti sulle manovre finanziarie per gli anni 2012-2014

dati in milioni di euro



Fonte: Il Sole 24 Ore

00814KPERL15

*Probabile anche
la liberalizzazione
dei farmaci
di fascia C*

di MICHELE DI BRANCO

ROMA - Il nodo più importante da sciogliere, in queste ore, è quello dell'introduzione o meno del ticket sui ricoveri ospedalieri. Nella manovra estiva, il governo Berlusconi, sfidando la forte contrarietà delle Regioni, lo aveva fissato per il 2013. L'ipotesi alla quale si lavora, tra molti dubbi, è anticiparlo di un anno, imponendo un obolo di 10 euro già dal primo gennaio 2012. In una indagine che circola al ministero della Sanità, si legge che la misura frutterebbe 120 milioni.

Ma nella versione più dura, vale a dire 10 euro per ogni giornata di ricovero, si arriverebbe fino a 700 milioni. Ovviamente, la scelta che sarà fatta, e che solleva diffusa perplessità dentro il governo per la ricaduta negativa in termini di popolarità, influirà molto sulla consistenza finanziaria della già decisa anticipazione, dal 2013 al 2012, del taglio lineare

al Fondo sanitario nazionale. E' una sforbiciata da 2,5 miliardi. Ma la cura "dimagrante" sulla sanità sarà comunque solo un assaggio. I 5 miliardi di risparmi previsti per il 2014 verrebbero infatti anticipati all'anno precedente.

Tra le ipotesi allo studio, nel pacchetto dei tagli, spiccano 650 milioni di risparmi per effetto della razionalizzazione della spesa farmaceutica, un blocco dei contratti al personale per un totale di 1,1 miliardi e una riduzione, da spalmare però su due anni, della copertura garantita dai livelli essenziali di assistenza (Lea). I tecnici del ministero della Sanità pensano anche alla possibilità di attuare la liberalizzazione dei farmaci di fascia C e la revisione della pianta organica delle farmacie, con una riduzione del rapporto tra cittadini e presenza sul territorio.

I tagli avranno inevitabilmente un impatto sui ticket introdotti con la manovra 2011 (10 euro per visite specialistiche e diagnostiche e 25 euro per i codici bianchi al Pronto soccorso). Da fine luglio, solo

Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia e Basilicata avevano cominciato ad applicarli integralmente. Dal prossimo anno molte altre Regioni, che avevano fissato una serie di limitazioni per salvaguardare fette di popolazione meno abbienti, dovranno operare un inevitabile giro di vite estendendo i ticket a fasce di malati finora protette.

Il Patto triennale per la salute 2010-2012 prevedeva uno stanziamento, per il Servizio sanitario nazionale, di 108,7 per il 2012. Ora si punta a far scendere la quota a 106 miliardi. Con conseguenze durissime sul sistema complessivo. A fine estate, secondo i calcoli delle Regioni, tra il 2012 e il 2014 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale era destinato a subire tagli per circa 17 miliardi di euro. Con la cura del governo Monti, il conto rischia di arrivare a quota 24. Vale a dire un punto e mezzo di Pil.

Una cura difficile da digerire, tanto che il neo-ministro della Sanità, Renato Balduzzi, che non ancora scoperto le sue carte, ha cercato di mettere le mani avanti osservando che «è chiaro che se le manovre dei prossimi anni per le quali è già prevista una scansione



comporteranno sacrifici, dovranno assicurare un maggior livello di assistenza sanitaria».

Parole che non rassicurano le Regioni. «Già con un taglio di circa 2 miliardi – ha detto l'assessore siciliano alla Sanità, Massimo Russo – sarebbe difficile, se non impossibile, gestire il settore». Un settore che, vale la pena ricordarlo, appare gestito male in molte sue articolazioni. Secondo l'ultimo rapporto Aiop (Associazione italiana ospedalità privata⁴), gli ospedali pubblici italiani, in media, sprecano oltre il 29% dei finanziamenti, con un danno, per il bilancio di Stato, di 13 miliardi di euro l'anno. Una "inefficienza diffusa e sommersa" che vede il Lazio in testa, con quasi 2 miliardi di euro sperperati.

«E' evidente che se la manovra del governo Berlusconi viene anticipata, per noi diventa oggettivamente molto problematico assorbirla senza penalizzare i servizi», ha detto la presidente della regione Lazio, Renata Polverini. «Su questo e sul Trasporto pubblico locale - ha continuato - in queste ore c'è un confronto con il governo. Domenica anche a fronte di quello che ci sarà illustrato sapremo trarre le conseguenze e capire con quale realtà economica ci dovremo confrontare per il prossimo anno, che potrebbe non essere quella già

difficile per le Regioni. Le Regioni si stanno avvicinando alla finanziaria con tre manovre del governo Berlusconi da assorbire in un solo anno - ha concluso -.

Tpl e sanità sono le due grandi questioni sulle quali rischiamo di andare sul serio in difficoltà».

**Liberalizzazioni:
ordini e farmaci
Subito polemica**

Raffaele Masci e Sandra Riccio
ALLE PAGINE 12 E 13

Più farmaci dentro il carrello della spesa

Il governo: con i supermercati risparmio per 200 milioni l'anno

Si abbasserà la soglia di abitanti necessari per aprire nuove farmacie

«Migliaia di esercizi costretti a chiudere» Federfarma chiede un incontro col governo

SANDRA RICCIO
TORINO

Sono ancora ipotesi allo studio. Certo è che hanno già scatenato ansie e barricate nella categoria, quella dei farmacisti, che sarà toccata dalle misure pensate per il settore.

Il piano abbozzato corre su due binari, da un lato quello di una stretta al settore attraverso la liberalizzazione di una particolare categoria di farmaci, quelli di fascia C, vale a dire quei medicinali che sono acquistabili con ricetta medica ma non vengono rimborsati dal Sistema sanitario nazionale. Dall'altro invece sarebbe prevista un'apertura alla categoria attraverso la revisione del numero di farmacie sul territorio. Sono questi, al momento, i due principali provvedimenti che riguardano il sistema farmacie che, già domani, dovrebbero venire discussi in Consiglio dei Ministri.

Nel primo dei due casi la proposta sul tavolo sarebbe quella di estendere la vendita dei medicinali di fascia C al di fuori dei canali tradizionali delle farmacie. Si ridurrebbe così

una fetta di mercato non trascurabile per la categoria: il giro d'affari generato, ogni anno, dai farmaci di fascia C arriva a 3 miliardi di euro. Per questo l'ipotesi di liberalizzare la categoria tiene in forte apprensione i titolari delle quasi 18 mila farmacie sparse lungo il territorio, preoccupate di perdere un'importante quota di mercato a danno delle parafarmacie e dei supermercati. E' su questi canali che si riverserebbe il business. La vendita sarebbe possibile nell'ambito di un apposito reparto delimitato, rispetto all'area commerciale, da strutturare in grado di garantire l'inaccessibilità dei farmaci da parte del pubblico e del personale non addetto, negli orari sia di apertura che di chiusura al pubblico.

Immediata la reazione della categoria: «Questa non è una misura per la crescita, ma un provvedimento per uccidere le farmacie», ha commentato la presidente di Federfarma, Anna Rosa Racca. Nulla è ancora certo, ad esempio si parla di lasciare in farmacia i farmaci di fascia C considerati "dopanti", ma l'agitazione della categoria

è palpabile. Non a caso Federfarma ha chiesto un incontro con il Governo, ricordando che in nessun Paese i farmaci con ricetta medica vengono distribuiti in esercizi meramente commerciali. E il suo presidente ha avvertito che la vendita dei medicinali di fascia C fuori dalle farmacie avrebbe «il solo effetto di creare gravi difficoltà economiche ai nostri esercizi e di ridurre il livello di sicurezza e di tutela della salute».

Ai cittadini questa ipotesi permetterebbe di risparmiare oltre 200 milioni di euro all'anno. Il calcolo lo ha fatto Massimo Brunetti segretario nazionale Anpi, l'Associazione delle parafarmacie italiane, vale a dire tra i soggetti che sarebbero favorite dalla nuova misura. Non a caso Brunetti ha bollato come «inverosimile» la reazione dei titolari di farmacie. Secondo i suoi calcoli il provvedi-



Fibrosi cistica: cinque Regioni inadempienti nello screening

Le associazioni dei pazienti e buona parte della comunità scientifica chiedono che gli screening neonatali vengano allargati oltre le 3 malattie previste per legge (ipotiroidismo congenito, fibrosi cistica e fenilchetonuria). In 5 regioni italiane però la normale prassi è ancora disattesa per quanto riguarda il test per

la fibrosi cistica. Questo esame è obbligatorio dal 1993 e le Regioni avrebbero dovuto attivarsi per offrire a tutti i nuovi nati lo screening gratuito, dotandosi di laboratori o consorziandosi con

strutture vicine. A distanza di 18 anni, fa sapere l'Osservatorio malattie rare, Friuli Venezia Giulia (che abbandonò lo screening a fine anni 90 per presunte ragioni di inadeguatezza tra costi e benefici per una regione piccola), Puglia, Sardegna, Basilicata e Abruzzo (dove ora sembra ci siano aperture per avviare lo screening nel 2012) sono inadempienti. Lo screening è utile. Uno studio presentato dalla Lega italiana fibrosi cistica Marche dimostra che dal '95, anno in cui il test è stato introdotto nella regione, al 2010 i casi diagnosticati sono stati 152 contro i 50 dei 15 anni precedenti.

4.100

Tante sono le persone con fibrosi cistica in Italia, la metà delle quali adulte.

La malattia ha un'incidenza di un bambino ogni 3.000-3.500 nati vivi



Regolamenti universitari: l'appello dei giuristi

Nuovi concorsi, firma anche Balduzzi

Un appello alle Università italiane, e non solo, nel porre attenzione alla regolamentazione dei concorsi per assumere professori negli atenei. Tre pagine fitte, per ora firmate da una cinquantina di giuristi, in particolare costituzionalisti, tra cui il ministro della Salute **Renato Balduzzi**. Riflettono sugli esiti della riforma Gelmini, che - con la legge 30 dicembre 2010, numero 240 - prevede il superamento del sistema dei concorsi "locali", introducendo il modello dell'abilitazione scientifica nazionale per l'accesso al ruolo. Con la nuova formula si redige un elenco - nazionale, appunto - di docenti, selezionati in base all'effettiva preparazione scientifica: da questa lista le diverse Università possono attingere, ma stabilendo i criteri con regolamenti locali ad hoc creati in virtù della loro autonomia (legge 168 del 1989).

Qui sta il punto. «Se si può condividere tale modello nella sua ispirazione di fondo - si legge nel documento - è tuttavia lecito nutrire apprensioni non lievi quando si guarda alla prospettiva della sua applicazione, qual è prefigurata anche dalla considerazione delle normative di applicazione, ancora allo stato di proposta o già in nei singoli atenei». Rischio di concorsi piegati da "pressioni localistiche improprie", insomma, che potrebbero contraddire il senso dell'abilitazione nazionale e addirittura il principio della pubblico concorso (art. 97 della Costituzione). Che fare? I giuristi raccomandano vigilanza. E, tra le righe, sembrano auspicare un "atto di indirizzo" del Ministero. Tra i tanti sottoscrittori dell'appello, oltre a Balduzzi, figurano anche Gaetano Azzariti, Beniamino Caravita di Toritto, Enrico Grosso, Annamaria Poggi (che è segretario dell'Aic, l'Associazione dei costituzionalisti italiani), Giovanni Pitruzzella, Antonino Spadaro e Sandro Staiano.

F.Ant.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

