

Legge di stabilità: confermati i tagli da 4 mld ma i governatori tentano un accordo con il Governo

# La parabola dei costi standard

Un lodo per salvare il Ssn e il «Patto salute» - Ospedali, esiti 2013 sull'ottovolante

**C**onfermato dal premier Renzi il taglio da 4 miliardi nella Legge di stabilità, le Regioni sono al lavoro sul "lodo Chiamparino". Cioè il pacchetto di proposte che dovrebbe rendere sostenibile la manovra evitando sia ricadute troppo pesanti di tagli sia aumenti della fiscalità. Che in ogni caso metterebbero a repentaglio il Patto per la salute e lo stesso Ssn. Per Palazzo Chigi, intanto, la strada maestra è già tracciata ed è

lastricata di costi standard e di trasparenza.

La stessa a cui punta il nuovo Programma nazionale esiti che racconta le performance assistenziali di Regioni e aziende. Risultati che mostrano un miglioramento, ma con il solito andamento a macchia di leopardo che conferma in gran parte le disuguaglianze croniche delle cure made in Italy.

SERVIZI A PAG. 2-5 E 8-9



Esiti 2014: indicatori superiori alla media soprattutto in Valle d'Aosta, Toscana e Trento

## La cura è diseguale per tutti

Maglia nera alla Campania - Parti cesarei primari lontani dagli standard Oms

**I** dati del Programma nazionale esiti 2014 - che quest'anno contiene tre sezioni nuove (emergenza-urgenza, sperimentazioni regionali e audit) - in generale sono in miglioramento, ma con il solito andamento a macchia di leopardo che conferma in gran parte le disuguaglianze croniche delle cure made in Italy. Performance positive soprattutto sull'anticipazione dei tempi degli interventi al femore e sulla degenza post operatoria nelle colecistectomie laparoscopiche. Nel primo caso si è passati dal 28,7% di interventi chirurgici entro le 48 ore per fratture al femore in pazienti over 65 al 45,7% del 2013.

Un dato non meramente statistico: migliorare questo indicatore va infatti tradotto in 6mila decessi prevenuti, ossia vite salvate. Le medie nazionali, come in molti altri casi, non danno l'idea della grande eterogeneità dei valori, anche all'interno di una stessa Regione.

Per la frattura del femore, a esempio (percentuale di operati entro due giorni), si passa dai valori minimi inanellati dall'Ospedale S.S. Rosario di Venafro, in Molise (0,82%), dall'Ospedale Parodi Delfino di Collesereno, nel Lazio (1,24%) e dagli Ospedali Riuniti Area Nolana di Nola, in Campania (1,89%) alle ottime performance del S. Eugenio di Roma (98,05%), della Fondazione Poliambulanza di Brescia, in Lombardia (93,63%) e dell'Ospedale N.S. di Montallegro a Rapallo, in Liguria (91,06%). Come si può notare, nel Lazio convivono praticamente i due estremi dell'intervallo tra valore minimo e valore massimo.

Sulle colecistectomie laparoscopiche, la proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 55,6% del 2008 al

64,1% del 2013, con grandi differenze tra e intra Regioni. Nel 2013, le Regioni che presentano proporzioni inferiori alla media nazionale sono quelle del Sud Italia, a eccezione della Basilicata, mentre le altre Regioni hanno valori superiori o paragonabili alla media nazionale. Anche la distribuzione geografica per Provincia/Asl mostra un'elevata eterogeneità intra e interregionale.

Non cessano invece le note dolenti sulla proporzione dei parti cesarei primari, passati dal 29% del 2008 al 26% del 2013. Percentuali ancora eccessivamente alte e lontane dal parametro Oms che indica una percentuale massima del 15 per cento.

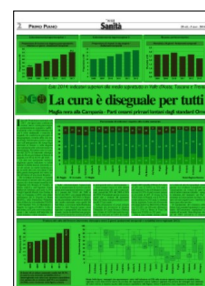
Sulla proporzione di cesari primari, il risultato più favorevole lo produce l'Ospedale di Carate Brianza (Monza) che a fronte di 1.629 interventi ha registrato un esito pari al 5,16% di cesarei, seguito dall'ospedale di Borgo S. Lorenzo (Fi) con il 5,95% su 421 parti e dall'ospedale Civile di Palmanova (Udine) con il 6,55% di parti cesarei primari su un totale di 687. È invece la Cca Villa Cinzia di Napoli, con il 92,7% di cesarei primari su 543 parti, la struttura che ha registrato l'esito più sfavorevole preceduta dalla Cca Mater Dei di Roma con l'87,28% (su 180 parti effettuati) e dalla Ca S.M. La Bruna di Torre Del Greco con l'81,8% su 323 parti.

Non a caso restano alcune criticità sui volumi di attività riguardanti i punti nascita: «Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile - spiega la relazione del ministero sul Pne - mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti negativi per i bambini di

basso peso alla nascita».

Il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato-Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti. Ma nel 2013 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti/anno sono 133 (26% delle strutture con più di 10 parti/anno).

Se si guardano nel complesso i 129 indicatori del Pne, le Regioni che hanno ottenuto i risultati migliori, con un maggior numero di indicatori oltre le medie nazionali sono Valle d'Aosta, Toscana e Provincia autonoma di Trento. Sul podio delle "peggiori", quelle con il maggior numero di indicatori al di sotto delle medie nazionali, troneggia la Campania con il 24%, seguita da Calabria e Puglia, entrambe con il 23 per cento. Ma si tratta di valutazioni da prendere con le molle. Anche perché non sempre i dati inviati dalle Regioni all'Agenas sono del tutto attendibili (si veda intervista in pagina), per errore o per altro. Tanto che sono state ben 400 le richieste di audit per valori incongruenti o sospetti mandate da Agenas



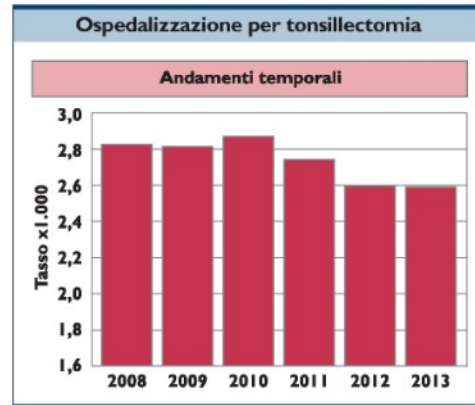
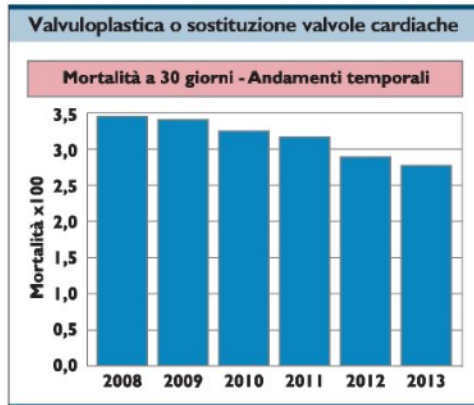
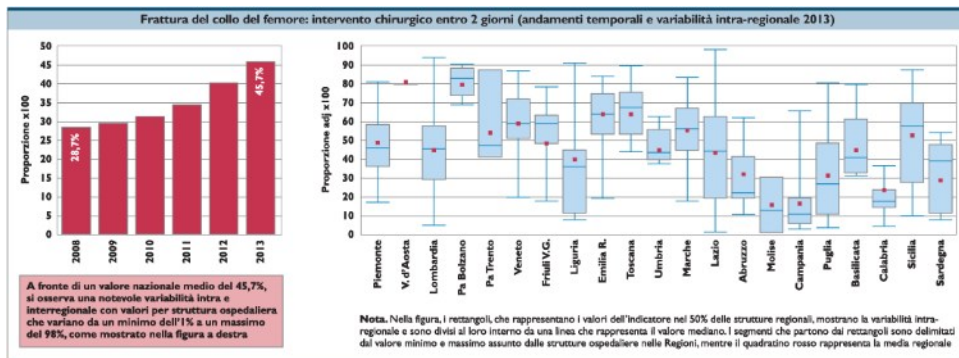
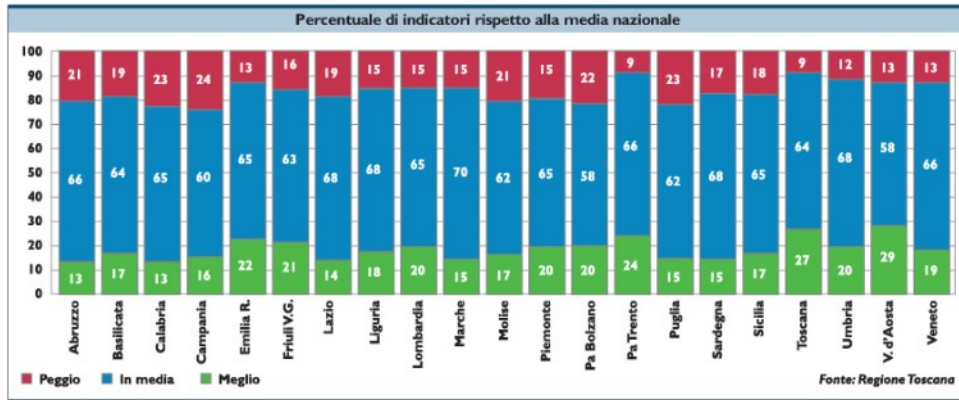
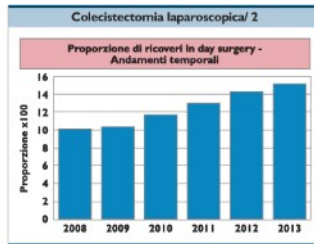
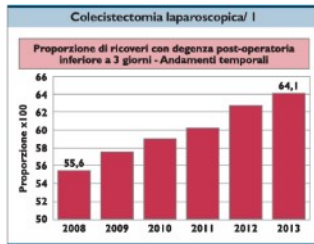
alle amministrazioni regionali.

A sottolineare l'importanza dei dati e la necessità di «fare meglio» anche sul fronte delle rilevazioni, è intervenuta la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**: «Per i direttori generali adeguarsi ai parametri del Programma nazionale esiti non è un optional, ma un dovere. Dalle Regioni a statuto speciale - ha aggiunto **Lorenzin** - abbiamo difficoltà ad avere i dati. Fornire i dati dovrebbe invece essere un obbligo per le amministrazioni». Per la ministra, non riceverli «è inaccettabile». **Lorenzin** ha infine precisato che il Pn «non è uno strumento punitivo, ma ha l'obiettivo di intervenire per modificare le anomalie».

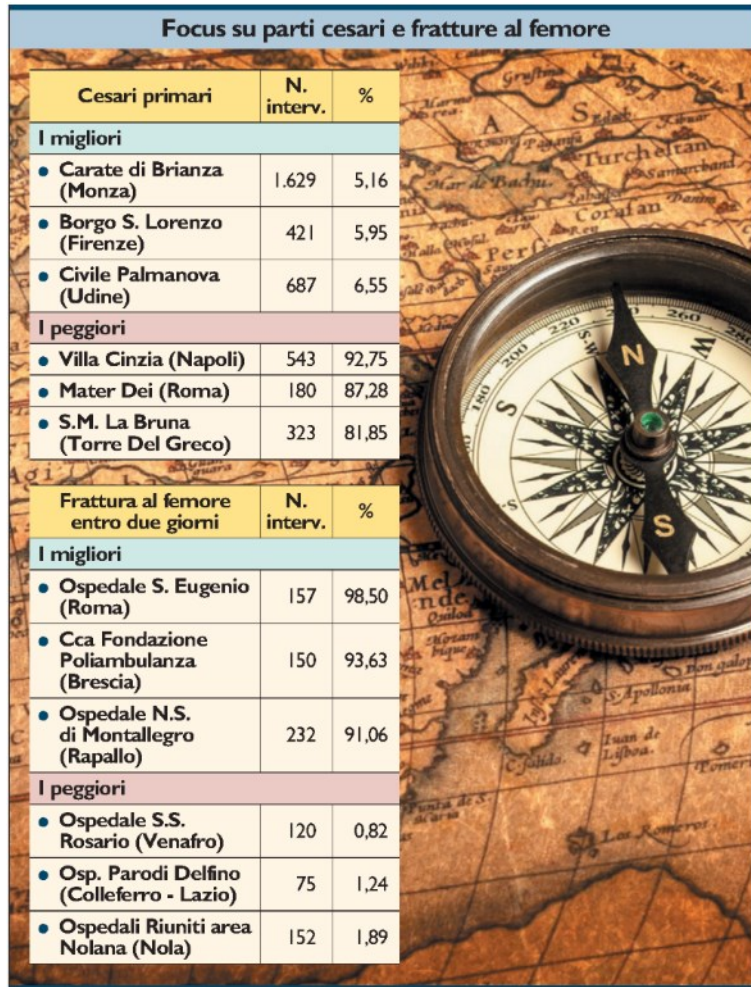
E che sia la strada giusta è dimostrato dai passi avanti fatti in alcune aree. La pensa così il direttore di Agenas, **Francesco Bevere**: «I risultati del 2013 documentano sensibili miglioramenti delle situazioni regionali che nel 2010 e 2011 registravano condizioni di erogazione gravemente carenti per alcuni gruppi di patologie». «Laddove le Regioni hanno assegnato ai Dg delle aziende sanitarie obiettivi di miglioramento relativi alle criticità evidenziate nel Pn - precisa Bevere - si è osservata una sensibile riduzione di quelle criticità, così come un miglioramento sempre più evidente quando si è intervenuti coinvolgendo direttamente i clinici, il personale sanitario e le società scientifiche». Un percorso da proseguire, secondo Bevere, secondo cui «la partnership con le Regioni e con i professionisti è la carta vincente».

**Ro.M.**

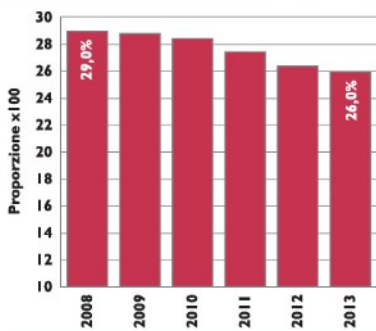
© RIPRODUZIONE RISERVATA



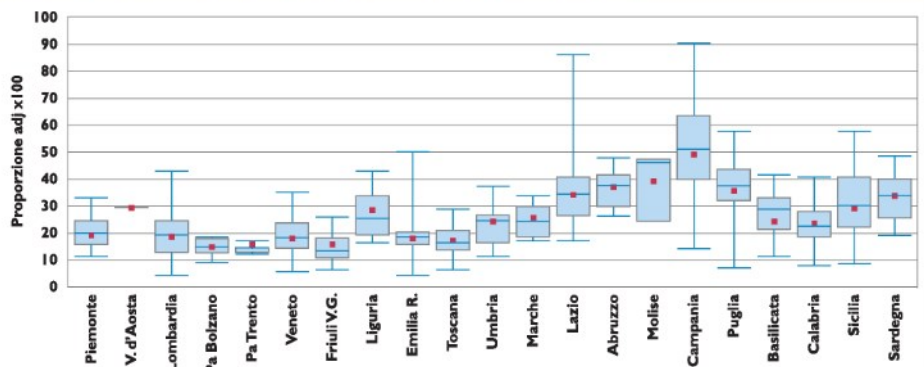




Proporzioni di parti cesarei primari (andamenti temporali e variabilità intra-regionale anno 2013)



A fronte di un valore nazionale medio del 26%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% a un massimo del 93% come mostrato nella figura a destra



Nota. Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle Regioni, mentre il quadratino rosso rappresenta la media regionale



## Rischio errori e spreco di soldi, 30 mln solo per istruire pazienti a nuove strisce

Documento a istituzioni e controproposta a gare regionali, individuare 3 categorie definendo rimborsi standard

Milano 27 ott. (AdnKronos Salute) - Un glucometro 'taglia unica'? La Società italiana di diabetologia dice "no" alle gare regionali per l'acquisto di strisce per la misurazione dei livelli di zucchero nel sangue, che portano a scegliere per tutti i diabetici di una regione un'unica tipologia di dispositivo o un paio. "Pur sostenendo ogni iniziativa che abbia come oggetto il contenimento della spesa da parte del Servizio sanitario nazionale e delle regioni", premette il presidente della Sid Enzo Bonora, il prezzo di queste iniziative potrebbero pagarli i

pazienti. La Sid si dice quindi "fortemente contraria" a queste gare e ne spiega i motivi in un documento che presenterà, insieme alle associazioni delle persone con diabete, al ministro della Salute, al Parlamento, alle Regioni e all'Agenas. "Le persone con diabete - ricorda la Sid - potrebbero trovarsi presto costrette a impiegare un'unica o un paio di tipologie di glucometro (il misuratore della glicemia utilizzato per l'automonitoraggio domiciliare) identificate attraverso una gara indetta Regione per Regione. Attualmente sono in commercio una ventina di apparecchi diversi, con le relative strisce reattive, e fino ad oggi le persone con diabete hanno potuto ricevere dal team diabetologico l'apparecchio più indicato alle proprie esigenze: da quelli più semplici, adatti alle persone anziane, a quelli più sofisticati che consentono, ad esempio, di calcolare il bolo di insulina prandiale, adeguandolo alla quantità di carboidrati da assumere con il pasto o elaborare al computer grafici del controllo glicemico in un dato periodo per meglio comprendere che schema terapeutico adottare". "La controproposta di Sid - aggiunge Bonora - è l'individuazione di 3 categorie di strumenti, e relative strisce, a bassa, media e alta tecnologia. A queste categorie, definite con la consulenza dei clinici, dovrebbero essere ricondotti tutti gli strumenti attualmente disponibili e quelli che saranno messi sul mercato in futuro. Per ognuna di queste 3 categorie dovrebbe essere definito un prezzo di rimborso standard, unico su tutto il territorio nazionale, ragionevole per le aziende produttrici e sostenibile per il Ssn, ma tutti gli strumenti dovrebbero restare disponibili". Prezzi di rimborsi unici, osservano i diabetologi, "eviterebbero il ricorso a gare che comportano numerosi problemi, generano potenziali rischi e configurerebbero un aggravio e non una riduzione della spesa". "Una gara - fa notare infatti la Sid - può vedere la partecipazione e l'aggiudicazione da parte di aziende che producono materiale di bassa qualità (è già successo) o la partecipazione alla competizione con materiale non di ultima

generazione (è già accaduto), impedendo quindi l'accesso a quello più recente e tecnologicamente più avanzato. Inoltre, avendo la gara una validità pluriennale, il rischio di obsolescenza dell'apparecchio 'vincitore', soprattutto se già 'superato' al momento dell'aggiudicazione della gara, è ancora più alto". Secondo i calcoli degli esperti, inoltre, "sostituire 1 milione di glucometri insomma costerebbe almeno 30 milioni di euro, solo per istruire i pazienti all'uso dei nuovi apparecchi". Invece, "mantenere una pluralità di offerta garantirebbe l'accesso a strumenti rispondenti alle diverse esigenze cliniche delle persone con diabete, l'appropriatezza prescrittiva e la salvaguardia del principio di economicità". La Sid ricorda che "l'autocontrollo glicemico domiciliare è parte integrante della terapia di tutte le persone con diabete". Uniformare i device utilizzati "può generare errori da parte dei pazienti e questo comporta rischi anche importanti: dallo scompenso glicemico alle crisi ipoglicemiche, eventi temibili e potenzialmente fatali". Due italiani diabetici su 3 sono infatti over 65 e l'abilità di questi 2,5 milioni di persone nel gestire strumenti tecnologici è spesso limitata, puntualizzano gli specialisti. "Una persona con diabete può impiegare mesi a familiarizzare con un glucometro e un cambiamento di strumento, non dettato da motivazioni cliniche, potrebbe rappresentare un ulteriore, inutile problema nella gestione della malattia. Questo potrebbe portare la persona a trascurare o abbandonare l'autocontrollo glicemico domiciliare, con ricadute facilmente immaginabili (chiamate al 118, accessi al pronto soccorso, ricoveri)". La Sid conclude: "Così come il principio della continuità terapeutica è inviolabile, per analogia un glucometro dovrebbe essere sostituito con un altro solo per motivazioni tecniche (rottura) o cliniche (mutata condizione) e non per motivazioni di carattere esclusivamente economico".



**adnkronos**  
salute

28 ottobre 2014  
NUMERO 160 | ANNO 8

# Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

## **Censis, per 35% italiani insufficienti i farmaci garantiti da Ssn *E il 48% li acquista dopo informazioni su tv e web***

Hanno un giudizio positivo sul livello di copertura farmaceutica offerto dal Servizio sanitario nazionale, ma aumentano gli italiani che reputano insufficienti i farmaci garantiti dal Ssn: il 35% di oggi contro il 31% del 2012. Sono i dati del Monitor biomedico 2014, l'indagine condotta dal Censis nell'ambito del Forum per la Ricerca biomedica. Gli italiani attribuiscono ai farmaci un ruolo importante - sottolinea il Report, presentato a Roma - sia nella lotta alle malattie (per il 37% la finalità principale delle medicine è proprio quella di guarire dalle patologie), sia rispetto alla gestione delle cronicità, visto che il 21% ritiene che le medicine abbiano un ruolo importante nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti e nel garantire la possibilità di convivere a lungo con le malattie.

Per il 15,5% i farmaci devono svolgere una funzione di prevenzione delle malattie e per il 7% devono scongiurare per sempre le patologie mortali.

E ancora: il 48% degli italiani nel 2014 - era il 30% nel 2012 - ha almeno qualche volta tradotto in comportamenti le informazioni sulla salute acquisite da tv, radio, giornali, internet. Si tratta più frequentemente dell'acquisto di integratori e vitamine (35%) o farmaci (25%) ma anche di modifiche al proprio stile di vita (26%).

***Francesco Maggi***



SANITA': ANALISI COSTI STANDARD, +5% SPESA PER RICOVERI =  
Esperti, aumento e' indice di maggiore appropriatezza

Roma, 27 ott. (AdnKronos Salute) - In crescita del 5% la spesa per i ricoveri, mentre pesa per un terzo (il 32%) sulla degenza il costo delle spese per pulizie, pasti, servizi amministrativi e tecnici. Sono alcuni dei dati emersi a Como nel corso della prima giornata del IV Convegno del Nisan, il Network italiano sanitario dedicato ai costi standard in sanità, organizzato in collaborazione con l'azienda ospedaliera Sant' Anna.

Dall'analisi dei dati riferiti al 2011 e contenuti nella ricerca presentata oggi, emerge dunque che la spesa per i ricoveri per acuti è cresciuta globalmente del 5,5% rispetto a quanto registrato nell'elaborazione dei costi standard 2013 (riferiti al 2010). Una crescita, spiega Adriano Lagostena, coordinatore del Comitato direttivo Nisan e direttore generale dell'Ospedale Galliera di Genova, "prevedibile per un aumento dell'appropriatezza, che porta a ricoverare sempre meno casi meno gravi e quindi solitamente meno costosi di quelli ad alta/media intensità/gravità, con la conseguenza di elevare il costo medio per ricovero".

La spesa di struttura (pulizie, pasti, ammortamenti, servizi amministrativi e tecnici, eccetera), rappresenta quasi un terzo (32%) del totale della spesa per i ricoverati. Quella per il personale, farmaci e dispositivi medici impiegati dalle unità di diagnosi e cura, costituisce il 68%. Nel dettaglio, il 20% è per il personale medico; il 21% per quello infermieristico; l'8% per le altre figure professionali; rispettivamente il 6% e il 13% per i farmaci e per i dispositivi sanitari. "Il vero problema risiede nel fatto che il sistema tariffario attuale - spiega Alberto Pasdera, Responsabile Scientifico del Nisan - è incoerente con la realtà dei costi, con la conseguenza che una data area o un dato ospedale può sembrare efficiente o no". In pratica, "mentre per i day surgery le tariffe sono mediamente più elevate del 33% rispetto ai costi effettivi, per altre tipologie di ricovero la situazione è ben diversa. Ad esempio, per i ricoveri più lunghi e complessi e con il maggior numero di giornate nelle terapie intensive, le tariffe arrivano a coprire poco più di un terzo dei costi reali (36%)".

"Manca dunque una vera e coerente strategia tariffaria - afferma Adriano Lagostena, coordinatore del Comitato direttivo Nisan e direttore generale dell'ospedale Galliera di Genova - Strategia che d'altronde non può nascere se prima non si parte dalla conoscenza reale dei costi effettivamente sostenuti per i diversi tipi di pazienti e di attività. E' proprio tale conoscenza che il Nisan può fornire, attraverso l'annuale determinazione dei costi standard, alle aziende e al Ssn laddove vogliono attuare un corretto sistema allocativo delle risorse".

Il Galliera, primo in Italia, ha messo in campo il progetto dei costi standard amministrativi. "Attraverso lo strumento informatico - conclude Luciano Grasso, direttore amministrativo dell'ospedale genovese - è possibile calcolare il costo totale e unitario dei diversi prodotti amministrativi e la loro variazione nel tempo. A oggi sono stati rilevati i costi di oltre 300 prodotti amministrativi".

Punto di forza sarà l'implementazione di indicatori per la misurazione di alcuni parametri giudicati rilevanti per l'organizzazione e la realizzazione di un sistema di indicatori al fine di un'attività di benchmarking con altre realtà".

(Mad/AdnKronos Salute)

Lunedì 27 OTTOBRE 2014

## Intervista a Laura Fabrizio (Sifo): "La spesa farmaceutica ospedaliera destinata a crescere, si tratta di una dinamica fisiologica"

***Il presidente della Società italiana di farmacia ospedaliera sottolinea che "il tetto è sottostimato in quanto è proprio presso l'Ospedale che vi è l'accesso all'innovazione e, quindi, ai prodotti farmaceutici a più alto costo". E lancia un appello: "Urgente riconoscere il contratto di formazione ai farmacisti ospedalieri, come avviene per i medici".***

*La necessità di rinegoziare il tetto per la farmaceutica ospedaliera e il ruolo decisivo svolto dal Patto per la Salute per individuare le fonti di spreco e per rimuovere le sacche di inefficienza. E poi la necessità di riconoscere i contratti di formazione ai farmacisti specializzandi. A una settimana dalla fine del Congresso della Sifo, abbiamo affrontato con il presidente, Laura Fabrizio, i temi più caldi emersi nel corso dei lavori.*

**I riscontri dell'Aifa mostrano che, se verrà confermato il trend attuale, lo sfioramento della spesa farmaceutica ospedaliera del 2014 raddoppierà rispetto al 2013. Come giudica questo dato?**

E' convinzione sempre più diffusa che il tetto della farmaceutica ospedaliera è sottostimato in quanto è proprio presso l'Ospedale che vi è l'accesso all'innovazione e, quindi, ai prodotti farmaceutici (sia farmaci sia dispositivi medici) a più alto costo. L'attenzione da parte degli operatori della sanità a non sprecare e a garantire appropriatezza attraverso scelte costo-efficaci basate sull'evidenza scientifica, resta comunque alta. La spesa farmaceutica ospedaliera è destinata a crescere, è una dinamica fisiologica come del resto indicano tutti i dati storici. Il trend di incremento si registrerà a prescindere dagli interventi di razionalizzazione e efficientamento che vengono e verranno attuati. Le istituzioni sono consapevoli di questo e devono agire di conseguenza. Questo non toglie che in certi contesti, vi sia un utilizzo inappropriato delle risorse, e certo ci sono ancora margini per arginare gli sprechi. Un esempio è dato dalla resistenza nel dismettere vecchie tecnologie allorquando nell'Ospedale vi sia la reale possibilità di orientare le scelte verso tecnologie costo-efficaci e in grado di generare notevole impatto in termini di innovazione dei processi di cura, e contestualmente, contribuire alla riduzione della spesa : occorre, quindi, avere la capacità di sapere investire ma anche disinvestire in sanità per evitare l'eccessivo proliferare di prodotti ormai obsoleti e non più "convenienti".

**Crede esistano margini per rinegoziare il tetto?**

Ci sono i margini per rinegoziare il tetto della spesa farmaceutica partendo dall'analisi accurata delle cause che ne determinano lo sfioramento e il Ministro Lorenzin è molto attenta a questo tema. In primis è necessario che tutti i soggetti coinvolti operino in modo integrato per garantire che eventuali tagli, indicati anche nella Legge di Stabilità, non vengano effettuati in modo indiscriminato e lineare ma siano focalizzati su effettive razionalizzazioni. Ritengo comunque che il Patto per la Salute 2014 – 2016 nei suoi enunciati possa rappresentare una garanzia in termini di efficientamento per il Ssn.

**Il Patto per la Salute fornisce adeguate garanzie in materia di assistenza farmaceutica?**

Confidiamo nel lavoro del Ministero e auspichiamo l'avvio di specifici tavoli con i professionisti della



sanità interessati, tra cui anche i farmacisti ospedalieri. In questo senso una funzione decisiva sarà svolta dall'Agenas. Le Società Scientifiche, e in particolare la Sifo, possono rappresentare un rilevante braccio tecnico per le Istituzioni per individuare gli ambiti in cui è ancora possibile risparmiare, rimuovendo le sacche di inefficienza. Dobbiamo però sempre tener presente che in Europa siamo tra le realtà più virtuose per quanto attiene la spesa farmaceutica. Un altro nodo dirimente è quello della gestione dei dispositivi medici: in molte Aziende Sanitarie la voce di spesa per i devices sta superando addirittura quella per i farmaci. Ritengo che in questo campo ci sia ancora molto da fare in tema di appropriatezza, sicurezza e razionalizzazione.

#### **La penetrazione dei biosimilari è ancora bassa. Quali gli scenari futuri?**

Nei prossimi anni attecchiranno sempre di più in quanto scadranno i brevetti per numerose molecole. Servirà quindi un maggior impegno per creare cultura in questo campo attivando specifici percorsi formativi: mi riferisco in particolare alle società scientifiche che dovranno valorizzare le nuove opportunità generate dall'uso dei biosimilari. Importante sarà quindi emanare position papers aggiornate che forniscano linee di comportamento. SIFO ha istituito una specifica area scientifica per i biosimilari e abbiamo già avviato interazioni con le istituzioni e presto la position papers della nostra Società Scientifica in questo ambito sarà aggiornata e diffusa.

#### **Formazione e farmacisti ospedalieri. Quali sono le criticità su cui intervenire?**

Stiamo lavorando in collaborazione con EAHP affinché la specializzazione in Farmacia Ospedaliera sia riconosciuta a livello europeo, in modo che i farmacisti possano liberamente muoversi nell'Unione. Intanto si profila una riduzione degli anni di corso da quattro a tre. Si tratta di un aspetto da monitorare con estrema attenzione, soprattutto per quanto concerne l'impatto che avrà sui percorsi didattico-formativi. Resta però una criticità enorme, che rende purtroppo l'Italia un caso unico in tutta Europa: ancora non sono stati riconosciuti i contratti di formazione per i farmacisti specializzandi, al contrario di quanto avviene per i medici. Stiamo lavorando a più livelli, sia politico sia sindacale, per cambiare questa situazione insostenibile. Sinora abbiamo ricevuto molte promesse, ma ancora nulla si è concretizzato. I farmacisti ospedalieri specializzati sono circa 150 ogni anno: basterebbe quindi un piccolo sforzo che garantirebbe risultati importanti per il futuro della professione ma, soprattutto, per il Ssn.

***Gennaro Barbieri***

**Reti oncologiche,  
un fantasma**

**D**i reti oncologiche si parla da anni, eppure sono rimaste pressoché sulla carta. Gli oncologi dell'Aiom denunciano l'inerzia di Governo e Regioni. Dal XVI Congresso nazionale spunti e proposte per costruire un'oncologia sostenibile.

A PAG. 18

*La denuncia degli oncologi Aiom: ha visto la luce soltanto il 5% dei progetti avviati*

# Tumori, le reti sono al palo

**Appena il 20% dei centri rispetta gli standard minimi di volume**

**L**e malattie oncologiche non sono state inserite finora nel concetto di patologie croniche, ma nei prossimi anni vi entreranno di diritto. Se si considera l'impatto delle neoplasie nell'Unione europea, è difficile pensare che il "problema cancro" sia poco rilevante, sia in termini epidemiologici che finanziari. La lotta ai tumori passa anche attraverso una corretta pianificazione della spesa. Il costo del cancro nell'Unione europea è pari a 126 miliardi di euro ogni anno (circa 16 in Italia): 42,6 per perdita di produttività, 9,43 per giornate lavorative perse e 23,2 per cure indirette.

I costi più alti si riferiscono al tumore del polmone (18,8 miliardi), del seno (15), del colon-retto (13,1) e della prostata (8,43). Tutto ciò potrebbe sembrare scontato. Però, con campagne di prevenzione efficaci, potremmo a esempio ridurre l'impatto legato ai danni del fumo e quei 18,8 miliardi, assorbiti dal carcinoma polmonare, sarebbero ridotti del 50% in 2-3 anni. E, con i programmi di screening, diminuirebbero ulteriormente anche i costi delle altre neoplasie. A esempio, è possibile quantificare in sei miliardi di euro in cinque anni il risparmio che potrebbe essere realizzato nel nostro Paese grazie a campagne di prevenzione oncologica. Una cifra che raggiungerebbe 50 miliardi complessivamente in Europa, se queste iniziative fossero estese a tutti gli Stati membri. L'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom) è impegnata attivamente su questo fronte. Al XVI Congresso nazionale della società scientifica, che si è svolto a Roma dal 24 al 26 ottobre, abbiamo presentato la quinta edizione di "Non fare autogol", un progetto istituzionale di prevenzione primaria, che vuole sensibilizzare gli adolescenti italiani nei confronti dei principali fattori di rischio. Gli oncologi dell'Aiom entrano nelle scuole superiori con i calciatori della serie A per insegnare agli studenti le regole per seguire stili di vita corretti. Quest'anno inoltre abbiamo promosso "PanCrea: creiamo informazione", campagna di informazione sul tumore del pancreas con un tour in sette Regioni. E lo scorso settembre a Torino, abbiamo organizzato "Cancro? No grazie", il primo Festival al mondo della prevenzione e dell'innovazione in oncologia. Tre giorni di incontri nelle vie del centro, nelle scuole, con gli anziani, nello stadio, meeting scientifici e altri eventi per portare ai cittadini un messaggio fondamentale: contro i tumori si deve giocare d'anticipo. Perché con uno stile di vita corretto si evita il 40% di neoplasie. Anche i farmaci innovativi hanno un impatto in termini di miglioramento della sopravvivenza e di riduzione della mortalità, che non può essere ricondotto solo alle campagne di prevenzione. Considerando tutti i tumori, alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% delle persone colpite dal cancro sconfiggeva la malattia.

Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60



per cento. Sono risultati importanti. Non si può più parlare di male incurabile. E sta cambiando la percezione della patologia da parte dei cittadini. Va ricordato che negli ultimi anni la spesa per i farmaci oncologici è rimasta stabile. E, dal confronto con altri Paesi europei, l'Italia mostra dati non distanti da quelli delle Nazioni considerate più virtuose.

Al Congresso nazionale Aiom abbiamo presentato la prima campagna di comunicazione mai realizzata sul valore dell'innovazione in oncologia, che prevede due video informativi, diffusi online ([www.aiom.it](http://www.aiom.it), [www.insiemecontroilcancro.net](http://www.insiemecontroilcancro.net) e [www.ilntrattodellasalute.org](http://www.ilntrattodellasalute.org)), e un "premio giornalistico" per i giovani medici, in cui abbiamo chiesto di descrivere la quotidianità in reparto da un punto di vista emotivo. L'innovazione sta cambiando la storia anche di alcune neoplasie caratterizzate da basse percentuali di sopravvivenza in fase metastatica. E può essere sicuramente definita innovativa l'immuno-oncologia, la quarta arma nel trattamento del cancro, che si aggiunge alla chirurgia, alla radioterapia e alla chemioterapia. Proprio per le importanti potenzialità terapeutiche che ne possono derivare nel migliorare la sopravvivenza a lungo termine, il Congresso Aiom ha dato ampio spazio a questo approccio, una scelta già realizzata all'Asco, la più importante assise al mondo del settore. Alcuni Paesi, come il Regno Unito e la Svezia, sono crollati in termini di percentuali di sopravvivenza. Perché? Alterazioni nella disponibilità dei nuovi trattamenti sono in grado di determinare talvolta ricadute negative nel lungo termine. In che modo possiamo rendere l'innovazione veramente sostenibile? Come Aiom abbiamo avanzato proposte concrete che spaziano dalla costituzione di un Fondo oncologico nazionale al miglioramento dell'appropriatezza terapeutica. Sappiamo inoltre che uno dei problemi oncologici è legato allo scarso numero di interventi chirurgici in alcuni centri. Solo il 20% delle strutture rispetta gli standard minimi di volume. Preoccupa che questo dato si riferisca a tumori molto frequenti come quelli del seno, del colon, del polmone e dello stomaco. Questo vale per la chirurgia, ma non è trasferibile alle terapie mediche, che non possono essere centralizzate. Altrimenti i pazienti sarebbero costretti a spostarsi frequentemente per lunghe distanze. La soluzione è rappresentata dalle reti oncologiche. In questo modo gli ospedali possono "parlare fra loro" permettendo la circolazione delle esperienze e un risparmio di risorse. Finora, però, ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. La responsabilità deve essere ricondotta alle scelte delle Istituzioni, a livello nazionale e regionale.

*pagina a cura di*

**Stefano Cascinu**

*presidente Associazione italiana  
di Oncologia medica (Aiom)*

**Carmine Pinto**

*presidente eletto Aiom*

### I cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1*	Prostata (20%)	Mammella (29%)	Colon-retto (14%)
2*	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Mammella (13%)
3*	Colon-retto (14%)	Polmone (6%)	Prostata (11%)
4*	Vescica* (10%)	Tiroide (5%)	Polmone (11%)
5*	Stomaco (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

**Nota:** Esclusi i carcinomi della cute. \* Comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti

Fonte: Pool Airtum 2007-2010

**I NUMERI DEL CANCRO****Quasi 3 mln gli italiani con una diagnosi****366mila****I nuovi casi  
diagnosticati  
nel 2014****175mila****I decessi  
avvenuti nel corso  
del 2011**

**I**l volume "I numeri del cancro in Italia", frutto della collaborazione tra l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e l'Associazione italiana registri tumori (Airtum) ha superato la fase iniziale di rodaggio e, in questa quarta edizione, si conferma uno strumento di informazione e aggiornamento sull'oncologia nel nostro Paese. In questa edizione sono disponibili i nuovi dati sull'entità del fenomeno cancro nel nostro Paese, le schede tumore-specifiche aggiornate, con le più recenti innovazioni in campo terapeutico. Abbiamo aggiunto nuovi capitoli che affrontano la relazione tra fumo di tabacco e cancro a 50 anni dalla pubblicazione del primo report scientifico su questo legame, dati a livello delle singole Regioni e un rinnovato confronto tra la situazione italiana e Paesi simili al nostro per stile di vita e qualità dell'assistenza, in particolare Stati Uniti, Paesi scandinavi, Francia e Australia.

Una caratteristica demografica condiziona il nostro sistema sanitario: la crescente quota di anziani. Invecchiare è un aspetto molto positivo che segnala il buon funzionamento del sistema socio-sanitario nel suo complesso, perché indica che vengono posticipati quei decessi che negli anni trascorsi interessavano persone più giovani. Per questo, il carico assistenziale in campo oncologico in Italia (derivante dalla somma dei nuovi casi, della sopravvivenza e dell'invecchiamento della popolazione) è molto più elevato rispetto agli altri Paesi. Oggi nella Penisola 2,9 milioni di persone vivono con una precedente diagnosi di tumore. E nel 2020 arriveranno a 4,5 milioni.

Va sottolineato che la mortalità per tumori è, nel totale e per molte sedi principali, in riduzione. Questo dimostra che il sistema sanitario italiano nel suo complesso preventivo-diagnostico-

terapeutico è efficace: di cancro si muore meno. In circa vent'anni (1996-2014) i decessi sono diminuiti del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne. Il numero di nuovi casi invece è sostanzialmente stabile rispetto al 2013: saranno infatti 365.500 nel 2014 (erano 366mila lo scorso anno, 364mila nel 2012 e 360mila nel 2011): 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Il merito è da ricondurre anche alle campagne di prevenzione, pure se il fattore di rischio più importante, il fumo di sigaretta, risulta ancora troppo diffuso. Un terzo degli italiani under 35 è fumatore. Con conseguenze allarmanti. Tra le donne il cancro del polmone, nelle aree coperte da registri tumore, in 18 anni ha fatto registrare un incremento pari al 61%. Va ricordato che quasi il 30% degli italiani è fumatore abituale, incluso un laureato su cinque. Questo significa che i cambiamenti negli stili di vita sono ancora indipendenti dalla consapevolezza dei danni alla salute causati dalle sigarette, anche tra le classi più istruite della popolazione. È pertanto necessario più impegno nella realizzazione delle campagne di prevenzione. Secondo l'American Cancer Society, il consumo di tabacco è responsabile di circa il 30% di tutte le morti ogni anno nei Paesi industrializzati. In Italia, questa stima corrisponde a più di 180.000 decessi evitabili ogni 12 mesi. Smettere di fumare riduce, dopo 5 anni, del 50% il rischio di sviluppare tumori del cavo orale, dell'esofago e della vescica e, dopo 10 anni, di morire per carcinoma del polmone.

Ci auguriamo che questo progetto comune Aiom-Airtum continui a soddisfare, con cadenza annuale, il bisogno, necessario e legittimo, di informazione in campo oncologico dei cittadini, delle istituzioni e dei sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il fotovoltaico costa il 70% in meno  
 E con i sistemi di accumulo  
 puoi azzerare la bolletta.  
 SCOPRI I DETTAGLI

Home Chi Siamo Mobile Speciali Salute Oggi Arts&Movies Innovazione Turismo Motori Radio Asca  
 Regioni Breaking News Economia Politica Attualità Sport AscaChannel My Asca  
 asca | agenzia stampa quotidiana nazionale  
 lunedì 27 ott 2014 - ore 10:48:05 direttore responsabile Paolo Mazzanti



CERCA  
 in Asca in Google

ultima ora Stabilità, Mef risponde a Bruxelles su correzione 0,3% Pil \*\*\* 10:43

Seguici su: Facebook, Twitter, YouTube, RSS

ASCA > Attualità

A+ A+ A+

Laurea On Line

I Figli ti Impegnano? Studia Online da Casa. Rivolgiti ad eCampus ora!

Mi piace 0 Tweet 0 +1 0 CONDIVIDI

Salute: Immuno-oncologia, e' la quarta efficace arma contro tumori

27 Ottobre 2014 - 10:32

(ASCA) - Roma, 27 ott 2014 - Potenzia le difese immunitarie dell'organismo del paziente per poter meglio combattere il tumore. Si chiama immuno-oncologia ed e' la quarta arma nel trattamento del cancro, che si aggiunge alla chirurgia, alla radioterapia e alla chemioterapia. Ipilimumab ha aperto la strada a questa arma terapeutica innovativa e ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza a lungo termine nel melanoma metastatico, un tumore della pelle particolarmente aggressivo: nel 20% dei pazienti rende la malattia cronica. Un risultato mai raggiunto finora. Ed ora puo' essere utilizzata anche in neoplasie frequenti come quelle del polmone e del rene, che, in fase avanzata, fanno registrare percentuali di sopravvivenza molto basse, inferiori al 20%. "Il melanoma - ha precisato Paolo Ascierto, Direttore dell'Unita' di Oncologia Medica e Terapie Innovative del "Pascale" di Napoli - ha rappresentato il modello ideale per verificare l'efficacia dell'immuno-oncologia. Sono 11.000 le nuove diagnosi stimate nel 2014 in Italia e 1.700 i casi di malattia metastatica. Da 30 anni non si vedevano progressi nelle cure e nessun trattamento poteva migliorare la sopravvivenza in fase avanzata, che in media era di 6 mesi. Ipilimumab ha dimostrato di raddoppiarla a uno e due anni. E un quinto dei pazienti e' vivo a un decennio dalla diagnosi: questo significa che, in alcuni casi, e' possibile parlare di lungosopravvivenenti. I risultati emergono da studi clinici che hanno coinvolto piu' di 5.000 persone, alcune proprio all'Istituto "Pascale". Basti pensare che, a partire dalla fase di sperimentazione, a Napoli sono stati trattati con il farmaco piu' di 400 pazienti". Nel settembre scorso ipilimumab, sviluppato da Bristol-Myers Squibb, e' stato approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il trattamento in prima linea dei pazienti colpiti da melanoma metastatico. Ma, "e' necessario - ha ricordato Francesco Cognetti, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma - che i farmaci realmente innovativi siano subito disponibili per i pazienti riconoscendone l'innovazione. Non possiamo affermare che tutte le nuove terapie debbano essere inserite immediatamente nel prontuario terapeutico nazionale e in quelli regionali ed essere subito disponibili. Il farmaco deve essere valutato per il rapporto costo-efficacia, dando a quelli dotati di un reale impatto sulla storia naturale della malattia il beneficio di essere resi disponibili con rapidita'". red/mpd



Prezzi di un montascale?



Entro 1 ora 3 preventivi. Solo marchi leader. Risparmio del 30%!



notizie regioni

- Abruzzo
- Basilicata
- Bolzano
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Ven. Giu.
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trento
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

FOTO



Attualità Economia Politica Sport

## IN UE 25MILA MORTI L'ANNO PER INFEZIONI MULTIRESISTENTI

(AGI) - Genova, 27 ott. - Circa 25mila pazienti muoiono annualmente in Europa come conseguenza di infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di quasi due miliardi di euro. E' uno dei dati emersi nel 13esimo congresso nazionale della Societa' italiana Malattie Infettive e Tropicali (Simit), che si e' aperto ieri a Genova. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, secondo la Simit, ha carattere universale, ma in Italia il quadro e' decisamente piu' preoccupante. Infatti il consumo di farmaci antibiotici e' uno dei piu' alti in Europa ed e' attualmente in corso una epidemia a livello nazionale di infezioni da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi, in particolare Klebsiella pneumoniae, il cui tasso di resistenza ai carbapenemi e' passato fra il 2009 e il 2012 dall'1,7 per cento al 29 per cento. Secondo la Simit, per controllare la diffusione delle resistenze e' assolutamente necessario intervenire adottando strategie mirate a promuovere l'uso appropriato di antibiotici e a limitare la diffusione dei germi multiresistenti, in particolare attraverso la corretta igiene delle mani e le altre procedure igieniche per il controllo della trasmissione degli agenti infettivi. "Le cause alla base di questo fenomeno sono molteplici - ha spiegato Massimo Andreoni, primario di Malattie Infettive al Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma e presidente Simit - ma un ruolo particolare gioca l'uso inappropriato di antibiotici. Il largo uso che ne e' stato fatto negli ultimi 60 anni in medicina umana, medicina veterinaria, in zootecnia e persino nell'agricoltura ha esercitato e continua a esercitare una potente azione selettiva nei confronti dei batteri, che per sopravvivere sono costretti a mutare".



LA SUPER-TENDA PER I MALATI È MADE IN ITALY

FRANCO GIUBILEI

A PAGINA 10

# È italiana la tenda super-tecnologica che permette di trasportare i malati

La ditta di Modena: «È un'esclusiva, ci ha fatto ripartire dopo il sisma»



**I**l primo dispositivo per il trasporto dei malati di Ebola, coi suoi bracci in Pvc che permettono ai medici di trattare i pazienti in sicurezza, ha l'aspetto un po' inquietante di una tenda in plastica trasparente montata su una barella. A realizzarla è un'azienda di Concordia sul Secchia, la TecnoLine Srl, che andò distrutta in buona parte nel terremoto del 2012 e che, sette mesi dopo il disastro, si era già rimessa in piedi: oggi, in collaborazione con una ditta vicentina che si occupa del sistema di ventilazione e filtraggio fornisce l'unica apparecchiatura sul mercato che consenta il trasferimen-

to in aereo e in ambulanza di pazienti ad altissimo rischio di contagio come chi ha contratto il virus Ebola. Il titolare di TecnoLine, Stefano Provasi, spiega come la sua azienda di 70 dipendenti, specializzata in sacche per la dialisi destinate al comparto biomedicale, sia arrivata a produrre un'attrezzatura del genere: «Già prima del terremoto, una ditta che rifornisce l'aeronautica militare italiana ci aveva chiesto un dispositivo per il trasporto di soldati con infezioni o ustioni gravissime, che sono quindi esposti a qualsiasi batterio e vanno protetti in modo efficace. In due anni abbiamo costruito un prototipo dopodiché, con lo scoppio dell'emergenza-Ebola, abbiamo riadattato il congegno facendolo funzionare al contrario, per proteggere il personale sanitario dal contagio: in pratica, tutto quello che si trova all'interno della "tenda" viene aspirato e filtrato con filtri particolari».

Un prodotto di questo tipo, destinato almeno per il momento a essere replicato in un numero limitato di esemplari, non poteva interessare le grandi realtà industriali, ma per un'azienda di dimensioni medio-piccole dotata dell'inventiva e della tenacia tipiche di queste zone si è rivelato l'ideale: «Il primissimo prototipo l'aveva realizzato un artigiano inglese in pensione che è morto otto anni fa - aggiunge Provasi -. Noi abbiamo fatto ricerca per due anni e ora siamo in grado di passare alla produzione in serie: attualmente ho ordinativi per dieci dispositivi». A fianco di Provasi c'è la moglie e socia, Maria Grazia Bulgarelli: è lei a raccontare come sono riusciti a risollevarsi dalla mazzata del terremoto che, con due scosse nel giro di dieci giorni, ha seppellito prima una parte dei macchinari e poi la «camera bianca», dove vengono prodotte le sacche di Pvc in condizioni di quasi sterilità. «Con la prima scossa ab-

biamo perso materie prime e prodotti finiti per un milione di euro, contavamo di ripartire in pochi giorni ma è sopravvenuta la seconda scossa ed è venuta giù anche la camera bianca». Per poter ripartire, la TecnoLine si è appoggiata alla struttura di una ditta fornitrice, in Valtellina: «Abbiamo messo su un servizio pullman per 45 persone, tutte donne, che dal lunedì al giovedì si spostavano per andare a lavorare in Valtellina, alloggiando in un albergo, tutto questo per sei mesi - dice la Bulgarelli -. Nel frattempo abbiamo acquistato una nuova sede qui a Concordia, in tre mesi abbiamo costruito il capannone e a gennaio 2013 siamo ripartiti con la produzione». Per inciso, il nuovo capannone è concepito per resistere a sismi ciclopici, fino a magnitudo 9.2, non si sa mai. Nel frattempo, il progetto legato al dispositivo per i malati di Ebola non si è mai fermato: «Mio marito era molto determinato, diceva "se ci riesce un altro posso riuscirci anch'io", e così è stato».



**Il titolare**  
Stefano Provasi,  
l'imprenditore che ha fondato la TecnoLine





**Tubercolosi.** Lettera aperta di specialisti e Ong (Msf e Cuamm) al ministro Lorenzin per un piano di azione su immigrati, poveri, carceri, scuole, comunità

# Dati, test, cure l'allerta dagli esperti

MAURIZIO PAGANELLI

**I** MASSIMI esperti italiani di tubercolosi con l'appoggio dell'Oms e delle ong Medici senza Frontiere, Medici con l'Africa Cuamm, Naga lanciano un appello al ministro della Salute Beatrice Lorenzin per affrontare in modo organico la questione Tbc, un caso spesso deformato in modo demagogico e anti-scientifico (vedi le dichiarazioni di alcuni politici sugli immigrati) ma che non va sottovalutato "per la salvaguardia della salute di tutti i cittadini".

C'è un modo "rapido ed efficace", con soluzioni adeguate e pragmatiche nella lotta ad una malattia solo apparentemente scomparsa ("nel nostro Paese ancor oggi muore una persona al giorno per la Tbc"): lo scrive Giorgio Besozzi, presidente di Stop TB Italia onlus, primo firmatario della lettera aperta al ministro. Mentre l'annuale report Oms sulla tubercolosi segnala un aumento di 500 mila casi nelle stime dei malati dovuto anche a specifiche indagini sul campo in alcuni Paesi e all'azione di sorveglianza attiva (esemplare il caso della Nigeria con aumento di incidenza del 200% e di mortalità del 400%), i dati ufficiali italiani, segnalano gli esperti, sono fermi al 2008. Dati frammentari e incompleti, ampiamente sottostimati, che comunque indicano una presenza costante del bacillo tubercolare, 4500 casi l'anno di Tbc attiva, metà dei quali riguardano persone immigrate da Paesi dove la tubercolosi è endemica (ma che si sviluppa dopo 2 anni o anche 5 anni dalla presenza in Italia), mentre avanza la multi-resistenza alle cure (i ceppi chiamati Mdr-Tb o il terribile e incurabile Xdr-Tb) "ormai consolidata e di cui ne è documentata la trasmissione", che prevede terapie molto più lunghe, costose e pesanti per il paziente. Non basta: uno dei problemi pratici per questi malati è la "mancata commercializzazione di molti farmaci di seconda linea" con ricadute tragiche sui pazienti.

È senza ipocrisie il quadro che fanno gli esper-

**Nel nostro Paese ancora  
muore una persona al giorno  
a causa di questa patologia**

ti: «l'outcome (l'esito clinico) del trattamento non viene riportato sistematicamente, il numero dei casi confermati microbiologicamente rimane incomprensibilmente basso, non conosciamo la reale dimensione del problema delle multi-resistenze». E ancora: c'è ritardo nelle diagnosi con relativa trasmissione dei germi che provocano nuove infezioni (tipici i "sempre più numerosi episodi di epidemie scolastiche" da Nord a Sud), c'è disomogeneità dei sistemi sanitari regionali, tutto aggravato da crisi economica e carenze dei sistemi del welfare. Non viene affatto sottovalutata la questione immigrati («il 50% dei malati di Tbc diagnosticati in Italia sono immigrati comunitari e non comunitari, regolari o no») e del personale sanitario e non sanitario che opera nei centri di accoglienza, penitenziari, comunità sovraffollate, situazioni di degrado. Il fatto è che la tubercolosi è una malattia soprattutto della povertà e che si sviluppa in modo attivo anche dopo anni (senza essere infetti) in seguito spesso a "precarie condizioni sociali, igieniche, nutrizionali e sanitarie". Normalmente «meno del 10% delle persone infettate svilupperà la malattia nel corso della vita», segnale di quanto il nostro sistema di difesa riesca ad ingabbiare il temibile micobatterio.

Che fare? L'interrogativo leninista ha uno svolgimento pragmatico in tre punti per gli immigrati: questionari selettivi su base clinica, identificazione tempestiva di chi ha sintomi compatibili con la Tbc, accesso rapido e gratuito al sistema sanitario per la diagnostica approfondita. Cosa si chiede al Governo? Discutere e decidere su 4 punti: 1) rivedere ed integrare tra le Regioni la normativa sul controllo Tbc; 2) più cooperazione e integrazione sui programmi di controllo internazionali (anche nei Paesi ad alta endemia); 3) più ricerca e sviluppo nel controllo (sistema di gestione e notifica), diagnostica e terapie (farmaci e vaccini); 4) informazione e sensibilizzazione sul tema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Staminali & cervello.** Al congresso della Società di Neurologia a Cagliari il punto sulle conoscenze cumulate in 30 anni e i trial su pazienti di Parkinson, sclerosi multipla, ictus, Sla e Alzheimer. I primi impianti nell'uomo sono iniziati nel 1986 tra delusioni e piccoli avanzamenti

# Quelle cellule bambine sperimentate sui malati

DAL NOSTRO INVIATO  
ARNALDO D'AMICO

CAGLIARI

**S**TAMINALI e sistema nervoso, trenta anni di successi nei malati e sessanta negli animali, dove le sperimentazioni sono iniziate prima. Seguite, purtroppo, da altrettante delusioni, drammatiche, perché a volte i malati sono peggiorati. Nonostante ciò, le "cellule bambine" sono una speranza su cui conviene puntare più di prima. Si stanno facendo progressi enormi verso il loro uso nelle patologie neurologiche più diffuse e gravi dove i farmaci oggi, al massimo, ne rallentano la progressione. È il bilancio del simposio che la Società Italiana di Neurologia ha dedicato allo stato della ricerca sulle staminali come risorsa terapeutica nelle patologie gravi del sistema nervoso nel corso del suo annuale congresso nazionale che di recente si è tenuto a Cagliari. Sul podio dell'aula magna si sono alternati, da Milano, Gianvito Martino, San Raffaele, e Giacomo Comi, Policlinico Maggiore e Università, Antonio Uccelli dell'università di Genova e Fabio Blandini del Mondino di Pavia. Hanno illustrato lo stato della ricerca internazionale e dei propri gruppi nel morbo di Parkinson, sclerosi multipla, paralisi da traumi del midollo spinale, ictus, sclerosi laterale amiotrofica (Sla). Inoltre sono state illustrate le potenzialità che stanno emergendo su due tipi di staminali su cui si lavora di più in Italia perché non incorrono nel veto del nostro paese all'uso delle embrionali umane nella ricerca. Sono le mesenchimali, da cui ancora non si riesce ancora ad ottenere cellule nervose ma che sono facilmente reperibili nel malato. E le staminali prodotte a partire da cellule del corpo adulte fatte regredire allo stadio staminale con la manipolazione genetica, le Ipsche hanno fruttato il Nobel nel 2012 a Yamanaka (su ambedue un breve approfondimento qui a fianco).

La prima patologia neurologica ad entrare nel mirino della ricerca è stato il morbo di Parkinson. La malattia - resa ancor più famosa da papa Wojtyla con i suoi tremori, il cammino a piccoli passi e il volto trasformato in una maschera rigida e inespressiva - sembra la più promettente da trattare con le staminali. La causa, a differenza della demenza o della Sla, è chiara e circoscritta: è la perdita progressiva dei neuroni al centro del cervello che regolano il movimento.

Più semplice quindi verificare se l'impianto di staminali nervose proprio lì, nella zona colpita, ripara il danno. Dopo il successo su topi e ratti, si passa alla sperimentazione sull'uomo. Il primo impianto in Svezia, nell'ottobre 1986. Le cellule sono abbastanza mature, provenendo dal mesencefalo, la struttura cerebrale colpita dal Parkinson, di feti abortiti. Pochi i malati trattati, insufficienti a trarre conclusioni certe ma il miglioramento

è così incoraggiante che seguono altri impianti sperimentali.

Pochi anni dopo si manifestano movimenti involontari e incontrollabili che tormentano i malati più del Parkinson. Ma la vera doccia fredda arriva a cavallo del millennio, quando si usa l'unico metodo che accerta se vi sono miglioramenti dopo un trattamento, il cosiddetto "doppio cieco", non applicabile dopo i primi impianti perché fatti in pochi pazienti alla volta. Nelle nuove sperimentazioni né i malati né i medici che valutano i sintomi sanno chi ha ricevuto le staminali e chi, invece, ha subito un piccolo intervento neurochirurgico ma senza alcun impianto. Risultato: chi ha ricevuto le staminali sta come chi non le ha ricevute.

Sospensione immediata degli impianti. Dopo anni di indagini, si capisce intanto la causa della comparsa dei movimenti involontari. Il mesencefalo portava nei malati, oltre ai neuroni precursori di quelli da rimpiazzare, anche altri tipi di neuroni che, connettendosi al cervello dopo l'impianto, mandavano in tilt il sistema di controllo dei movimenti. Grazie alle conoscenze accumulate nel frattempo sulle staminali in genere si trova anche la soluzione: si inizia ad usare staminali ancora più giovani, di embrione, che, allevate con una serie di fattori di crescita appena scoperti, generano neuroni immaturi solo del tipo desiderato, le cosiddette neurosfere. La scoperta è di 4 anni fa appena ed è stata giudicata così promettente da portare l'Unione Europea a finanziare una mega-sperimentazione sull'uomo ancora in corso.

Non solo, il maggior controllo sullo sviluppo dei neuroni assicurato dalle neurosfere permette di avviare sperimentazioni umane di fase 1, quella iniziale, in cui si verifica che l'impianto di staminali non induca danni, anche per Sla, ictus e paraplegia. In quest'ultima da registrare il recente successo riportato dai media la scorsa settimana: a un anno dall'impianto nella lesione nel midollo spinale di frammenti di nervo e di particolari cellule nervose del senso dell'olfatto, il paziente sta recuperando piccoli movimenti degli arti inferiori. L'importanza non sta nei piccoli movimenti, che di per sé non cambiano la vita del paraplegico, ma nella scoperta di una nuova classe di cellule nervose rigeneranti e a portata di mano. Vista l'esperienza col Parkinson, prima di cantare vittoria bisogna aspettare che il successo si ripeta molte volte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Dopo le nuove scoperte l'Europa ha finanziato una ricerca ancora in corso su numerosi soggetti colpiti



### La Sm

La sclerosi multipla è tra le poche malattie in cui la sperimentazione sull'uomo ha superato con successo la fase 1 (verifica che le staminali somministrate non fanno danni). Si è potuti passare quindi alla 2, già in corso, in cui si verifica se si hanno benefici.

### Premio

A Silvia Rossi il premio di 10 mila euro per la ricerca clinica sulla sclerosi multipla (Sm), promosso dalla Società italiana di neurologia (Sin) con il contributo di Merck-Serono, assegnato a Cagliari. Lo studio, condotto all'università Tor Vergata di Roma, con le università di Cagliari e della California, fornisce informazioni importanti per migliorare le cure in futuro. Il premio è rivolto a ricercatori italiani con meno di 40 anni per uno studio svolto in Italia (primi firmatari).



### Ips

Le cellule adulte riportate allo stato embrionale con la manipolazione genetica non sono ancora utilizzabili per tentare cure neanche sperimentali. Se non differenziate correttamente, possono generare tumori. Si è dimostrato che i neuroni da esse prodotti possono attecchire nel sistema nervoso dopo il trapianto. Ma, al momento, non maturano in neuroni. Sono giù utili comunque come modello in vitro per chiarire i meccanismi patologici di demenza e Sla. E per accelerare la ricerca di farmaci.

### Grasso

Sono staminali che si "pescano" da tessuti facilmente prelevabili nell'adulto come grasso, osso, midollo osseo e proprio per questo ci si continua a lavorare molto. Ancora non si riesce a farle diventare neuroni. Ma entrano anche nel sistema nervoso e si concentrano, nei malati di sclerosi multipla, nelle lesioni, e, pur rimanendo immature, frenano l'auto-aggressione. Scarsa invece la riparazione dei danni.

## ICTUS.

# Ancor più cattivo per le donne Finestra salvavita di 4 ore e mezzo

MARIA PAOLA SALMI

**L'**ICTUS, patologia grave, s'incattivisce sulle donne. Così, il World Stroke Day di domani, 29 ottobre, pone al centro dell'attenzione il genere femminile, più predisposto dei maschi e con maggiore gravità, mortalità ed esiti pesanti, demenza vascolare compresa. Una donna su cinque nel corso della sua vita viene colpita da un ictus. Per loro, e non solo, Alice Italia onlus (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) si associa alla World

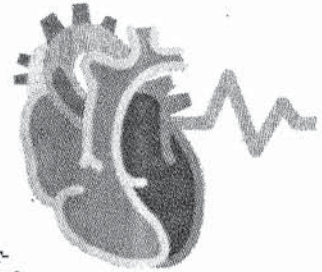
Stroke Organization e insieme a Boston Scientific, ha dato il via in questi giorni alla campagna di screening della pressione arteriosa e fibrillazione atriale (FA) in 2.000 farmacie sul territorio nazionale.

Due le novità di quest'ultimo scorcio d'anno: le linee guida sdoganate dall'American Heart and Stroke Association per la prevenzione primaria al femminile e le linee guida italiane Iso Spread 2014 sulla trombolisi, l'eliminazione del coagulo di sangue che ha ostruito l'arteria. Riguardano gli 8 milioni di individui colpiti ogni anno in Europa dall'ictus che resta la prima causa di disabilità con oltre 1,3 milioni di nuovi casi l'anno. Il 43% nelle donne che si acciparrano anche un 61% di decessi, il doppio del tumore al seno.

«La donna è più vulnerabile all'ictus per il suo particolare sistema di coagulazione che abbassa il rischio di emorragie ma aumenta quello dei coaguli, specie in certi periodi della vita come gravidanza, parto, puerperio e menopausa - afferma il

neurologo Roberto Sterzi di Milano - Il diabete moltiplica il rischio da 3 a 5 volte nella donna, l'ipertensione e la fibrillazione atriale di 5 volte». Nove ictus su dieci potrebbero essere evitati, così come ben tre su quattro di quelli provocati dalla fibrillazione atriale.

Dall'inizio dei primi sintomi scatta un cronometro, abbiamo poco tempo per salvare il nostro cervello con la trombolisi, che scioglie il coagulo di sangue. «Le linee guida Iso Spread tutte italiane estendono la finestra terapeutica alle 4 ore e mezza, non ci sono più limiti d'età né di gravità, possiamo trattare pure pazienti con diabete e pregresso ictus, pazienti in terapia con anticoagulanti e pazienti con deficit neurologici lievi», spiega Danilo Toni, direttore Unità di trattamento neurovascolare del Policlinico Umberto I di Roma.



## La causa

La fibrillazione atriale fa formare i trombi ed è causa del 20% degli ictus. Inserendo con un catetere un piccolo ombrellino Watchman nell'auricola cardiaca sinistra, sede dei coaguli, questa viene esclusa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Ebola, 11 soldati americani in isolamento a Vicenza

## Rientravano dalla Liberia. «Una precauzione» Verso la quarantena per tutte le truppe Usa

**ELENA MOLINARI**  
NEW YORK

**U**ndici soldati americani, compreso un generale maggiore, in isolamento nella base militare Usa "Del Din" di Vicenza, altri 30 in arrivo. Il protocollo anti-ebola inaugurato dal Pentagono colpisce anche l'Italia, dove i militari Usa rientrati dalla Liberia dovranno rimanere in quarantena per 21 giorni, senza avere contatto con le loro famiglie. Ma l'Amministrazione Usa ha spiegato che si tratta di una precauzione e il sindaco di Vicenza ha aggiunto che nessuno presenta i sintomi di ebola. «Il Prefetto e le autorità militari americane mi hanno assicurato che tutti i militari ritornati dall'Africa sono sani», ha detto Achille Variati, nella sua veste di autorità sanitaria locale. Anche il presidente del Veneto, Luca Zaia, si è detto convinto che «le strutture sanitarie del Veneto sono pronte per ogni evenienza», ma ha aggiunto che «per scongiurare ebola è necessario chiudere le frontiere». L'ambasciata americana a Roma ha minimizzato il rischio potenziale di infezione, dal momento che «in Liberia i militari non hanno avuto contatto con persone contagiate dal virus». Tra i soldati - che sono stati accolti ieri dai carabinieri in tuta di protezione - c'è anche il generale maggiore Darryl Williams, comandante della base Usa in Africa. La misura rientra in una politica di

prevenzione del Pentagono, che intende mettere in quarantena tutte le truppe americane di rientro dai Paesi colpiti dall'epidemia dove gli Usa hanno schierato finora 900 persone. Mapotrebbe raccogliere le critiche del segretario generale dell'Onu, Ban Ki-moon. Quest'ultimo ieri si è detto preoccupato per le restrizioni attuate nei confronti delle persone che hanno viag-

**Infermiera accusa il New Jersey di «trattamento inumano» per essere stata costretta a misure preventive troppo rigide Test negativo per il bimbo ricoverato a New York**

giato nelle nazioni colpite da ebola, soprattutto degli operatori sanitari e tutti coloro che sono stati in prima linea per fermare il contagio. E proprio di trattamento inumano è stato accusato lo Stato del New Jersey da un'infermiera americana costretta alla quarantena obbligatoria al suo arrivo all'aeroporto di Newark dall'Africa occidentale. Kaci Hickox è stata ora dimessa e potrà fare ritorno in Maine, dove finirà la quarantena

in casa, ma ha già minacciato un'azione legale. La donna ha accusato le autorità aeroportuali di averla tenuta in una stanza per sette ore al freddo senza nulla da mangiare, se non una barretta di cereali. «Gli operatori sanitari non devono essere trattati come criminali», ha aggiunto. Una quarantena di 21 giorni è stata imposta dai governatori di New York, New Jersey e Illinois per il personale medico di ritorno da Guinea, Liberia e Sierra Leone, i tre Paesi africani più colpiti da ebola. La Florida ha imposto controlli giornalieri per tutto il periodo di incubazione. La Casa Bianca ha però giudicato le restrizioni troppo severe e ha chiesto un ripensamento. Il governatore di New York, Andrew Cuomo, ha fatto sapere che quanti hanno avuto contatti con malati di ebola, ma non mostrano sintomi, potranno fare la quarantena in casa e verranno indennizzati per i mancati guadagni. Il Centro per il controllo delle malattie di Atlanta, da parte sua, ha diffuso nuove linee guida per il controllo dei sintomi sulle persone in arrivo dall'Africa occidentale basate sull'intensità del rischio. Intanto ieri sera l'ospedale Bellevue di Manhattan ha fatto sapere che i test di ebola su un bambino di cinque anni del Bronx sono risultati negativi. Il piccolo, da poco rientrato dalla Guinea, aveva la febbre alta quando è stato prelevato dal suo appartamento da infermieri in tenuta anti-contaggio per essere ricoverato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN QUARANTENA. La base militare dove sono stati messi in isolamento gli 11 militari Usa (Ansa)



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.





> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

## SPRECHI NELLA SANITÀ PICCOLI CONSIGLI A RENZI

**LA MEDICINA** difensiva costa 3,5 miliardi di euro di esami inutili, fatti solo per evitare denunce. Per tagliare questo spreco basta depenalizzare l'errore medico e risarcire i danni con polizze assicurative adeguate. Lo spreco di esami continua poi con quelli di routine o imposti da protocolli, linee guida gonfiate da interessi commerciali, abitudini acritiche; sono altri 7 miliardi buttati via senza che nessun malato ne abbia il benché minimo beneficio. Nel frattempo precari e partite IVA lavorano al pronto soccorso, senza tutele. I Presidenti di Regione, preoccupati per appalti, servizi esterni e manutenzioni (produce voti e tangenti...) sbraitano per pochi miliardi tagliati da Renzi. C'è bisogno di eliminare sprechi e medicina difensiva, assumere medici e infermieri, eliminare gli amministrativi inutili. Chi vincerà le elezioni regionali si metta subito al lavoro. Chi invece piange lacrime di cocodrillo meglio non rivoltarlo.

*camici.pigiami@gmail.com*



► NOI &amp; VOI

GUGLIELMO PEPE

## Sla, tira e molla sui tagli

**R**ICORDATE quando la scorsa estate in tanti facevano a gara per esibirsi in una doccia gelata di solidarietà per la lotta alla Sclerosi laterale amiotrofica? Partecipò anche Renzi, il presidente del Consiglio. Avevamo il dubbio che le docce fossero in parte propagandistiche, organizzate ad uso e consumo dei mass-media. E infatti il governo aveva annunciato un taglio di cento milioni al Fondo per la non autosufficienza e per la Sla. Suscitando le proteste delle associazioni. Così il premier si è impegnato a riportarlo a 350 milioni. Vedremo. Ma qualcuno dovrebbe spiegare perché a parole si è sempre a favore delle persone più fragili, più deboli, non autosufficienti, quando poi se si tratta di togliere soldi diventano un bersaglio dei governi. Di ieri e di oggi. È vergognosa, incivile la politica verso i portatori di handicap, i malati gravi e le loro famiglie. Che si faranno sentire scendendo in piazza. Allora si vedrà chi è davvero solidale.

*guglielmpepe@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





CONCLUSO AL TEATRO MASSIMO BELLINI IL 34° CONVEGNO DELLA FEDERAZIONE MEDICI SPORTIVI ITALIANI

## Sedentarietà riconosciuta come nuova patologia

**LORENZO MAGRI**

Quattro giornate intense, quattro giornate che hanno confermato come la sedentarietà sia diventato una vera e propria patologia medica. Quest'è quanto emerso dalla 34ª edizione del congresso nazionale della Federazione medici Sportivi Italiani, che s'è svolto nella splendida cornice del Teatro Massimo Bellini di Catania.

Quattro giornate di un congresso che ha visto autorevoli relatori salire sul palco con la regia del dott. Maurizio Casasco, presidente della Fmsi nazionale, affiancato in occasione dell'apertura ufficiale del convegno dal sindaco di Catania Enzo Bianco che ha concesso l'utilizzo della struttura e dall'assessore allo Sport Valentina Scialfa e dal numero uno dello sport italiano, Giovanni Malagò, presidente del Coni nazionale, affiancato dal vicepresidente nazionale Giorgio Scarso, dal presidente del Coni Sicilia, Sergio D'Antoni e dal delegato provinciale Coni Catania e presidente Fmsi Sicilia, Genni La Delfa.

Sono stati dibattuti temi di fondamentale importanza per provare a scongiurare questa nuova patologia che in special modo in Sicilia, regione ai primi posti per numero di bambini obesi e per numero di persone sedentarie, può creare rischi seri per la salute.

«La sedentarietà come nuova patologia e di conseguenza guadagno in salute e risparmio economico - ha sottolineato il dott. Maurizio Casasco sono gli elementi - supportati da una ricerca scientifica svolta dal prof. Senn dell'Università Bocconi con la Fmsi - emersi in questo 34° Congresso Nazionale della Federazione Medico Sportiva Italiana, che si è svolto in questo prestigioso Teatro Bellini di Catania. Elementi che hanno tracciato la strada, iniziando un cammino di grande lungimiranza e mai intrapreso prima al mondo, che avrà positivi risvolti anche sulla politica economico-sanitaria italiana.

«E' fondamentale - ha ribadito il dott. Maurizio Casasco, presidente Fmsi, applaudito ieri a più riprese durante la sua relazione finale - che la sedentarietà sia considerata come una patologia. Tale valutazione consentirebbe un risparmio considerevole per lo Stato e la popolazione ne guadagnerebbe in salute».

Durante il convegno è stato perciò affrontato anche il tema dell'origine della sedentarietà in relazione alla famiglia e alle istituzioni con la lettura dello psichiatra, Paolo Crepet, seguita con grande interesse. Altrettanto apprezzato dalla platea è stato l'intervento di venerdì scorso di Vittorio Sgarbi che ha trattato un tema inedito sul rapporto donna, arte e sport.

«La Federazione Medici Sportivi Italia-

na con i suoi 85 anni di storia - ha concluso Casasco - acquisisce ancora di più un ruolo sociale nel contesto attuale, come è stato illustrato dal dott. Finzi con la sua lettura sulla percezione della Fmsi nel mondo sportivo».

A conclusione della giornata di sabato scorso interessanti la «lectio magistralis» del prof. Sergio Pecorelli, Rettore dell'Università di Brescia e Presidente Aifa, sulla nuova medicina e la sostenibilità del sistema. Una sessione è stata dedicata ad alimentazione e stile di vita con l'intervento del generale dei Nas Cosimo Piccinno sulla contraffazione degli alimenti e dei farmaci. A seguire una lettura della prof. ssa Cristina Alberini della New York University, che ha approfondito il tema dei benefici dell'esercizio fisico su cervello e mente, e la lettura magistrale del prof. Giuseppe Novelli, Rettore dell'Università di Tor Vergata, sui test genetici nella prevenzione della morte improvvisa.

«Sedentarietà: una nuova patologia», un titolo che farà sicuramente riflettere, un rivoluzionario messaggio lanciato dai medici sportivi al Paese e al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «Il Ministro, che ha dato prova in diverse occasioni di grande lungimiranza - ha sottolineato il dott. Casasco - potrà essere la prima al mondo a introdurre la sedentarietà come vera e propria malattia riconosciuta dal Servizio Sanitario Nazionale. Al pari dei disturbi cardiovascolari, del diabete, dei tumori».



TUTTI I PRESIDENTI PROVINCIALI DELLA FMSI SICILIA INSIEME A MALAGÒ E CASASCO

