

LA «GUIDANCE» DELL'ECDC EUROPEO SULLA PROFILASSI CONTRO IL PAPILOMA VIRUS

Vaccino anti-Hpv, prioritarie le donne

DI ROBERTA VILLA *

Non è il caso di pensare a proteggere dal papilloma virus i maschi prima di raggiungere un'adeguata copertura tra le femmine. «Il rapporto costo-beneficio dell'operazione infatti non sarebbe conveniente, almeno per il momento» ha dichiarato **Marc Sprenger**, direttore dell'Ecdc, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, che in queste settimane ha aggiornato la sua Guidance sulla vaccinazione anti-Hpv, finalizzata alla prevenzione del tumore della cervice uterina. I fautori dell'estensione della profilassi ai maschi sostengono che in questo modo si interromperebbe più facilmente la catena del contagio e si potrebbero prevenire anche i tumori anali e dell'orofaringe che appaiono sempre più legati all'azione di questo virus. La posizione dell'ente europeo però è prudente, anche alla luce degli alti costi della procedura. Questi potrebbero ridursi se venisse confermata la segnalazione, proveniente da uno studio condotto in Costa Rica, che la stessa protezione si potrebbe ottenere con due invece che con tre dosi di vaccino. Per il momento però queste sono solo ipotesi che richiedono ulteriori conferme.

L'Ecdc prende quindi le distanze dalla scelta delle autorità australiane di vaccinare a tappeto nelle scuole tutti i dodici e tredicenni di entrambi i sessi e dall'Advisory Committee on Immunization Practices statunitense, che lo ha recentemente consigliato anche ai ragazzi fino a 21 anni e addirittura fino ai 26 per coloro che hanno rapporti sessuali con altri uomini. Un provvedimento da molti giudicato insensato visto che il vaccino pare inefficace quando l'organismo è già entrato a contatto col virus, cosa che, data l'altissima diffusione dell'infezione, è molto probabile fin dall'inizio dell'attività sessuale. Poiché nella maggior parte dei casi l'infezione è del tutto asintomatica, risulta difficile individuare la ristretta cerchia di persone sessualmente attive ancora suscettibili di protezione.

Ma il documento dell'Ecdc va ben oltre il dibattito sulla vaccinazione dei maschi, fornendo un'interessante panoramica dei risultati ottenuti in quella ventina di Paesi europei che negli ultimi anni hanno introdotto la vaccinazione. L'Italia, che è stata la prima, nel 2008, a decidere di offrire gratuitamente la profilassi a tutte le ragazze nel dodicesimo anno di età, è stata in questi anni superata da altri Paesi come Portogallo e Gran Bretagna, gli unici due ad aver raggiunto o superato la soglia dell'80% di copertura. Altri, come la Francia, sono però ben al di sotto della copertura del 65% raggiunta come media nazionale in Italia, un risultato quindi non trascurabile, sebbene ancora lontano dall'obiettivo che ci si era inizialmente proposti di proteggere dall'infezione il 95% della popolazione target entro cinque anni. Il nuovo Piano nazionale della Prevenzione vaccinale 2012-2014, approvato a marzo 2012, alla luce delle difficoltà emerse in questi anni, ha rimandato questo obiettivo alla coorte nata nel 2003.

I dati forniti dall'Istituto superiore di Sanità mostrano inoltre grandi differenze tra Regione e Regione, non solo in termini di copertura, ma anche nella scelta del prodotto da somministrare (solo quello tetravalente protegge anche dalle infezioni genitali) e nelle modalità di offerta attiva, la cui gratuità in alcuni casi si estende oltre l'età target. Solo sette Regioni però hanno programmi per richiamare chi non risponde al primo invito. Per questo l'Istituto Superiore di Sanità ha messo in campo un progetto chiamato Valore, che si propone di esaminare a quali strategie corrispondono i migliori risultati. Si stanno esaminando ora le risposte ai questionari rivolti alle famiglie che non hanno aderito al programma, per capirne le ragioni. Anche questo dovrebbe servire a supportare Regioni e Asl nelle prossime campagne di vaccinazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Promossa l'efficacia del test

Il rapporto di Health technology assessment finanziato dal Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie del ministero della Salute, e appena pubblicato su Epidemiologia e prevenzione, promuove l'Hpv test. Il verdetto favorevole viene dai dati sull'efficacia e gli effetti indesiderati del test emersi da una revisione sistematica della letteratura, ma anche dall'analisi dei costi e dell'impatto organizzativo e sociale di un eventuale cambiamento di approccio nella realtà italiana. La ricerca del Dna del virus del papilloma potrebbe quindi soppiantare presto, almeno in prima battuta, l'esame delle cellule anomale della cervice, il tradizionale Pap test, come strumento di screening per il carcinoma della cervice. A quest'ultimo bisognerebbe ricorrere solo nei casi risultati positivi all'Hpv test. Se poi all'esame citologico, cioè il Pap test, si trovasse cellule anormali, la donna verrebbe invitata a eseguire anche una colposcopia, in modo da visualizzare eventuali lesioni. In caso contrario, la si inviterebbe a ripetere il test per il papilloma dopo un anno.

«Con questa strategia si ridurrebbero i costi dello screening» sostiene il rapporto. Sebbene infatti l'esame più innovativo sia di per sé più caro, l'efficacia dello screening si potrebbe mantenere rimandando ai 30-35 anni, rispetto agli attuali 25, l'età in cui iniziare i controlli e ripetendoli, in caso siano negativi, con una cadenza quinquennale invece che triennale, come è attualmente raccomandato con il Pap test. La speranza è che, riducendo il numero delle visite a cui sottoporsi, possa migliorare anche l'adesione allo screening, che non ovunque risulta soddisfacente. «L'Europa sta andando nella stessa nostra direzione e si può dire che le raccomandazioni contenute in questo Rapporto costituiscono di fatto un'anticipazione delle Linee guida europee, che saranno pubblicate presumibilmente entro la fine dell'anno» ha dichiarato Guglielmo Ronco, del Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte (Cpo), primo autore del Rapporto. (R.V.)



RIPARTO 2012

Le Regioni rifiutano i tagli

I governatori rilanciano: la metà a carico del ministero

Il fondo di parte corrente non si tocca e i governatori propongono che il taglio 2012 di 900 milioni previsto dalla spending review sia di 500 milioni sugli obiettivi di Psn e 400 sulle somme vincolate gestite dalla Salute. L'ipotesi è ora sul tavolo del Governo e la risposta è attesa in settimana: la legge dà tempo entro settembre o il ministero procederà d'ufficio.

A PAG. 6

La proposta dei governatori per la riduzione di 900 milioni della spending review sul fondo 2012

«Tagli a metà con la Salute»

Nel mirino obiettivi di Psn e altre vincolate - In settimana la risposta del Governo

Il tempo stringe. La spending review ha ridotto il fondo sanitario 2012 di 900 milioni e ha dato tempo sino a fine settembre (una riunione straordinaria della Conferenza delle Regioni potrebbe essere fissata in settimana) alle Regioni per fare la loro proposta di nuovo riparto. Poi il Governo potrà procedere d'ufficio. E per evitarlo i governatori hanno presentato la scorsa settimana la loro proposta che non è un vero e proprio riparto, ma il criterio con cui vorrebbero fossero "tagliate" le disponibilità di quest'anno. Una riduzione fifty-fifty (o quasi: 500 e 400 milioni rispettivamente) tra Regioni e ministero della Salute, tutta concentrata sulle somme vincolate per il 2012 per non toccare la parte corrente del fondo, quella dedicata ai Lea, già oggetto delle manovre degli anni precedenti.

L'ultima parola, quella politica, l'hanno detta i governatori la scorsa settimana, che hanno ufficializzato la proposta fatta dalla commissione Salute - contrarie Campania e Calabria: con la riduzione delle risorse c'è da tenere presente infatti il problema per le Regioni in piano di rientro, perplesso il Friuli V.G. - per il riparto del fondo 2012 "ridotto" dei 900 milioni previsti dalla spending review.

I fronti aperti erano in realtà tre (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 35/2012). Il pri-

mo puntava a una riduzione secondo le quote di accesso già utilizzate per la colonna finale - quella corretta col lapis dai governatori - già pronta a maggio. Il secondo proponeva di non toccare la parte corrente e caricare l'intero taglio sui 1,469 miliardi degli obiettivi di Piano. La terza opzione era quella sponsorizzata dalle Regioni del Sud (quasi tutte sotto piano di rientro), dal Piemonte e dalla Liguria, anch'esse in difficoltà dal punto di vista economico: chiedono tagli differenziati e inversamente proporzionali ai disavanzi. Ovvero: paghi di più chi ha i conti a posto e può farcela. Criterio che le controparti più abbienti non sono state disposte a sottoscrivere.

Alla fine la scelta della commissione Salute, su cui ora le Regioni attendono risposte dal Governo, prevede che la riduzione delle disponibilità finanziarie del Ssn per il 2012 debba essere ripartita tra le Regioni e il ministero della Salute. In questo modo: Regioni, 500 milioni a carico delle disponibilità finanziarie relative all'indistinta e agli obiettivi di piano (1,468 miliardi in tutto); ministero della Salute, 400 milioni sulle risorse per la finalizzata e vincolata per altri enti (846 milioni circa).

La proposta, hanno sottolineato gli assessori, è motivata anche dal fatto che in sede di conversione del decreto legge sulla spending review, la mano-

vra prevista per la **farmaceutica** è stata modificata con la riduzione degli sconti a carico della filiera distributiva creando un minore risparmio per le Regioni rispetto a quello preventivato di circa 300 milioni.

La motivazione è chiara: gli interventi legislativi di riduzione delle risorse del Fondo negli ultimi anni hanno riguardato tutto il Ssn e quindi il contenimento della spesa pubblica e la riduzione del finanziamento deve essere ripartito ora tra i vari soggetti istituzionali e non solo sul sistema delle Regioni.

Ora alle Regioni resta solo da aspettare il verdetto finale. Che dovrà arrivare comunque in fretta visto che a novembre sempre la spending review prevede sia messa mano già ai riparti degli anni successivi secondo la guida del federalismo con le Regioni benchmark.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DM DELL'ECONOMIA

Risorse 2011 sbloccate per sei «virtuose»

Ce l'hanno fatta solo in sei Regioni a statuto ordinario (la verifica non vale per quelle a statuto speciale) a sbloccare i fondi accantonati sulle risorse 2011: Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana e Veneto. Appena il 40% di quelle verificate. Che si sono divise così i 54,6 milioni a disposizione distribuiti in una percentuale uguale a quella da cui si discostano dalla media del parametro di riferimento che ha fatto la differenza: un rapporto uguale o inferiore, appunto, alla media nazionale tra spesa di personale e spesa corrente al netto delle spese per i ripiani dei disavanzi sanitari e del surplus di spesa rispetto agli obiettivi programmati dal patto di stabilità interno.

Il risultato è codificato nello schema di decreto dell'Economia su cui le Regioni - tranne Campania e Calabria - hanno espresso la scorsa settimana parere favorevole.

Oltre al parametro sul personale il decreto ha preso in esame il rispetto del patto di stabilità interno, positivo in questo caso per tutte le Regioni.

Il rapporto medio tra spesa di personale e spesa corrente netta a livello nazionale è risultato essere del 2,01%. Molte Regioni (9 su 15) però hanno superato con il loro risultato 2011 questa percentuale e in questo senso sono state definite «non adempienti». Per alcune la differenza è

stata davvero minima, come nel caso della Puglia che ha raggiunto 2,03%, delle Marche con 2,13% e del Piemonte con 2,14%. Ma altre si sono discostate di percentuali ben maggiori con al top la Basilicata che ha raggiunto il 4,58%, seguita dal 3,57% della Campania e dal 3,44% della Calabria.

Le uniche due Regioni che non hanno fatto registrare spese per i ripiani dei disavanzi sanitari sono Lombardia e Umbria, mentre quella più alta in questo caso è la spesa del Lazio che ha raggiunto quota 1,168 miliardi, seguito dalla Campania con 425,67 milioni e dal Piemonte con 423 milioni.

Tra le Regioni adempienti invece, quella che ha fatto registrare lo scostamento percentuale più elevato tra spesa netta e spesa di personale è stata la Lombardia con il 38,73% e infatti a lei va la parte più alta (oltre un terzo appunto) della somma svincolata. A seguire ci sono Veneto e Liguria, mentre sul versante opposto lo scostamento minore è quello del Lazio (4,06%) seguito dalla Toscana.

Si tratta di tutte Regioni del Centro-Nord e anche relativamente grandi. Il che lascia da pensare visto che il 2011 è l'anno delle Regioni benchmark secondo il federalismo (v. articolo in basso) da trovare proprio tra quelle con i conti a posto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il risultato 2011 (euro)

Regioni	Rapporto % tra spesa di personale e spesa corrente netta	Rispetto del Patto 2010	Regioni adempienti	Scostamento % dalla media Regioni adempienti	Scostamenti %	Ripartire risorse accantonate in prop. allo scostamento degli indic. dalla media
Abruzzo	3,19	Si	Non adempiente	-	-	-
Basilicata	4,58	Si	Non adempiente	-	-	-
Calabria	3,44	Si	Non adempiente	-	-	-
Campania	3,57	Si	Non adempiente	-	-	-
Emilia R.	1,61	Si	Adempiente	0,41	14,61	7.979.313
Lazio	1,90	Si	Adempiente	0,11	4,06	2.219.705
Liguria	1,53	Si	Adempiente	0,48	17,19	9.386.741
Lombardia	0,93	Si	Adempiente	1,08	38,73	21.149.493
Marche	2,13	Si	Non adempiente	-	-	-
Molise	7,90	Si	Non adempiente	-	-	-
Piemonte	2,14	Si	Non adempiente	-	-	-
Puglia	2,03	Si	Non adempiente	-	-	-
Toscana	1,87	Si	Adempiente	0,14	5,07	2.768.987
Umbria	4,60	Si	Non adempiente	-	-	-
Veneto	1,45	Si	Adempiente	0,57	20,33	11.101.761
Totale Rso	2,01	Si		2,79	100,00	54.606.000



Parere negativo dei governatori in conferenza Unificata: lesa l'autonomia e mancano le risorse

Le Regioni bocchiano il decretone

Chiesta la riscrittura dei capitoli su medicina generale e nomine di primari e Dg

Il parere «complessivamente negativo» delle Regioni al decreto legge 158/2012 è stato formalizzato al Governo la scorsa settimana in conferenza Unificata. Una bocciatura annunciata dopo che già più volte i governatori avevano criticato i contenuti del decreto-n Balduzzi.

Ma nonostante il «no» dei governatori, con il parere è arrivata una serie di richieste di emendamenti, su cui in settimana le Regioni attendono il parere del Governo: lo stesso ministro della Salute **Renato Balduzzi** «si è riservato di fare alcune verifiche».

Il giudizio resta comunque durissimo. Anzi, la bocciatura è arrivata secondo il responsabile degli assessori agli Affari finanziari, l'assessore lombardo al Bilancio **Romano Colozzi**, perché «alcune parti del decreto legge sono prive di copertura finanziaria. Il Governo vuole coprire l'apertura h24 degli ambulatori con la riorganizzazione ospedaliera, dimenticando che quei fondi non basteranno a coprire nemmeno una parte degli 1,8 miliardi che la spending review ha riservato a questo settore per il 2013. A questo punto la bocciatura è inevitabile».

Gli emendamenti proposti dalle Regioni sono ai capitoli principali del Dl. Il primo è alle cure primarie. Le Regioni ribadiscono la loro autonomia e la necessità di non rinviare nulla a provvedimenti successivi (come fa il decreto) ma di trovare risorse senza le quali la riforma non è possibile. La riscrittura dell'articolo si dovrà basare su alcuni principi: istituzione del ruolo unico e sua definizione; necessità che le norme di legge indicate nel testo siano esecutive senza rimandare a provvedimenti successivi, come il rinnovo delle convenzioni che non potrà avvenire prima del 2015; affermazione chiara dell'autonomia organizzativa delle Regioni in materia; la riorganizzazione delle cure primarie non può prevedere un aumento delle attuali risorse disponibili per la medicina convenzionata.

Altre modifiche sono su argomenti specifici della dipendenza.

Il primo è la nomina dei direttori di struttura

complessa per la quale secondo le Regioni è necessario reintrodurre la figura del direttore sanitario nella commissione che giudica i candidati «per dare coerenza al concetto stesso di governo clinico dell'azienda sanitaria» ed eliminare il principio della graduatoria e del punteggio nella terna dei candidati selezionati dalla commissione per cui al direttore generale deve essere presentata una terna «motivata» senza graduatoria interna. Sulla nomina dei direttori generali invece è necessario prevedere che il sorteggio dei componenti della commissione debba avvenire da un albo regionale e non da un albo nazionale (non esiste il ruolo unico nazionale), cioè si deve tornare al testo di fine agosto e non a quello successivamente rielaborato.

Anche la commissione affari finanziari ha messo a punto un emendamento che però non è entrato nel documento ufficiale, anche se con tutta probabilità ricomparirà nell'iter parlamentare. Questa volta a essere bocciata è la norma sull'edilizia sanitaria (cessione di vecchie strutture ai privati) e stabilisce la possibilità per le Regioni, nei limiti del Dlgs n. 502/92 (15% delle entrate proprie aziendali e regionali), che le aziende, dietro autorizzazione, per le sole spese di investimento contraggano mutui o accedano ad altre forme di credito regionale, procedendo poi all'ammortamento secondo le aliquote definite (su più anni). E rende obbligatorio un piano di ammortamento pluriennale che evidenzia anche le coperture degli oneri corrispondenti.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Presentata la seconda edizione del volume «I numeri del cancro in Italia» targato **Aiom** e **Airtum**

Tumori, al Nord il 30% in più

Incidenza squilibrata ma la mortalità cala - Polmone primo big killer

DI **STEFANO CASCINU** *
E **STEFANO FERRETTI** **

Dati epidemiologici sui tumori costantemente aggiornati sono lo strumento fondamentale per impostare azioni di politica sanitaria. Il volume "I numeri del cancro in Italia 2012" rappresenta il censimento ufficiale per capire come la malattia colpisce nel nostro Paese, una fotografia scattata dall'Associazione italiana di oncologia medica (**Aiom**) e dall'Associazione italiana registri tumori (**Airtum**). A meno di un anno dalla prima abbiamo completato la seconda edizione, con una tempistica davvero unica nel panorama italiano. La nostra è una pubblicazione annuale, sul modello di quanto già avviene da tempo negli Usa, e verrà distribuita in tutte le oncologie italiane, negli assessorati regionali e nelle istituzioni nazionali.

Rispetto al precedente volume, riferito al 2011, abbiamo inserito l'analisi di altre neoplasie (ovaio, rene, vescica, tiroide) aumentando la quantità e qualità delle informazioni. L'intervento del ministro della Salute, Renato Balduzzi, alla presentazione della pubblicazione lo scorso 26 settembre ne testimonia la portata non solo scientifica, ma anche politica e istituzionale. Abbiamo pensato di dedicarla al presidente **Aiom** Marco Venturini, prematuramente scomparso, per la tenacia con cui aveva voluto e realizzato questo progetto.

L'oncologia italiana, per qualità delle terapie e impegno nella prevenzione, si conferma tra le prime al mondo. Ogni giorno in Italia si scoprono 1.000 nuovi casi di cancro. I tumori colpiscono di più le Regioni settentrionali (+30%) rispetto al Sud, ma complessivamente nel nostro Paese migliorano le percentuali di guarigione. Il 61% delle donne e il 52% degli uomini sono vivi a cinque anni dalla diagnosi. Particolarmente elevata la sopravvivenza dopo un quinquennio in tumori frequenti come quello del seno (87%) e della prostata

(88%). Il merito è da ricondurre alla più alta adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e alla maggiore efficacia delle terapie. I nuovi casi di cancro nel 2012 saranno 364mila (erano 360mila nel 2011): 202.500 (56%) negli uomini e 162.000 (44%) nelle donne. Il tumore del colon-retto è il più frequente, con oltre 50.000 nuove diagnosi, seguito da quello della mammella (46.000), del polmone (38.000, un quarto nelle donne) e della prostata (36.000). Il cancro del polmone si conferma al primo posto complessivamente per mortalità (34.500 i decessi stimati), seguito da quello del colon-retto (quasi 20.000), del seno (13.000), dello stomaco (11.000) e della prostata (7.900).

Questi "numeri" sono indispensabili per tutti gli operatori e le istituzioni coinvolti nella lotta contro il cancro, sia nella gestione dei pazienti che nella programmazione sanitaria in un periodo di contenimento della spesa come l'attuale in cui sono indispensabili l'appropriatezza e l'uso razionale delle risorse. I tumori rappresentano la seconda causa di morte (30%), dopo le malattie cardio-circolatorie (38%). Si stima che nel 2012 provocheranno 175mila decessi (erano 174mila nel 2011): circa 500 al giorno. La sopravvivenza è uno dei principali indicatori che permette di valutare l'efficacia del sistema sanitario. In questo senso esistono ancora differenze nelle percentuali di guarigione tra le Regioni settentrionali e quelle del Sud a sfavore di queste ultime.

La conoscenza dei dati italiani e regionali dell'impatto della patologia neoplastica, in termini non solo di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza ma anche di stime per i prossimi anni, è uno strumento da cui non possiamo prescindere per l'organizzazione della nostra attività clinica e di ricerca. Il maggior numero di casi registrato nel Settentrione può essere imputabile a

varie cause, riconducibili, a esempio, a stili di vita scorretti e a una maggiore esposizione a fattori cancerogeni. L'eccezione è rappresentata dal tumore del fegato, più frequente nel Meridione, che presenta rispetto al Nord valori pari a +17% nei maschi e a +65% nelle femmine. Da segnalare la riduzione delle differenze dei tassi di incidenza tra Nord e Sud, rispetto agli anni precedenti, per alcune neoplasie come quella del colon-retto, per la diffusione di un modello alimentare di tipo occidentale, che va sostituendosi alla dieta mediterranea, precedentemente peculiare del solo Meridione.

La pubblicazione è stata realizzata con il contributo di tutte le oncologie italiane (oltre 300) e i 37 Registri tumori presenti sul territorio. Nel complesso oltre 24 milioni di italiani, pari a circa il 43% della popolazione residente totale, vivono in aree dove è presente un Registro tumori. La rete italiana, in continua espansione, sorveglia attualmente una popolazione tra le più ampie in Europa. Purtroppo l'attività dei nostri Registri è sempre più seriamente compromessa dalla perdurante assenza di una legge nazionale che li riconosca giuridicamente e li abiliti all'accesso alle informazioni sanitarie nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali. I Registri sono ormai alla paralisi e di fatto già in molte aree impossibilitati a fornire dati epidemiologici in sostegno delle valutazioni sulle emergenze ambientali, sugli screening e sull'impatto dei percorsi assistenziali in oncologia. Ci si augura che prima della fine dell'attuale legislatura il rischio di un blocco totale sia scongiurato attraverso la rapida ripresa del percorso legislativo che ne riconosca l'esistenza e il ruolo.

* Presidente **Associazione italiana di oncologia medica (Aiom)**

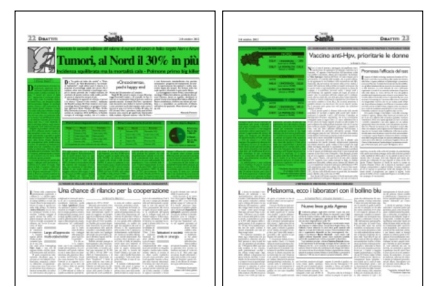
** Segretario **Associazione italiana registri tumori (Airtum)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Primi 5 tumori diagnosticati (% sul totale)

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

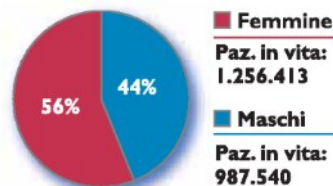
(*) Comprende sia tumori infiltranti che non infiltranti



Prime 5 cause di morte (% sul tot. tumori)

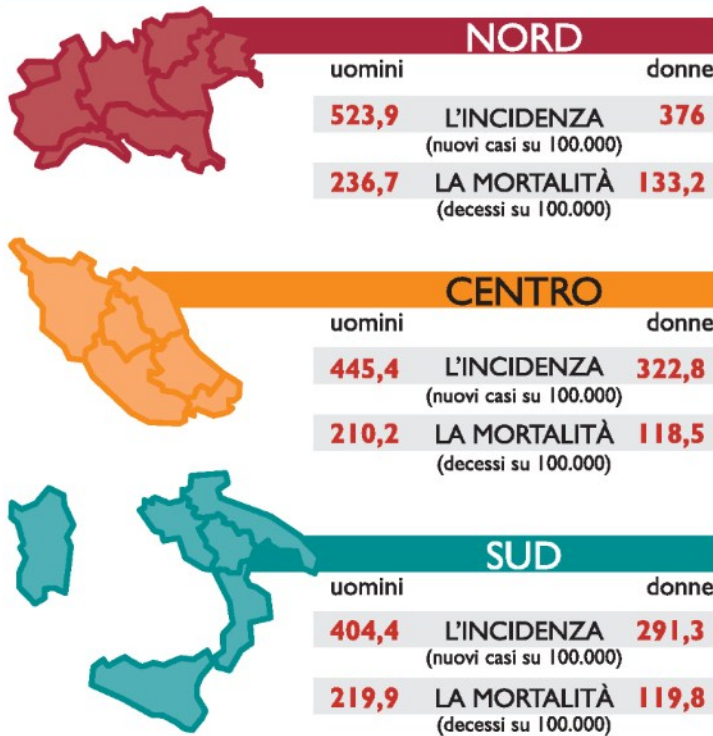
Rango	Maschi	Femmine
1°	Polmone (27%)	Mammella (16%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)
5°	Stomaco (7%)	Stomaco (6%)

Chi vive dopo la diagnosi



Eccetto tumori cutanei non melanomatosi

La geografia della malattia



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

QUANTO COSTA LA BUONA SANITÀ

I luoghi comuni diventano spesso senso comune, difficilmente estirpabile. Ad esempio si sostiene che un buon servizio sanitario viene assicurato da chi spende di meno e meglio. Ebbene da un rapporto di Confartigianato risulta che nel 2011 la spesa più alta è stata registrata a Bolzano, con 2256 euro per cittadino, la più bassa in Calabria, con 1704. Bolzano - area di qualità del servizio - ha un saldo attivo di 65 milioni, la Calabria un rosso di 632 milioni. Facendo altri calcoli, a noi risulta che i calabresi costano in tutto 2024 euro a testa. Sene può dedurre che nella Regione del Sud si spende tanto e male, ma che la buona sanità costa di più. Altro luogo comune: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature costano troppo. Vero, perché i rincari sono saliti del 13,6% rispetto al 5 dell'Eurozona. Però i servizi ambulatoriali sono aumentati del 18 per cento, contro il 7,6 europeo. Le Asl sono spendaccione? Infine: in 10 anni i costi della sanità sono cresciuti del 64,1 per cento contro un Pil salito solo del 31,9 per cento. È evidente che la sostenibilità della spesa per la salute diventa una sfida e un obbligo, se il nostro prodotto interno lordo resta al palo.

g.pepe@repubblica.it

**Il gioco d'azzardo
che gioco è?**

Cesare Amodio
NAPOLI

Qualche giorno fa un interessante articolo di Marisa La Penna riprendeva l'ipotesi di vietare scommesse, gratta e vinci e videopoker nei pressi delle scuole. Un esperto parlava di lobby del gioco e ludopatie, mentre varie pubblicità da mesi ci avvertono che "Il gioco è vietato ai minori di anni 18". A me pare che un buon punto di partenza sarebbe quello di chiamare le cose col proprio nome; nel caso del gioco d'azzardo potrebbe essere quello di smettere di chiamare gioco ciò che tale non è.

Da sempre sono soprattutto i bambini a giocare e il gioco è considerato una delle principali forme educative e di socializzazione. Ma se tutto è "gioco" si arriva all'assurdo di dover sentire che gli adulti possono giocare e i mi-

norenni no. E' come (per dirlo alla napoletana) se s'imponesse alle sciabole di stare appese e ai foderi di combattere. Si tratta, evidentemente, di una distorsione del linguaggio. Chiamare gioco le scommesse non pare il frutto di un equivoco involontario, ma di un uso malizioso, furbo, delle parole. Quell'uso, per intenderci, che porta ad attribuire il nome di innocui animali o di luoghi incantevoli a macchine che inquinano l'ambiente, a prodotti che vantano shampoo miracolosi e così via.

Se non si capisce perché un gioco vero dovrebbe essere proibito a un minorenne, l'unica spiegazione è che l'attività vietata non è affatto gioco, ma altro. Il gioco è scherzo, finzione, metafora, anche replica della realtà ma, se è gioco, non è realtà. E se c'è il denaro, se i soldi

sono veri, non è ancora gioco, ma sempre realtà. E quella realtà spesso è scommessa, talvolta azzardo: la paro-

la che, mi pare, non si vuol utilizzare. Credo che gioco sia la casa di bambole, la corsa delle automobili, i videogame. E quindi che gioco sia il Monopoli, non il poker. Lì il denaro è finto, come purtroppo effimera è la titolarità di un albergo a Parco della Vittoria, e il vincitore riceve solo una stretta di mano; nell'altro caso il denaro, quello vero (e dunque la realtà), costituisce parte integrante del meccanismo, ed è proprio la realtà, in conseguenza di quell'attività, ad avere il potere di cambiare in meglio o, spesso in peggio, come sa chi vince milioni o perde la casa per saldare un debito.

No, quelli che la pubblicità vieta ai più piccoli non sono

giochi ma una cosa molto seria: il gioco di chi li chiama giochi è chiaro, quello di edulcorare la realtà. Se "bevete responsabilmente" può aver un senso, l'invito a giocare responsabilmente fa ridere, perché il gioco è assenza di responsabilità, nel gioco in quanto tale non ci sono conseguenze.

La scommessa non è un gioco, chiamarla azzardo o investimento sarebbe comunque più onesto. Quale confusione (mentale o solo verbale?) porta ad affermare che il gioco è come il fumo? Il gioco - quello vero - è un'attività nobile e civilissima, richiede fantasia, immaginazione, rispetto delle regole; lo praticano quegli adulti fortunati che sono riusciti a rimanere, almeno un pochino, giovani e i minorenni: soprattutto i minorenni.



CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

MALAFFARE E CLIENTELE DIMEZZANO I CONTI SANITARI



Ibilanci regionali documentano una spesa sanitaria che supera l'80% della complessiva. Otto milioni di euro su dieci di cui politici e portaborse godono sono da lì ricavati, favorendo imprenditori, fornitori, erogatori di servizi. Comprese vacanze di Formigoni e i festini con ostriche dei romani. Nulla di nuovo, dopo San Raffaele, Fondazione Maugeri e centinaia di scandali del Belpaese. Il calcolo della tangente media è 16% della fornitura. Inoltre, con i politici convivono medici "di area" che garantiscono la carriera veicolando le necessità dei padrini politici. Altri sprechi per almeno il 10%. Infine, l'ignoranza scientifica produce trattamenti inefficaci ed esami inutili per un ulteriore 24%. La metà dei soldi per la salute così va persa. La gestione clientelare del potere regionale è parassitata dai "clienti" che corrompono e da medici che vendono l'anima. Il nostro servizio sanitario, costruito con fatica perché sia universale e gratuito sta collassando. Toglietelo dalle mani dei politici regionali o morirà. Professori Monti e Balduzzi vincete la timidezza.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTERVISTA AL **MINISTRO DELLA SALUTE**

«Farmaci generici frenate inaccettabili»

Balduzzi ai medici: adeguatevi, siamo già in ritardo

MILANO. «Le resistenze dei medici sui farmaci generici sono ingiustificate e inaccettabili. Se sarà necessario interverremo con altri provvedimenti e con controlli».

In un'intervista al Secolo XIX il **ministro della Salute Renato Balduzzi** bacchetta i medici che continuano a prescrivere i farmaci griffati, utilizzando "trucchetti" già contestati dal ministero. «Sui generici l'Italia è sempre indietro rispetto all'Eu-

ropa: sono un risparmio per i pazienti e anche i medici devono adeguarsi». Balduzzi annuncia che nei prossimi mesi partirà un portale della sanità. «Tutti potranno sapere le specialità degli ospedali, dove farsi curare e operare».

Per la prima volta il ministro parla del suo futuro. «Se serve, se me lo chiedono, posso continuare a fare il **ministro della Salute**, ma è ancora presto».

L'inviato **FILIPPI** >> 5

IL MINISTRO ANNUNCIA ANCHE LA NASCITA DEL PORTALE DELLA SALUTE

Balduzzi ai medici: «Non tollero resistenze sui farmaci generici»

E sul suo futuro: «Io ancora al governo? Se serve...»

dal nostro inviato

GUIDO FILIPPI

MILANO. L'avviso ai naviganti in camice bianco è chiaro: «Le resistenze sui farmaci generici sono ingiustificate». I medici le stanno provando un po' tutte per sterilizzare quel provvedimento. E, comunque, confidano sul mandato a stretta scadenza del governo. Lui, **Renato Balduzzi, ministro della Salute**, compreso. E invece: «Se serve, se me lo chiedono... è ancora presto, ma se serve resto».

È disponibile ad andare avanti?

Un sorriso. «Vediamo, vedremo. Il ministro della Salute, come d'altra tutti coloro che fanno parte di questo governo, devono pensare alle cose da fare, prima di pensare ai progetti per il dopo. Ora sono concentrato per portare avanti il mio programma in questi ultimi mesi. Abbiamo fatto tante cose, come possono notare tutti, e quindi il lavoro non manca. E non è finita...».

Cosa vuole fare in questi ultimi mesi?

«Una cosa sicuramente. Nei prossimi mesi vorrei e far partire il portale della sanità per consentire a tutti gli italiani di avere le risposte di cui hanno bisogno: quali sono gli ospedali che fanno certi interventi, quali sono gli specialisti e persino gli esiti perché siamo in grado di conoscere l'attività delle strutture, ma anche la qualità».

La riforma sui farmaci generici è partita, ma stenta a decollare ed è contestata dai medici.

«I primi dati, non ancora ufficiali, ci dicono che l'operazione generici comincia lentamente a funzionare. Spero che non servano altri provvedimenti e misure straordinarie di controllo».

Ma, come ha denunciato *Il Secolo XIX*, i medici indicano il principio attivo e tra



parentesi il nome del farmaco "griffato".

«È chiaro che, dove ci sono resistenze ingiustificate a prescrivere il farmaco equivalente, dovremo intervenire nel modo più op-

portuno: chiariremo, dove è necessario, le norme e tutte le eccezioni, ma non capisco certe proteste. Il medico ha sempre la possibilità, se ci sono ragioni oggettive, di prescrivere il farmaco di marca, quindi, chiaro vero? Ma noi siamo sempre pronti ad affrontare i problemi e a chiarire i dubbi. Sui generici l'Italia era rimasta indietro e abbiamo cercato di adeguarci. Non dimentichiamo che sono un risparmio per i pazienti e quindi per lo Stato, senza considerare che, ovviamente, cambierà il mercato e diminuiranno anche i prezzi dei farmaci».

Quindi non ci saranno compromessi sui generici?

«No, dobbiamo andare avanti nell'interesse dei pazienti e perché questo Paese vuole guardare avanti».

Nel frattempo le Regioni contestano il

"suo" decreto, soprattutto sugli studi associati, gestiti sette giorni su sette dai medici di famiglia.

«C'è discussione, ne prendo atto e non escludo che si possano fare alcune modifiche, ma sempre nella direzione delle proposte del governo, altrimenti si va indietro».

La lobby dei medici contesta anche le nuove norme sulla nomina dei primari e

boccia il sorteggio dei membri della commissione per i concorsi.

«Alt, siamo riusciti in questi mesi a mettere in moto un sistema per rendere le nomine dei direttori generali più trasparenti e meno condizionate dalla cattiva politica. Il discorso vale ancora di più per i primari: l'eccesso di discrezionalità, da parte dei manager e della commissione, e l'eccessiva interferenza della politica sono un pericolo. Con i nuovi criteri vengono scelti i più competenti».

A proposito di trasparenza, il decreto prevede che i medici debbano essere collegati in rete con gli ospedali da cui dipendono, quando fanno attività privata. Si partirà davvero nei prossimi mesi o ci sarà l'ennesimo rinvio?

«No, si parte e si rispettano i tempi previsti, ossia entro marzo 2013. I medici dovranno adeguarsi e organizzarsi per segnalare gli appuntamenti delle visite e gli orari, altrimenti non potranno fare la loro attività libe-

ro professionale. Inoltre dovrà essere assicurata la tracciabilità dei pagamenti».

Sono già previsti controlli negli studi medici?

«Chi si comporta bene, non ha motivo di temere i controlli, ma vorremmo che il rapporto fosse di collaborazione: c'è l'opportunità di rafforzare il rapporto tra l'azienda sanitaria e il medico. L'intramoenia non deve diventare l'occasione per offrire una visita, superando le liste d'attesa perché abbiamo già visto quante cose spiacevoli sono successe in giro per l'Italia. Lo spirito della riforma era ed è quella di dare un'offerta maggiore e la libertà di scelta».

Domani (oggi, ndr), sarà al Gaslini per l'inaugurazione del nuovo "padiglione di giorno". I vertici dell'ospedale protestano per i tagli ai finanziamenti e perché da Roma non è più arrivato il contributo ex-

tra. Sono cinquanta milioni di euro, ministro, mica bruscolini.

«Conosco bene il Gaslini, la mia terza figlia è nata lì, è uno delle eccellenze del nostro Paese, ma il problema dei finanziamenti è oggettivo e non so quando sarà possibile dare una risposta perché non ci sono risorse. Noi cerchiamo di spendere meno per spendere meglio, ma è difficile trasformare i risparmi in investimenti. La scommessa in pediatria è quella di favorire le sinergie tra i grandi centri come il Gaslini, il Bambin Gesù ed altri».

La Liguria non è tra le otto Regioni con i conti disastrosi, ma rischia di dover mettere altre tasse per coprire il buco della sanità.

«Negli ultimi anni si è affrancata da una parentesi di "pagella cattiva": ha riorganizzato la rete ospedaliera e migliorato quella territoriale. Nel socio-assistenziale è un punto di riferimento per tutte le Regioni».

La fusione San Martino-Ist va avanti, tra mille difficoltà.

«È stata una scelta coraggiosa e irreversibile. La strada imboccata è giusta, ma è presto per dare un giudizio».

filippi@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SI CAMBIA

«L'eccessiva
interferenza della
politica è un pericolo
nella nomina
dei primari»

LA SCELTA CORAGGIOSA

«Scelta coraggiosa e
irreversibile quella
della fusione San
Martino-Ist. Presto
per dare un giudizio»

CONSIGLI UTILI SUL WEB

Un nuovo sito web consentirà a tutti gli italiani di sapere quali sono gli ospedali che fanno certi interventi, a quali specialisti sono affidati e persino gli esiti

INTRAMOENIA NUOVE REGOLE

Entro marzo tutti i medici dovranno essere collegati in rete con gli ospedali da cui dipendono, quando svolgono attività privata. Non ci sarà alcun rinvio

OGGI SARÀ AL GASLINI CON SCHIFANI PER IL NUOVO REPARTO

IL PRESIDENTE del Senato Renato Schifani e il **ministro della Salute Renato Balduzzi** saranno oggi al Gaslini per l'inaugurazione del "padiglione di giorno" aperto due settimane fa. Alla cerimonia (dalle 16.30) interverranno anche il presidente della Regione Claudio Burlando e il sindaco Marco Doria. Il cardinale Angelo Bagnasco benedirà il nuovo edificio.



Nonostante i devices siano usati da tempo, mancano ancora certezze: non è chiaro, nel lungo periodo, quale sia la cura di una arteria danneggiata dall'arteriosclerosi che meglio evita un infarto. Lo sta accertando una ricerca finanziata dagli Usa

Cuore

Farmaci o stent cosa salva più vite?

S

GIUSEPPE DEL BELLO

tent, dalle coronarie alle carotidi, la corsa all'impianto è senza sosta. Ma l'utilizzo di questi devices a tutto spiano non sempre è condiviso. Da una parte la pressione delle holding, dall'altra la ricerca (costosa e, quindi, spesso vincolata agli sponsor), in mezzo gli specialisti che si chiedono se e quando conviene affidarsi alla tecnica invasiva (compresa quella chirurgica) piuttosto che alla sola terapia medica.

A riproporre l'interrogativo è anche la stampa anglosassone. Il *Wall Street Journal* riferisce di uno studio della neurologa australiana Anne Abbott che ha messo a confronto stent e farmaci, nei pazienti asintomatici con parziale occlusione (stenosi) di una carotide. Il risultato avrebbe evidenziato che devices (o chirurgia) e terapia medica sono sovrapponibili in termini di efficacia. Soltanto negli Usa si eviterebbero oltre 100.000 procedure invasive l'anno con notevole risparmio.

«Non ci sono studi comparativi sufficienti per decidere tra stent e farmaci - spiega Silvio Garattini, direttore del Mario Negri di Milano - Il problema di una ricerca carente investe, ad esempio, anche le stentine: chi è in grado di valutare la più efficace e la meno tossica? A medici e pazienti interessa non soltanto se e quanto una

molecola incide sul colesterolo, ma anche i dati che ri-

guardano mortalità e morbilità. L'anno scorso Obama ha messo a disposizione un miliardo e 100 milioni di dollari per condurre studi sulla *comparative effectiveness research*, proprio per confrontare costi e benefici».

Al giudizio di Garattini, si aggiunge il commento di Aldo Maggioni, direttore a Milano del centro studi dell'Anmco (Associazione cardiologiospedalieri). «Oggi si interviene con un occhio proteso più all'anatomia che agli eventi clinici - osserva - In presenza di una malformazione, ma senza sintomi importanti o tutt'al più sfumati, un intervento invasivo probabilmente non è superiore alla terapia medica». Il team guidato da Maggioni coordinerà il braccio italiano di "Ischemia" (promosso dal *National Institutes of Health*, Usa) che confronterà due gruppi di pazienti con ischemia: uno sottoposto a terapia invasiva e a trattamento farmacologico, il secondo alla sola terapia medica. «Non disponiamo di studi di ampie dimensioni - sottolinea Maggioni - che attribuiscono ai devices la capacità di migliorare la condizione anatomica e, contemporaneamente, la storia clinica. Insomma, le ricerche su cui si basa l'impiego dei dispositivi medici rivelano arterie in condizioni migliorate ma non dimostrano un'incidenza minore di infarti e mortalità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Uno studio australiano
ripropone le perplessità
Per Garattini servono
maggiori informazioni
Confronti pure in Italia

CONTROLLO DELLO STENT GIÀ IMPIANTATO

Tecnica OCT

1 Un catetere viaggia, attraverso l'arteria femorale, fino allo stent impiantato

Arteria femorale

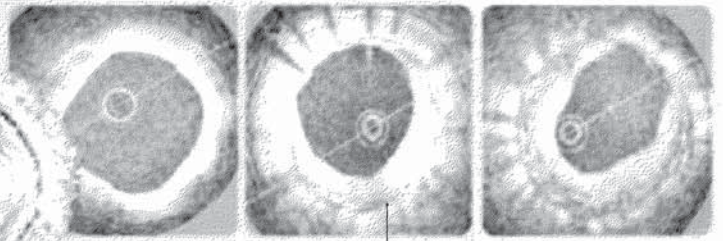
Catetere

2 Raggi infrarossi Vengono veicolati all'interno del catetere

Catetere
Arteria

3 In soli 3 secondi si può vedere l'arteria lesionata e lo stent posizionato

Stent Arteria



Sezioni della coronaria "in vivo"
Le immagini delle scansioni servono a controllare che lo stent sia stato ricoperto dall'endotelio

Stent sotto l'endotelio

In ogni secondo di scansione si totalizzano 450 Mb di dati

ATEROSCLEROSI

Ispessimento dello strato più interno delle arterie a causa dell'accumulo di grasso

Arteria sana

Arteria ostruita
Accumulo di grasso

VENA CAVA SUPERIORE

ARTERIA AORTA

OSTRUZIONE

ARTERIA POLMONARE

Cuore
Visione Anteriore

Arteria coronaria destra

Arteria coronaria sinistra

VENTRICOLO DESTRO

VENTRICOLO SINISTRO

Arteria discendente anteriore

APPLICAZIONE DELLO STENT

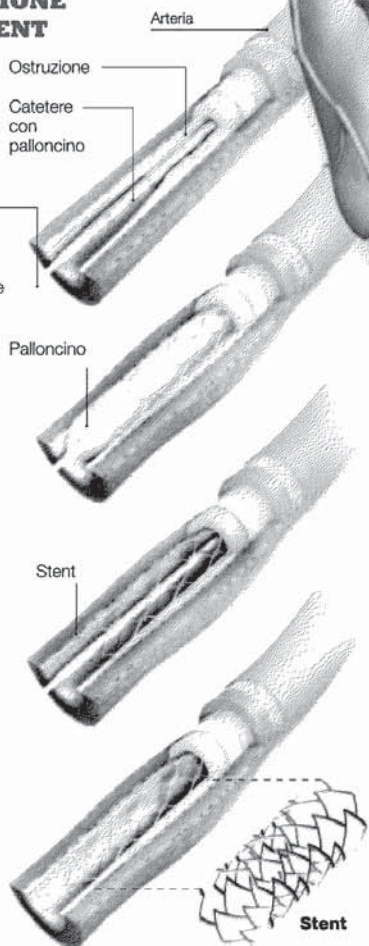
La procedura si fa in anestesia locale

1 Con l'aiuto di un filo guida si introduce un catetere nel vaso interessato. Il catetere contiene un palloncino sgonfio e lo stent

2 Nella sede della placca viene gonfiato il palloncino che dilata la arteria ostruita e lo stent

3 Il palloncino viene sgonfiato lasciando nel suo posto lo stent, una maglia metallica che comprime l'ostruzione

4 Il catetere e il filo guida vengono ritirati



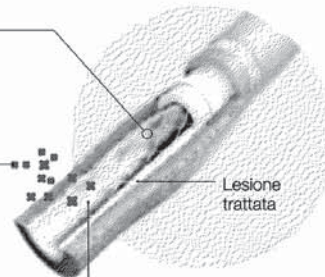
STENT RIASSORBIBILE DVS (a rilascio di farmaco)

La struttura dello stent
È riassorbibile perché è costituito da acido polilattico

Il farmaco
Lo stent riassorbibile libera un farmaco che frena la crescita del tessuto evitando la chiusura dell'arteria

L'organismo l'assorbe in 1-2 anni

Si evitano così problemi legati alla permanenza di un corpo estraneo



Depressione

Ma i farmaci funzionano? Arriva in Italia il libro di Kirsch (Harvard) che scatenò le polemiche
Solo nelle forme gravi meglio del placebo

Risultati migliori se la psicoterapia integra le pillole

«C

FRANCESCO BOTTACCIOLI*

ome la maggior parte delle persone pensavo che gli antidepressivi funzionassero». Così inizia il libro di Irving Kirsch, professore di psicologia ad Harvard e a Plymouth, ora disponibile in italiano (Tecniche Nuove editore) col titolo *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata*.

Pagina dopo pagina, con la forza dei numeri, Kirsch chiarisce come sia giunto alla conclusione che i farmaci antidepressivi, se paragonati al placebo, hanno un modesto grado di efficacia, documentabile solo nelle forme gravi di depressione, una piccola minoranza delle manifestazioni della malattia.

Il libro ha scatenato un putiferio, tutt'ora in pieno sviluppo. Sono scesi in campo, da un lato, Marcia Angell, già direttore del *New England Journal of Medicine*, che ha preso spunto dal libro per tracciare un'analisi impietosa della psichiatria americana giudicata al carro dell'industria farmaceutica (negli ultimi 20 anni il consu-

mo di antidepressivi è aumentato del 400 per cento!), dall'altro lato Peter D. Kramer, il capo della taskforce incaricata di redigere la quinta edizione del DSM, il Manuale diagnostico della psichiatria internazionale, che ha difeso gli antidepressivi. In mezzo, Thomas Insel, direttore del National Institute of Mental Health, che su *Psychiatric Times* ha dichiarato che, in effetti, il vantaggio sul placebo è riscontrabile solo nelle forme gravi di depressione e che quindi è vero che molte persone non rispondono al trattamento farmacologico.

Secondo le meta-analisi di Kirsch, la differenza tra farmaci e placebo oscilla tra il 16 e il 18% a favore dei farmaci, con una riduzione di appena due punti della scala Hamilton, che è lo strumento di misura dei sintomi depressivi. Insomma poca roba, tra l'altro ricca di effetti collaterali, che non giustifica impennare la cura della depressione nel trattamento farmacologico. Nel capitolo finale Kirsch riassume gli approcci alternativi esistenti: psicoterapia, meditazione, attività fisica, fitoterapia.

Alla fine di luglio, un gruppo internazionale di ricerca di cui fa parte Kirsch, su *Plos* ha pubblicato una dettagliata analisi su oltre 100 studi controllati esaminando l'efficacia di psicofarmacologia, psicoterapia e terapie alternative. I dati confermano che tra farmaci e psicoterapia non c'è alcuna differenza. Modesta quella tra loro e il placebo, mentre non c'è differenza statisticamente significativa con le terapie alternative (attività fisica e agopuntura). Una certa differenza positiva di efficacia è riscontrabile dalla combinazione di farmaci e psicoterapia. Insomma, l'integrazione delle cure è la strada giusta. Kirsch ne parlerà a Milano al convegno sulla depressione (24 novembre, www.sipnei.it).

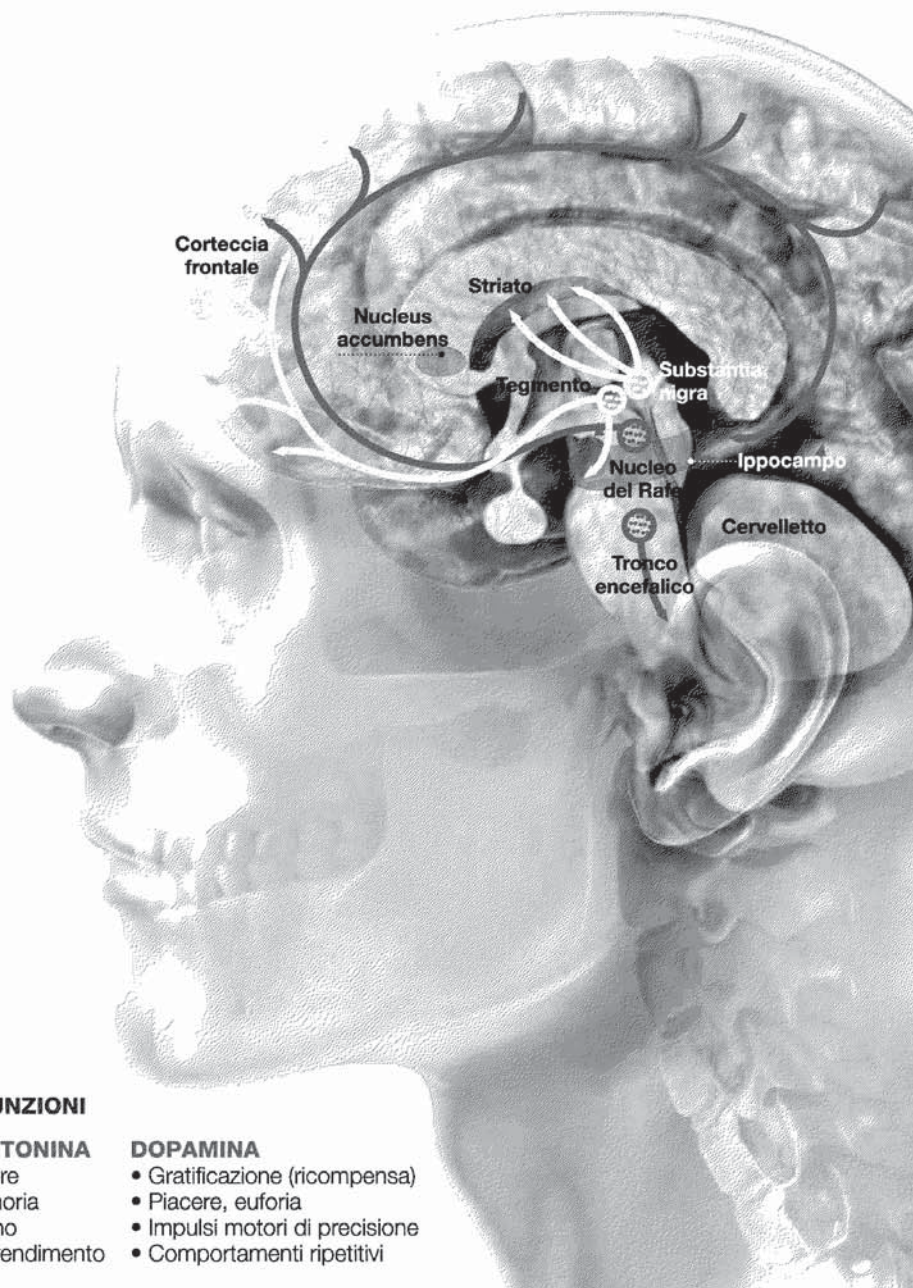
**Presidente on. Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia*

Trascurabili i vantaggi dell'uso dei medicinali nei confronti di altri approcci con minori effetti collaterali



LE VIE NERVOSE

La dopamina e la serotonina sono due mediatori chimici sui quali intervengono gli psicofarmaci. Ecco le zone del cervello dove hanno origine e agiscono, e loro funzioni specifiche



LEGENDA

→
Vie nervose
che usano
la serotonina

→
Vie nervose
che usano
la dopamina

●
Aree
del cervello
coinvolte

LE FUNZIONI

SEROTONINA

- Umore
- Memoria
- Sonno
- Apprendimento

DOPAMINA

- Gratificazione (ricompensa)
- Piacere, euforia
- Impulsi motori di precisione
- Comportamenti ripetitivi



IN CIFRE, IN ITALIA

% sul totale della popolazione adulta



Per genere

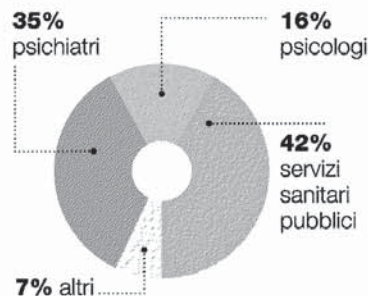
6 su 10
sono donne

10,6%
soffre di depressione

Età media
51 anni

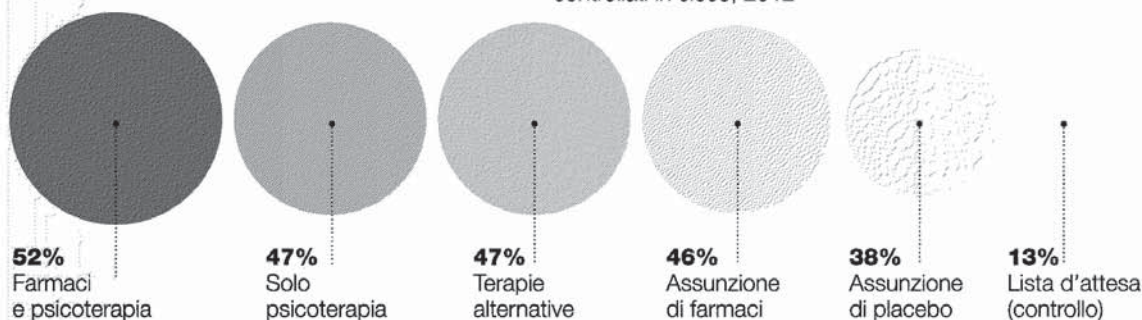
LA DIAGNOSI

Da chi viene effettuata



EFFICACIA DEL TRATTAMENTO

Valutata nella riduzione dei sintomi. Risultati da studi controllati in cieco, 2012



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / A SYSTEMATIC REVIEW OF COMPARATIVE EFFICACY OF TREATMENTS AND CONTROLS FOR DEPRESSION, UNIVERSITY OF ULSTER / KANTAR-HEALTH 2011

INFOGRAFICA: PAULA SIMIONETTI

