

Lunedì 02 GIUGNO 2014

Speciale Asco. Gli studi ‘*landmark*’ della sessione plenaria

Quattro importanti trial clinici su tumore della mammella, prostata e colon-retto, sono stati presentati al cospetto di una platea-fiume al congresso dell’Asco. Gli studi selezionati per la sessione plenaria sono, secondo gli esperti della società scientifica americana, i più importanti dell’anno dal punto di vista della ricerca e quelli con il maggior impatto potenziale sulla pratica clinica quotidiana. Tutti questi trial sono stati realizzati, almeno in parte, con fondi di ricerca dei National Institutes of Health.

Exemestane in adiuvante, nelle donne in età fertile con tumore della mammella. L’exemestane, somministrato dopo l’intervento chirurgico a giovani donne con cancro della mammella in stadio precoce, ormono-sensibile, risulta più efficace del tamoxifene, quando associato alla soppressione della funzione ovarica, nel prevenire le recidive di tumore; il rischio relativo di sviluppare una recidiva viene così abbattuto del 28%. Sono i risultati di questo studio ‘*landmark*’, che derivano dall’analisi di due trial di fase III, il TEXT e il SOFT, condotti dall’*International Breast Cancer Study Group* (IBCSG), in collaborazione con il *Breast International Group* (BIG) e il *North American Breast Cancer Group* (NABCG) e che hanno coinvolto 27 Paesi in 6 continenti. Si tratta del più vasto studio mai condotto al mondo in questo campo e il primo ad aver dimostrato il valore dell’exemestane in questa categoria di pazienti. L’inibitore delle aromatasi è così risultato in grado di prevenire le recidive di tumore della mammella, nelle donne in premenopausa, con tumore ormono-sensibile e sottoposte a terapia di soppressione della funzione ovarica (OFS, ottenuta mediante somministrazione di triptorelina, ovariectomia o irradiazione ovarica), in maniera più efficace del vecchio tamoxifene. In particolare, l’exemestane, associato all’OFS, ha ridotto del 28% il rischio di una recidiva di tumore invasivo (la sopravvivenza libera da malattia a 5 anni era del 91,1% nel gruppo exemestane, contro l’87,3% del gruppo tamoxifene) e del 34% il rischio relativo di una recidiva di tumore della mammella, rispetto al trattamento tamoxifene-OFS. “I nostri risultati – commenta **Olivia Pagani**, primo autore dello studio e direttore del Centro di Senologia dell’Istituto Oncologico della Svizzera meridionale a Bellinzona (Svizzera) – confermano che l’exemestane è una valida alternativa al trattamento tradizionale con tamoxifene, in questa categoria di pazienti. Un *follow up* di durata maggiore sarà necessario per valutare la sopravvivenza, eventuali effetti collaterali e l’impatto sulla fertilità delle pazienti”. Il trattamento ormonale adiuvante standard consigliato per le donne in premenopausa è attualmente il tamoxifene per cinque anni. L’analisi congiunta dei due studi TEXT e SOFT ha interessato 4.690 donne di età media 43 anni. La *compliance* al trattamento è stata elevatissima, con un *drop out* precoce di appena il 14%. “Le giovani donne con un tumore della mammella – afferma **Clifford A. Hudis**, presidente dell’ASCO e direttore del *Breast Cancer Medicine Service* presso il *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* di New York - necessitano di ulteriori opzioni terapeutiche dopo l’intervento chirurgico e questo studio dimostra che l’exemestane può essere una di queste; il tamoxifene è stato *gold standard* di trattamento per molti anni, ma adesso, con la soppressione ovarica, anche gli inibitori delle aromatasi rappresentano un’alternativa”.

Tumore della prostata metastatico: il docetaxel, associato a terapia ormonale, prolunga la sopravvivenza nelle forme ormono-sensibili. Lo studio di fase III, E3805, dimostra che aggiungere il chemioterapico docetaxel alla terapia ormonale tradizionale, nei pazienti con carcinoma della prostata ormono-sensibile, metastatico, neo diagnosticato, prolunga la sopravvivenza di circa 10 mesi. Il beneficio è particolarmente evidente nei pazienti con malattia estremamente diffusa, ma in

grado di tollerare la chemioterapia. “La terapia ormonale (ADT) – spiega **Christopher Sweeney**, primo autore dello studio e oncologo del *Lank Center of Genitourinary Oncology* al Dana-Farber *Cancer Institute* di Boston – è stato lo standard di trattamento dagli anni '50 in poi. Questo studio ha individuato una nuova strategia che consente di prolungare la sopravvivenza in modo sostanziale nei pazienti con tumore neodiagnosticato; per questo, ha tutte le caratteristiche per essere proposto come nuovo standard di trattamento nei soggetti in grado di tollerare la chemioterapia”. Attualmente, la chemioterapia trova indicazione solo alla progressione della malattia, dopo la comparsa di ormono-resistenza. Lo studio, finanziato dal *National Cancer Institute* americano, ha interessato 790 uomini con tumore della prostata ormono-sensibile neodiagnosticato, che sono stati randomizzati ad ADT o ad ADT-docetaxel, per un periodo di 18 mesi; 2 pazienti su 3, presentavano malattia diffusa alle ossa o agli organi principali. A 29 mesi di *follow up*, sono stati registrati 136 decessi nel gruppo ADT, contro 101 nel gruppo ADT-docetaxel; la sopravvivenza media (OS) è stata di 44 mesi nel gruppo ADT e di 57,6 mesi nel gruppo ADT-docetaxel, ma nel gruppo con la malattia in stadio più avanzato è stata rispettivamente di 32,2 mesi e di 49,2 mesi. “Questi risultati – commenta **Clifford Hudis**, presidente dell'ASCO – dimostrano come anche dei ‘vecchi strumenti’ possano essere utilizzati in maniera efficace per estendere la sopravvivenza dei pazienti; questo studio testimonia anche l'importanza del supporto del NCI alla ricerca, visto che, essendo queste terapie disponibili come generici, questa ricerca non avrebbe probabilmente mai visto la luce”.

Tumore del colon retto con KRAS non mutato: risultato di parità nel *match* bevacizumab-cetuximab. Il bevacizumab e il cetuximab, nel primo studio ‘testa a testa’, hanno dato risultati simili in termini di sopravvivenza, nei pazienti con carcinoma del colon-retto metastatico. In questo studio, ampiamente finanziato da fondi pubblici, sono stati confrontati quattro regimi di trattamento di prima linea (bevacizumab più chemioterapia e cetuximab più chemioterapia), dimostrando una sostanziale equivalenza, in termini di efficacia, nei pazienti con carcinoma del colon retto con *KRAS wild type*; questo offre a medici e pazienti nuove informazioni per il *fine-tuning* della scelta terapeutica. I risultati dello studio suggeriscono inoltre che sia lo schema FOLFOX (oxaliplatino/5-fluorouracile/leucovorina), che il FOLFIRI (irinotecan/5-fluorouracile/leucovorina) sono associabili ad entrambi i farmaci biologici. Le terapie a *target* hanno giocato un ruolo importante nell'estendere la sopravvivenza dei pazienti con carcinoma del colon retto metastatico, che è passata dai 10 mesi di 20 anni fa, agli attuali due anni e mezzo, osservati in questo studio. Il bevacizumab è un anticorpo monoclonale anti-VEGF, cioè un anti-angiogenetico; il cetuximab ha invece come *target* l'EGFR, una proteina importante nella crescita e della diffusione del tumore. In questo studio, 1.137 pazienti, con carcinoma del colon retto metastatico sono stati randomizzati a bevacizumab più chemioterapia o a cetuximab più chemioterapia (il 26,6% dei pazienti è stato trattato con FOLFIRI, il 73,4% con FOLFOX). La sopravvivenza media, in entrambi i gruppi è stata di 29 mesi, senza differenze significative di PFS e di OS. Gli effetti collaterali sono però diversi sia nel caso dei biologici (per il bevacizumab ipertensione, cefalea, stomatiti, epistassi, diarrea, rettorragia, perdita di appetito, *fatigue*; per il cetuximab dermatite acneiforme, prurito, alterazioni delle unghie, infezioni, *fatigue* e alterazioni elettrolitiche), che con i due regimi di chemioterapia (il FOLFIRI causa maggiore caduta di capelli e diarrea, mentre il FOLFOX dà una neuropatia che può richiedere la sospensione del trattamento). In generale inoltre, il cetuximab è più utilizzato in Europa, mentre il bevacizumab negli Usa. Ulteriori analisi di questo studio, esploreranno i benefici dei due biologici in diversi sottogruppi di pazienti.

Il lapatinib in aggiunta al trastuzumab in adiuvante, non prolunga la sopravvivenza nel carcinoma della mammella HER2-positivo in stadio precoce. Lo studio di fase III ALTTO (*Adjuvant Lapatinib and/or Trastuzumab Treatment Optimisation*) dimostra che l'associazione di questi due trattamenti anti-HER2 non migliora la PFS, rispetto al trattamento standard con il solo trastuzumab. La PFS a 4 anni è risultata infatti dell'86-88% in entrambi i gruppi di trattamento. “L'aggiunta di lapatinib – spiega **Edith A. Perez**, vice-direttore del *Mayo Clinic Cancer Center* di Jacksonville (USA) – non ha aggiunto alcun ulteriore beneficio rispetto alla terapia con il solo trastuzumab, in adiuvante. Un risultato che ci ha sorpreso, visto che l'associazione di questi farmaci aveva dato risultati promettenti in neoadiuvante, in un piccolo studio (il NeoALTTO). E la lezione da trarre è che c'è bisogno di dati solidi, in contesti specifici di malattia, per comprendere appieno il valore dei nuovi regimi di trattamento”. Il trattamento post-chirurgia con trastuzumab e chemioterapia riduce in maniera significativa il rischio di una recidiva tumorale e di mortalità nelle donne con carcinoma della mammella HER2 positivo in stadio precoce. Tuttavia, il 20% circa delle pazienti,

presentano una recidiva nei successivi 10 anni. Scopo di questo studio era di esplorare nuovi modi per ridurre il rischio di recidiva, utilizzando un'associazione di due farmaci antiHER2, anziché uno solo. In questo, che è il più grande trial clinico in adiuvante, mai realizzato nel carcinoma della mammella HER2 positivo, sono state coinvolte 8.381 pazienti, afferenti a 946 centri in 44 Paesi, con carcinoma della mammella in stadio precoce. Dopo l'intervento chirurgico, le pazienti sono state randomizzate al trattamento con trastuzumab e lapatinib (in concomitanza) o a trastuzumab seguito da lapatinib (braccio sequenziale) o al solo trastuzumab per un anno. Tutte sono state trattate anche con chemioterapia e, quelle ormono-sensibili, anche con terapia anti-ormonale. I dati di sopravvivenza senza malattia a 4 anni sono risultati simili nei tre rami di trattamento (86% nel gruppo trastuzumab, 88% nell'associazione concomitante dei due biologici, 87% nel braccio 'sequenziale'). Le pazienti trattate con l'associazione degli anti-HER2 hanno riportato un maggior numero di effetti collaterali (diarrea, *rash* cutaneo, problemi epatici). Inferiore all'1% infine è stato il tasso dei casi di scompenso cardiaco, sebbene il 95% delle pazienti fosse in trattamento con antracicline; un dato questo, secondo gli sperimentatori, che dovrebbe rassicurare sulla *safety* dei regimi chemioterapici a base di antracicline, seguiti dal trastuzumab. "I risultati di questo studio – commenta **Clifford A. Hudis** – sottolineano l'importanza di progettare in maniera appropriata i *trial* clinici; in questo ampio *trial* clinico, i risultati dell'associazione dei due anti-HER2, ottenuti nello studio in neoadiuvante, non sono stati confermati in adiuvante. Si conferma inoltre la *safety* e la grande efficacia del trastuzumab, come trattamento adiuvante nelle pazienti con carcinoma della mammella HER2 positivo".

Maria Rita Montebelli



TUMORI: CANCRO SENO, OBESITA' AUMENTA RISCHIO MORTE GIOVANI

(AGI) - Chicago, 2 giu. - Le giovani donne malate di tumore al seno che sono anche obese hanno piu' possibilita' di morire rispetto alla media. E' l'allarme lanciato da uno studio dell'universita' di Oxford, presentato al congresso mondiale di oncologia Asco di Chicago. Secondo lo studio, che ha preso in esame 80.000 donne con carcinoma mammario, le donne in pre-menopausa obese hanno il 34 per cento di probabilita' in piu' di morire per il cancro rispetto alle altre pazienti. Nel dettaglio, le giovani donne obese malate di cancro al seno avevano complessivamente un rischio di morte del 21,5 per cento, contro il 16,6 delle altre malate. Anche per le donne in post-menopausa il rischio sale se obese, ma solo del 6 per cento. "Questo e' l'opposto di quello che ci aspettavamo", ha ammesso Hongchao Pan, l'autore dello studio - ci aspettavamo un effetto maggiore nelle donne in post-menopausa, ma invece abbiamo visto un effetto maggiore nelle donne in pre-menopausa. In ogni caso lo studio conferma che l'obesita' resta un elemento prognostico negativo, un'emergenza sociale che va affrontata con attenzione".

Attenti a quei due «Basta ragionieri»

«**B**asta ragionierismi: della sanità deve occuparsene la Salute, non l'Economia». Questo l'avviso del ministro Beatrice Lorenzin che annuncia un Patto in partnership con le Regioni al terzo Healthcare Summit organizzato a Roma da «Il Sole-24 Ore».

A PAG. 8-9

L'avviso della **Lorenzin** al 3° Healthcare Summit del "Il Sole 24 Ore"

«La sanità è della Salute»

Patto in partnership con le Regioni per la tenuta del sistema

«**D**ella Sanità se ne occupi la Salute. Altrimenti il ministero è meglio abolirlo». Atto di fede o atto di guerra che sia, lo slogan d'apertura del **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, al 3° Health Care Summit de "Il Sole 24 Ore", mercoledì scorso a Roma, conferma il cambio di passo impresso dall'attuale Governo nella gestione del capitolo Sanità, alla vigilia dei quindici giorni cruciali per la definizione del nuovo Patto per la salute. Un patto che - promette il ministro - vedrà le Regioni protagoniste ma anche responsabili in prima persona del cambiamento. «Stiamo salvaguardando il Fsn come un fortino» - dice **Lorenzin**, che destina il dicastero di **Padoan** al ruolo di «falco che vola su tutti noi».

Ma nel passaggio dal "rapporto muscolare" con i Governi locali che ha caratterizzato l'ultimo decennio della gestione sanitaria alla partnership proposta og-



gi da **Lorenzin** c'è un pedaggio che impegna come mai prima d'ora i territori: «Bisogna recuperare una visione complessiva del sistema che cerchi di garantire la qualità dei servizi in una visione nazionale: voglio capire se le Regioni sono pronte a questo cambiamento senza dover aspettare la riforma del Titolo V che le obbligherà a fare questo salto di qualità». Vuole «un Patto che guarda al futuro e che affronti le criticità del sistema sanitario», **Lorenzin**. E ha ben chiari gli elementi che servono a confezionarlo: «Certezza del budget e qualità della governance: perché dove c'è governance di qualità le cose funzionano».

Primo punto nella cassetta degli attrezzi del ministro, la ricetta disincantata per il vivaio dei manager: «Di competenti ce ne sono pochi, sono sempre gli stessi, sono visti come dei guru - dice **Lorenzin** -. Serve una formazione mirata e servono professionalità nuove da inserire in un albo nazionale da cui le Regioni possano attingere liberamente. È inutile demonizzare il rapporto fiduciario tra i Dg e l'amministrazione regionale: il manager va scelto in base agli obiettivi che deve perseguire e premiato in base ai risultati raggiunti». Là dove invece la politica deve fare un passo indietro - aggiunge **Lorenzin** - è sulla nomina delle direzioni scientifiche e sanitarie (da affidare a «procedure più meritocratiche»), mentre c'è da rafforzare il ruolo dell'Agenas affidando all'Agenzia «nuove responsabilità sul fronte del controllo di gestione e di verifica del sistema» e va rifondata l'Aifa che il ministro vorrebbe tarata sul modello della Fda, con una Cts che lavora a tempo pieno e regole

certe perché «la scienza va più veloce di noi e stravolge il nostro modo di immaginare la medicina, e per evitare che ci siano cittadini di serie A e di serie B per questioni di reddito non possiamo aspettare che il tetto della farmaceutica ci esploda addosso: se c'è da investire miliardi di euro bisogna inventare soluzioni nuove, nuovi modelli di rapporto anche con l'industria».

Tasto delicato quello del rapporto con l'industria: «Bisogna fare fronte comune: dobbiamo essere pronti a fare ciascuno la propria parte e trovare il giusto equilibrio tra esigenze di bilancio e politica del farmaco - dice **Lorenzin** - per permettere all'industria farmaceutica di rimanere nel territorio nazionale e fare innovazione con regole certe che garantiscano gli investimenti».

Intanto, però, la «lotta quotidiana di Salute e Regioni» resta quella per tenere in casa i soldi che la buona governance riuscirà a recuperare nelle pieghe del sistema: «Il Ssn è una sorta di piattaforma logistica sul territorio - dice il ministro - finora abbiamo investito sull'hub e non sullo spoke: servono 2-3 miliardi di investimenti in infrastrutture e con le azioni che saranno previste dal Patto possiamo realizzare in qualche anno un risparmio da 10 miliardi da reinvestire nel sistema».

Testimonianza vivente e puntello dell'assioma ministeriale «budget-governance» l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti**, che conferma la stima dei «15 giorni 15» per chiudere il Patto («basta la volontà politica, e pare che ci sia»). «C'è il pre-requisito economico di finanziamento almeno del 2014, in una dimensione

che risale la china, precipitata invece fino all'anno scorso in modo ininterrotto; c'è quindi una boccata di ossigeno» - ha detto Lusenti - e ci sono gli esempi virtuosi di alcune Regioni che a forza di appropriatezza riescono a garantire un miglior servizio al cittadino mantenendo anche i conti in ordine. Un esempio è proprio l'Emilia Romagna che «dal 2009 è in testa nella classifica per gli adempimenti al Tavolo di verifica dei Lea». «Non è vero che in Italia ci sono 21 sistemi diversi - ha proseguito Lusenti - ve ne sono due o tre e di questi uno è di livello assolutamente europeo e si può confrontare con il meglio che c'è in Europa; parlo - ha detto - dell'Italia fino al Lazio, che equivale a 38 milioni di abitanti». Sintonia anche sul tema della governance: «Il Patto - dice - affronterà le strategie di governance istituzionale: ci vuole una cornice più solida e bisogna rafforzare e definire le deleghe e il ruolo del ministero della Salute e delle Agenzie».

«Più forza alla Salute» è il mantra condiviso anche da **Raffaele Calabrò** (Ncd), che individua le radici del gap Nord-Sud in «storture che vengono da lontano, su cui il Patto sarà certamente occasione di confronto». «Basta un esempio per tutti - spiega Calabrò: nel '96 sono stati definiti i fattori per definire i criteri di riparto del Fondo sanitario. Tra questi la popolazione pesata. Decreti successivi avrebbero dovuto chiarire i criteri di pesatura, ma non sono mai arrivati e il riparto si fa con la popolazione pesata per età. In questo modo la Campania ha perso 400 milioni, 70 euro a cittadino, e la nostra Regione continua a essere

penalizzata sul fronte degli investimenti». Anche per il deputato campano, dunque, un ruolo di maggior indirizzo e controllo a livello centrale può servire a «recuperare i ritardi e uniformare l'appropriatezza delle prestazioni» in un Sud che pure possiede una propria dote di eccellenze.

A raffreddare un po' la luna di miele pre-Patto ci pensa il confronto ravvicinato con le imprese. «Per la prima volta non abbiamo sentito parlare di misure sulla farmaceutica nella manovra del Governo - ammette **Emilio Stefanelli**, vicepresidente Farmindustria - ma la dotazione del Fondo sanitario nazionale resta incapiente, inferiore di circa il 20% rispetto agli altri Paesi europei: il risultato è che lo sforamento della spesa farmaceutica lo paghiamo noi al 100% sulla territoriale e al 50% sull'ospedaliera. Il risultato è che le aziende del farmaco chiudono il 2013 con 445 milioni di euro di pay-back per il ripiano. Ora, con l'arrivo sul mercato di medicinali particolarmente innovativi e costosi bisognerà trovare spazi alternativi di intervento per tenere la spesa sotto controllo, altrimenti ogni nuovo farmaco che arriva lo pagheremo solo noi. Questi nuovi strumenti terapeutici, invece, contribuiranno a far diminuire altre voci della spesa sanitaria: per questo non si può continuare a considerare quello della farmaceutica un sistema chiuso rispetto al sistema e all'economia del Paese».

A dare un colpo al cerchio e uno alla botte, da "semi-falco" prudente (e competente in materia) è infine il viceministro dello Sviluppo, **Claudio De Vincenti**: «Oggi non mi sento molto sicuro del fatto che i prezzi di alcuni

farmaci siano così rigorosamente allineati alla spesa di ricerca e sviluppo - ha detto -. Bisogna ragionarci sopra e guardare in faccia il problema: serve una metodologia di pricing che eviti situazioni indesiderate». Tre le questioni da verificare secondo De Vincenti: il miglioramento della terapia, la remunerazione delle spese sostenute in R&S, il risparmio generato su altri capitoli della spesa sanitaria. «Spero che ci arriveremo con lo sviluppo dell'Health technology assessment (Hta) - ha detto -. In questo modo potremmo avviare un sistema di tetti dinamico e magari l'eliminazione dei tetti di prodotto visto che abbiamo il budget. Inoltre dovremmo valorizzare lo strumento del rimborso condizionato, legandolo di più ai risultati terapeutici». Insomma il sistema di budget e tetti resta: «Bisogna cercare di farlo funzionare bene, poi ci porremo la domanda se si può superare».

«Il problema da affrontare a viso aperto - prosegue de Vincenti, aggiungendo spina a spina - è semmai quello di favorire la concorrenza sul mercato tra i farmaci ancora coperti da brevetto».

Il calumet della speranza arriva con l'invito a rimbocarsi le maniche: è in arrivo il decreto attuativo del "Destinazione Italia" emanato dal Governo Letta con le norme sul credito d'imposta che premia l'investimento in R&S e il ministero sta lavorando a un sistema di risk-sharing facility: un fondo da 100 milioni di euro a garanzia dei grandi progetti di politica industriale in cui rientrano a pieno titolo le scienze della vita, garantisce De Vincenti. «È così che l'Italia diventerà un Paese in cui le industrie potranno farsi le "guance rosse" e crescere se avranno voglia di investire».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'effetto delle "manovre"

	Media 2007-2011		2011-2012	
	6 PdR	Altre	6Pdr	Altre
Personale	+0,3%	+2,7%	-2,9%	-0,9%
B&S	+3,1%	+4,7%	+2,9%*	+1,5%
Farmaceutica convenzionata	-3,5%	-2,3%	-9,3%	-8,9%
Prest. da privato	+1,2%	+3,9%	0,0%	+1,0%

(*) Distribuzione diretta

Fonte: analisi su dati www.salute.gov.it, Corte dei conti, Rgs

Una carenza di vitamina D può far insorgere un ictus

Gli scienziati scoprono che una carenza della vitamina del Sole può far aumentare in modo significativo il rischio di ictus. Ecco un motivo in più per favorire l'assorbimento e la sintetizzazione di questa preziosa vitamina



E' chiamata la vitamina del Sole, perché questo è **uno dei modi più naturali per poterla assorbire e sintetizzare**. Certo, esistono anche gli integratori, ma il modo migliore per ottenere degli adeguati livelli di vitamina D restano sempre gli alimenti e, appunto, il Sole.

Che la vitamina D sia importante per tutta una serie di processi organici all'interno del nostro corpo ormai è risaputo. Ma forse ancora non sapevamo che una carenza di questa vitamina **aumenta di molto il rischio di essere vittime di un ictus**.

L'avvertimento arriva da un nuovo studio condotto dai ricercatori del Yashoda Hospitals (India) e del Nizam Institute of Medical Sciences (NIMS), che hanno seguito circa 250 pazienti per un periodo di due anni, scoprendo che quasi la metà di loro soffriva di carenza di vitamina D, così come erano prevalenti altri fattori di rischio e comportamenti a rischio legati all'ictus.

«La vitamina D viene sempre più associata a una serie di disturbi tra cui le malattie cardiovascolari – spiega il dottor Jaydip Ray Choudhari, neurologo e principale autore dello studio – Il nostro studio dimostra che, **oltre ad altri disturbi, la vitamina D è associata anche con l'ictus**».

Ecco pertanto come sia importante assicurarsi adeguati livelli di vitamina D nel proprio organismo, non dunque soltanto perché è fondamentale per la salute delle ossa e in generale, ma anche perché c'è il rischio di avere un ictus.



Il Tesoro fa il pieno nell'asta BotI tasso sale allo



«Fiori, pranzi, biglietti per Sanremo» Scajola



«Nessuno ha ancora aderito Ma farò l'auto



Sempre più droni nei cieliMa c'è chi li proibisce

IL CASO

Mercato parallelo per i nuovi farmaci contro l'epatite C

Il fenomeno legato ai pezzi elevatissimi delle nuove molecole, che ritardano l'approvazione dei Sistemi sanitari. I rischi per chi ordina online, però, sono notevoli

C

di



(+)

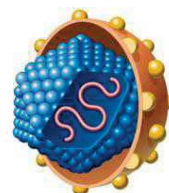
Anche simeprevir, un nuovo inibitore di proteasi, è stato approvato nell'Unione europea per il trattamento degli adulti con epatite C di genotipo 1 (diffusa in Italia) e 4 (tipica in Egitto). È un farmaco orale che offre opzioni di trattamento con altre due molecole (triplice terapia), ma soprattutto, in associazione con sofosbuvir, è la prima cura che (in specifici casi) può cancellare l'infezione in 12 settimane. Senza interferone e senza ribavirina.

Diffusione

L'epatite C è una malattia che costituisce una rilevante preoccupazione per la salute pubblica a livello mondiale. In Europa si stima siano nove milioni le persone con infezione da Hcv che, se non trattata, può causare gravi danni al fegato, fra cui la cirrosi (le cicatrici dell'infiammazione distruggono via via il fegato funzionante) e il tumore (carcinoma epatocellulare, in parte evoluzione negativa della cirrosi) al fegato. L'infezione da Hcv è, di conseguenza, anche la principale causa di trapianto di fegato in Europa. E, per chi non è al corrente, un trapianto d'organo ha costi (tra intervento, rianimazione, degenza, farmaci anti-rigetto e complicanze varie) che superano i 100 mila euro in un servizio sanitario nazionale come il nostro. Questo per spiegare come un farmaco, seppur costoso, può rivoluzionare la situazione se come sembra azzera del tutto il virus dell'epatite C e può anche fare regredire situazioni avanzate di cirrosi. Se l'obiettivo è un Paese epatite C free, il costo vale la candela. E attenzione ai numeri: sebbene le nuove diagnosi di epatite C siano in calo, dal momento che occorrono circa 20-30 anni prima che i sintomi si manifestino,

SALUTE

Mercato parallelo per i nuovi farmaci contro l'epatite C



NUTRIZIONE

1 giugno: giornata mondiale del latte



PEDIATRIA

Come e dove donare il latte materno



si prevede che tra il 2030 e il 2035 si verificherà un picco di casi di epatite C. Oggi, però, si è aperta finalmente la via di cure risolutive.

Rivoluzione

«È in atto una rivoluzione dopo quasi trent'anni di stallo – spiega Mario Rizzetto, epatologo delle Molinette di Torino -. Per questa malattia c'era negli scorsi anni solo l'interferone, cui alla fine degli anni '90 è stata aggiunta la ribavirina. Un trattamento empirico, di modesta efficacia, di lunga durata (da 24 a 48 settimane), con effetti collaterali tossici e a volte molto gravi. Sono ora divenute disponibili almeno tre combinazioni di farmaci contro il virus dell'epatite C, capaci di guarire dal 93% al 99% dei pazienti trattati, senza distinzione di età, sesso, profilo patologico del fegato, genotipo del virus Hcv, fattori genetici dell'ospite. Per cicli di cura di sole 8-12 settimane la risposta è ottima anche nei pazienti più difficili, sopra il 94% in quelli che non hanno prima risposto all'interferone e del 90% in chi ha già una cirrosi in atto compensata». I farmaci in questione hanno già in alcuni casi nomi commerciali, come il sofosbuvir in combinazione con ledipasvir oppure l'ombitasvir in combinazione con dasabuvir, il simeprevir in varie combinazioni. Altri sono in avanzata fase di sperimentazione clinica e sono noti con sigle: come MK-5172 o MK-8742. Tutti si assumono per via orale, hanno scarsi effetti collaterali e richiedono una minima sorveglianza medico specialistica. «Ne consegue – continua Rizzetto - che la gran maggioranza dei pazienti con epatite cronica C è candidabile a una cura di facile amministrazione, rapida e senza problemi».

Prezzi altissimi

Per l'accesso a questi farmaci, però, c'è un forte ostacolo: il prezzo appunto. Il costo attuale di un ciclo di cura di tre mesi con sofosbuvir è 60 mila euro. L'aggiunta del ledipasvir o simeprevir aggraverà di certo la spesa, per non parlare dei controlli, test diagnostici e visite mediche (nettamente minori di quelle previste per i trattamenti attuali). Anche se un'eventuale guarigione taglierebbe poi altri importanti costi, diretti e indiretti, per epatiti, cirrosi, tumori. Fino a quelli di un eventuale trapianto. E mentre, in Italia, si affronta lo scoglio prezzo che deve tener conto di un servizio sanitario pronto alla sfida di "azzerrare" del tutto l'epatite C, si è aperto un mercato per pazienti ricchi. Pericoloso quello virtuale delle farmacie online, più sicuro quello di San Marino. Comunque quasi "illecito", perché i nuovi farmaci ancora non sono stati autorizzati in Italia (scoglio prezzo da sciogliere entro il 19 giugno) dall'Aifa ma lo sono stati dall'agenzia europea (Ema).

Mercato parallelo

Un'inchiesta giornalistica dell'agenzia AdnKronos, a firma Barbara Di Chiara, qualche giorno fa ha svelato questo mercato parallelo. Tre pazienti hanno ordinato uno dei nuovi farmaci, il primo in vendita negli Stati Uniti e in altri Stati europei (il sofocon), a San Marino, due avevano già completato il ciclo di 3 confezioni. Costo: 19.000 euro a ciclo di cura (28 compresse da 400 milligrammi). Prima di spedire, le farmacie della Repubblica del Titano richiedono un bonifico per procedere con l'ordine, e il saldo avviene nel momento del ritiro. Disponibilità in tutte le 6 farmacie Sanmarinesi, ma occorrono comunque una o due settimane per averlo. Da evitare invece le farmacie virtuali, come la Indian Pharma Network: alla richiesta di ordine, gli operatori di questo punto vendita online rispondono da New Delhi precisando che il medicinale non è ancora disponibile in India, ma è possibile per loro ordinarlo in Canada e farlo inviare in Italia. Il prezzo è di 25.000

PEDIATRIA

È «made in Italy» la macchinaper dialisi adatta ai neonati



SALUTE

Hiv e adolescenti: uno su tre crede che lo trasmettano le zanzare



PEDIATRIA

Far mangiare pesce ai bambini? È possibile (ecco l'esperimento)



SPORTELLO CANCRO

Boom di italiani che chiedono aiuto per smettere di fumare



SPORTELLO CANCRO

Dimezzati i fumatori di sigarette elettroniche



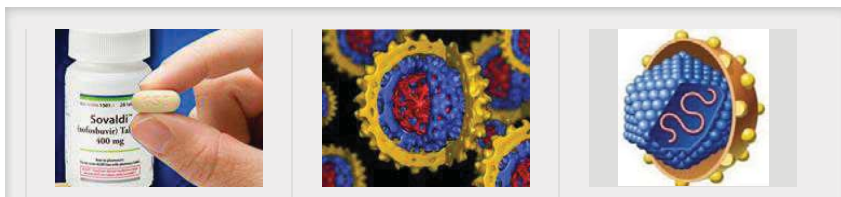
dollari canadesi (pari a circa 16.700 euro, quindi un prezzo anche inferiore rispetto a quello praticato a San Marino), sempre per una confezione da 28 compresse da 400 milligrammi l'una. Il costo è più basso perché il Canada ha un servizio sanitario pubblico come quello italiano e ha già trattato un prezzo più basso di quello del mercato statunitense. Comunque, una volta ricevuto il pagamento la farmacia virtuale indiana attiva il grossista canadese, che invierà il prodotto entro 14 giorni. Il rischio qual è? Non esistono garanzie di sicurezza, si potrebbe pagare e non ricevere nulla o vedersi recapitare a casa farmaci contraffatti. In Italia attualmente vige una norma introdotta dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per cui i medicinali terapeuticamente innovativi, fra i quali rientra sicuramente anche questo, devono essere approvati entro 100 giorni dal via libera ottenuto in sede europea.

Il giorno della decisione

Il termine scadrà il 19 giugno. E si vedrà la scelta italiana. Va stabilito quanto i nuovi medicinali costeranno alle casse dello Stato e, soprattutto, se l'accesso sarà limitato ai soli casi molto gravi. L'idea del ministro sarebbe quella di concederlo a tutti, anche a chi ha la malattia all'inizio (e non ha torto perché si avrebbe veramente l'eradicazione dell'epatite C). Tutto dipenderà dal prezzo. Se sarà alto e si sceglie di darlo gratuitamente solo ai casi gravi, il mercato parallelo (San Marino, Svizzera, Vaticano) continuerà. E probabilmente anche quello sul web, dove non serve ricetta medica e dove, d'altra parte, oggi si compra di tutto e di più: anche l'olio di serpente, integratori vietati in Italia, farmaci ufficiali (da quelli per l'impotenza agli psicofarmaci) a costi più bassi ma ad alto rischio contraffazione. Attenzione poi ai prestiti, o ai pagamenti a rate, pur di guarire. Questo è un nuovo mercato emergente, a cui sono molto interessati anche gli usurai. Perché di pazienti disposti a indebitarsi per guarire dall'epatite C ve ne sono. Soprattutto chi ha la malattia in fase molto avanzata e teme che l'attesa sia fatale. La criminalità organizzata poi sta fiutando un nuovo business. In attesa perché non avviare una sperimentazione a carico dello Stato sui 10 mila casi più gravi in Italia? La proposta è di Ferruccio Bonino, presidente della Fondazione italiana per la ricerca in epatologia (Fire), che ha un'ottima idea anche su chi paga: «Il tutto attraverso un finanziamento con mutuo o leasing ventennale su fondi strutturali europei, senza incidere sulla spesa farmaceutica pubblica». Il ministro rifletta, l'idea sembra più che valida. A proposito di spending review, un'ultima nota: l'Italia ha oltre la metà dei portatori di infezione da Hcv dell'intera Unione europea. Il 70% degli epatitici C cronici europei è italiano. Con costi altissimi per il nostro sistema sanitario: nei prossimi 10 anni la spesa per questi pazienti toccherà i 2-3,5 miliardi di euro. Una cura risolutiva come quella oggi possibile rappresenterebbe un taglio non indifferente alla spesa sanitaria. Un taglio, questo sì, virtuoso.

31 maggio 2014 | 17:29
© RIPRODUZIONE RISERVATA

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE



PEDIATRIA

La casa di Mirko, per bambini speciali



Psoriasi, realismo e forza per superare i momenti difficili



I PIÙ LETTI

OGGI | SETTIMANA | MESE

- 1 La scoliosi, esercizi efficaci di autocorrezione
- 2 Hiv e adolescenti: uno su tre crede che lo trasmettano le zanzare
- 3 Far mangiare pesce ai bambini? È possibile (ecco l'esperimento)
- 4 Boom di italiani che chiedono aiuto per smettere di fumare
- 5 Vino rosso e cioccolato: il falso mito del resveratrolo
- 6 Per fortuna c'erano i pinoli
- 7 Dimezzati i fumatori di sigarette elettroniche
- 8 È «made in Italy» la macchina per dialisi adatta ai neonati
- 9 Quale attività fisica è più efficace per perdere i chili in eccesso?
- 10 Un test sul respiro dice se non digerisci i latticini

Cefalea. Ne esistono più di duecento diverse forme. L'emicrania è quella che colpisce di più. Un disturbo sottovalutato all'inizio e affrontato con l'automedicazione. Più donne vittime, in un rapporto 5 a 1 con i masch

Ogni mal di testa ha la sua cura Farmaci, no abusi

MARIAPAOLA SALMI

DUE miliardi e mezzo di persone nel mondo soffrono di mal di testa. Un disturbo per niente banale tanto che l'Oms ha promosso di recente una campagna globale contro le cefalee, considerate nell'ultimo Global burden of disease la settima malattia più disabilitante.

Il generico mal di testa si colloca al secondo posto per nuove diagnosi all'anno con la cefalea tensiva (20,77%) e al terzo con l'emicrania (15%) dopo la carie dentale. In percentuale, considerando le varie malattie neurologiche e calcolando gli anni vissuti con una qualche forma di invalidità, solo l'emicrania produce più del 50% di anni di vita vissuti con disabilità.

Non è un disturbo da poco il mal di testa che colpisce più donne che uomini in un rapporto di 5 a 1, sembra per colpa degli ormoni ma anche della predisposizione genetica e della familiarità. Un disturbo che almeno all'inizio è sottovalutato, visto che un paziente su due si cura da solo abusando di farmaci che nel tempo portano alla cronicizzazione del dolore. «Un comportamento peculiare quello del cefalgico che all'esordio dei sintomi ricorre all'automedicazione, si rivolge al farmacista (80%), si autoprescrive medicine alternative, in particolare fitoterapia, poi abusa dei farmaci evitando il medico di famiglia e, quando la malattia si è instaurata, vorrebbe una diagnosi ma evita la visita medica ed esclude la prevenzione», afferma Marco Aguglia, presidente dell'Associazione neurologici italiani per la ricerca sulle cefalee (Arnicef) che ha chiuso da poco il suo congresso nazionale. Adesso da Arnicef arriva un algoritmo semplice basato su cinque domande che permetterà ai medici di famiglia, che dovrebbero essere il primo punto di riferimento per questi pazienti, di gestire in maniera più appropriata la dia-

gnosi e la cura. Generalizzare è impossibile, esistono almeno 200 tipi di cefalea ma due sono i grandi filoni: le cefalee primarie con le forme muscolo-tensiva, a grappolo ed emicrania, indotte sia da squilibri metabolici e dell'omeostasi che da alterazioni vascolari; e le cefalee secondarie, dovute a cause esterne come traumi, tumori e altro.

«Su tutte l'emicrania è quella che colpisce di più (12% della popolazione), si manifesta con o senza aura (i segni prodromici che la precedono), la crisi dolorosa può essere anche molto intensa tanto da spingere il soggetto ad isolarsi al buio e in silenzio», dice Paolo Martelletti, direttore del Centro regionale cefalee dell'ospedale Sant'Andrea di Roma e neo presidente della Società italiana per lo studio delle cefalee. Ma che si tratti di emicrania o di cefalea a grappolo o della forma tensiva, la diagnosi ha un ruolo centrale e si esegue dal medico di medicina generale o presso un Centro specializzato. Consigliato l'uso di un diario dove annotare frequenza, durata delle crisi e fattori scatenanti come certi cibi (cioccolato, caffè, molluschi, frutta secca, alcol), il freddo e il vento, lo stress o il sesso. La cura si sceglie dopo aver individuato il profilo del cefalgico e il tipo di mal di testa.

I farmaci tradizionali adesso si utilizzano in maniera più selettiva e vanno presi prima che il dolore diventi insopportabile. Antinfiammatori, antidolorifici non steroidei per l'attacco acuto. In arrivo una nuova formulazione atomizzata dell'acido acetil-salicilico, si assorbe prima e riduce il dolore in sedici minuti. I triptani, usati solo in un 25% dei casi, quelli diagnosticati. Come farmaci di prevenzione beta-bloccanti, Calcio-antagonisti, antiepilettici, antidepressivi, antiemetici, topiramato, tutti da assumere per lunghi periodi (3-6 mesi) dietro prescrizione medica e controllo. Le novità terapeutiche non mancano. La prima è la tossina botulinica. «Efficace, a bassorischio di effetti collaterali, ad essa si fa ricorso per desensibilizzare i nervi periferici, si inietta ogni tre mesi e va maneggiata da esperti - sottolinea il professor Martelletti - la tossina botulinica provoca una diminuzione dell'intensità e della frequenza degli attacchi, il suo scopo è riportare l'emicrania, per la quale è scelta d'elezione, da cronica ad episodica. Contenuti i costi per il Servizio sanitario nazionale».

Altra novità la neurostimolazione non chirurgica. «Gamma Care è uno stimolatore portatile, applicato sul nervo vago ad altezza collo che spegne il dolore, costo 470 euro, a breve uscirà un modello ricaricabile, ideale per chi non può prendere farmaci o ha tante crisi - spiega il professor Piero Barbanti direttore dell'Unità per le cefalee e il dolore dell'Istituto scientifico IRCCS San Raffaele Pisana di Roma - Cefaly, invece, è un cerchietto che agisce sulla prima branca del nervo trigemino riducendo l'iperattività periferica e centrale. Previene l'attacco. Ideale per chi soffre di numerose crisi mensili. Costa 295 euro, è ricaricabile. Entrambi questi dispositivi riducono la frequenza e l'intensità degli attacchi».

In arrivo, il prossimo anno un anticorpo monoclonale diretto contro il CGRP, un recettore proteico coinvolto nei meccanismi neuropatologici dell'emigrania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CEFALEA PRIMARIA E SECONDARIA

L'International Headache Society (IHS) distingue due forme di cefalea:



CEFALEA PRIMARIA

- Di tipo
- A grappolo
 - Emicrania
 - Tensiva



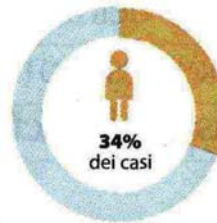
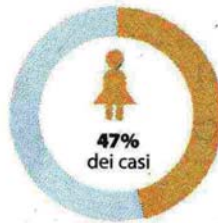
CEFALEA SECONDARIA

- Associata a traumi, sinusiti, e altre patologie

I CASI DIAGNOSTICATI

TRA LE FEMMINE

TRA I MASCHI



IN CIFRE

I MALATI

8 milioni

di persone in Italia soffrono di mal di testa



5 donne ogni uomo

DOLORE.

Malati cronici ritardi italiani nel buon uso degli oppioidi

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

MINORCA

TIMORE, problemi culturali, scarsa competenza nel maneggiare gli oppioidi, farmaci efficacissimi contro il dolore ma non scevri da effetti collaterali, principalmente la stipsi, che possono comunque essere minimizzati da terapie o formule innovative. E l'Italia continua, nonostante la legge 38 del 2010 ad utilizzare molto poco - e spesso anche male - farmaci utili contro il dolore cronico in pazienti fragili, anziani,

oncologici ma anche nel dolore provocato e connesso ad alcune patologie come neuropatie legate al diabete, osteoartriti e osteoporosi. I dati - presentati al primo convegno interamente dedicato al dolore, il World Medicine Park, a Minorca, "isla sine dolore" per l'attenzione dedicata da anni al tema - sono chiari e sconfortanti. Il costo procapite annuo di oppioidi è di 1,60 euro in Italia contro i 4,75 di media europea e i 9,68 della Germania.

«Ci sono ancora molte resistenze nell'uso di questi farmaci, spesso negli stessi malati che quasi li temono - premette Flavio Fusco, responsabile dei servizi territoriali di cure palliative della Asl 3 di Genova - e invece bisognerebbe far passare il concetto che per un dolore intenso serve il farmaco più efficace. Inoltre il dolore cronico coinvolge buona parte della popolazione, non solo gli oncologici, e i Fans - largamente utilizzati in Italia - possono essere una risposta solo per un periodo molto breve, per esem-

pio per una colica renale, ma non per mesi o anni, tempi che riguardano invece i malati cronici. Il dolore non trattato genera ricoveri impropri, ricorsi alla guardia medica, a farmaci inadeguati, a perdita di giornate lavorative proprie e di congiunti. L'oppiaceo è un farmaco, come del resto la cannabis sotto forma farmacologica, e come tale va prescritto, non ha senso considerarlo una droga e temere gli abusi».

Sarebbe stata invece proprio l'equazione oppiaceo uguale tossicodipendenza e abuso a limitare così tanto le prescrizioni in Italia. Parla di proibizionismo Gilberto Gerra, neuroendocrinologo ed esperto dell'Onu per la prevenzione delle droghe. «La convenzione Onu riconosce l'uso medico dei farmaci narcotici come indispensabile per il dolore cronico - precisa - inoltre proteggere dagli effetti negativi delle droghe non confligge con l'uso medico di questi farmaci, spesso stigmatizzati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

Il 20% degli europei e il 26% degli italiani soffre di dolore cronico con un impatto sui sistemi sanitari europei di 300 miliardi di euro.



La spesa

In Italia (dati 2013) la spesa per i Fans è di 500 milioni di euro annui contro i 100 milioni di euro degli oppiacei. Il Sud ne consuma fino a 3 volte più del Nord.

Il rapporto dei Nas su novantamila ispezioni Carne colorata, olio falso Così il cibo è fuorilegge

di FIORENZA
SARZANINI

Carni colorate di rosso, pesci trattati per farli sembrare freschi, champagne di marca sostituito con vino scadente. Un alimento su tre inserito nella catena di distribuzione «non è conforme». È l'ultimo rapporto dei carabinieri del Nucleo antisofisticazioni dopo 90 mila controlli.

A PAGINA 14

L'allarme I Nuclei Antisofisticazioni dell'Arma: dai supermarket ai ristoranti, un alimento su tre «non conforme» alle leggi

Bistecche colorate e pesce con l'additivo

Il dossier: la criminalità punta sui cibi adulterati, sequestri per oltre 1 miliardo

ROMA — Carni colorate di rosso, pesci trattati per farli sembrare freschi, champagne di marca sostituito con vino scadente: un alimento su tre inserito nella catena di distribuzione «non è conforme». Ci sono cibi contraffatti, scaduti, adulterati; ci sono oli di semi colorati; ci sono soprattutto conserve nocive perché sigillate in maniera illegale e in laboratori non autorizzati. È l'ultimo rapporto dei carabinieri dei Nas, i Nuclei Antisofisticazioni, a fornire il quadro drammatico e allarmante della sicurezza alimentare. Basti pensare che negli ultimi due anni e mezzo, dal 2012 al 15 maggio del 2014 sono stati effettuati sequestri per un valore che supera il miliardo di euro. Ben 31 mila tonnellate di cibo finito al macero.

Il dossier firmato dal generale Cosimo Piccinno in occasione del bicentenario dell'Arma, elenca le operazioni effettuate negli ultimi mesi e soprattutto mette in guardia dalle infiltrazioni della criminalità organizzata che con questo mercato parallelo si garantiscono guadagni da centinaia di milioni di euro, ma anche l'utilizzo dei canali di riciclaggio che passano per il controllo di alcuni centri di smistamento e supermercati.

Un mercato parallelo a quello dei farmaci, anch'esso in potente espansione grazie alla capacità di vendita online.

I veleni al ristorante

Sono oltre 90 mila i controlli effettuati tra il 2012 e il 2014, 31 mila esercenti non hanno superato il test. Su circa 12 mila allevamenti di bovini e ovini sono quasi 4 mila i fuorilegge. Stessa media si registra nel settore delle farine e dei pastifici con 6 mila e 500 locali non in regola a fronte di 17 mila e 500 verifiche effettuate. Un trend confermato in questi primi cinque mesi dell'anno in corso con 703 allevamenti trovati non in regola sugli oltre 2.400 ispezionati e più di 1.500 pastifici sanzionati sui 4.387 visitati.

Ma il vero pericolo si annida nel settore della ristorazione, dove la media degli «irregolari» inevitabilmente si alza passando a quasi uno su due. Tra il 2012 e il 2014 sono stati verificati ben 27.419 locali pubblici e 11.524 avevano commesso almeno una violazione delle norme. Tra gennaio e il 15 maggio scorso sono su 2.818 ristoranti sono 1.379 quelli che non hanno superato l'esame.

Pesce, carne e finto champagne

A Parma i carabinieri hanno sequestrato «2.300 prosciutti ottenuti da animali alimentati con rifiuti» a Palermo sono stati denunciati 23 macellai che vendevano «carne trattata con l'ione solfito che la faceva diventare rossa e sanguinolenta», in quattro Regioni — Puglia, Marche, Emilia Romagna e Veneto — sono stati sequestrati centinaia di litri di Cafodos e tonnellate di pesce spada e tonni. Nel dossier si sottolinea come «il Cafodos è un additivo che viene mescolato con il ghiaccio e dopo qualche secondo diventa invisibile alle analisi di laboratorio. Ha un effetto miracoloso: consente di dare freschezza apparente al prodotto, ma all'interno generalmente è già marcio».

Sofisticazione pericolosa per la salute è stata accertata anche per l'olio extravergine che in moltissimi casi viene sostituito con olio di soia e adulterato. A Bari è stato scoperto uno stabilimento dove veniva colorato per farlo diventare più verde e così apparire più genuino. Ma il vero capolavoro della contraffazione è stato scoperto dal Nas

di Napoli con migliaia di bottiglie di Champagne Moët & Chandon, Veuve Clicquot Ponsardin e Bollinger già sistemate sugli scaffali di numerose enoteche e supermercati in un traffico internazionale gestito dalla criminalità organizzata. Prodotti pressoché identici agli originali con tanto di bollini adesivi, imballaggi, tappi, collarini, cliché dei marchi, timbri e attrezzature per l'imbottigliamento. Il valore del sequestro supera i due milioni di euro e sono ancora in corso controlli sui collegamenti con i mercati stranieri come la Spagna, il Portogallo, la Francia e l'Inghilterra.

Antibiotici e anticancro della camorra

Le cosche puntano sulla catena alimentare, ma anche il mercato parallelo dei farmaci appare in grande espansione. Nei primi cinque mesi del 2014 su 7.847 controlli effettuati sono stati riscontrati ben 1.448 presidi «non conformi» con un valore dei sequestri che supera i 115 milioni di euro. Ma ciò che maggiormente allarma sono i siti internet che offrono, oltre al prodotto, anche la ricetta medica per ottenere il rimborso dal servizio sanitario nazionale.

Il Nas ha anche accertato che adesso sono in vendita medicinali che per l'assunzione necessitano di un costante controllo

medico e invece vengono immessi sul mercato senza alcun controllo anche se si tratta di antidepressivi, antiasmatici,

antiepilettici e addirittura farmaci contro il cancro che, come è stato denunciato dai vertici dell'Aifa, vengono commercia-

lizzati in un mercato illegale dalle famiglie di camorra.

Fiorenza Sarzanini

fsarzanini@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rapporto

I dati

Novantamila controlli fatti tra il 2012 e il 2014 e circa 31 mila esercenti che non li hanno superati: sono alcuni dei dati contenuti nel rapporto dei Nas, i Nuclei Antisofisticazioni e sanità dell'Arma dei carabinieri, sulla sicurezza alimentare

La tendenza

Su circa 12 mila allevamenti di ovini e bovini controllati, 4 mila sono risultati fuorilegge, i pastifici non in regola sono stati 6 mila su 17 mila testati. La tendenza è confermata anche nei dati dei primi 5 mesi di quest'anno: 703 allevamenti irregolari su 2.468 ispezionati e oltre 1.500 pastifici su 4.387

I casi

Tra le irregolarità scoperte dai carabinieri, la carne trattata con ione solfito per renderla rossa e sanguinolenta, l'olio extravergine di oliva sostituito con olio di soia o colorato per farlo apparire più verde e genuino, il pesce marcio trattato con un additivo che lo fa sembrare fresco

I medicinali

Verifiche sono state effettuate anche sui farmaci: da gennaio a oggi sono stati riscontrati 1.448 presidi non conformi su 7.847 controlli effettuati e disposti sequestri per oltre 115 milioni

Il mercato nero dei farmaci

Su internet offerte medicine e ricette per ottenere il rimborso dal servizio sanitario nazionale



quotidianosanita.it

Giovedì 29 MAGGIO 2014

Obesità. E' emergenza globale: sovrappeso 2,1 miliardi di persone in tutto il mondo. Ma la metà è concentrata in soli dieci Paesi

Record di obesi in Usa, Cina e India. Poi Russia, Brasile, Messico, Egitto, Germania, Pakistan e Indonesia. I nuovi dati dal Global Burden of Disease Study e dagli esperti riuniti a Sofia per il Congresso Europeo sull'Obesità. Il fenomeno resta allarmante in tutti Paesi occidentali ma si è stabilizzato. Nei Paesi in via di sviluppo la situazione è invece fuori controllo.

Quello che è sotto gli occhi di tutti, da oggi è anche un numero. L'aumento vertiginoso dei tassi di sovrappeso e obesità è un fenomeno che interessa il mondo intero e ha riguardato sia gli adulti (+28%), che i bambini (+47%) negli ultimi 33 anni. In questo periodo i numeri dell'obesità sono letteralmente esplosi, passando dagli 857 milioni del 1980, ai 2,1 miliardi del 2013, secondo una nuova analisi del *Global Burden of Disease Study* 2013, pubblicata su [Lancet](#), che ha preso in esame i dati relativi a 188 nazioni, tra il 1980 e il 2013.

Metà degli obesi di tutto il mondo vive in appena 10 Paesi: USA (13%), Cina e India (15%), Russia, Brasile, Messico, Egitto, Germania, Pakistan e Indonesia. Le donne più 'rotonde' del mondo vivono in Egitto, Arabia Saudita, Oman, Honduras e Bahrein, mentre gli uomini più obesi si trovano in Nuova Zelanda, Bahrein, Arabia Saudita e USA. A considerare solo le nazioni più sviluppate, l'incremento maggiore dei tassi di obesità si registra negli USA, dove ad essere obeso è un terzo circa della popolazione, in Australia (sono obesi il 28% dei maschi e il 30% delle femmine) e in Gran Bretagna, con un quarto della popolazione obesa.

“Sovrappeso e obesità – afferma il Professor **Hermann Toplak**, Presidente eletto della *European Association for the Study of Obesity* – sono diventati, vista la loro prevalenza, il problema di salute più importante del 21° secolo. La modernizzazione e tecnologie hanno ridotto a tutti i livelli l'attività fisica. Ed è noto che le persone che smettono di fare esercizio fisico, perdono il controllo dell'assunzione del cibo, mentre chi resta attivo, tende a mangiare in maniera adeguata in relazione alle sue necessità energetiche. E il problema dell'obesità non ha risparmiato le nazioni in via di sviluppo, dove la disponibilità di cibo – in particolare sotto forma di *fast food* - è aumentata a partire dalla fine degli anni '70. Questi elementi hanno contribuito a far sì che molti ragazzi (e naturalmente anche molti adulti) non mettono più su massa magra e hanno perso la cultura dell'alimentazione 'tradizionale', rimpiazzata da un'incontrollata assunzione di calorie, attraverso spuntini e cultura del mangiare, spalmata lungo tutto il giorno”.

Il *boom* nella prevalenza dell'obesità si è avuto tra il 1992 e il 2002 ed ha interessato soprattutto la fascia tra i 20 e i 40 anni. Preoccupanti anche le percentuali di sovrappeso-obesità registrati tra i ragazzi dei Paesi industrializzati: nei maschi si è passati dal 17% del 1980 al 24% del 2013 e nelle ragazze dal 16 al 23% nello stesso periodo. Nel 2013 il tasso di obesità tra le ragazze ha raggiunto il 23% in Kuwait e il 30% a Samoa, in Micronesia e Kiribati. In Europa si va dal 14% di ragazzi obesi in Israele e dal 13% di Malta, al 4% di Olanda e Svezia. Le ragazzine più obese vivono invece in Lussemburgo (13%) e Israele (11%), quelle più in forma in Olanda, Norvegia e Svezia. Fortunatamente, almeno per quanto riguarda le nazioni industrializzate, i tassi di incidenza

dell'obesità tra gli adulti hanno cominciato a mostrare un rallentamento di crescita negli ultimi 8 anni. Una 'magra' consolazione, visto che in molti Paesi in via di sviluppo l'obesità ha ormai superato la soglia del 40%.

Numeri questi che rendono insomma poco realistico il *target* delle Nazioni Unite di arrestare la crescita dei tassi di obesità entro il 2025; e dunque, particolarmente urgente diventa la possibilità di intervenire con programmi e strategie *ad hoc*, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito. "Per evitare conseguenze insostenibili – afferma il professor **Klim McPherson** dell'Università di Oxford – dobbiamo riportare il BMI (indice di massa corporea) a quello che era trent'anni fa". Ma per ridurre il BMI ai livelli del 1980 in Gran Bretagna, sarebbe necessario tagliare dell'8% l'introito calorico, un fatto che costerebbe all'industria alimentare una perdita di circa 8,7 miliardi di sterline l'anno. Un boccone molto grosso da mandare giù.

Maria Rita Montebelli