

Sanità Allo Ieo di Milano già trattate 500 donne

Operate e dimesse in mezza giornata per il cancro al seno

I medici: «effetto psicologico positivo»

MILANO — Dal massimo trattamento tollerato al minimo trattamento efficace. E perché sia minimo e perché sia efficace, occorre la diagnosi sempre più precoce e tecnologie sempre più sofisticate: in chirurgia, in radioterapia, in laboratorio.

Umberto Veronesi è il «padre» riconosciuto di questa svolta culturale dell'oncologia mondiale partita da Milano, per il seno, oltre mezzo secolo fa. Ed è grazie a questa svolta che oggi si può dire con certezza che i quattro tumori cosiddetti big killer (polmone, seno, prostata, colon-retto), responsabili di circa il 40% della mortalità da cancro, non fanno più paura. Colpiscono sempre, ma la guaribilità aumenta. Toccando nel seno addirittura il 98%, sempre che si verifichino quelle condizioni di diagnosi precoce che sono alla base del successo. Al punto da far presentare, nella giornata dello «Leo Day 2011», un nuovo progetto dell'Istituto milanese: il meglio della cura in sole 12 ore. Niente degenza. Già 500 donne ne hanno usufruito. È il primo del genere in Europa. Le donne entrano in sala chirurgica, dopo un'accurata selezione psicologica e scientifica (dimensioni e caratteristiche del tumore), operate e sottoposte a radioterapia in-

traoperatoria. Dopo qualche ora di osservazione, vanno a casa o in albergo. Il giorno dopo, visita di controllo conclusiva. Per fare ciò, l'organizzazione deve avere sincronismi perfetti. Coinvolge chirurghi senologi, infermieri, anestesisti, laboratori, psico-oncologi, radioterapisti, segretarie. Pazienti contente, meno costi per il servizio sanitario (niente degenze) e giù anche le liste d'attesa. «Ma il vero valore aggiunto è l'effetto psicologico sulla paziente. La sola idea di fare tutto in 12 ore e senza ricovero fa accettare più serenamente malattia e cure», sottolinea Alberto Luini (direttore della Senologia), ricordando una massima di Veronesi: «Spesso il difficile è togliere il cancro dalla mente dei pazienti».

La squadra Ieo contro i big killer è schierata accanto alla «guida» Umberto Veronesi: oltre a Luini, Lorenzo Spaggiari (polmone), Ottavio De Cobelli (prostata), l'endoscopista Cristiano Crosta (colon-retto), Roberto Orecchia (radioterapia). Obiettivo: il cancro si batte con la stessa strategia applicata per il seno, cioè puntando alla «mortalità zero». Con la regola del minimo intervento efficace.

Prima di tutto, però, la prevenzione. Non empirica, ma a livello del Dna. E qui l'alimentazione svolge un ruolo-chiave.

L'obesità è la prima causa di «mutazione» dei geni. Anzi, dell'epigenoma: il «vestito» proteico che riveste il genoma e ne regola l'espressione. E se il Dna riporta la storia dell'uomo, il suo rivestimento «subisce» il presente. Porta su di sé le «rughe» dell'azione di stili di vita, ambiente e tempo di esposizione. L'eccesso di calorie colpisce lì: l'obesità causa il 15-20% di tutte le morti per cancro. Ridurre di un terzo le calorie giornaliere allunga la vita di tutte le specie (dai lieviti ai primati) e protegge dalle malattie dell'invecchiamento, cancro compreso. Lo spiegano Lucilla Titta (oncologia sperimentale) e il suo direttore Pier Giuseppe Pelicci. La «fame» mantiene giovani. Ma non occorre fare la fame. Alcuni cibi hanno lo stesso effetto. Pelicci fa sognare: «Li stiamo classificando come smart food». Cibi protettivi. Dopo lo slow food, il fast food, lo junk food (cibo spazzatura), arriva lo smart food. «Alcune molecole sembrano in grado di proteggere così come la restrizione calorica». Ecco quelle già note: fisetina (fragole, cipolle), capsaicina (peperoncino), campferolo (tè, broccoli), resveratrolo (uva, more, cacao).

Si può cominciare a cambiare menù.

Mario Pappagallo

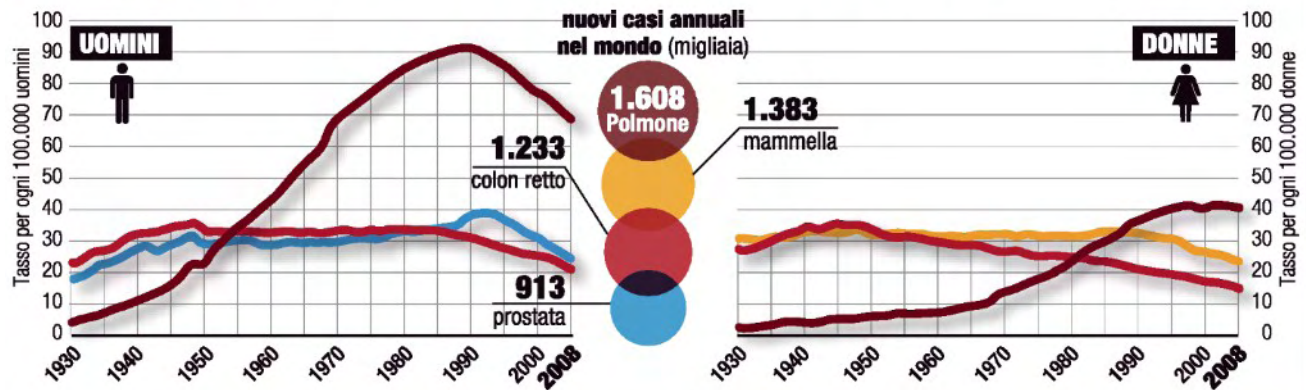
© RIPRODUZIONE RISERVATA



I 4 big killer

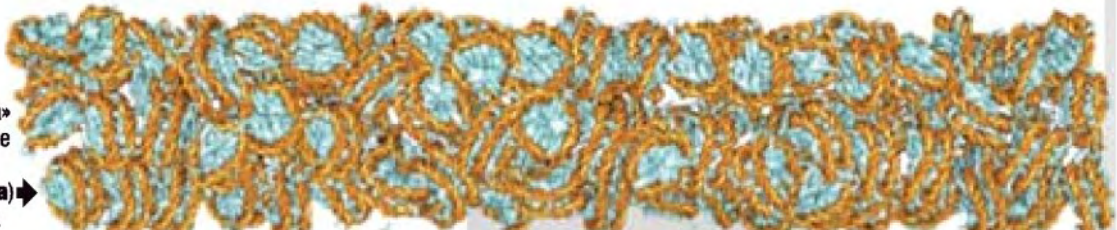
- polmone
- prostata
- colon retto
- mammella

La lotta al cancro è ad una svolta: i cosiddetti tumori big killer fanno paura. L'incidenza non diminuisce, ma è la mortalità a diminuire. Sono 4 e da soli colpiscono nel mondo ogni anno 12.677.000 persone. Sono quelli al polmone, al colon retto, al seno (donne), alla prostata (uomini). Aumenta la guaribilità e la qualità di vita migliora. Le armi: diagnosi precoce e trattamenti mininvasivi



La prevenzione a tavola

L'ambiente non «muta» i geni, bensì le proteine che avvolgono il genoma (**l'epigenoma**) e ne regolano l'attività



Smart food

La dieta soprattutto influenza l'epigenoma: ridurre del 30% le calorie giornaliere allunga la vita e fa evitare in media il 30-40 per cento dei tumori. Alcune sostanze presenti in vegetali e frutta hanno lo stesso effetto della restrizione calorica e proteggono l'epigenoma. I cibi che le contengono sono chiamati smart food. Ecco quali sono

Fisetina

Fragole



Cipolle



Capsaicina

Peperoncino



Camferolo

Tè



Broccoli



Resveratrolo

Uva



More



Cacao



CDS

Tumore

Presentato ieri allo Ieo il nuovo protocollo terapeutico che consente di eseguire accertamenti e intervento chirurgico dalla mattina alla sera. **Le ultime ricerche su dieta e prevenzione**

Seno, la mini-rivoluzione diagnosi e cura in 12 ore

Si stanno indagando gli effetti benefici di molecole contenute in fragole, uva ed aglio

CARLO BRAMBILLA

MILANO

Tutte le cure necessarie per il tumore al seno, dalla diagnosi all'intervento chirurgico, alla radioterapia, ai controlli di laboratorio, fino alla dimissione definitiva, in un solo giorno, dal mattino alla sera. È la nuova frontiera del "Day Surgery Senologico", il primo in Europa, presentato ieri allo Ieo, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Andare dall'oncologo, insomma, un po' come dal dentista. Senza ricoveri e con la tranquillità psicologica di poter tornare a dormire a casa propria. A presentare con orgoglio la nuova conquista, che permetterà di tagliare le liste d'attesa e i costi della degenza, è stato ieri Umberto Ve-

ronesi, in occasione dello Ieo Day 2011, il tradizionale appuntamento annuale sui risultati dell'istituto di ricerca. «Anticipare la diagnosi per curare il tumore con la massima efficacia e con il minimo impatto sul corpo e sulla mente della persona, è il motto dello Ieo - ha dichiarato Umberto Veronesi. - Per i tumori al seno di dimensioni più piccole siamo riusciti a estendere questo modello fino alla cura completa in un solo giorno».

Il tumore alla mammella è considerato uno dei quattro "big killer", responsabili, nel loro complesso, della mortalità del 40% dei pazienti oncologici. Gli altri tre sono il tumore del polmone, quello della prostata e il tumore del colon. Tumori per i quali la mortalità è in continua diminuzione, mentre migliora la guaribilità e la qualità della vita dei pazienti. Grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alle nuove terapie mini invasive. Per il polmone un esame salvavita per i forti fumatori si sta rivelando essere la Tac Spirale, che permette di diagnosticare il tumore in fase molto precoce. Per la prostata grandi progressi si sono ottenuti grazie alla chirurgia robotica.

Mentre nel caso del tumore al colon è la colonscopia su larga scala che permette di sconfiggere la malattia.

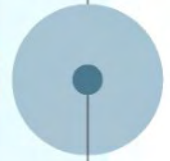
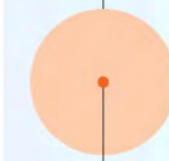
Il rapporto alimentazione-longevità è in particolare al centro dei nuovi studi dei ricercatori della Ieo. «È da tempo riconosciuto dalla comunità scientifica che una dieta povera di calorie incide sull'allungamento della vita - spiega Giuseppe Pelicci, direttore del dipartimento di Oncologia sperimentale - Ma dal momento che non è facile imporre forti restrizioni nell'alimentazione, stiamo studiando la possibilità di sfruttare l'azione di particolari molecole, isolate dal mondo vegetale, per esempio dalle fragole, dall'uva e dall'aglio, che avrebbero la capacità di mimare la restrizione calorica. Avrebbero insomma gli stessi effetti finali senza imporre pesanti digiuni». Una nuova linea di ricerca che prevede di approfondire la conoscenza dei meccanismi alla base delle correlazioni tra alimentazione e malattie, utilizzando le scoperte di nutrigenomica e nutrigenetica che invitano a una dieta sempre più personalizzata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TUMORE AL SENO

NEL MONDO
1,3 MILIONI
NUOVI CASI

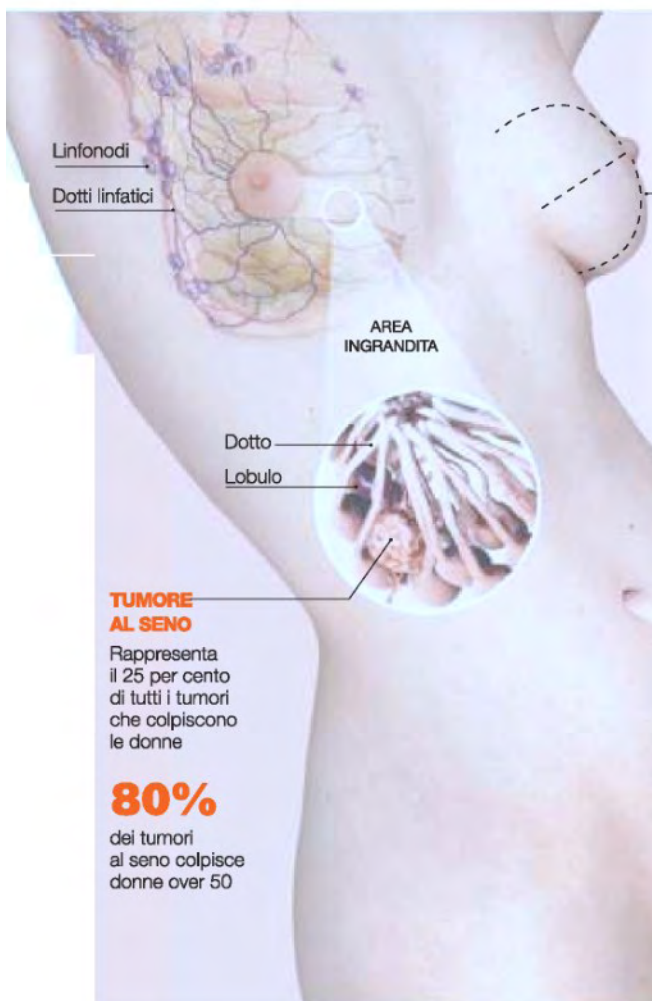
IN ITALIA
39 MILA
NUOVI CASI



**500 MILA
DECESSI**

**7.800
DECESSI**

Ogni 15 minuti si fa in Italia una nuova diagnosi di tumore alla mammella



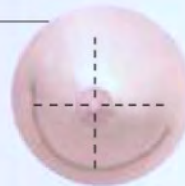
L'AUTOPALPAZIONE

Si dovrebbe fare almeno una volta al mese; le donne fertili dopo il ciclo mestruale, quelle in menopausa lo stesso giorno di ogni mese

Si usano i polpastrelli di tre dita della mano



20 minuti richiede l'autoesame al seno



I quadranti

È utile immaginare il seno diviso in 4 parti che vanno esplorati bene fino all'ascella



TUMORE AL SENO

Rappresenta il 25 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne

80%

dei tumori al seno colpisce donne over 50

SDRAIATA

Movimenti circolari

Si preme ruotando il polso, identificando con le dita possibili irregolarità



1 Si mette dietro la nuca il braccio dallo stesso lato del seno che si vuole esplorare e si usa la mano opposta per la palpazione. Si cercano eventuali anomalie: noduli o addensamenti o zone più dure nella mammella

IN PIEDI

Si osservano le mammelle in 3 posizioni: con le braccia tese in alto, poi in basso e infine sui fianchi



2 Davanti ad uno specchio, si controlla che non ci siano irregolarità, alterazioni del profilo e della superficie della mammella

3 Si alza il braccio del lato del seno da esaminare e con l'altra mano si controlla il cavo ascellare

4 Si osservano e si strizzano delicatamente i capezzoli per scoprire se ci sono rientranze o eventuali secrezioni

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL CONGRESSO

DALL'INVIATO ELVIRA NASELLI

Da Chicago l'allarme degli oncologi sulle under 40

Un milione e 300mila nuove diagnosi annue di tumore al seno nel mondo, circa mezzo milione di morti. Con casi in crescita tra le giovani, sotto i 40 anni, in alcuni casi addirittura sotto i 30, che sfuggono agli screening, previsti per età più avanzate. Ecco perché all'Asco di Chicago, il più grande congresso mondiale di oncologia, l'attenzione è puntata sulla prevenzione.

E' stato accolto come una nuova strategia lo studio canadese su 4.560 donne in postmenopausa con alto rischio di tumore al seno (per età, storia personale o familiare) in cui l'exametane ha ridotto il rischio del 65% rispetto al placebo.

«Ma lo studio dice che tratto 27 donne per prevenire un caso - ragiona Pierfranco Conte, ordinario di Oncologia dell'università di Modena e Reggio Emilia - Dunque a 26 si da un farmaco inutilmente. Che è ben tollerato, tanto che si usa da anni, ma per trattare le metastasi del tumore al seno. Usarlo

in modo preventivo è una decisione che va lasciata a medico e paziente, che paziente non è, perché non è malata».

Inoltre ogni tumore al seno è diverso. Uno studio presentato in sessione plenaria da Valentina Guarneri, ricercatrice Oncologia dell'università di Modena e Reggio Emilia, ha dimostrato come, nei tumori Her2+, molto aggressivi e più frequenti nelle giovani, la terapia combinata che ha rivoluzionato il decorso della malattia (chemioterapia, herceptin e lapatinib), somministrata però prima dell'intervento, migliora la sopravvivenza non solo aumenti del 50% l'eradicazione ma riduce la dimensione del tumore, consentendo un intervento più conservativo. E continuano le ricerche per migliorare la diagnosi precoce. «In attesa dei risultati - conclude Conte - la prevenzione con autopalpazione, visita, ecografia, e risonanza nelle donne ad alto rischio familiare resta, per le giovani, l'unica arma contro il tumore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ESPERTO**I 4 BIG KILLER
ORA CI FANNO
MENO PAURA**

UMBERTO VERONESI*

Oggi i big killer, i 4 tumori più frequenti nel mondo, possono cambiare nome e farci meno paura: sono malattie quasi sempre trattabili e spesso guaribili. Il cancro del polmone, del seno, del colon retto e della prostata insieme colpiscono ogni anno nel mondo circa sei milioni di persone. Nei Paesi sviluppati l'inversione di tendenza della mortalità ha iniziato a manifestarsi già circa 10 anni fa, ma solo ora possiamo avere la conferma che la strategia di lotta adottata è corretta e efficace. È una strategia in tre fasi: prevenzione, diagnosi precoce, terapie mirate. Per il tumore del polmone la prevenzione può essere pressoché totale con lo stop al fumo; la diagnosi precoce è finalmente a disposizione grazie alla Tac spirale; e la terapie mirate già esistono, perché abbiamo dimostrato che i tumori iniziali scoperti con questo esame, possono essere rimossi, con un intervento mininvasivo e con un elevata probabilità di guarigione. Per il seno,

meno possiamo fare in prevenzione, ma abbiamo potenti strumenti di diagnosi precoce e cure mirate ed efficaci, che addirittura possono essere eseguite in sole 12 ore, senza che la donna passi neppure una notte in ospedale. Per la prostata, anche se quasi non esiste prevenzione, la diagnosi precoce con test del Psa, ha cambiato il panorama diagnostico; chirurgia robotica e radioterapia conformazionale hanno migliorato le prospettive di guarigione e la qualità di vita dei malati a ogni età. Per il colon la rivoluzione sta già nella prevenzione, perché con la colonscopia si asportano le formazioni benigne che sono i precursori del tumore. Contro tutti i big killer una speranza in più viene dalla ricerca, che ha scoperto in molti vegetali molecole che proteggono dall'insorgere del tumore. Nel futuro sarà determinante la responsabilità della popolazione e dunque informazione ed educazione.

*Dir. scientifico Ist. europeo oncologia (leo), Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Flash**Urologia****GLI ANTICOLESTEROLO
CONTRO IL CANCRO?**

Le statine, farmaci utilizzati per abbassare il colesterolo, riducono il rischio di sviluppare il tumore alla prostata del 50%, rispetto a un gruppo di controllo. La ricerca è stata eseguita dalla Johns Hopkins University, National Cancer Institute e della Harvard University ed ha interessato 34.000 uomini per dieci anni. Ragione in più per consumare meno grassi animali (producendo meno colesterolo)

(aldf. dr.)

Ricerca

Farmaci su misura
premio a Luca Gianni

DAL NOSTRO INVIATO

CHICAGO — È un tributo al suo mentore: Luca Gianni, oncologo di fama internazionale per le ricerche sul tumore al seno, ha ottenuto il «Gianni Bonadonna Breast Cancer Award», uno dei premi più prestigiosi che vengono assegnati, ogni anno, all'Asco, il meeting degli oncologi americani in corso a Chicago.

Bonadonna, riconosciuto come uno dei ricercatori che più hanno contribuito allo studio delle chemioterapie antitumorali, lavorava all'Istituto Tumori di Milano, quando ha incontrato Gianni e lo ha incoraggiato a dedicarsi alla ricerca oncologica.

Da allora Luca Gianni, che dall'Istituto Tumori è da poco approdato al San Raffaele di Milano dove dirige il Dipartimento di oncologia medica, si è occupato, in particolare, di farmaci per la cura del tumore al seno.

«Le mie ultime ricerche — ci dice — riguardano la possibilità di identificare, a priori, le pazienti con tumore al seno che possono avere benefi-

ci da un farmaco e quelle che, invece, non rispondono. Si evitano, così, trattamenti inutili». È la «medicina personalizzata», introdotta almeno una decina di anni fa, ma che adesso si sta realizzando appieno: oggi si possono scegliere le cure più adatte per il singolo tumore, usando le informazioni genetiche che lo caratterizzano all'inizio, ma che possono anche cambiare nel tempo. L'obiettivo, come le ricerche presentate a Chicago testimoniano, è quello di cronicizzare la malattia, rincorrendo e bloccando, grazie anche alle nuove molecole oggi a disposizione, le trasformazioni genetiche cui va incontro il tumore nel tempo.

Altra frontiera di ricerca del gruppo milanese guidato da Gianni sono le «terapie in tandem». Ci si sta sempre più rendendo conto che l'associazione di farmaci, capaci di colpire bersagli diversi nella cellula tumorale, è più efficace.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EMILIA ROMAGNA / 2

Neurologia e oncologia: cresce la rete degli Irccs

Pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale i decreti di riconoscimento dell'Istituto delle Scienze neurologiche dell'Asl di Bologna e dell'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, firmati dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio e dal presidente della Regione, Vasco Errani.

L'Istituto delle scienze neurologiche è suddiviso in diverse sedi operative (Clinica neurologica, Ospedale Bellaria, Ospedale Maggiore, Poliambulatorio Mazzacorati, Corte Roncati). Si propone come riferimento nazionale e internazionale nella disciplina delle Scienze neurologiche in vari ambiti, tra cui la diagnosi e cura delle malattie cerebrovascolari, neurodegenerative, dell'epilessia e delle cefalee, oltre che in ambito neurochirurgico.

L'Istituto in Tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia ha sede presso l'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Si caratterizza come contesto orientato a una ricerca oncologica finalizzata alla valutazione dell'impatto clinico di tecnologie diagnostiche e terapeutiche (come la tomoterapia) e allo sviluppo e valutazione di modelli organizzativi innovativi per l'assistenza.



FARMACOGENETICA

Oncologi in cerca di cure mirate

Stiamo vivendo un periodo storico molto importante, che richiede una sempre più stretta integrazione tra clinica e laboratorio, tra clinico e patologo, biologo molecolare, farmacologo, sia per offrire terapie sempre più efficaci e personalizzate, sia perché - in particolare nei periodi di crisi come quello che stiamo vivendo - si rende ancor più necessario un investimento concreto nell'innovazione e nel futuro. A ogni modo, soprattutto in ambito oncologico, è importante non creare false aspettative. La cura contro il cancro è una strada molto lunga e impegnativa da combattere su più fronti, a partire da quello della prevenzione. Gli avanzamenti - molti importanti - tuttavia esistono. In alcune patolo-

gie già oggi otteniamo un maggior numero di guarigioni, in altre riusciamo a rallentare la progressione del tumore facendo convivere il paziente più a lungo con la malattia e preservando una buona qualità della vita. Ricordiamoci che parlare di tumore significa parlare di malattie molto diverse tra loro che necessitano di strategie e terapie differenti. Insieme ad alcuni tra i principali esperti mondiali in ambito oncologico, ne abbiamo discusso alcuni mesi fa durante il II convegno internazionale sulla farmacogenetica organizzato con la Dia-tech Pharmacogenetics.

Molto spesso si parla di personalizzazione della terapia, alcune volte in maniera impropria.

Non esiste oggi una cura diversa per ogni soggetto, ma certamente è sempre più possibile scegliere la terapia migliore per quel paziente, con quel tumore, sulla base di fattori biomolecolari con risultati importanti anche dal punto di vista clinico, ovverossia nella cura dei pazienti.

Le terapie non possono oggi essere stabilite unicamente sulla base di una diagnosi istologica, stadio di malattia e superficie corporea del paziente, ma è necessario, con metodiche biomolecolari innovative tra cui l'analisi del Dna, cercare di individuare la

"cura ottimale" per "quel paziente con quel tumore".

In questo contesto, un'importanza rilevante la ricopre la farmacogenetica, lo studio cioè della risposta terapeutica (compresa la tossicità) ai farmaci in relazione a fattori genetici del singolo individuo. È una delle principali strade per una reale personalizzazione della terapia, non solo per indirizzare l'impiego dei nuovi farmaci biologici, ma lo può essere anche per ottimizzare le cure oncologiche ancora oggi più utilizzate come la chemioterapia. Già oggi infatti abbiamo dati importanti su

alcuni farmaci come a esempio il 5-Fluorouracile, utilizzato da oltre 50 anni, così come per l'Irinotecan, il Platino e altri. Con questo approccio, siamo in grado di predire la tossicità al farmaco o la risposta al farmaco stesso della malattia tumorale come oggi, a esempio, avviene per i tumori della mammella, del colon retto, del polmone, per citare solo alcuni dei più frequenti, e quindi di selezionare i pazienti da trattare.

L'utilizzo dei nuovi farmaci ha, come si sa, costi elevati, ed è assolutamente necessario e importante valutarne il rapporto costo-beneficio. Per migliorare questo rapporto, dobbiamo cercare di limitarne l'utilizzo ai soli pazienti che presentano le caratteristiche biomolecolari e genetiche predittive di efficacia al trattamento con quel farmaco. Obiettivo che ritengo tutt'altro che impossibile.

Il mio vuol essere un messaggio di speranza concreta verso i malati nei confronti dei quali abbiamo il dovere di applicare le cure migliori a nostra disposizione, ma anche di ottimizzarne l'utilizzo, mediante metodiche diagnostiche innovative, per cure realmente personalizzate.

Alfredo Falcone
Direttore polo oncologico
Aou Pisana

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Batterio killer, scagionata anche la soia Berlino: "Non mangiate verdura cruda"

Nel mirino



CETRIOLI **GERMOGLI DI SOIA**

POMODORI **LATTUGA**

Secondo il ministro tedesco della Difesa dei consumatori resta valido il consiglio di non consumare verdure crude (cetrioli, lattuga, pomodori) e i germogli di soia restano una pista da seguire nelle ricerche sull'origine dell'infezione

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ANDREA TARQUINI

BERLINO — Ancora un morto, ancora contagi in altri paesi europei, e ancora una volta una pista sbagliata. L'epidemia del batterio assassino Ehec, col suo epicentro in Germania, continua a estendersi in tutta l'Europa centrale sebbene con un apparente rallentamento dei nuovi casi d'infezione. E autorità sanitarie e ricercatori tedeschi, in una sorprendente serie di inefficienze, sconfitte e insuccessi a catena, continuano a brancolare impotenti nel buio. I germogli di soia coltivati in una fattoria del nord della Bundesrepublik, che l'altro ieri erano definiti come molto probabile veicolo del batterio, ieri sera sono stati

Governo tedesco sotto accusa. Sale il bilancio delle vittime. Ue pronta a risarcire i produttori

scagionati quasi del tutto. La confusione tedesca pesa su tutta l'Europa. Non a caso il [ministro della Salute](#) italiano, [Ferruccio Fazio](#), ha invitato Berlino a lanciare controlli a tappeto, verifiche più sistematiche ed efficienti. Fazio ha parlato ieri alla riunione dei ministri della Sanità dell'Unione europea. E oggi toccherà ai responsabili dell'Agricoltura e della Difesa del consumatore dei 27 paesi membri della Ue esaminare mi-

sure d'emergenza, in una riunione straordinaria anticipata. Si parlerà soprattutto di indennizzi agli agricoltori europei che hanno incassato danni gravissimi dall'epidemia. La presidenza di turno ungherese dell'Unione ha chiesto ai paesi membri di varare rapidi programmi nazionali di aiuto e risarcimento.

Il batterio assassino insomma resta inafferrabile, continua a colpire insidioso. L'ultima vittima è un'anziana signora morta nel nord della Germania. Il totale dei decessi in tutta Europa sale dunque a 23 persone, mentre si registrano almeno due nuovi contagi accertati, uno in Lussemburgo e l'altro in Polonia. In entrambi i casi si tratta di persone reduci da viaggi nella Germania settentrionale.

I nuovi contagi risultano meno numerosi rispetto ai giorni scorsi, e quindi la diffusione dell'epidemia appare per fortuna in via di rallentamento, affermano i responsabili sanitari degli ospedali del nord tedesco. Magli stessi ospedali e cliniche, da Amburgo a Lubecca, da Hannover a Rostock, lavorano ormai al massimo delle capacità e allo stremo delle forze, investiti da una marea di ricoverati. E sulle origini del batterio assassino, governo e responsabili sanitari non sanno più che cosa dire di certo. In alcuni casi si contraddicono platealmente avvicenda, tra fonti tedesche e tra diverse fonti europee, in uno spettacolo che offre triste conferma dell'incapacità dell'Unione europea di affrontare le emergenze, e che a livello tedesco poco o nulla sembra avere a che fare con

l'immagine di efficienza e attendibilità della Bundesrepublik.

La ministro della Difesa dei consumatori, signora Ilse Aigner, dice infatti che il consiglio ai cittadini di non consumare verdure crude (cetrioli, lattuga, pomodori) resta valido e necessario, e che i germogli di soia restano una pista da seguire. Non siamo d'accordo, replica l'Istituto Robert Koch, massima autorità scientifica tedesca nell'epidemiologia, immunologia e nella lotta a batteri e virus. E uno dopo l'altro, da [Spiegel online](#) alla [Sueddeutsche](#), i media tedeschi sparano a zero su quello che definiscono il dilettantismo incompetente con cui il [ministero della Sanità](#) gestisce la crisi.

«Non si affidano abbastanza all'Istituto Koch», criticano le associazioni dei consumatori tedeschi. «Strano che le analisi non vengano condotte dal miglior laboratorio nazionale ma da laboratori locali», conviene Alfredo Caprioli, dirigente dell'Istituto superiore di Sanità, e si dice stupito che queste scelte sembrino contraddire le norme europee. Meraviglia e sorprende, aggiunge Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto Spallanzani di Roma, che tutti parlino e poi si smentiscano o vengano smentiti il giorno dopo, com'è stato prima coi cetrioli spagnoli e ieri con i germogli di soia. Il caos tedesco lascia Europa e mondo col fiato sospeso, e il bilancio delle vittime aumenta ancora ogni giorno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Addio a Cavazza, fondò la Sigma Tau una vita tra l'industria e la ricerca

I successi



AZIONISTA
Per molti anni Claudio Cavazza è stato azionista e consigliere di amministrazione del Gruppo L'Espresso. A sinistra, con Carlo De Benedetti



Claudio Cavazza, fondatore della Sigma Tau



LA RICERCA
Il gruppo Sigma Tau ha, a vari stadi di sperimentazione o commercializzazione, ben 150 farmaci nelle categorie più varie



EUGENIO OCCORSIO

ROMA — La prima cosa che ti portava a vedere Claudio Cavazza, il fondatore della Sigma-Tau scomparso ieri all'età di 77 anni, quando lo andavi a trovare nello stabilimento di Pomezia alle porte di Roma, era il centro ricerche. «Guardi che roba, non le sembra di stare in Silicon Valley?», diceva. L'aveva rinnovato dopo l'acquisizione nell'aprile 2010 dell'americana Enzon, che è costata 320 milioni di dollari e ha aperto alla Sigma-Tau una nuova serie di filoni di ricerca sui farmaci "orfani", destinati alle malattie rare. Un ulteriore sviluppo per un'azienda che ha in *pipeline*, a vari stadi di sperimentazione o commercializzazione, ben 150 farmaci nelle categorie più varie, dall'oncologia alle malattie autoimmuni. Nel centro di Pomezia lavorano più di 300 ricercatori, e all'innovazione l'azienda ha destinato nel 2010 il 16% del fatturato di 670 milioni di euro, una quota assai superiore alla media italiana.

La ricerca, e insieme l'intelligenza umana e il progresso scientifico che ne deriva, è sempre stata al centro dell'attenzione di Cavazza. Fin da quando nel 1957 si trasferì a Roma da Bologna, dove era nato e si era laureato in farmacia, e fondò a 23 anni la

Sigma-Tau, «grazie ad un finanziamento di mio padre Emilio, rappresentante di dolciumi, che ha sempre sostenuto senza riserve il mio entusiasmo per la scienza», come ci teneva a sottolineare. Il primo successo fu il ricostituente Rekord B12 nel 1962, poi all'inizio degli anni '70 nei laboratori della Sigma-Tau fu scoperta la sindrome da deficit di carnitina, una malattia che può essere mortale. Quindi fu messa a punto la molecola della L-carnitina, uno dei pochi farmaci italiani che all'estero ha trovato un vasto consenso. Ma a proposito della carnitina lo stesso Cavazza ricordava, ormai con un sorriso: «Sono stato l'unico italiano ad essersi rovinato la vittoria ai Mondiali del 1982, perché ci hanno accusato nientemeno che di dopare gli atleti. Invece la carnitina è un farmaco salvavita, espressamente destinato agli anziani e a chi soffre della rara sindrome metabolica della sua carenza, in dosi ben precise da non superare, come ci è stato riconosciuto in tutto il mondo. Altro che doping».

Negli anni successivi la Sigma-Tau si è ampliata con una serie di controllate: la Avantgarde, anch'essa a Pomezia, che realizza prodotti dermatologici, ginecologici e pediatrici, la Biosint di Sermoneta, la Biofutura di Mila-

no, infine come si diceva l'americana Enzon. Oggi nel gruppo lavorano quasi 2.500 addetti. Pa-

Il gruppo farmaceutico da lui costituito nel 1957 ora ha 2.500 dipendenti

rallelamente, Cavazza si è dedicato con sempre maggior impegno, fino all'ultimo, in un'opera di divulgazione scientifica che ha avuto aspetti clamorosi: quando nel 1989 volle affiancare al Festival di Spoleto di cui era presidente, la sezione Spoleto Scienza, realizzando un'inedita sinergia fra arte, cultura e ricerca, fu fin dall'inizio un successo schiacciante di pubblico. Lo scopo, riuscito, era di rinnovare il paradigma del contatto con i cittadini,



chiamando a dialogare fra di loro e con il pubblico personaggi di primo piano delle varie branche della scienza e del sapere umano. Un'opera che proseguì con la rivista scientifica *Sfera*, e con altri progetti editoriali fra cui il gruppo *L'Espresso*, di cui è stato per molti anni azionista e consigliere d'amministrazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA NASCITA

Cavazza nel 1957 si trasferisce a Roma da Bologna, dove era nato, e fonda a 23 anni la Sigma-Tau con l'aiuto del padre



LO SVILUPPO

Il primo successo fu il ricostituente Rekord B12 nel 1962, poi all'inizio degli anni '70 mette a punto la carnitina



LE ALLEANZE

La Sigma-Tau si è ampliata con una serie di controllate e nel 2010 ha acquisito l'Enzon per 320 milioni di dollari

L'EPIDEMIA Il governo tedesco: la fonte dell'infezione non è stata trovata

Batterio killer, il giallo continua assolti anche i germogli di soia

Negativi i primi test in Germania. L'ipotesi di germi manipolati

*I ricercatori italiani:
dubbi sulle analisi
L'Ue: gli agricoltori
vanno risarciti*
di CARLA MASSI

ROMA - Neppure i germogli di soia. Neppure i germogli di soia sarebbero i responsabili dell'epidemia da batterio che sta viaggiando per l'Europa. I ricercatori tedeschi, domenica, erano certi di aver trovato finalmente la fonte dell'infezione da Escherichia coli. Ieri, però, nessuna conferma dal microscopio: sui 40 campioni prelevati dalle serre dell'azienda di Uelzen (Bassa Sassonia), dove si sono concentrati i casi, ben 23 sono risultati negativi. Si torna a cercare. Tra nuove difficoltà. Perché sono già passate diverse settimane dall'inizio dell'epidemia, perché ora risulta ancora più complicato fare il percorso inverso a quello del batterio.

L'allarme, nonostante l'epidemia si sia già diffusa in tredici Paesi europei, non è più ai livelli della scorsa settimana: il numero delle vittime si è fermato a quota 22 (21 in Germania e una in Svezia) mentre i contagiati si sono stabilizzati a 2.333. Il ministro della Salute tedesco parla di situazione «più rilassata» ma continua a consigliare di

mangiare le verdure con grande attenzione. Soprattutto cotta. Vietati cetrioli, pomodori, insalate e germogli di cereali crudi. I ricercatori della Germania stanno esaminando anche un possibile collegamento con l'Asia. Le confezioni di germogli misti commercializzate dall'azienda che è stata sequestrata, infatti, ne contenevano alcuni tipi importati dalla Cina.

Il tempo che è passato dall'inizio dell'epidemia e i diversi fallimenti investigativi per individuare la causa dei decessi stanno lentamente aprendo la strada a nuove ipotesi. Dal sabotaggio, all'inquinamento dell'acqua, seppur in una zona ristretta. Quella del Nord della Germania. Spunta lo scenario manipolazione in provetta. La Gran Bretagna, attivando i supercontrolli firmati dai servizi segreti, pensa al bioterrorismo. Alla guerra in laboratorio. Va cauto il ministro della Salute Ferruccio Fazio a Lussemburgo per una riunione della Ue: «Ci vuole una verifica tecnica sulle possibilità che il sierotipo identificato del batterio sia stato generato da una modifica o una manipolazione avvenuta in laboratorio». Il ministro propone di prevedere una verifica sanitaria diretta sui prodotti biologici. «Questi - aggiunge - hanno dei sistemi di controllo non efficaci come quelli tradi-

zionali». Possono essere presi ad esempio proprio i germogli di soia per provare la differenza di trattamento. Per quelli venduti freschi o in scatola non è obbligatorio indicare l'origine della coltivazione in etichetta.

Intorno alla vicenda della Germania crescono, intanto, le polemiche. Dagli agricoltori (la Coldiretti stima 100 milioni di danni e la Ue per tutta Europa ha chiesto indennizzi) che oggi manifesteranno a Fondi davanti al mercato ortofrutticolo più grande d'Italia ai ricercatori che palesano, senza mezzi termini, un bel po' di perplessità sul lavoro svolto fino ad oggi nei laboratori. «Strano che le analisi non siano state fatte nel laboratorio nazionale di riferimento a Berlino - commenta Alfredo Caprioli, responsabile del reparto zoonosi trasmissibili da alimenti dell'Istituto superiore di sanità - ma in altri periferici ad Amburgo. Va comunque detto che non è raro non scoprire la fonte di un'infezione. Vorrei che il metodo da noi trasmesso fosse utilizzato a Berlino, ma allo stato delle cose non è così. E non capisco perché».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come colpisce il batterio killer



L'Escherichia coli vive nell'intestino di uccelli e mammiferi, incluso l'uomo, ed è necessario per la corretta digestione del cibo. Solo alcuni ceppi (come l'H4) sono pericolosi per la salute



Il microorganismo nocivo è introdotto nel corpo umano attraverso alimenti contaminati da materiale fecale

.....
 Nel canale digerente Escherichia coli produce una tossina (shiga)

Intestino

La tossina attacca la parete intestinale provocando diarrea emorragica

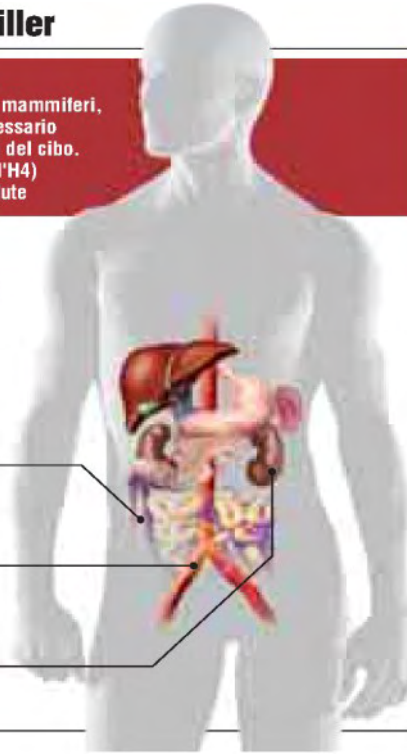
Sistema circolatorio

La shiga provoca la rottura di globuli rossi e piastrine

Reni

Vi si accumula e causa insufficienza renale curabile solo con dialisi

ANSA-CENTIMETRI



Germania. I test sui germogli prelevati da una fattoria smentiscono l'ultima ipotesi sull'epidemia

Batterio killer, soia assolta

Vertice straordinario Ue per valutare indennizzi agli agricoltori

Beda Romano

FRANCOFORTE. Dal nostro corrispondente

Sta diventando un vero rompicapo, oltre che un dramma sanitario, l'infezione batteriologica che ha già provocato la morte di 23 persone in Europa. Ieri le autorità tedesche hanno ammesso che l'origine del batterio rimane misteriosa, proprio mentre la vicenda sta provocando nuove e preoccupanti tensioni politiche in Europa.

Le prime analisi effettuate tra domenica e lunedì hanno rivelato che neppure i germogli di soia dovrebbero essere responsabili dell'epidemia di E. coli enteroemorragico, un batterio che provoca gravi emorragie intestinali. Durante il fine settimana questa ipotesi era emersa con una certa forza, prima di essere rivista ieri pomeriggio.

Quaranta campioni di germogli sono stati recuperati da una fattoria a Sud di Amburgo, che si presumeva fosse la causa dell'epidemia. A ieri sera erano stati effettuati 23 test, tutti negativi. Altri esami sono però in corso. Per ora il governo continua a consigliare ai tedeschi di non mangiare insalata, pomodori, cetrioli

li così come germogli di soia.

La vicenda sta imbarazzando non poco le autorità tedesche, che da giorni ormai sembrano vagare nel buio. Prima gli enti ospedalieri avevano accusato i cetrioli provenienti dalla Spagna, poi è emersa la possibilità dei germogli di soia. Nei due casi, le ipotesi si sono rivelate apparentemente infondate, anche se la seconda traccia rimane sospetta.

TENSIONI IN EUROPA

In una settimana si stimano 300 milioni di danni, critiche al Governo tedesco che invita a non consumare verdure
Madrid: paghi Berlino

«Stiamo facendo analisi su tutto quello che le persone infette hanno consumato. Stiamo visitando le loro case e prendendo campioni dai frigoriferi», ha detto Rico Schmidt, portavoce delle autorità sanitarie di Amburgo. Secondo le ultime stime, con la morte di una donna di novant'anni le vittime sono salite a 23 (di cui 22 in Germania e una in Svezia); le persone in-

fette sono 2.333 in 14 Paesi.

Mentre continuano nella Repubblica Federale esami e test, la questione sta avvelenando il clima politico nell'Unione, anche perché l'epidemia ha provocato un crollo della domanda di frutta e verdura in molti paesi europei. Oggi si terrà una riunione d'emergenza dei ministri dell'Agricoltura in Lussemburgo.

L'associazione europea dei produttori agricoli Freshfel parla di perdite complessive in una settimana pari a 300 milioni di euro, di cui circa 200 milioni solo in Spagna. Alcune associazioni imprenditoriali spagnole hanno affermato che 70 mila posti di lavoro sono a rischio in un settore in cui molti contratti sono a tempo determinato.

In Italia l'organismo di categoria Coldiretti ha criticato il consiglio del Governo tedesco di non consumare alcune verdure. Il suggerimento «colpisce in modo discriminato e ingiusto anche la produzione italiana» poiché - secondo l'associazione imprenditoriale - è chiaro che il problema si è verificato in Germania.

A soffrire sono anche altri

Paesi: dal Portogallo all'Olanda. Da Bucarest il Governo rumeno vuole che dall'Unione europea vengano "misure eccezionali" per risarcire i produttori agricoli del Paese. La Commissione europea si è detta pronta a considerare «compensazioni» finanziarie. Si spera di raggiungere oggi un accordo di principio tra i ministri in Lussemburgo.

In Francia, gli agricoltori di Nantes hanno distrutto platealmente 10 tonnellate di cetrioli rimasti invenduti. Il ministro francese dell'Agricoltura Bruno Le Maire ha chiesto alle autorità comunitarie indennizzi generosi. La Spagna crede che a pagare dovrebbe essere la Germania, colpevole di avere puntato il dito (per errore) contro la produzione spagnola. «Altrimenti ci riserviamo il diritto di andare per le vie legali», ha avvertito il ministro dell'Agricoltura Rosa Aguilar. Dietro a queste reazioni si nascondono anche le cicatrici lasciate dalla crisi finanziaria. Dopo avere dettato legge in tema debitorio, la Germania è oggi facile obiettivo del risentimento di molti vicini europei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'epidemia Controlli anche in Italia: «Nessun rischio da frutta e verdura»

Batterio, soia assolta dai test Fazio: «Fuga dai laboratori»

Il ministro: forse un errore in un esperimento genetico

La domanda

Si può sempre scoprire la causa delle epidemie?

? Ci sono casi in cui non è possibile scoprire da dove si origina l'epidemia. Per esempio i focolai epidemici italiani da *Escherichia coli*, il ceppo classico più diffuso, non quello attualmente presente in Germania, non sono mai stati spiegati. In generale, più passa il tempo dall'inizio delle infezioni, più risulta difficile risalire al veicolo che le ha portate. E, in questi casi, pensare che si tratti di un'unica causa diventa poco significativo. Il fatto che le indagini finora condotte dalle autorità sanitarie e dai laboratori tedeschi non abbiano portato ad alcun risultato fa allontanare la prospettiva della scoperta della causa principale dell'epidemia che sta dilagando nell'Europa del Nord.

Le principali indiziate restano ancora le verdure?

? Sì, gli istituti di ricerca e le autorità tedesche continuano a raccomandare ai cittadini di non consumare pomodori, lattuga e cetrioli. E questo indica che sono convinti che la causa debba nascondersi fra questi alimenti. Il rischio non è costituito soltanto dall'alimento in se stesso ma può essere legato alle modalità con cui viene lavorato e distribuito. Si può pensare anche ad una contaminazione successiva alla produzione, durante la fase di trasformazione. Per questo anche il ministro della Sanità italiano Ferruccio Fazio insiste sull'ipotesi che il veicolo del batterio possa essere costituito da imballaggi e confezionamento e che quindi la contaminazione possa riguardare più alimenti e non solo i vegetali.

Quali sono i sintomi sicuri di questa infezione?

? Il segnale iniziale è la diarrea che spesso si accompagna a sanguinamento. L'incubazione può durare dai due ai dieci giorni e se l'infezione compare tardivamente è difficile ricordarsi quale alimento possa averla provocata. Dopo questi primi sintomi può esserci l'effetto della tossina prodotta dal batterio, che supera la parete dell'intestino ed entra nel sangue andando a colpire i reni. Si possono avere conseguenze gravi fino all'insufficienza renale, che può anche causare la morte. La febbre di solito non è elevata. In ogni caso se dovesse comparire la diarrea e perdurare è sempre meglio rivolgersi al medico soprattutto se si è appena tornati dalla Germania del Nord. (a cura di Margherita De Bac)

DAL NOSTRO INVIATO

LUSSEMBURGO — Assolti — per insufficienza di prove — i germogli di soia, l'indagine sul colibatterio riparte quasi da zero: su vegetali, frutta, carni, in sostanza su tutto perché ogni pista viene giudicata possibile. Ma intanto, l'epidemia sembra ulteriormente stabilizzarsi, dà segni di essere almeno in parte circoscritta: 23 o 24 i morti (il margine di dubbio è legato ai risultati delle ultime analisi); e 2.333 i casi ufficialmente accertati, con una lievissima variazione rispetto all'altro ieri. Con le stesse analisi di laboratorio che hanno in parte «scagionato» i germogli di soia, si cerca ancora l'origine di tutto in Germania, focolaio primo della malattia. E negli altri 12 Paesi dove il contagio si è manifestato, buon ultimo il Lussemburgo dove proprio ieri si è registrato un caso: una donna, che come quasi tutte le altre vittime era appena stata nella zona di Amburgo. Nessun contagio, invece, in Italia.

Riuniti qui al Lussemburgo per fare un primo bilancio di quanto avvenuto, i mini-

stri della Sanità di tutta l'Unione Europea prendono atto di una serie di fatti: l'allarme Ue ha funzionato maluccio, come dimostrato dalla «falsa pista» dei cetrioli spagnoli, e in futuro sarà obbligatorio un «maggiore coordinamento» (parole del commissario Ue alla salute, John Dalli); è anche necessario e giusto prevedere degli indennizzi per gli agricoltori danneggiati proprio dai falsi allarmi; e sarà «molto difficile» risalire in tempi brevi alla fonte primaria dell'epidemia: lo rilevano apertamente le autorità tedesche, che infatti continuano a predicare la massima attenzione su tutti i vegetali, soia compresa.

Nella ricerca del «colpevole», anche la storia recente può aiutare: «Vi sono state altre epidemie di *Escherichia coli*, negli anni 90 o 2000 — dice il ministro della Sanità italiano, Ferruccio Fazio — e tutte in aree circoscritte, dove il contagio si era trasmesso non attraverso l'aria ma attraverso canali ben conosciuti: questo ci suggerisce che anche ora bisognerà insistere nei controlli sanitari a tappeto, e su tutta la catena alimen-

tare, nell'area della Germania settentrionale dove si è registrato il maggior numero di contagi». Sull'origine di tutto, può esserci anche un'altra ipotesi: «Un errore di laboratorio — dice ancora Fazio — per esempio durante il lavoro per un vaccino, con una manipolazione genetica da cui può essere nato e poi sfuggito un nuovo sierotipo. Ma escluderei comunque l'ipotesi del bioterrorismo».

Per l'Italia, il ministro torna a ribadire: «Nessun rischio per frutta o verdura, e neppure per la soia: si possono mangiare, anzi si devono mangiare perché fanno bene. Con la solita raccomandazione che facciamo da sempre: mangiare tutto ben lavato, e lavarsi le mani, insomma osservare le norme di igiene». Ma non tutti sono d'accordo con quanto fatto finora: l'associazione dei consumatori Codacons ha inviato un esposto a 104 Procure della Repubblica, definendo «assolutamente inadeguate e insufficienti» le misure prese dalle autorità sanitarie.

Oggi torneranno a parlare del colibatterio i ministri dell'Agricoltura della Ue. Intanto



il commissario Dalli azzarda una prima prognosi: «L'incidenza dei casi diminuisce giornalmente, indicherebbe che la contaminazione si sta riducendo. Quella che vediamo ora è la contaminazione del passato: ma bisogna restare molto prudenti».

Luigi Offeddu

loffeddu@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2.333 i casi ufficialmente accertati. I morti in Europa sono 23: analisi su un altro decesso sospetto

«Malati cronici e rari, va redistribuita la spesa»

ROAM. Non si può più aspettare. Una piena presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale dei milioni di malati italiani cronici e rari non è più rimandabile. Il colpo di scure inferto dai tagli ai fondi per famiglia, infanzia, assistenza socio-sanitaria ha falciato il rispetto del diritto alla salute. Lo denuncia a gran voce il Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici (CnAMC), che il 10 e 11 giugno prossimi a Riva del Garda, presenterà il X Rapporto sulle politiche per la cronicità "Minori: diritti rari, costi cronici", nell'ambito della I Conferenza nazionale delle Organizzazioni civiche per la salute. Il costo dell'assistenza per la cronicità in Italia rappresenta il 70% della spesa pubblica socio sanitaria - ricordano i promotori, di cui beneficia il 38% della popolazione. Ad oggi, secondo il Rapporto e la denuncia dell'88% delle associazioni che hanno stilato il documento, c'è una grande difficoltà di accesso alla diagnosi della malattie rare e ai farmaci, soprattutto innovativi; medicinali che in altri paesi europei sono disponibili. Nodi cruciali ancora da sciogliere a beneficio di migliaia di famiglie italiane, con figli affetti da patologie non solo rare ma anche croniche che ormai, «interessano - ha sottolineato Maddalena Pelagalli, presidente del CnAMC Cittadinanzattiva - la fascia di età 0-18 anni. Non sono più sola prerogativa dell'anzianità». Più in generale, secondo l'Istat, le malattie croniche più diffuse sono artrosi/artrite per il 17,3%, ipertensione per il 16%, malattie allergiche per il 9,8%, osteoporosi per il 7%, bronchite cronica e asma bronchiale per il 6,1% e il diabete per il 4,9%. In un momento in cui il welfare si rivela debole nel nostro paese, il focus rappresenta, sottolineano i promotori, «un momento indispensabile per delineare i problemi ma anche porre soluzioni. «Per garantire cura, ma anche sostenibilità del sistema - ha precisato Tonino Aceti, responsabile del CnAMC -, siamo convinti che siano necessarie politiche pubbliche. Oggi - ha aggiunto- il 70% della spesa è indirizzata alla cronicità ed è il 38% della popolazione che ne usufruisce: redistribuire meglio la spesa e riprogrammare gli interventi consentirebbe una fruizione universale ed equa del servizio di assistenza e presa in carico».

Paola Simonetti

**Il Coordinamento nazionale
presenta venerdì il X Rapporto:
riprogrammare gli interventi
per un servizio più equo**



Malattie digestive: cure in network

Eterogenee per eccellenza, le malattie digestive richiedono risposte assistenziali molteplici. Solo una presa in carico in rete, che coinvolga Mmg e specialisti, potrà garantire un'offerta adeguata ai pazienti e ridurre i costi per il Ssn.

A PAG. 10

QUADERNI DELLA SALUTE/ Serve un network per migliorare le cure e tagliare i costi

Malattie digestive nella rete

Mmg e specialisti insieme per individuare la giusta risposta assistenziale

Le Malattie digestive (Md) sono caratterizzate da una eterogeneità di patologie che interessano i diversi organi che compongono l'Apparato digerente e includono un ampio spettro di malattie e disordini funzionali che interessano tubo digerente, fegato e vie biliari, pancreas, con eziologia diversa, incluse anomalie congenite e genetiche, infezioni acute e croniche, cancro, reazioni avverse a farmaci e tossine, allergie e intolleranze alimentari e, in diversi casi, cause non note.

L'impatto clinico di queste situazioni varia dal dolore addominale, che fa comunque perdere giornate di lavoro e di scuola, alla malattia cronica che richiede continua assistenza medica e ripetuti ricoveri, e, infine, alla morte nei casi di condizioni gravi.

I dati epidemiologici ci indicano che il 10-15% della popolazione in un anno viene visitata dal Mmg per Md, 1 ricovero su 12 circa negli ospedali italiani è dovuto a malattie digestive, il 2% di tutti i ricoveri in urgenza avviene per sanguinamento acuto dell'apparato digerente, la prevalenza delle malattie infiammatorie intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa, altro) è pari a 1/500, quella della malattia celiaca 1/200, l'incidenza di patologie acute del pancreas è di 5-10 fino al 70-80/100.000 abitanti, circa 1.600.000 casi di cirrosi sono riferibili a epatiti da Hbv con

circa 1.500 morti all'anno e circa 1.800.000 a epatite da Hcv con circa 10.000 morti all'anno.

È anche necessario sottolineare che il 40% della popolazione generale dei Paesi occidentali soffre dei cosiddetti disturbi funzionali come la dispepsia e la sindrome dell'intestino irritabile (Ibs), cui vanno ascritti stipsi, gonfiore addominale, digestione difficoltosa, dolori aspecifici dell'apparato digerente, diarrea intermittente. Questi disturbi funzionali inducono un'importante diminuzione della qualità di vita, e hanno implicazioni sociali ed economiche estremamente rilevanti per i costi della diagnosi di esclusione di patologia organica, della perdita di giornate lavorative, delle prescrizioni farmacologiche.

I disturbi funzionali sono inoltre causa della elevata inappropriata nella richiesta e nell'esecuzione di metodiche diagnostiche, specie endoscopiche.

Inoltre, dall'analisi dei dati di prevalenza, in particolare dell'anziano con un tasso di ricovero per Md dell'11,4% nella classe di età 65-74 anni vs il 15,6% delle malattie e disturbi dell'apparato circolatorio, si deriva facilmente il rilievo che le Md sono caratterizzate da un elevato tasso di cronicità. Di fatto la maggior parte delle Md non neoplastiche è rappresentata da patologie co-

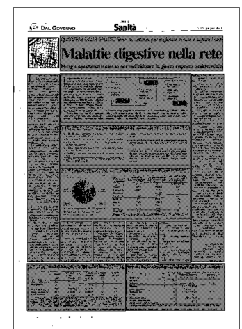
munque non curabili (e quindi non guaribili), ma a bassa letalità. Il decorso di tali patologie interessa una lunga parte della vita produttiva di questi cittadini in quanto esse vengono comunemente diagnosticate entro la terza-quarta decade e accompagnano poi il paziente per il resto della sua vita. Ne consegue che nell'ambito delle Md anche per patologia di non elevatissima incidenza si può stimare un impatto per il Ssn assai elevato.

Ne deriva una complessità e una evidente difficoltà nell'affrontarle, e la necessità che sia lo specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva a occuparsene. Specialista che deve essere esperto in:

- **Oncologia digestiva:**
 - prevenzione primaria (educazione alimentare), secondaria (screening) e terziaria (sorveglianza);
 - diagnosi precoce attraverso la identificazione e il controllo delle patologie pre-neoplastiche;
 - diagnosi e terapia endoscopica;
 - terapia medica con farmaci biologici;
- **Medicina d'urgenza:**
 - emorragie digestive alte (varicose e non), basse (angiodisplasie, tumori, diverticolite ecc.);
 - occlusione intestinale (paliazione endoscopica);
 - asportazione endoscopica corpi estranei;

- terapia del coma epatico, della pancreatite acuta, dell'epatite acuta.

Lo specialista in Gastroenterologia deve anche occuparsi dello screening del cancro del colon-retto: alla fine del 2006 risultavano attivati programmi di screening in solo 11 Regioni con un'offerta complessiva limitata al 44% della popolazione teoricamente eligibile. Solo 5 di queste Regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Lombardia, Umbria e Valle d'Aosta) erano interamente coperte da programmi di screening, mentre la Toscana riportava una copertura del 94%, il Veneto del 65% e le altre 4 Regioni (Abruzzo, Campania, Lazio



e Piemonte) una copertura inferiore al 25%. I dati comparativi di estensione teorica fra il 2005 e il 2006 mostrano un marcato incremento per la macroregione del Nord (da 51,5% a 66%) e per il Centro (da 29% a 48,5%) cui si contrappone un dato sostanzialmente immutato per il Sud-Isole (da 8,8% a 10%). Uno dei problemi da affrontare è la mancanza sul campo di un numero sufficiente di specialisti e di apparecchi endoscopici dedicati allo screening.

Questa complessa situazione richiede peraltro una attenta organizzazione e modulazione fra attività del territorio e attività ospedaliere che permetta di ottimizzare l'utilizzo delle risorse garantendo una corretta attività assistenziale.

In questa ottica si ritiene indispensabile ribadire la necessità della creazione di una rete assistenziale che consideri le diverse facce delle Md e, dopo la presa incarico del Mmg, indirizzi il paziente verso i nodi specialistici idonei in un'ottica di percorso verticale dalle situazioni funzionali alle patologie gravi. Si potrebbe in questo modo diminuire il costo delle Md e ottenere migliori risultati clinici.

Lucio Capurso

Primario emerito
di Gastroenterologia,
Aco San Filippo Neri di Roma
e Direttore generale Istituti
fisioterapici ospedalieri Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricoveri per Mdc 6 e 7 nel triennio 2007-2009

| | Anno | Numero casi | % | Giorni degenza | Degenza media | % casi 1 giorno |
|---|------|-------------|-----|----------------|---------------|-----------------|
| 06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente | 2007 | 771.983 | 9,8 | 5.233.406 | 6,8 | 6,1 |
| | 2008 | 745.195 | 9,7 | 5.102.822 | 6,8 | 16,5 |
| | 2009 | 695.981 | 9,6 | 4.753.127 | 6,8 | 17,7 |
| 07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas | 2007 | 345.898 | 4,2 | 2.980.908 | 8,6 | 5,5 |
| | 2008 | 341.238 | 4,4 | 2.924.673 | 8,6 | 5,7 |
| | 2009 | 324.448 | 4,5 | 2.758.493 | 8,5 | 6,2 |
| Totale | 2007 | 1.117.881 | | | | |
| | 2008 | 1.086.433 | | | | |
| | 2009 | 1.020.429 | | | | |

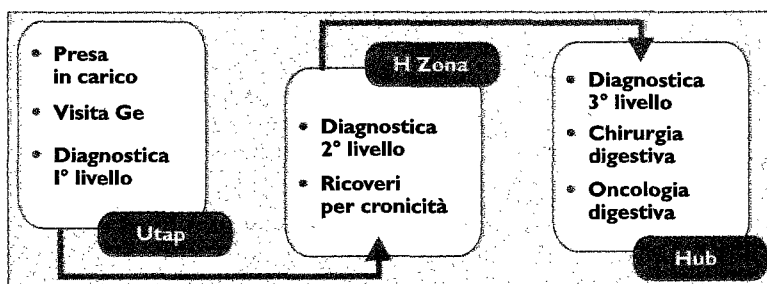
Costi di investimento all'acquisto e di manutenzione degli strumenti di screening

| Strumento | N. | Durata (anni) | Costo acquisto unitario minimo massimo | Costo manutenz. (annuo) |
|--|-----|---------------|--|-------------------------|
| Endoscopio | 6-5 | 2,7-2,5 | 13.773,91-23.229,82 | 516,46 |
| Lavatrice | 2 | 10 | - | - |
| Videoprocessore | 1 | 5 | 14.930,77-20.658,28 | 1.470,87 |
| Monitor | 1 | 10 | 2.917,47-3.533,60 | - |
| Fonte luminosa | 1 | 4 | 4.711,04-7.630,13 | 2.633,93 |
| Elettrobisturi | 1 | 4 | 6.197,48-7.356,41 | 103,29 |
| Cavo | 1 | 4 | 25,82-69,72 | - |
| Manico per ansa | 1 | 4 | 90,18-108,46 | - |
| Apparecchi a ultrasuoni per la pulizia degli endoscopi | 1 | 4 | 1.574,16 | - |

Costo per persona invitata (N = 12.000) 4,50 euro. Costo per persona esaminata (N = 3.950) 13,68 euro

Il Quaderno del ministero della Salute, dedicato al tema "Stato dell'arte e programmazione dell'assistenza alle malattie digestive" e presentato in sintesi in questa pagina, è stato curato dal seguente gruppo di lavoro: Giovanna Baraldi, Lucio Capurso, Guido Costamagna, Gianfranco delle Fave, Alberto Malesci, Fabrizio Oleari, Franco Pallone, Filippo Palumbo, Mario Rizzetto, Giovanni Simonetti, Giovanni Viceconte.

Alla pubblicazione è affiancata anche una versione telematica integrale, sfogliabile in rete ed edita



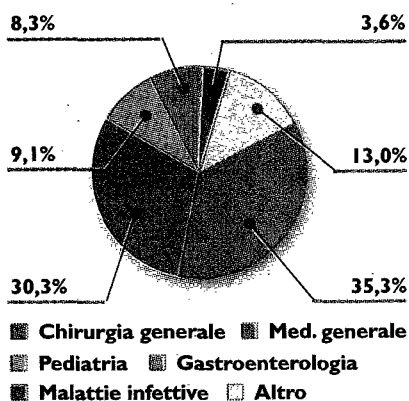
Il portale del ministero www.salute.gov.it, dove è possibile il costante approfondimento dei temi trattati, anche "scaricando" i pro-

dotti editoriali e gli atti dei convegni mirati che, di volta in volta, accompagnano l'uscita delle monografie.

Alcuni dati sulle malattie digestive

- Il 10-15% della popolazione viene visitato dal medico di medicina generale per una malattia digestiva
- Negli ospedali **1 ricovero su 12** avviene per una malattia digestiva
- Il 2% di tutti i ricoveri in urgenza avviene per sanguinamento acuto dell'apparato digerente
- **1/200** è l'incidenza delle malattie infiammatorie intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa, altro)
- **1/1.000** è la prevalenza della celiachia (**1/183** se eseguito lo screening)
- L'incidenza delle patologie acute del pancreas è pari a **5-10** fino a **70-80 x 100.000** abitanti
- L'incidenza di litiasi biliare è pari a **0,7** negli uomini e a **0,5** nelle donne
- L'incidenza dell'ulcera peptica è in **diminuzione** (terapia eradicante dell'*Helicobacter pylori*) [dati di mortalità 2001 = 1.690 vs 2.263 del 1991]
- Il **5-7%** dei ricoveri ospedalieri avviene per reazioni avverse ai farmaci, di cui il **25-30%** è ascrivibile a eventi avversi sull'apparato digerente. I dati dell'osservatorio epidemiologico della Regione Lazio indicano un tasso di incidenza grezzo di **1.000 casi ogni milione di abitanti per anno**, con una mortalità di **50 casi per milione per anno**

Ricoveri ordinari



Visite e prestazioni di Gastroenterologia (2007)

| Regione erogatrice | N. visite di gastroenterologia (a) | N. prestazioni di gastroenterologia (b) | Incidenza % delle visite sul totale visite e prestazioni (c = a / (a + b)) |
|--------------------|------------------------------------|---|--|
| Veneto | 56.374 | 205.530 | 22% |
| Lombardia | 28.647 | 372.278 | 7% |
| Piemonte | 25.182 | 161.461 | 13% |
| Pa Trento | 16.838 | 25.958 | 39% |
| Emilia R. | 14.772 | 196.070 | 7% |
| Liguria | 9.219 | 48.283 | 16% |
| Toscana | 8.399 | 124.653 | 6% |
| Marche | 6.444 | 43.346 | 13% |
| Friuli V.G. | 407 | 45.362 | 1% |
| Totale | 166.282 | 1.222.941 | 12% |

DISPOSITIVI**Le tecnologie nel mirino***L'Economia chiede risparmi - Fazio: «Fate buon benchmark»*

Mentre si fanno sempre più insistenti le voci di possibili misure di contenimento della spesa Ssn per i dispositivi medici volute dall'Economia, la Salute manda in passerella i nuovi cantieri per il monitoraggio dei consumi. Men-

tre il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, ribadisce: «Non serve un'Aifa dei dispositivi. I risparmi ci saranno, senza prezzo di riferimento e puntando sul benchmark degli acquisti».

A PAG. 2-3

Alla IV Conferenza nazionale sui dispositivi medici in scena il cantiere dei controlli mirati

Apparecchiature al risparmio

Fazio: «No su prezzo di riferimento e altre agenzie» - Ma l'Economia preme

Un monitoraggio a tappe forzate - andando a spulciare riga per riga contratti e forniture - per capire bene come e perché si spendono i 4,6 miliardi (circa il 5% del Fsn) destinati lo scorso anno all'acquisto di dispositivi medici nell'ambito del Ssn.

E una medicina che ormai - complice il Ddl premi e sanzioni - è sulla bocca di tutti: quella del benchmark, declinato dal **ministro della Salute Ferruccio Fazio** come «un prezzo di riferimento non assoluto», in rapporto al quale invitare le Regioni a parametrare i propri acquisti e la Giustizia contabile a effettuare i propri controlli se gli scostamenti sono tali da far sospettare un cattivo uso del denaro pubblico. Un meccanismo nuovo, insomma, da adottare per decreto entro febbraio 2012, quando i cantieri del risparmio avviati dalla Salute avranno dato i loro frutti. Tutto, a patto che il cuore e il cervello dei dispositivi restino a Lungotevere Ripa. Tutti lo sanno: l'Economia sta col fiato sul collo della Salute, e coi tempi di magra che corrono ha ben presente quella vecchia norma della Finanziaria 2007 che aveva previsto risparmi da 40 milioni (60 negli anni successivi) al capitolo "aghi, siringhe&C". Risparmi mai realizzati: la spesa ha continuato a crescere. Tutti temono che torni in auge la vecchia ipotesi di spostare la Cud (ancora bloccata dai rilievi di incompatibilità avanzati dalle Regioni su una delle nomine) tra le braccia dell'Aifa, dotandola delle stesse logiche di intervento.

Una medicina che a Fazio davvero non va giù: «Il settore va messo a norma», ha detto. Ma ha espresso anche chiara contrarietà al prezzo di riferimento fisso che non tiene conto dell'innovazione, proprio in un settore che «sta cambiando la medicina e può potenzialmente creare una riduzione dei costi». Una nuova Authority che ragioni sui dispositivi come l'Aifa ragiona sui farmaci non piace a Fazio e fa tremare i polsi alle aziende. Così la soluzione messa in mostra all'Auditorium della tecnica passa per la radiografia dei comportamenti regionali e aziendali, di cui **Marcella Marletta**, responsabile della direzione generale farmaci e dispositivi della Salute ha illustrato alcuni significativi scampoli. «Una netta prevalenza di acquisti avviene attraverso procedure aziendali, una quota minoritaria di acquisti centralizzati su reti tra aziende sanitarie e una quota ancora minore centralizzata a livello regionale. Gli acquisti attraverso il mercato elettronico della Pa di Consip sono esigui».

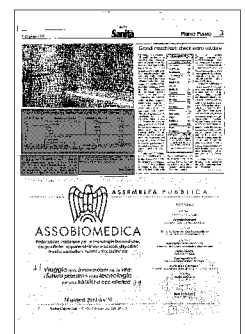
Dettagliatissima la cura delineata: «Arrivare a disporre per i dispositivi medici di una dettagliata informazione sulla loro incidenza media sul costo delle prestazioni, in particolare ospedaliera e adottare meccanismi di controllo della spesa basati sull'Health technology assessment» ovvero nell'ordine: dotarsi di strumenti per governare l'accesso dei nuovi medical devices nella pratica clinica, facendo attenzione so-

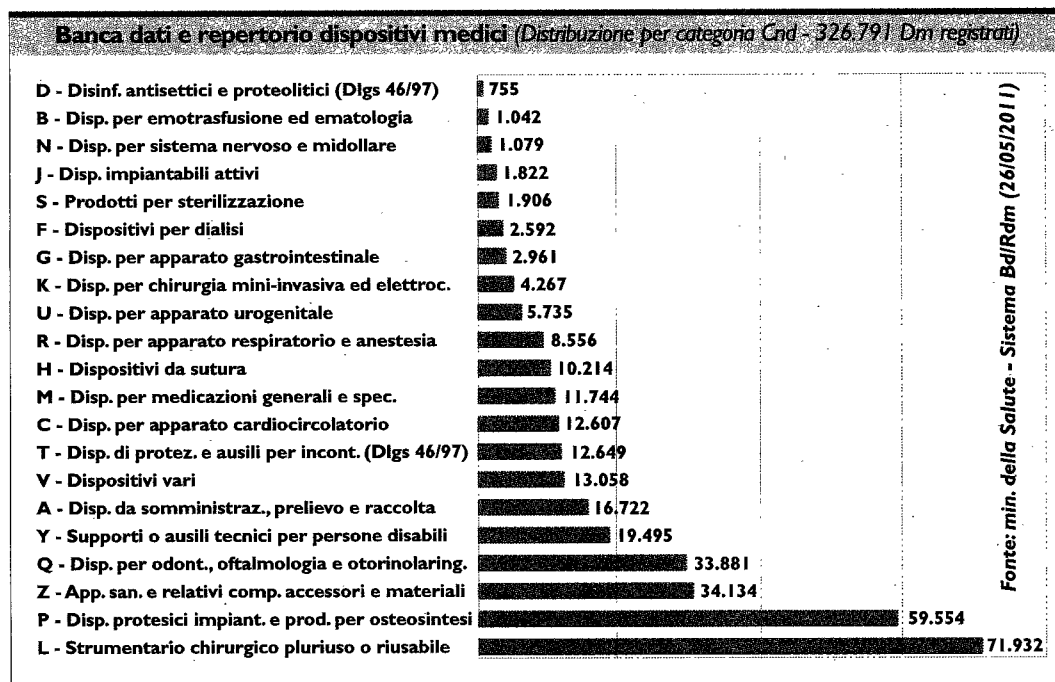
prattutto ad alcune categorie ad alto costo e a quelli impiantabili; controllare e ridurre la variabilità nei prezzi di cessione dei prodotti considerati analoghi; dotarsi di strumenti operativi per gestire il prontuario aziendale dei medical devices e il processo di "disinvestimento" e quindi di sostituzione di vecchi prodotti in presenza di nuove soluzioni (delisting); attivare la Rete italiana Hta (Ritha) di Agenas per la definizione di

modelli di valutazione Hta per le nuove tecnologie, mantenendo la cabina di regia alla Salute. Tutto in fretta. Prima che l'Economia scriva la prossima manovra.

a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Banca dati e repertorio dispositivi medici - Focus dispositivi di classe

| Codice classe Ce | Descrizione classe Ce | Conteggio dispositivi | Inc. % |
|------------------|---|-----------------------|----------------|
| I | Classe I non sterile e senza funzioni di misura | 120.627 | 36,91% |
| IA | Implantabili attivi | 1.733 | 0,53% |
| IIA | Classe IIa | 101.569 | 31,08% |
| IIB | Classe IIb | 58.105 | 17,78% |
| III | Classe III | 31.854 | 9,75% |
| Im | Classe I con funzioni di misura | 2.049 | 0,63% |
| Is | Classe I sterile | 10.715 | 3,28% |
| Ism | Classe I sterile con funzioni di misura | 139 | 0,04% |
| Totale | | 326.791 | 100,00% |

Fonte: ministero della Salute - Direzione generale farmaci e dispositivi medici - maggio 2011

Invio dati sui consumi (trasmissioni IV trim. 2010-I trim. 2011)

| Regione | Periodo | Dispositivi rilevati (valore medio) | Righe tot. rilevate | Spesa rilevata (euro) |
|-------------------------|---------------|--|------------------------|--------------------------|
| Emilia R. | IV trim. 2010 | 6.204 | 44.028 | 49.471.117 |
| | I trim. 2011 | 7.551 | 57.015 | 80.188.661 |
| Liguria | IV trim. 2010 | 3.168 | 24.050 | 18.019.958 |
| | I trim. 2011 | 3.434 | 26.917 | 18.652.858 |
| Lombardia | IV trim. 2010 | 10.583 | 70.250 | 77.089.984 |
| | I trim. 2011 | 11.696 | 78.826 | 82.036.359 |
| Puglia | IV trim. 2010 | 562 | 2.654 | 38.483.902 |
| | I trim. 2011 | 209 | 814 | 46.977.662 |
| Toscana | IV trim. 2010 | 2.106 | 14.098 | 5.331.680 |
| | I trim. 2011 | 1.462 | 9.502 | 2.953.184 |
| V. d'Aosta | IV trim. 2010 | 627 | 2.084 | 1.865.650 |
| | I trim. 2011 | 583 | 1.961 | 1.726.063 |
| Veneto | IV trim. 2010 | 1.372 | 17.462 | 7.278.829 |
| | I trim. 2011 | 3.545 | 59.068 | 18.491.760 |
| Tot. complessivo | | | | 448.567.667 |

Fonte: ministero della Salute, Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici - maggio 2011

Invio dati sui contratti (trasmissioni IV trim. 2010-I trim. 2011)

| Regione | Periodo | Dispositivi rilevati (valore medio) | Righe rilevate | Contratti rilevati |
|------------|---------------|--|-------------------|-----------------------|
| Emilia R. | IV trim. 2010 | 518 | 2.583 | 2.583 |
| | I trim. 2011 | 1.369 | 6.803 | 6.795 |
| Liguria | IV trim. 2010 | 273 | 1.286 | 1.162 |
| | I trim. 2011 | 312 | 1.575 | 1.575 |
| Lombardia | IV trim. 2010 | 2.172 | 12.039 | 12.025 |
| | I trim. 2011 | 2.404 | 14.300 | 14.300 |
| Puglia | IV trim. 2010 | 6 | 19 | 3 |
| | I trim. 2011 | 11 | 11 | 1 |
| V. d'Aosta | IV trim. 2010 | 42 | 129 | 68 |
| Veneto | IV trim. 2010 | 182 | 809 | 346 |
| | I trim. 2011 | 1.114 | 5.882 | 4.992 |

Fonte: ministero della Salute, Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici - maggio 2011

Monitoraggio consumi: le informazioni rilevate**Monitoraggio consumi**

Dati struttura: codice Regione e az. sanitaria; anno e mese consegna; codice strutt. utilizzatrice; codice Uo

Dati singolo Dm: tipo di dispositivo medico; identificazione di iscrizione al Repertorio; tipo di destinazione di utilizzo; quantità distribuita; costo d'acquisto; destinazione di utilizzo

Monitoraggio contratti

Dati struttura: codice Regione; codice azienda sani-

taria contraente

Dati contratto: identificativo; anno, mese e giorno stipula; durata e tipologia del contratto; forma di negoziazione; ambito valenza

Dati singolo Dm: tipo dispositivo; identificativo Repertorio; quantità aggiudicata; prezzo unitario; aliquota Iva; conto deposito; pezzi (conf. minima); fornitore e P. Iva; assistenza specialistica al personale; voce imputazione modello Ce

TEST SU SEI MESI DI FLUSSI INFORMATIVI

Monitoraggio alle rifiniture finali, con un pool di 7 sperimentatori

Il benchmark sui dispositivi medici? Basta volerlo. Il Dm Salute del giugno 2010, che ha disciplinato i flussi informativi per il monitoraggio dei consumi di dispositivi medici direttamente acquistati dal Ssn, consente l'autovalutazione tramite confronti all'interno della stessa Regione o tra più Regioni per azienda sanitaria, per struttura e per Uo o reparto: insomma, Trento può vedere come spende Catania e viceversa. Stesse regole per il monitoraggio dei medicinali: a regime - ovvero nel 2013, secondo il percorso attuativo fissato dal decreto - sarà possibile determinare consumi e spesa per tutte le voci a livello di singola struttura su tutto il territorio nazionale.

La sperimentazione sul campo è partita a ottobre con l'avvio del flusso informativo: gli aspetti tecnici da verificare e mettere in riga sono ancora molti e affidati alle cure di due gruppi tecnici regionali di approfondimento. Del primo - impegnato sul tracciato contratti - fanno parte Emilia Romagna (coordinamento), Veneto, Lombardia, Marche, Toscana e Molise. Del secondo - alle prese con le unità di misura di riferimento - Lombardia (coordinamento), Marche, Veneto, Emilia Romagna e Toscana. L'esercitazione sulla trasmissione dati ha visto comunque l'invio di file corretti da parte di sette Regioni: Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia e Valle d'Aosta (assente la Liguria per la parte relativa ai contratti), per un totale di quasi 5mila contratti e 448 milioni di spesa, a valere su un parco di 9.724 aziende censite nel sistema banca dati-repertorio, di cui 1.947 italiani. Una realtà complessa e in continua evoluzione: non è un caso se la sperimentazione dei flussi è destinata a durare 24 mesi, proseguendo nel 2012 con l'aggiunta di dettagli sui dispositivi consegnati per singola struttura o reparto e con un maggior dettaglio di informazioni sulla destinazione d'utilizzo, modalità da consolidare e rendere definitiva nel 2013.

Nel frattempo non mancano noiosi ma utilissimi rebus da risolvere: nella variazione dei contratti va segnalato solo il rinnovo o anche la proroga? i costi di acquisto dei dispositivi vanno distinti da quelli dei servizi correlati? come ci si regola sui dispositivi in leasing e sugli sconti in merce?

Va da sé che il cantiere del monitoraggio è oggetto d'attenzione stretta anche da parte delle aziende di settore: «L'industria seria non teme i confronti, ma i pregiudizi e le analisi parziali», commenta il direttore generale Assobiomedica, **Fernanda Gellona**, portavoce di un carnet di richieste per conto dei produttori. A partire dall'attivazione di osservatori epidemiologici che tengano conto delle patologie e della variabilità dei bisogni sanitari da Regione a Regione, passando per un maggior coordinamento Regioni-ministero, per finire con l'attivazione di un osservatorio acquisti alimentato dalle imprese.

A scanso di valutazioni improprie che - specie se basate sulle stesse logiche utilizzate per i farmaci - rischierebbero di rompere le ossa alle aziende (e magari ai pazienti).

CITTADINANZATTIVA/ Report annuale con il Cnamc presentato a Riva del Garda

Cronici baby, mobilità forzata

Mmg e pediatri impreparati - Fuori Regione il 73% delle diagnosi

I Report sulle malattie croniche e rare in età pediatrica sarà presentato il 10 e 11 giugno 2011, a Riva Del Garda nell'ambito della Prima conferenza delle organizzazioni civiche per la salute realizzata da Cittadinanzattiva onlus e dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici (Cnamc) con il sostegno dell'Asss di Trento e Grandi eventi della Provincia autonoma di Trento - da sempre attenta al tema della partecipazione civica, dell'empowerment dei cittadini e alle politiche della cronicità - nell'ambito delle celebrazioni per il 2011, anno europeo delle attività di volontariato che promuovono la cittadinanza attiva.

Temi centrali della manifestazione saranno l'assistenza socio-sanitaria delle persone affette da patologia cronica e rara e i criteri di rappresentanza e rappresentati-

Ben il 73,1% dei bambini colpiti da una malattia cronica o rara è vittima del federalismo delle cure e dei servizi ed è costretto a rivolgersi per ottenere diagnosi e assistenza. Questo - aggiunto alla non totale copertura da parte degli assistiti dei bisogni dei pazienti - si traduce in un onere assistenziale integrativo a carico delle famiglie che oscilla tra i 3mila e i 9mila euro l'anno. Il dato è contenuto nel X «Rapporto nazionale sulle malattie croniche e rare» del Coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici - Cnamc di Cittadinanzattiva, che sarà presentato questa settimana a Riva del Garda.

Realizzato con la collaborazione di 34 organizzazioni di pazienti e loro familiari, di cui 2 federazioni, 1 fondazione e 31 associazioni, il Rapporto offre uno spaccato documentato delle difficoltà che costellano il percorso di cura dei pazienti più giovani, quelli cioè compresi nella fascia d'età 0-18 e delle famiglie che li seguono, a partire dall'indispensabile pellegrinaggio in cerca di diagnosi. Per i ragazzi "cronici" e "rari" più che per chiunque altro l'urgenza della diagnosi è vitale: l'individuazione precoce della malattia può consentire a esempio di evitare danni permanenti agli organi di senso o vitali, mentre l'accesso agli screening può consentire di evidenziare patologie inizial-

mente destinate a passare inosservate in rapporto all'età del paziente.

Viceversa, le difficoltà dei giovani pazienti cominciano proprio nel momento in cui scatta la domanda angosciata: «che cos'ha mio figlio?». In Italia, se la malattia è "rara", la risposta giusta può arrivare con un ritardo di circa 3-6 anni per le forme infantili e di 5-10 anni per le forme adulte. E la fascia d'età più colpita è proprio quella da 0 a 5 anni (61,8%), ovvero quella in cui la diagnosi tempestiva può ridurre o anche evitare l'irreversibilità del danno. L'impossibilità d'accesso a una diagnosi tempestiva è la denuncia condivisa da parte dell'88% delle associazioni che nell'ordine additano come principali difficoltà: l'invio ritardato del paziente allo specialista da parte del generalista e del pediatra di libera scelta (73,3%), ancora poco informati sulle patologie rare; la scarsa presenza e/o inadeguatezza dei centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento delle patologie rare (60%); la sottovalutazione dei sintomi espressi dai giovani pazienti (60%); l'assenza di percorsi diagnostico-terapeutici (Pdt) a livello nazionale e/o regionale per singola patologia, in grado di garantire una diagnosi precoce e uniformità d'accesso alle cure (40%); la scarsa informazione sulla possibilità dell'insorgenza della patologia

vità delle organizzazioni civiche nei servizi sanitari. L'ampia diffusione delle patologie croniche nella popolazione italiana (39,2%) e la loro incidenza in termini di costi sulla spesa pubblica socio-sanitaria (70%) mettono in evidenza nuovi bisogni e l'urgenza di risposte diverse, soprattutto in termini di miglioramento dell'assistenza e di maggiore attenzione alla qualità della vita.

L'iniziativa, punta a creare per la prima volta in Italia uno spazio di condivisione e confronto sui temi della partecipazione civica e dell'assistenza socio-sanitaria per persone affette da patologie croniche e rare aperto a soggetti provenienti da associazioni di persone affette da patologie croniche e rare, mondo del volontariato, professionisti del mondo sanitario e socio-assistenziale, Università e ricerca e Istituzioni.

nei soggetti a rischio (40%); i tempi d'accesso elevati per ottenere le prime visite e gli esami utili a formulare la diagnosi (33,3%).

Un rosario di inefficienze da cui derivano, secondo le associazioni, diagnosi tardive (86,7%), aumento dei costi privati extra sostenuti dalle famiglie per far fronte alla patologia (66,7%), aumento dei costi sociali a carico della collettività (46,7%), ricorso a trattamenti diagnostici non necessari e complicanze (46,7%), aumento dei ricoveri (40%), dei trattamenti farmacologici (20%) e degli accessi al pronto soccorso (13,3%).

Altrettanto disastroso il panorama delle carenze sul fronte dell'assistenza specialistica, che si esplicita come di consueto nella assoluta scarsità di strutture di riferimento nel Sud Italia, determinando la migrazione forzata dei pazienti in cerca di cure. Migrazione gemella della tendenza a ricorrere più frequentemente all'assistenza specialistica ospedaliera (74%) piuttosto che a quella territoriale (26%), visto che il territorio è - in questo caso uniformemente - indietro un po' in tutta Italia. Sia che si tratti di assistenza specialistica ospedaliera o territoriale, le associazioni si dichiarano comunque insoddisfatte della qualità dei servizi erogati nel 79% dei casi, contro un 21% di giudizi positivi: il 73,1% aggan-

cia il giudizio negativo proprio alla necessità di doversi spostare fuori Regione per ottenere le cure; il 61,8% lamenta la mancanza di centri specializzati. In entrambi i casi risultano tristemente protagoniste le Regioni Centro-Sud da dove emerge anche - per l'ennesima volta - la denuncia dei costi occulti del federalismo a carico delle famiglie, che lamentano tra l'altro percorsi diagnostico/terapeutici diversi da Regione a Regione (61,5%).

Carenze diffuse, infine, in tema di integrazione tra i centri esistenti e le strutture territoriali (53,8%); informazione o formazione sulla gestione della patologia; valutazione multidisciplinare delle esigenze di salute (50%). Ma le denunce riguardano anche la scarsa diffusione dei centri ambulatoriali (47,1%), la scarsa conoscenza dei servizi socio-sanitari territoriali (46,2%) e le differenze di trattamento - emergenti anche da Asl ad Asl - che lasciano ancor più sgomenta le famiglie, costrette a far fronte di tasca loro non ai giochi ma alle cure per i piccoli colpiti da patologie tanto difficili da curare. E provvedere.

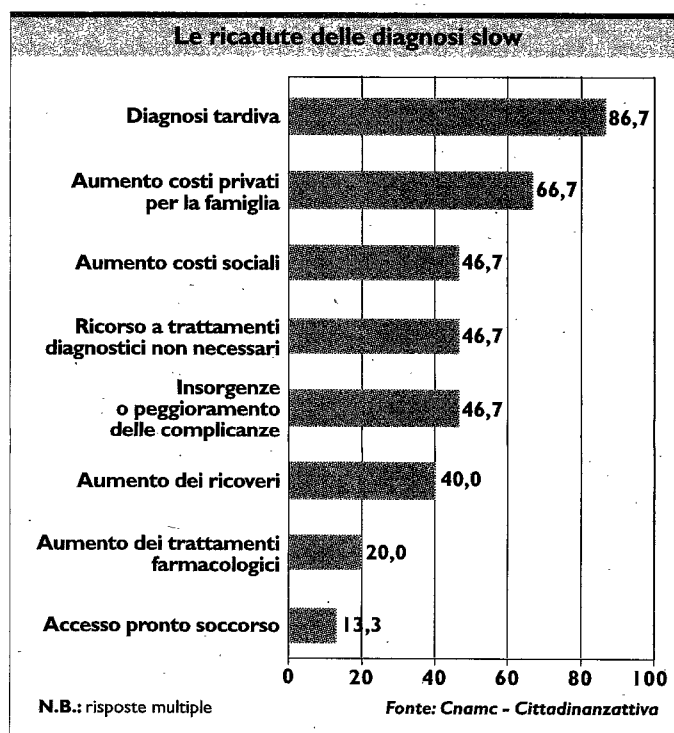


costa caro: in media per "integrare" l'assistenza garantita dal Ssn si spendono 2.454 euro, cui possono aggiungersi 1.202 euro per l'acquisto di presidi e ausili, 1.239 euro per l'acquisto di farmaci; 881 per esami e diagnostica. E ad alcuni capita di dover pagare tutto o assieme: in Italia - per ora - hanno ottenuto cittadinanza solo 47 gruppi di patologie, per un totale di 284 malattie. Ma in lista d'attesa - con la speranza appesa alle sorti del fantasma dei nuovi Lea - ce ne sono assai di più. E aspettano solo di essere "notate".

Sara Todaro

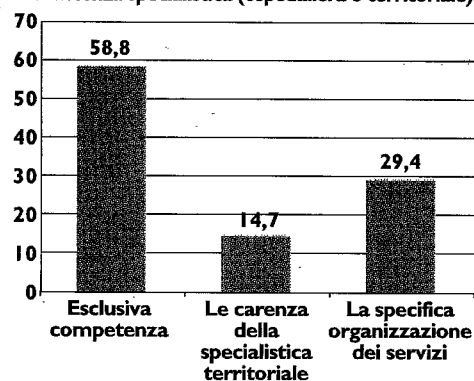
© RIPRODUZIONE RISERVATA

| Cosa ostacola la diagnosi | |
|---|------|
| | % |
| Invio ritardato del paziente allo specialista, da parte del Mmg e Pls | 73,3 |
| Scarsa presenza, adeguatezza o assenza dei centri di riferimento specializzati nella diagnosi e nel trattamento della patologia | 60,0 |
| Sottovalutazione dei sintomi riferiti dal paziente | 60,0 |
| Inesistenza di piani diagnostico-terapeutici per la diagnosi e il trattamento della patologia, definiti a livello nazionale e/o regionale e scientificamente riconosciuti | 40,0 |
| Scarsa informazione sulla possibilità dell'insorgenza della patologia nei soggetti a rischio | 40,0 |
| Tempi di attesa elevati per l'accesso alle prime visite specialistiche e/o a esami diagnostici utili per la diagnosi della patologia | 33,3 |
| Costi privati sostenuti dal paziente e dalla famiglia per accedere alle prime visite specialistiche e/o a esami diagnostici utili per la diagnosi della patologia | 26,7 |
| Scarsa propensione da parte del personale medico alla medicina d'iniziativa | 20,0 |
| Al momento della comunicazione della diagnosi il ragazzo non era presente | 6,7 |
| N.B.: Risposte multiple | |
| Fonte: Cnamc - Cittadinanzattiva | |



I motivi della fuga verso lo specialista

Per quali motivazioni si ricorre prevalentemente all'assistenza specialistica (ospedaliera o territoriale)?



N.B.: risposte multiple Fonte: Cnamc - Cittadinanzattiva

Gli effetti delle criticità registrate nel territorio

| | | | |
|--|------|---|------|
| Cure fuori Regione | 73,1 | Distanza dalla struttura sanitaria | 42,3 |
| Carenza centri specializzati | 61,8 | Scarso accesso alle terapie innovative | 38,5 |
| Percorsi diagnostico/terapeutici diff. tra Regione e Regione | 61,5 | Scarso propensione della medicina di iniziativa | 34,6 |
| Mancata/scarso integrazione con servizi di ass. territoriale | 53,8 | Poco tempo per ascolto paziente | 34,6 |
| Scarso formazione/info sulla gestione della patologia | 53,8 | Lista d'attesa per accesso alle prestazioni | 30,8 |
| Assenza/scarso valutaz. multidisciplinare nelle esigenze di salute | 50,0 | Cambiamento continuo specialista | 26,9 |
| Scarso diffusione centri ambulatoriali | 47,1 | Limitazione nelle prescrizioni di farmaci | 19,2 |
| Scarso conoscenza servizi socio-sanitari territoriali | 46,2 | Mancata programmazione annuale delle visite | 19,2 |
| All'interno della stessa Regione tra Asl e Asl | 42,3 | Altro | 3,8 |

N.B.: risposte multiple
Fonte: Cnamc - Cittadinanzattiva

I costi assistenziali aggiuntivi a carico delle famiglie dei bambini affetti da malattie croniche o rare

| | Euro |
|---|---------|
| Indicate quanto un paziente spende mediamente in un anno per l'acquisto dei farmaci necessari (e non rimborsati dal Ssn) per il trattamento della patologia | 1.239,7 |
| Indicate quanto un paziente spende mediamente in un anno per lo svolgimento di prestazioni diagnostiche (esami per il follow-up) utili al trattamento e/o al monitoraggio della patologia, non erogate gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale | 881,8 |
| Indicate quanto una persona spende mediamente in un anno per il supporto assistenziale, integrativo rispetto all'assistenza fornita dal Ssn | 2.454,5 |
| Indicate quanto un paziente spende mediamente in un anno per l'accesso ai servizi di supporto psicologico | 1.795,8 |
| Indicate quanto un paziente spende mediamente in un anno per l'acquisto dei presidi, protesi e ausili non garantiti dal Ssn | 1.202,5 |
| Indicate quanto una persona spende mediamente in un anno per l'assistenza odontoiatrica non garantita dal Ssn | 970,0 |

Fonte: Cnamc - Cittadinanzattiva

IL SONDAGGIO**L'ANTI-RIGETTO
COMPIE 25 ANNI
MA NON TUTTI
HANNO VOGLIA
DI FESTEGGIARE**

Venticinque anni dal primo anticorpo monoclonale, arma biotech per eccellenza e ora utilizzata come anticancro (leucemie, linfomi, mammella) e anti-infiammatorio (colite ulcerosa, morbo di Crohn, artrite reumatoide, anti-rigetto): era il 1986 quando il Muromomab (Orthoclone Okt3), anticorpo "chimerico" topo-uomo, immunosoppressore, veniva approvato nelle terapie dei trapianti d'organo. E sono passati trent'anni da quando le biotecnologie sono utilizzate per produrre insulina umana per i diabetici. Nel mondo oggi sono 350 milioni (dati [Farmindustria](#)) i pazienti trattati con farmaci biotech e 633 i medicinali in sviluppo, dei quali 233 vaccini. È la "Red biotech", quella che riguarda la salute (la Green è l'agro-alimentare, la White riguarda l'industria), la più accettata, soprattutto tra i giovani, i più informati e con voglia di saperne di più (indagine GfK-Eurisko per [Farmindustria](#)). Solo il 12% degli intervistati (5% dei giovani 15-25 anni) è contrario all'utilizzo delle biotecnologie nella ricerca [farmaceutica](#).

(m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Biotech

L'Italia è al terzo posto in Europa per imprese impegnate in ricerca e sviluppo nel settore nato sessant'anni fa. Le prossime sfide: malattie rare, immunoterapia tumorale, vaccini e sonde per cure sempre più personalizzate

Biomateriali e terapia genica ecco il futuro della medicina

SALUTE LA RICERCA

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| LE TAPPE | 1950 Per la prima volta intiere piante vengono generate da una coltura in vitro | 1953 Identificata la struttura a doppia elica del Dna; nel 1969 prima sintesi di un enzima in vitro | 1980 Nasce l'ingegneria genetica; nell'82 si produce insulina umana biotech per i diabetici |
| | 2000 Completato il progetto Genoma di mappatura di segmenti di Dna umano | 2007 Si riescono ad ottenere le prime cellule staminali embrionali senza utilizzare embrioni | PER SAPERNE DI PIÙ www.assobiotec.it www.agenziafarmaco.it |

SILVIA BAGLIONI

Le biotecnologie applicate alla salute dell'uomo rappresentano il 96% di tutto il fatturato del biotech in Italia, (circa 7,4 milioni di euro). Gli investimenti in ricerca e innovazione sostenuti dalle aziende della salute biotech ("Red biotech") ammontano al 24% dei loro introiti; nel 2010 l'Italia è risultata al terzo posto in Europa per numero di imprese che dedicano la loro attività esclusivamente a questo settore. «Una posizione di forza conquistata nonostante la debolezza del sistema di finanziamento italiano e la scarsa attenzione delle istituzioni», spiega Alessandro Sidoli, presidente di Assobiotec, intervenuto a Milano durante l'assemblea nazionale dell'associazione. «Attraverso Telethon — insiste Sidoli, consegnando nelle mani di Luca Cordero di Montezemolo l'Assobiotec Award 2011 — si sostiene una rete di laboratori di ricerca di grande qualità ed efficienza, impegnati nello sviluppo di farmaci, terapie e strumenti diagnostici per la cura delle malattie genetiche».

Le 246 le imprese dell'area salute sono impegnate principalmente su sei fronti. Vengono sviluppati farmaci e terapie basate su geni (Dna utilizzato direttamente come sostanza farmaceutica nella terapia genica), o cellule vive o parti di esse usate nella terapia cellulare. La terapia cellulare avanzata si differenzia da altri trattamenti a base di cellule poiché, prima di essere somministrate, le componenti vengono sottoposte a un processo di "ingegnerizzazione" per potenziarne l'effetto terapeutico. Tecniche avanzate sono anche quelle alla base dell'ingegneria tissutale: sostituiti biologici per la ricostruzione o sostituzione di tessuti o organi ottenuti attraverso l'uso di cellule staminali, nuovi biomateriali e fattori di crescita, capaci di stimolare la riattivazione dei meccanismi endogeni di riparazione. Non meno innovativo è il settore dell'immunoterapia dei tumori e degli enzimi per la cura di malattie rare. Ne sono un esempio i vaccini a base di Dna utilizzati per il trattamento di linfomi non Hodgkin nati dalla collaborazione tra Areta International e il Centro oncologico di Aviano.

Sono allo studio materiali avanzati, liposomi, anticorpi e terapie cellulari per mettere a punto sistemi per veicolare i farmaci su un sito specifico, per migliorarne l'assorbimento e la distribuzione. Così come vengono investite una grande quantità di risorse nella sintesi e caratterizzazione di molecole che possono generare nuovi farmaci. Vi è infine un settore che potenzialmente può cambiare la storia di un paziente e il decorso della malattia: la diagnostica molecolare, basata sull'utilizzo di sonde proteiche/anticorpali, a Dna, chip, ma anche test cellulari, modelli animali e di organi. Questi sistemi d'indagine non si applicano solo alla diagnosi, ma riguardano anche la prognostica e le aree predittive, di identificazione e quantificazione del trattamento farmacologico più adeguato e del monitoraggio della sua efficacia.

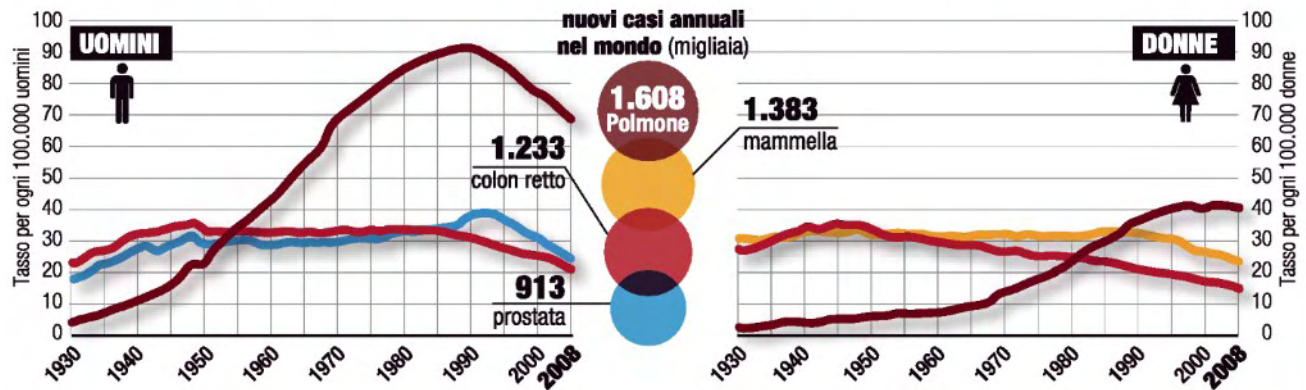
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allo studio sistemi per migliorare l'assorbimento e la distribuzione dei farmaci

I 4 big killer

- polmone
- prostata
- colon retto
- mammella

La lotta al cancro è ad una svolta: i cosiddetti tumori big killer fanno paura. L'incidenza non diminuisce, ma è la mortalità a diminuire. Sono 4 e da soli colpiscono nel mondo ogni anno 12.677.000 persone. Sono quelli al polmone, al colon retto, al seno (donne), alla prostata (uomini). Aumenta la guaribilità e la qualità di vita migliora. Le armi: diagnosi precoce e trattamenti mininvasivi



La prevenzione a tavola

L'ambiente non «muta» i geni, bensì le proteine che avvolgono il genoma (**l'epigenoma**) e ne regolano l'attività



Smart food

La dieta soprattutto influenza l'epigenoma: ridurre del 30% le calorie giornaliere allunga la vita e fa evitare in media il 30-40 per cento dei tumori. Alcune sostanze presenti in vegetali e frutta hanno lo stesso effetto della restrizione calorica e proteggono l'epigenoma. I cibi che le contengono sono chiamati smart food. Ecco quali sono

Fisetina

Fragole



Cipolle



Capsaicina

Peperoncino



Camferolo

Tè



Broccoli



Resveratrolo

Uva



More



Cacao



CDS

NOTIZIE

In breve

CERTIFICATI MEDICI**Il sistema non va,
medico senza colpa**

Perché si possa configurare l'ipotesi di illecito disciplinare per violazione della normativa in materia di trasmissione telematica dei certificati medici devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di inviare questi documenti in questa modalità sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa.

Quest'ultimo - è il chiarimento contenuto nella circolare n. 1 del 23 febbraio 2011 della presidenza del Consiglio dei ministri pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 129 di ieri - è escluso nei casi di malfunzionamento del sistema generale.

L'applicazione delle sanzioni avviene in base a criteri di gradualità e proporzionalità. Le strutture di pronto soccorso individuano «le soluzioni tecniche e organizzative» più idonee a garantire l'applicabilità del nuovo sistema. Il Sac (Sistema di accoglienza centrale) mette a disposizione di Regioni, aziende sanitarie e altre strutture interessate un cruscotto di monitoraggio del sistema, che serve anche per segnalare eventuali rallentamenti o blocchi.



I medici per i «sì» sull'acqua

■ Dopo l'appello degli oncologi contro il nucleare, arriva quello dei medici a favore dei due "sì" per l'acqua bene comune. È l'appello che Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici, lancia sul web rivolgendosi ai colleghi italiani, perché «l'acqua pubblica è un bene comune essenziale per la salute e per la prevenzione in sanità».

