

quotidiano**sanità**.it

31 MAGGIO 2015

Epatite C. La voce dei pazienti. Gardini (EpaC): “Serve un piano nazionale di eradicazione e quindi dare accesso a tutti, nessuno escluso”

Per una volta che abbiamo l'opportunità di sconfiggere definitivamente una malattia infettiva trasmissibile, si iniziano a porre dei dubbi sulla utilità di fare ciò. Non ha senso e non possiamo, neppure per un nanosecondo, dubitare sulla opportunità e necessità di curare le infezioni virali trasmissibili a causa di un presunto impatto economico insostenibile

Gentile direttore,

mai come in questo periodo stiamo assistendo a un dibattito così acceso e appassionato sull'epatite C. Leggiamo affermazioni condivisibili, altre molto meno. In qualità di presidente di EpaC onlus, la più rappresentativa dei pazienti malati di epatite C, sento il dovere di farmi portavoce dei malati che chiamano ininterrottamente i nostri uffici, e ci raccontano le loro preoccupazioni, esigenze, problematiche. In particolare vorrei portare la voce di quell'esercito di pazienti esclusi dai nuovi trattamenti anti epatite C. I cosiddetti pazienti con malattia lieve o moderata.

Stiamo notando che il dibattito si sta focalizzando unicamente sull'aspetto clinico della malattia e si sta mettendo in dubbio la validità di una eradicazione di massa.

Di più. In nome della scienza, si sta cercando di banalizzare la “semplice infezione” da cui deriva un “danno epatico lieve”, quasi fosse un raffreddore il cui impatto clinico è pari a zero.

Tutti, e dico tutti, si stanno dimenticando dell'impatto sociale della malattia indipendentemente dalla gravità epatica presente e nessuno prende in considerazione le limitazioni, rinunce, angosce che la sola presenza dell'infezione da HCV procura al singolo paziente. **Stiamo parlando delle problematiche in ambito lavorativo, sessuale, sentimentale, sociale, familiare.**

Ricordiamo sempre che stiamo parlando di una malattia infettiva trasmissibile, e solo questo fatto preclude al paziente di vivere una vita serena. **Ricordiamoci sempre che le malattie infettive trasmissibili generano stigma e discriminazione, esattamente come è successo e succede con l'HIV.**

Noi di EpaC ne sappiamo qualcosa. Sono innumerevoli le storie di pazienti che ci hanno raccontato di essere stati licenziati, con una scusa o l'altra, dopo che la loro sieropositività era stata scoperta; oppure di famiglie che si sono polverizzate perché il partner sano non sopportava l'idea di convivere con un partner infetto; oppure di persone che rinunciano a socializzare o allacciare rapporti sentimentali perché non se la sentono di rivelare la loro sieropositività.

L'ultima testimonianza ci è giunta proprio ieri. Un cittadino Italiano, andato a lavorare in Azerbaigian è stato **espulso da quel paese perché trovato positivo al virus HCV**. Tornato in Italia, è stato scaricato anche dalla ditta per cui lavorava. Ora è senza lavoro.

La vera e cruda realtà è che il malato di epatite C deve fare rinunce anche importanti, che possono cambiare in peggio il corso della propria esistenza, deve nascondersi o dire bugie per il timore di

ripercussioni, qualsiasi esse siano. **A nessuno piacerebbe vivere così**, e pure con l'incubo che la malattia si aggravi.

Vogliamo dire a queste decine di migliaia di cittadini italiani che non curiamo la loro infezione perché la loro malattia è clinicamente insignificante?

Non scherziamo. Dobbiamo ragionare a 360 gradi e valutare il benessere procurato curando ogni singolo cittadino con epatite C.

Dobbiamo prendere in esame il notevole miglioramento nella qualità di vita di un paziente guarito, che produce un individuo più sano, più felice, più produttivo. Questo è lo scopo della Sanità pubblica e che ogni decisore dovrebbe perseguire: procurare benessere concreto e misurabile attraverso ogni atto medico idoneo.

Non solo: ci risulta che l'Italia aderisca a tutti i piani dell'Unione Europea sulla lotta alla diffusione delle malattie infettive trasmissibili. Per una volta che abbiamo l'opportunità di sconfiggere definitivamente una malattia infettiva trasmissibile, si iniziano a porre dei dubbi sulla utilità di fare ciò. Non ha senso.

Non possiamo, neppure per un nanosecondo, dubitare sulla opportunità e necessità di curare le infezioni virali trasmissibili a causa di un presunto impatto economico insostenibile. Sono due cose diverse e vanno valutate e affrontate in modo diverso.

Ricordiamoci un'altra cosa. I cittadini con epatite C sono, come tutti noi, persone che pagano fior di tributi per sostenere il Sistema Sanitario Nazionale e molti di essi sono anche stati contagiati con trasfusioni di sangue infetto e non si può non tenerne conto.

Esiste un diritto alla miglior cura. Esistono degli equilibri basati sul dare-avere che regolano il rapporto tra stato e cittadino e le ribellioni hanno luogo quando questo rapporto viene alterato.

Sempre più spesso, riceviamo in Associazione proteste di pazienti che non possono accedere ai farmaci, e ci fanno una domanda tanto semplice quanto banale: **Vi pare giusto che la mia condizione di salute si debba aggravare per potermi curare con farmaci innovativi, sicuri, e con pochi effetti collaterali?**

Sfidiamo chiunque a pronunciare le parole “Sì, è giusto.”

No, non è giusto, né scientificamente, eticamente, socialmente sostenibile. Tanto prima si cura una infezione o malattia, tanto meglio è, da qualunque punto di vista la vogliamo vedere. Siamo stati allevati a pane e prevenzione, non facciamo l'errore di inciampare sull'epatite C.

Dobbiamo essere attenti e riuscire a separare nettamente il diritto alla cura, il benessere procurato e misurabile, dal costo dell'investimento necessario.

Se vogliamo spendere due parole sui costi facciamo. Perché ci risulta molto difficile fare dei calcoli precisi sul reale costo dei farmaci, considerato che solo una manciata di persone conosce i dettagli dei contratti stipulati con le aziende farmaceutiche. Inoltre ci è stato spiegato recentemente dal Prof. Mennini, che curando i pazienti si possono produrre risparmi per svariate centinaia di milioni di euro. Cosa che non succede in altre patologie croniche dove ogni anno bisogna mettere a budget cifre ragguardevoli, superiori a quanto sinora stanziato per la cura dei malati di epatite C. Serve un investimento? D'accordo, stabiliamo quanto e lo si diluisce in un arco di tempo ragionevole.

Come associazione, abbiamo responsabilmente aderito ai criteri proposti da AIFA per curare inizialmente i pazienti più gravi, ma abbiamo anche detto che, nel momento che tutti i farmaci fossero disponibili sul mercato, si sarebbe dovuto pensare ad un piano nazionale di eradicazione e quindi dare accesso a tutti, nessuno escluso.

Questo non significa poter curare tutti e subito. Non è possibile per il semplice fatto che gli attuali 321 reparti autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci non ce la possono fare a curare una enorme quantità di persone in un anno o due. Ma un conto è dire “*caro paziente, non puoi essere curato*”, un altro è dire “*puoi essere curato ma aspetta il tuo turno. Curiamo prima i più gravi.*”

Certo, per fare questo, bisogna risolvere una volta per tutte il nodo delle risorse.

Presto presenteremo al Ministro della Salute ed al Governo una proposta che va in questa direzione poiché solo il Governo può decidere di stanziare le risorse necessarie per un piano di investimento in salute così ambizioso e lavoreremo affinché la cura per tutti i pazienti sia inserita nell'agenda della prossima legge di stabilità. Senza pretendere di avere la verità in tasca, ci auguriamo di avere spiegato le nostre ragioni e aspettative.

Ivan Gardini

Presidente Associazione EpaC onlus

LA RICERCA

L'80% dei bimbi vince il tumore: la mortalità è dimezzata

ROMA. Anche nei bambini, il cancro oggi può essere sconfitto e l'80% sopravvive. Ma non solo: le terapie sono migliorate, tanto da abbattere notevolmente il tasso di mortalità legato alle complicanze di salute negli anni successivi: la mortalità si è infatti praticamente dimezzata, passando dal 12,4% nei bimbi con diagnosi di cancro fatta nel 1970 al 6% di quelli con diagnosi fatta negli anni 1990. La notizia è stata annunciata al cinquantunesimo congresso della Società Americana di Oncologia Clinica (Asco) e si basa sui dati del Childhood Cancer Survivor Study, finanziato dal National Institute of Health, che ha analizzato le storie di 34 mila bimbi con tumore, valutando gli effetti a lungo termine delle terapie nei bambini che all'età di 5 anni hanno avuto una diagnosi di cancro tra il 1970 e il 1999, e sono sopravvissuti alla malattia.



<http://www.adnkronos.com/fatti/>

Virus addestrati contro il cancro. Ecco le armi dell'immunoterapia del futuro



Virus alleati nella lotta al cancro. Una nuova classe di farmaci, ancora sperimentali, sfrutta questi microrganismi patogeni, geneticamente modificati per colpire e distruggere il tumore e agire poi sul sistema immunitario per continuare a combattere. La **'viroterapia oncolitica'** - così è stata battezzata questa strategia terapeutica - è un filone di ricerca in rapida crescita all'interno dell'immunoterapia, che già di per sé rappresenta il futuro nella partita contro il cancro: **i primi dati sono stati presentati a Chicago al 51esimo congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco).**

L'idea di utilizzare i virus come terapia risale addirittura alla fine del 1800, quando i medici si sono accorti per la prima volta della naturale capacità di alcuni patogeni di uccidere le cellule tumorali. Ma **solo di recente è stato possibile realizzarla, grazie ai progressi dell'ingegneria genetica** che hanno reso possibile manipolare il genoma del virus e trasformarlo in macchine da guerra che attaccano il cancro, ma non i tessuti sani circostanti. Armi di precisione che non è stato facile realizzare, ma che ora mostrano tutto il loro potenziale.

Ad arrivare prima - evidenzia un'analisi sul sito della rivista 'Forbes' - è stata Amgen, con un **farmaco sperimentale (T-Vec) contro il melanoma, a base del virus dell'Herpes ingegnerizzato.** L'azienda biotech ha presentato i primi dati all'Asco: dati positivi, tanto che un comitato di esperti per l'Agenzia dei farmaci Usa si è pronunciato a favore del via libera alla commercializzazione. La decisione ufficiale della Fda è attesa per l'autunno. Oltre all'Herpes, si utilizzano diversi altri virus, come quello del raffreddore, adenovirus, della polio e del vaiolo del bestiame, lo stesso del vaccino antivaiolo. Sono numerose le aziende e i gruppi accademici di ricerca che ci stanno lavorando.

Può il comune virus del raffreddore curare il cancro? E' la domanda a cui vuole dare risposta l'azienda australiana Viralytics, con la sua versione speciale del virus, testata su 57 pazienti con **melanoma** avanzato.

La britannica PsiOxus Therapeutics, con un approccio controcorrente, invece di modificarne uno esistente ha creato un proprio adenovirus, infettando le cellule con diversi sottotipi virali: dopo averne osservato l'effetto, ha isolato quelli più efficaci e poi li ha potenziati in modo da scatenare una più forte risposta immunitaria dell'organismo. L'azienda sta testando la sua 'creatura' sui **tumori del colon e dell'ovaio**.

Infine, un'équipe di ricercatori della Duke University ha utilizzato **il virus della polio contro il glioblastoma**, il più aggressivo fra i tumori al cervello. Lo studio su 20 pazienti è in fase molto preliminare, ma i dati mostrano che 12 pazienti sono ancora vivi e 2 hanno superato i 30 mesi dalla terapia.

L'antibiotico di Stato

Batteri sempre più resistenti. **Malattie che credevamo debellate, come la tubercolosi, che tornano letali**

Le medicine attuali sono più efficaci. **Ma produrne delle nuove non rende. Si prevedono 10 milioni di vittime nel 2050, così si fa largo un'idea:**

creare un ente mondiale che garantisca le cure

MAURIZIO RICCI

È UNA falla che si allarga sempre più in fretta. Se non la tamponiamo, da qui al 2050 arriverà a costarci 10 milioni di morti l'anno: l'intera popolazione di un paese come la Grecia, spazzata via ogni dodici mesi. Anche più inquietante, forse, è l'idea, fino a ieri inimmaginabile, di essere ridiventati — tutti noi, ognuno di noi — vulnerabili, indifesi.

Malattie per cui i nostri nonni e bisnonni pagavano con la vita e che noi eravamo abituati a risolvere in un paio di settimane, tornano ad essere un incubo. Polmonite, tubercolosi: roba seria, ma, fino a ieri, comunque rimediabile. "Prenda l'antibiotico", diceva il dottore. Non basta più. I batteri capaci di resistere ai nostri antibiotici sono sempre di più. Già oggi, in Europa, 25 mila persone, ogni anno, prendono le loro pillole, ma muoiono lo stesso: un'infezione torna ad essere letale. Ci vorrebbero nuovi medicinali, capaci di distruggere i microbi che i vecchi non combattono più. Ma Big Pharma, da questo orecchio, non ci sente. Niente di quello che è stato scoperto

dopo il 1987 è mai arrivato, concretamente, nelle mani dei dottori. E che si fa quando il mercato non funziona? Anche i liberisti di lingua inglese tranquillizzano il malloppo e lanciano l'Sos: è arrivato il momento dell'antibiotico di Stato.

Nella trappola, ci siamo cacciati da soli, giorno dopo giorno, pillola dopo pillola. Più antibiotici prendiamo, più la selezione naturale individua i microbi che li aggirano. E noi ne prendiamo montagne, comprandoli magari nei supermercati o online, senza ricetta, spesso a sproposito, per uno starnuto, o per eccesso di zelo, per una banale feritina.

Solo fra il 2010 e il 2013, in Inghilterra, il consumo di antibiotici è aumentato del 6 per cento: siamo a 27 dosi quotidiane ogni mille abitanti. Praticamente, una corsa d'ospedale in movimento. E questi sono gli antibiotici che vediamo. Poi, ci sono quelli che non vediamo. Ovvero, quelli distribuiti con generosità negli allevamenti di vacche o maiali, dove ugualmente la selezione naturale

promuove i batteri che sopravvivono.

Ma mangiare carne che contiene batteri resistenti agli antibiotici, avverte un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità, porta anche noi a infezioni resistenti agli antibiotici. Ormai, i medici sono

sempre più spesso costretti, per scongiurare la malattia, a ricorrere ai cosiddetti "antibiotici di ultima istanza", più forti e più costosi. Negli Usa, la diffusione della resistenza agli antibiotici costa 20 miliardi di dollari l'anno di spesa sanitaria in più.

Ma anche questi medicinali possono rivelarsi inutili: ormai, avverte lo stesso rapporto dell'Oms, ci sono ceppi di batteri della tubercolosi e della gonorrea resistenti anche a questi. È diventata, letteralmente, una questione di vita e di morte. Senza antibiotici efficaci, infatti, la medicina moderna non esiste. I trapianti d'organi, come le stesse terapie anticancro, che abbattano le difese immunitarie, non sono pensabili senza una copertura antibioti-

ca.

Nell'assemblea generale che si è chiusa martedì scorso, l'Oms rilancia l'allarme, chiedendo ai governi piani di emergenza, che riducano drasticamente il ricorso agli antibiotici. Un giro di vite contro le vendite senza ricetta, la promozione di cure alternative, una campagna di sensibilizzazione dei medici e dell'opinione pubblica, possibilmente più ricca e capillare della pubblicità con cui Big Pharma promuove, invece, il consumo degli antibiotici: per le aziende farmaceutiche, un lucroso giro d'affari che vale 40 miliardi di dollari l'anno.

E questa è una prima sorpresa: se il mercato degli antibiotici è così appetitoso, perché le aziende non spingono sul pedale della ricerca e noi stiamo perdendo la corsa con la selezione naturale dei batteri? Non solo antibiotici nuovi non arrivano da tempo, ma neanche arriveranno. All'ultimo conto, i laboratori nel mondo stanno sviluppando 41 nuovi tipi di antibiotici. Solo un terzo, però, sono utili contro le specie di batteri resistenti. E, forse, solo tre sono potenzialmente attivi contro almeno il 90 per cento dei batteri più resistenti che i



dottori si trovano ad affrontare attualmente. In sostanza, questi antibiotici sono ancora 10-15 anni lontani dalla vendita al pubblico, ma già sappiamo che non serviranno a chiudere le falle dei bisogni medici di oggi.

Non è che a Big Pharma siano scemi. Il problema, anzi, è che conoscono fin troppo bene il loro mestiere. Si scopre, infatti, che esiste una sorta di

Giro di vite contro le vendite senza ricetta e consigli per adottare cure alternative

Comma 22 dell'antibiotico, per cui produrli bisogna, ma non conviene. Inventarli è un processo lungo e costoso: solo il 2-4 per cento arriva dalle prime prove di laboratorio fino agli scaffali delle farmacie. Ma, qui, l'antibiotico non si comporta come le altre medicine. Normalmente, quando arriva un nuovo farmaco, ad esempio contro il colesterolo, spopola perché più efficace dei vecchi concorrenti.

Nel caso degli antibiotici questo non avviene. Il nuovo medicinale colpisce ceppi di batteri altrimenti resistenti, che possono, però, avere ancora una diffusione circoscritta e limitata. In tutti gli altri casi, i vecchi antibiotici, spesso generici, comunque a prezzi stracciati, funzionano benissimo. Solo man mano che i batteri resistenti ai vecchi medicinali si diffondono — un processo difficile da valutare con 10-15 anni di anticipo, al momento di iniziare una ricerca — il nuovo antibiotico diventa utile e indispensabile. Ma, nel frattempo, possono essere passati anni, il brevetto del nuovo farmaco sta per scadere e, in ultima analisi, l'azienda non fa in tempo a fare abbastanza profitti da coprire i costi della ricerca. Dunque, non la inizia neanche.

Come si esce da questo vicolo cieco? Il documento approvato martedì dall'Oms lancia una proposta rivoluzionaria: bisogna trovare il modo di sganciare i profitti dalle vendite. Ma come, senza espropriare e nazionalizzare le aziende farmaceutiche? La risposta, lontana da ogni tentazione collettivista, ma anche dall'ortodossia liberista, arriva da un rapporto stilato per conto del go-

verno inglese (conservatore) di David Cameron da un gruppo di lavoro presieduto da un ex di Goldman Sachs, Jim O'Neill. E l'idea è una sorta di Onu del farmaco, un organismo pubblico sovranazionale che si sostituisca al mercato e controlli le vendite. Questo organismo comprenderebbe dalle aziende i diritti commerciali di un nuovo antibiotico, riservandosi di venderli in prima persona.

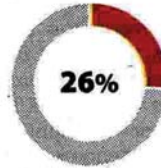
Big Pharma, in altre parole, lavorerebbe, in questo settore, per un unico acquirente pubblico. I rischi della ricerca resterebbero sull'azienda. Il grosso del pagamento, infatti, avverrebbe solo due-tre anni dopo che il prodotto è arrivato sul mercato e ha potuto dimostrare la sua utilità. Big Pharma avrebbe, però, la garanzia (se il prodotto funziona) di un profitto certo e prestabilito. Il rapporto valuta che per un nuovo antibiotico efficace, l'organismo sovranazionale potrebbe pagare fra i 2 e i 3 miliardi di dollari. All'azienda conviene: 2 miliardi di dollari incassati all'inizio della vita commerciale di un prodotto equivalgono a quasi 7 miliardi di fatturato sull'intero arco ventennale di durata del brevetto. Ma conviene anche ai governi: normalmente, per le forniture di un antibiotico, i sistemi sanitari pagano, finché è in vigore il brevetto, anche più di 2-3 miliardi di dollari.

Alternativamente, il rapporto di O'Neill prevede una soluzione meno drastica: l'organismo nazionale anticiperebbe una somma più bassa (fra 1 e 1,3 miliardi di dollari) per un nuovo antibiotico, ma sarebbe l'azienda a venderlo e a incassare, girando una parte dei profitti ai governi finanziatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un investimento di 2-3 miliardi di dollari che converrebbe a tutti, aziende e governi

L'uso inappropriato degli antibiotici in Italia



I casi di influenza in cui gli antibiotici si usano in modo inappropriato

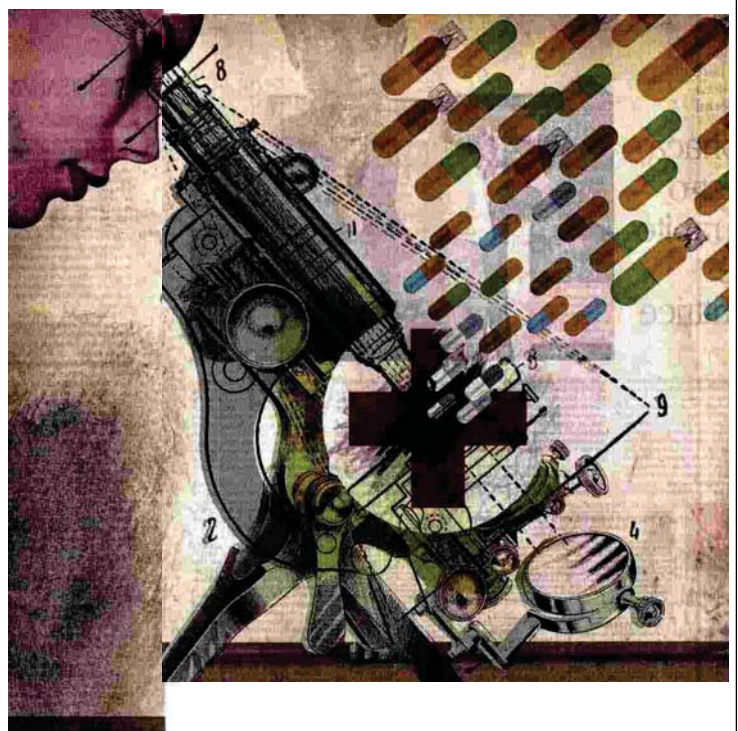


La spesa lorda pro capite per gli antibiotici degli italiani



Il consumo di antibiotici nel 2013 rispetto al 2012

FONTE: AIFA



L'incognita nuove giunte sul decreto taglia-Sanità

In salita la strada per l'accordo da ratificare entro l'estate che dovrà portare a risparmi per 2,35 miliardi di euro

L'impatto della manovra

Il ritardo sull'intesa obbliga a concentrare le sforbiciate in soli cinque mesi

Il nodo dei farmaci innovativi

Resta da sciogliere il no delle Regioni al fondo ad hoc per la cura dell'epatite C

L'EXTRA RIBASSO

Il Governo vuole anche abbassare di 300 milioni i fondi in conto capitale per gli investimenti per il rilancio del Ssn

Roberto Turno

■ I farmaci e gli ospedaletti. I primariati e i reparti a go-go e le mitiche siringhe. Le mense e le utenze telefoniche ma anche quelle del gas, dell'elettricità e dell'acqua di asle e ospedali. I ricoveri o le analisi inutili e i medici iper-prescrittori chiamati a darne conto e a pagarne le conseguenze in busta paga. Le consulenze e la spesa per i farmaci contro l'epatite C. Dentro e dopo le urne di questa notte nelle sette regioni chiamate al voto, si annidano sorprese non esattamente gradite per l'assistenza sanitaria. In uno slalom tra risparmi e buona spesa, ma anche tra prestazioni che verranno inevitabilmente a mancare, riducendo una volta di più il perimetro di un welfare sanitario che ormai da anni continua a perdere pezzi e universalità in conseguenza di tagli plurimiliardari: fino a 30 miliardi di sistema, assestati dai tempi di Berlusconi-Tremonti in poi al Ssn.

Sorprese amare, frutto questa volta del colpo di forbice deciso dal Governo con la legge di Stabilità 2015 ai conti dei governatori: 4 miliardi in tutto. Che però inevitabilmente riserveranno al Servizio sanitario nazionale (che con i suoi 110 mld vale fino all'80% dei bilanci locali) il più pesante colpo di scure. Tanto che ormai è scritta nero su bianco la somma che la sanità dovrebbe risparmiare ancora nel 2015: 2,35 mld. Con l'aggiunta di un ribasso per altri 300 mln

circa dei fondi in conto capitale per gli investimenti, altra partita cruciale per il rilancio e la riqualificazione del Ssn.

E adesso, dopo le urne, si vedrà come potrà concludersi la partita. Che, rinviata almeno quattro volte, è apertissima sui tavoli del Governo e delle regioni. Arrivata a un passo dalla ratifica formale, l'«Intesa» tra palazzo Chigi e i governatori si è invece arenata a fine aprile. Ufficialmente perché almeno su un punto - i farmaci, con l'appendice diventata incandescente di quelli per sradicare (si spera) l'epatite C - le distanze si erano rivelate inconciliabili, con la ministra **Beatrice Lorenzin** a difesa del «suo» Fondo ad hoc (500 mln l'anno per 2 anni) per i farmaci innovativi e le regioni che invece non ci stavano, pronte a far pagare più salato il conto alle imprese farmaceutiche anche a dispetto delle promesse pro-sviluppo fatte da Matteo Renzi al ceo delle multinazionali con sede in Italia. La farmaceutica, insomma, avrebbe fatto da spartiacque del mancato accordo.

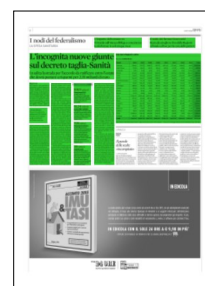
Anche se poi la verità era un'altra, ben chiara a tutti fin dal varo della stessa legge di Stabilità: la prossimità col voto per le elezioni regionali e la difficoltà (per non dire l'impossibilità) di anticipare una manovra sulla salute prima del voto. Meglio, molto meglio rimandare. E così infatti inevitabilmente è accaduto.

Fatto sta che adesso le pagine del libro dei nuovi tagli andranno riempite. E servirà un decreto legge, sia per dare l'indicazione alle regioni su come muoversi all'unisono (anche se avranno margini per agire autonomamente, salvo rispettare i risparmi previsti), sia per ratificare il taglio del Fondo sanitario 2015.

Per modificare una legge (la manovra), del resto, serve una legge. Ma con tanti rebus: lo scarso tempo a disposizione per arrivare al decreto e ratificarlo entro l'estate, ma anche l'impatto violento (concentrato in soli 5 mesi, anziché 1 anno) della manovra. Di qui l'incertezza di una situazione che non sarà facile comporre subito dopo l'elezione. E il rischio che tutto si trascini a settembre, con asle e ospedali che intanto saranno chiamati a risparmiare comunque. Ma al buio. Incertezza nell'incertezza. Senza dire che le regioni che cambieranno governo o anche solo giunte e assessori, vorranno leggere bene le carte prima di ratificare qualsiasi accordo con Palazzo Chigi.

Un pasticcio nel pasticcio. Mentre i conti non tornano mai: 31 mld di deficit dal 2006, anche se in deciso calo negli ultimi anni, sono un preciso allarme. Sebbene i contratti siano fermi ormai da 5 anni e le cure siano sempre meno gratis, gli italiani rinviano le cure pur di non pagarle, i ticket siano un bottino in crescita, ottenere un ricovero sia una scommessa e il personale sia in calo nelle corsie. Gli effetti della crisi. Che forse neppure una sana e necessaria spending review può mettere al riparo da un welfare che rischia di diventare sempre più residuale e minimalista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Solo due le Regioni in attivo

Disavanzi. In milioni di euro

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totale
Piemonte	-328,66	-170,75	-360,57	-387,52	-422,44	-274,64	-108,61	-41,85	-2.095,04
Valle D'Aosta	-70,55	-56,63	-61,53	-38,44	-58,56	-47,30	-49,84	-53,11	-435,96
Lombardia	0,29	0,45	0,96	12,71	-44,90	13,84	2,26	10,26	-4,13
Bolzano	-274,35	-261,51	-262,93	-185,59	-229,89	-222,96	-237,80	-184,51	-1.859,54
Trento	-143,21	-150,41	-163,74	-202,23	-210,61	-224,25	-243,42	-218,19	-1.556,06
Veneto	144,62	-134,67	-148,51	-103,01	-6,09	114,96	11,57	7,58	-113,55
Friuli Venezia Giulia	-4,24	-44,44	-42,12	-67,89	-77,49	-69,33	-49,06	-43,95	-398,52
Liguria	-95,59	-102,29	-109,31	-126,90	-95,40	-142,97	-46,16	-91,34	-809,96
E. Romagna	-288,51	-91,20	-42,20	-118,36	-134,87	-104,58	-47,65	1,26	-826,11
Toscana	-98,38	42,79	-2,44	-163,97	-71,65	-113,38	-50,61	3,11	-454,53
Umbria	-54,72	11,46	4,19	8,38	5,78	9,16	4,39	24,62	13,26
Marche	-47,52	15,88	34,30	12,79	-24,76	21,19	43,07	32,14	87,09
Lazio	-1.966,91	-1.696,48	-1.693,34	-1.419,45	-1.059,03	-773,94	-613,19	-702,89	-9.925,23
Abruzzo	-197,96	-163,51	-107,66	-43,36	1,70	36,77	9,16	0,34	-464,52
Molise	68,49	-69,22	-78,73	-76,25	-64,69	-37,62	-54,76	-51,74	-364,52
Campania	-749,71	-862,18	-826,74	-773,85	-497,51	-245,48	-111,08	6,14	-4.060,41
Puglia	-210,81	-265,74	-219,57	-350,33	-332,71	-108,35	3,81	-39,57	-1.523,27
Basilicata	2,99	-19,87	-34,75	-25,12	-35,98	-48,55	3,86	-3,40	-160,82
Calabria	-55,31	-277,06	-195,30	-249,03	-187,51	-110,43	-70,72	-30,53	-1.175,89
Sicilia	-1.088,41	-641,45	-352,00	-270,34	-94,25	-26,09	-7,80	-102,27	-2.582,61
Sardegna	-129,22	-115,44	-184,93	-266,74	-283,56	-343,40	-371,49	-379,64	-2.074,42
Totale	-6.013,61	-5.052,70	-4.847,78	-4.834,53	-3.924,22	-2.697,35	-1.983,46	-1.857,65	-31.211,30

Nota: I dati sono relativi alla situazione al IV trim. di ogni anno senza le successive manovre regionali Fonte: primo monitoraggio sulla spesa sanitaria della Ragioneria gen. dello Stato

I FINANZIAMENTI

108,9 miliardi

I finanziamenti 2013

In totale, nel 2013 il finanziamento erogato alle regioni italiane per il settore Sanità è stato di un miliardo in meno rispetto all'anno precedente

18,24 miliardi

La spesa della Lombardia

È la regione in cui la spesa per la Sanità è aumentata di più tra il 2013 e il 2012. In salita, da un anno con l'altro, sono state anche le spese di Veneto, Puglia e Sicilia

938 milioni

I finanziamenti a Bolzano

Insieme alla provincia autonoma di Trento, Bolzano è stata l'amministrazione a cui nel 2013 i finanziamenti centrali alla sanità sono cresciuti rispetto all'anno precedente. Anche in Abruzzo, nello stesso anno, sono aumentati da 2,372 a 2,375 miliardi di euro

30 miliardi

I tagli alla Sanità

Si stima che dai tempi di Berlusconi-Tremonti in poi il Sistema sanitario nazionale abbia dovuto incassare tagli plurimi per un totale di 30 miliardi di euro. Soltanto quest'anno la Sanità pubblica dovrebbe risparmiare altri 2,35 miliardi di euro

«Fondamentale curare anche la sofferenza psicologica»

4 domande a Ugo Pastorino Oncologo

«Parlare è giusto, e fa bene. Le storie di chi ce l'ha fatta, e negli anni sono sempre di più, sono un esempio e un grande sostegno per chi sta ancora lottando». L'intervista a Ugo Pastorino, direttore del reparto di chirurgia toracica dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, inizia con un'ottima notizia: di cancro si guarisce, e sempre di più.

In Italia la sopravvivenza media a cinque anni dalla diagnosi di un tumore maligno è del 55% fra gli uomini e del 63% fra le donne. Come cambia l'approccio alla malattia?

«La diagnosi non è più percepita, né dai pazienti né dalla società, come una condanna a morte. E si può continuare a vivere e guarire, anche quando la malattia torna una seconda, una terza volta. Le cure sono meno distruttive e limitano le rinunce».

Da parte dei medici c'è più attenzione alla sofferenza psicologica del paziente?

«Non si può essere un medico senza occuparsi anche della sofferenza psicologica. Vero è che per molto tempo

ha prevalso l'aspetto puramente tecnico della cura, mentre negli ultimi anni si è tornati a sottolinearne con più forza i limiti. Da sempre la medicina cerca di trovare il giusto equilibrio tra corpo e mente».

Il cancro non è un intruso da distruggere, ma un «ospite» da tenere sotto controllo.

«Il cancro è una malattia degenerativa cronica, non ha un evento acuto. A volte può tornare, ma non bisogna scordare che si può controllare per moltissimo tempo. Quel che diciamo è che non bisogna eliminare un estraneo, ma riportare le cellule impazzite sotto controllo. Da un decennio abbiamo farmaci oncologici sempre più innovativi e più efficaci, che per esempio non distruggono le cellule malate, ma ne sopprimono la crescita o ripristinano dei meccanismi di controllo saltati a causa della malattia. Anche uno stile di vita coerente può potenziare le cure».

Un atteggiamento positivo può aiutare a guarire?

«Non sappiamo quanto la nostra risposta immunitaria dipenda dal nostro equilibrio psicofisico. Non abbiamo prove, ma osservazioni episodiche che ci fanno pensare che un approccio mentale positivo abbia un effetto benefico sul paziente». [N. FER.]



Il commento

Quei milioni di anni di vita guadagnati

di **Giuseppe Remuzzi**

Il 23 dicembre del 1954 alle 8.30 del mattino Joseph Murray e i suoi colleghi all'ospedale Peter Brigham di Boston prelevarono a Ronald Herrick — un ragazzo di 23 anni perfettamente sano — uno dei due reni per trapiantarli a Richard, il gemello identico ammalato di una grave forma di nefrite. Non era mai successo prima. Richard riprende a urinare già in sala operatoria e avrà una vita bella e piena per molti anni («C'è stato un silenzio di tomba in sala operatoria quando il rene ha cominciato a colorarsi con il sangue del ricevente e si sono viste uscire dall'uretere le prime gocce di urina»). Da allora a oggi di trapianti ne sono stati fatti più

di un milione, persone destinate a morire nel giro di settimane o mesi, pensiamo al trapianto di cuore, o di fegato, tornavano a una vita normale. Per quanto? Rene, cuore, fegato e altri organi hanno aggiunto a chi li ha ricevuti più di due milioni di anni di vita solo negli ultimi 25 anni e solo negli Stati Uniti. Come lo sappiamo? È bastato confrontare quanto hanno vissuto i 533.329 americani iscritti al Registro nazionale dei trapianti che hanno avuto un organo con i dati di 579.506 ammalati iscritti allo stesso Registro che però al trapianto non ci sono mai arrivati. L'allungamento della vita è stato di 1 milione e 373 mila anni per chi ha avuto un trapianto di rene; 465.296 anni per chi ha avuto un nuovo fegato e 269.715 anni per il cuore, poi ci sono

polmone, pancreas e intestino. A *stellar accomplishment* secondo gli autori del lavoro pubblicato di recente su «Jama», insomma un risultato che ha del miracoloso e che ha lasciato senza parole anche me. Se si estrapolano i dati del Registro nazionale degli Stati Uniti ai trapianti fatti nello stesso periodo in tutto il mondo si arriva con buona approssimazione a più di 5 milioni di anni di vita in più per chi ha ricevuto un organo dal 1987 a oggi. E pensare che quando il dottor Murray ha cominciato a dedicarsi giovanissimo alla chirurgia dei trapianti uno dei suoi colleghi gli disse «Joe non farti coinvolgere in questa storia, rovinerà la tua carriera». Murray è andato avanti. Adesso sappiamo che aveva ragione lui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Trapianti, liste d'attesa in crescita e la speranza dalle nuove tecnologie

La protesi in titanio che aiuta il cuore di Anna. Il prototipo dell'organo artificiale totale

Meno interventi

In Italia gli interventi sono passati dai 350 del 2005 ai 226 del 2014

Più piccoli

In futuro si punta su impianti ancora più miniaturizzati e con batterie a lunga durata

Anna Pernici, di Arezzo, 52 anni, da 5 anni e sei mesi convive con una turbina in titanio che aiuta il suo cuore. È la paziente italiana da più tempo supportata da un sistema di assistenza del ventricolo sinistro del cuore. La sua vita è cambiata, in positivo, dopo oltre 10 anni passati a lottare contro una cardiomiopatia dilatativa comparsa quando la signora Anna non era ancora 50enne e peggiorata nettamente attorno al suo 57° compleanno. Difficile il trapianto, a parte la carenza di donatori, per una pressione polmonare troppo elevata conseguente al suo cuore malandato. Così ha conosciuto Jarvik 2000, il nome della turbina in titanio che le hanno impiantato nel 2009 al Policlinico Le Scotte di Siena.

Un esempio. Una valida alternativa alle liste d'attesa per un trapianto di cuore. Tema ieri al centro della Giornata per la donazione degli organi, promossa dal Centro nazionale trapianti (Cnt) e dalle associazioni di donatori e di pazienti Aido, Admo, Aned, Acti, Aitf. Sono molti i problemi e le novità che caratterizzano attualmente il mondo dei trapianti d'organo. In Italia i trapianti di cuore, ad esempio, sono scesi dai quasi 350 del 2005 ai 226 del 2014. La domanda nello stesso periodo è rimasta stabile, con una lista d'attesa anzi cresciuta leggermente (da 702 a 719 pazienti che aspettano un cuore nuovo). Una lista da cui escono circa 300 persone l'anno, purtroppo anche nel peggiore dei modi (mortalità 6,1% pari a circa 60 decessi, dato 2013). Innumerevoli i malati che, a causa dell'età o di altri parametri incompatibili con il trapianto, non riescono nean-

che ad entrare nel gruppo in attesa e sperare.

La tecnologia interviene per cercare di limitare il differenziale tra domanda e offerta di organi: si ricorre a protesi artificiali, sia come soluzione temporanea in attesa di trapianto sia come terapia permanente. Inoltre, apparecchiature di nuova generazione consentono di migliorare la conservazione degli organi prelevati dal donatore e di allungarne i tempi di disponibilità. È grazie a questi nuovi sistemi che a marzo di quest'anno in Inghilterra, per la prima volta in Europa, è stato possibile espantare un cuore ormai del tutto fermo, riattivarlo e recuperarne la funzione.

Oggi, se c'è una donazione si attiva un sistema di allerta gestito dal Cnt o dai corrispettivi Centri Regionali (dipende dal tipo di organo). Nell'arco di poche ore il potenziale ricevente deve essere contattato, accettare la donazione, recarsi presso la propria struttura di riferimento e prepararsi all'intervento. L'organo donato arriva entro 3-6 ore con mezzi delle forze dell'ordine, o con trasporti aerei dedicati, e viene conservato all'interno di freezer portatili non molto diversi da quelli dei picnic domenicali.

Poi vi sono i cosiddetti cuori artificiali di ultima generazione. Correttamente si tratta di supporti elettromeccanici alla funzione ventricolare. Portatili ed alimentati a batteria: il paziente può attendere il trapianto mantenendo un'accettabile qualità di vita. Il cavo di alimentazione rappresenta però un problema: passando all'esterno del corpo attraverso la parete addominale, costituisce una pericolosa porta per le infezioni. Per questo motivo va regolarmente medicato e tenuto sotto controllo.

Se però l'opzione trapianto non è percorribile, c'è qualcosa di ulteriormente evoluto. Come quello della signora Anna. Si tratta di supporti elettromeccanici (chiamati anche Vad, Ventricular assist device) alimentati da un cavo che dal cuore, passando all'interno del corpo, ri-

sale fino alla zona dietro l'orecchio, particolarmente adatta perché ben vascolarizzata e molto più solida dell'addome. In tale area il chirurgo applica sul cranio una sorta di spinotto che fa da interfaccia tra i cavi interni, collegati al device, e i cavi esterni, che portano alle batterie e alla consolle di controllo. La qualità di vita è altissima, basti pensare che i pazienti possono anche fare il bagno e la doccia. Un vero lusso per chi vive agganciato a delle macchine, seppur evolute e sempre meno ingombranti. Macchine che, come nel caso di Anna Pernici, diventano parte del corpo stesso, a parte lo spinotto che spunta da dietro l'orecchio.

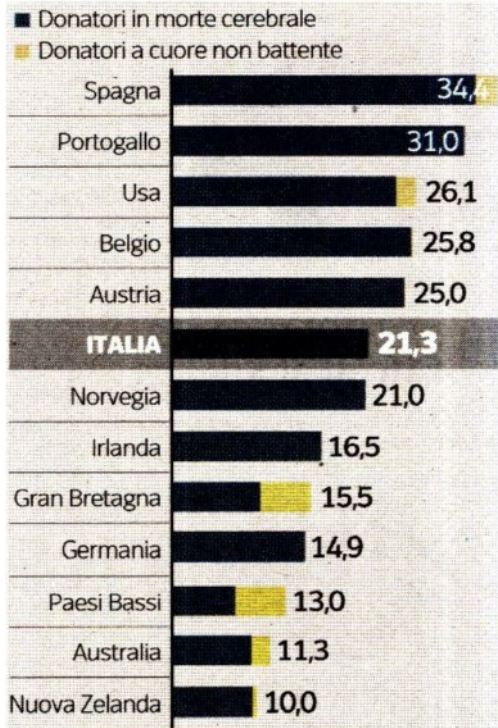
«Con questo sistema — spiega Guido Sani, direttore delle Terapie avanzate per lo scompenso cardiaco del Careggi di Firenze e coordinatore del Centro regionale trapianti di cuore — la signora Anna ha riguadagnato il piacere e la voglia di vivere, ha allargato il suo negozio nel centro di Arezzo e si gode oggi figli e nipoti in questa sorta di seconda vita». Il futuro dei device? «Batterie con prestazioni migliori e ulteriori miniaturizzazioni, mentre in Francia si guarda con attenzione alla sperimentazione sull'uomo del cuore artificiale totale Carmat», un prototipo completamente impiantabile giunto al terzo caso (l'operazione è avvenuta l'8 aprile scorso). I primi due pazienti, in scompenso cardiaco terminale e non candidabili a trapianto, sono sopravvissuti con questo tipo di cuore rispettivamente 74 giorni e 9 mesi.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Donatori per milione di popolazione



Fonte: British Journal of Anaesthesia 2012 CdS

I numeri

● Anna Pernici, 52 anni, di Arezzo (nella foto sotto, con il marito), è la paziente italiana che vive da più tempo grazie a una turbina di titanio che assiste il suo ventricolo sinistro: 5 anni

● Sono 719 i pazienti in lista d'attesa in Italia nel 2015 per avere un trapianto di cuore. Una domanda che è rimasta stabile rispetto allo stesso periodo del 2014 (702), quando i donatori per tutti gli organi sono stati 2.346

Comportamenti a rischio

Non mandate le cure in vacanza

I trattamenti vanno seguiti anche d'estate, in particolare da chi ha disturbi di cuore

LO SBAGLIO

Passata la paura per molti cala l'attenzione e le terapie si "diluisciono"

FEDERICO MERETA

IN ESTATE, non "fatevi lo sconto" sui farmaci. Chi soffre di malattie croniche, come il diabete o magari di problemi cardiaci dopo un infarto, deve continuare le cure per mantenere sotto controllo la glicemia o contrastare i fattori di rischio che mettono a repentaglio il cuore. Proprio per il cuore, peraltro, arrivano le notizie più allarmanti.

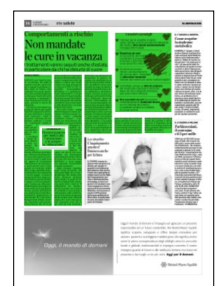
Solo un terzo dei malati raggiunge gli obiettivi per quanto riguarda il colesterolo cattivo a un anno dall'infarto e mentre molti conoscono i valori di pressione e glicemia che non debbono superare, il rischio che i trattamenti "vadano in vacanza" è molto più elevato quando si parla di colesterolo.

A ricordarlo è Claudio Rappelli, direttore della Cardiologia del Policlinico Sant'Orsola, e docente all'Università di Bologna: «Pensate solo alla pressione: le persone ipertese pensano che in estate il caldo possa dar ragione di un'autonoma "eliminazione" dei tratta-

ti, anche perché cala lo stress, quando un eventuale cambio della terapia andrebbe indicato dal medico. Per il colesterolo va ancora peggio: si pensa di mangiare più sano, magari aumentando la quota di verdure, e magari si rischia di abbandonare i farmaci per abbassare i livelli del grasso nel sangue, dimenticando che la sola alimentazione, insieme all'attività fisica, può far calare i valori di colesterolo Ldl - quello cattivo - al massimo del 10-15 per cento». Mangiare bene fa bene, insomma, soprattutto nella prevenzione primaria. Ma chi ha già avuto un infarto o comunque è ad alto rischio dovrebbe continuare le terapie prescritte dal medico. E invece non accade sempre così. Basti pensare che in Italia tra il 2001 e il 2011 la mortalità intraospedaliera dell'infarto si è progressivamente ridotta dall'11,3 al 9 per cento mentre le nuove ospedalizzazioni mortali dalla dimissione a 60 giorni sono aumentate dello 0,13 per cento e quelle dalla dimissione a un anno dello 0,53 per cento.

«Nel nostro Paese - spiega Michele Massimo Gulizia, presidente dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco) - il paziente una volta dimesso dall'ospedale, con la prescrizione

terapeutica e qualche raccomandazione su come cambiare gli stili di vita, si trova da solo



e spesso non riesce a restare ben aderente agli obiettivi di salute e di stile di vita raccomandati, non allontanando quindi adeguatamente i fattori di rischio che sono stati causa dell'infarto o, ancor peggio, non seguendo correttamente la terapia assegnata».

«Oggi - prosegue - sappiamo quale strada percorrere: alla correzione degli stili di vita e all'aderenza alla terapia dobbiamo affiancare strumenti farmacologici in grado di abbattere la soglia di Ldl-colesterolo anche sotto i valori di 70 milligrammi per decilitro. Questa strategia, con l'utilizzo di ezetimibe in associazione a

simvastatina, nello studio Improve-It ha ridotto nei pazienti ad alto rischio come i reduci da infarto del 13 per cento gli infarti miocardici acuti, del 21 per cento gli ictus cerebrali e del 6,4 per cento gli eventi cardiovascolari in genere». Insomma, non mandiamo in vacanza le cure in estate. Facile a dirsi, ma difficile a farsi, considerando che dopo un infarto a distanza di qualche mese si arriva addirittura a riprendere a fumare. «Passata la paura per molti cala l'attenzione e le terapie si "diluiscano", spesso addirittura s'interrompono, anche se sono proprio quelle a tenere lontano un nuovo infarto, ad iniziare da quella per abbattere il livello di colesterolo - riprende Rapezzi. Nel caso di un

paziente con infarto miocardico acuto questo meccanismo cambia nel momento del ricovero ospedaliero: c'è la grande paura, la presa di coscienza del pericolo e la promessa a se stessi che da quel momento in poi si seguirà uno stile di vita sano e si sarà diligenti con le terapie. Il medico deve sfruttare questo periodo di crisi per inculcare il germe del percorso virtuoso. Una presa di coscienza non solo da parte del paziente ma anche da parte del medico, che dovrebbe prestare particolare attenzione al profilo di rischio del paziente e all'importanza di impostare sin da subito una terapia cronica che possa garantire efficacia e tollerabilità nel tempo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nostri consigli

-  I farmaci per le malattie croniche vanno sempre assunti secondo le indicazioni del medico. **Non variate autonomamente** i dosaggi delle terapie
-  **Rispettate gli orari** di assunzione dei medicinali, ricordando di assumere le terapie a intervalli regolari come prescritto nella ricetta
-  Gli alimenti possono influire sull'assorbimento dei principi attivi. Rispettate le **indicazioni temporali** indicate dal medico per avere risultati migliori
-  Controllate sempre la **data di scadenza** del medicinale riportata in etichetta: dopo ciò che è riportato il farmaco può avere minor efficacia
-  **Non azzardate da soli** l'assunzione contemporanea di **medicinali diversi**, se non indicata dal medico, e rispettate sempre le modalità di conservazione

R2/LA COPERTINA

L'Oms: malattie sempre più resistenti serve un'Onu dell'antibiotico

MAURIZIO RICCI

POLMONITE, tubercolosi: roba seria, ma, fino a ieri, comunque rimediabile. «Prenda l'antibiotico», diceva il dottore. Ora non basta più. Ci vorrebbero nuovi medicinali. Ma Big Pharma non ci sente. È arrivato il momento dell'antibiotico di Stato.

ALLE PAGINE 30 E 31
CON UN ARTICOLO DI BOCCI

Batteri sempre più resistenti. **Malattie che credevamo debellate, come la tubercolosi, che tomano letali** Le medicine attuali sono più efficaci. **Ma produme delle nuove non rende.** Si prevedono 10 milioni di vittime nel 2050, così si fa largo un'idea: **creare un ente mondiale che garantisca le cure**

L'antibiotico di Stato

Giro di vite contro le vendite senza ricetta e consigli per adottare cure alternative

Un investimento di 2-3 miliardi di dollari che converrebbe a tutti, aziende e governi

MAURIZIO RICCI

È UNA falla che si allarga sempre più in fretta. Se non la tamponiamo, da qui al 2050 arriverà a costarci 10 milioni di morti l'anno: l'intera popolazione di un paese come la Grecia, spazzata via ogni dodici mesi. Anche più inquietante, forse, è l'idea, fino a ieri inimmaginabile, di essere ridiventati — tutti noi, ognuno di noi — vulnerabili, indifesi.

Malattie per cui i nostri nonni e bisnonni pagavano con la

vita e che noi eravamo abituati a risolvere in un paio di settimane, tornano ad essere un incubo. Polmonite, tubercolosi: roba seria, ma, fino a ieri, comunque rimediabile. «Prenda l'antibiotico», diceva il dottore. Non basta più. I batteri capaci di resistere ai nostri antibiotici sono sempre di più. Già oggi, in Europa, 25mila persone, ogni anno, prendono le loro pillole, ma muoiono lo stesso: un'infezione torna ad essere letale. Ci vorrebbero nuovi medicinali, capaci di distruggere i microbi che i vecchi non combattono

più. Ma Big Pharma, da questo orecchio, non ci sente. Niente di quello che è stato scoperto



dopo il 1987 è mai arrivato, concretamente, nelle mani dei dottori. E che si fa quando il mercato non funziona? Anche i liberisti di lingua inglese trangugiano il malloppo e lanciano l'Sos: è arrivato il momento dell'antibiotico di Stato.

Nella trappola, ci siamo cacciati da soli, giorno dopo giorno, pillola dopo pillola. Più antibiotici prendiamo, più la selezione naturale individua i microbi che li aggirano. E noi ne prendiamo montagne, comprandoli magari nei supermercati o online, senza ricetta, spesso a sproposito, per uno starnuto, o per eccesso di zelo, per una banale feritina.

Solo fra il 2010 e il 2013, in Inghilterra, il consumo di antibiotici è aumentato del 6 per cento: siamo a 27 dosi quotidiane ogni mille abitanti. Praticamente, una corsia d'ospedale in movimento. E questi sono gli antibiotici che vediamo. Poi, ci sono quelli che non vediamo. Ovvero, quelli distribuiti con generosità negli allevamenti di vacche o maiali, dove ugualmente la selezione naturale promuove i batteri che sopravvivono.

Ma mangiare carne che contiene batteri resistenti agli antibiotici, avverte un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità, porta anche noi a infezioni resistenti agli antibiotici. Ormai, i medici sono sempre più spesso costretti, per sconfiggere la malattia, a ricorrere ai cosiddetti "antibiotici di ultima istanza", più forti e più costosi. Negli Usa, la diffusione della resistenza agli antibiotici costa 20 miliardi di dollari l'anno di spesa sanitaria in più.

Ma anche questi medicinali possono rivelarsi inutili: ormai, avverte lo stesso rapporto dell'Oms, ci sono ceppi di batteri della tubercolosi e della gonorrea resistenti anche a questi. È diventata, letteralmente, una questione di vita e di morte. Senza antibiotici efficaci, infatti, la medicina moderna non esiste. I trapianti d'organi, come le stesse terapie anticancro, che abbattano le difese immunitarie, non sono pensabili senza una copertura antibiotica.

Nell'assemblea generale

che si è chiusa martedì scorso, l'Oms rilancia l'allarme, chiedendo ai governi piani di emergenza, che riducano drasticamente il ricorso agli antibiotici. Un giro di vite contro le vendite senza ricetta, la promozione di cure alternative, una campagna di sensibilizzazione dei medici e dell'opinione pubblica, possibilmente più ricca e capillare della pubblicità con cui Big Pharma promuove, invece, il consumo degli antibiotici: per le aziende farmaceutiche, un lucroso giro d'affari che vale 40 miliardi di dollari l'anno.

E questa è una prima sorpresa: se il mercato degli antibiotici è così appetitoso, perché le aziende non spingono sul pedale della ricerca e noi stiamo perdendo la corsa con la selezione naturale dei batteri? Non solo antibiotici nuovi non arrivano da tempo, ma neanche arriveranno. All'ultimo conto, i laboratori nel mondo stanno sviluppando 41 nuovi tipi di antibiotici. Solo un terzo, però, sono utili contro le specie di batteri resistenti. E, forse, solo tre sono potenzialmente attivi contro almeno il 90 per cento dei batteri più resistenti che i dottori si trovano ad affrontare attualmente. In sostanza, questi antibiotici sono ancora 10-15 anni lontani dalla vendita al pubblico, ma già sappiamo che non serviranno a chiudere le falle dei bisogni medici di oggi.

Non è che a Big Pharma siano scemi. Il problema, anzi, è che conoscono fin troppo bene il loro mestiere. Si scopre, infatti, che esiste una sorta di Comma 22 dell'antibiotico, per cui produrli bisogna, ma non conviene. Inventarli è un processo lungo e costoso: solo il 2-4 per cento arriva dalle prime prove di laboratorio fino agli scaffali delle farmacie. Ma, qui, l'antibiotico non si comporta come le altre medicine. Normalmente, quando arriva un nuovo farmaco, ad esempio contro il colesterolo, spopola perché più efficace dei vecchi concorrenti.

Nel caso degli antibiotici, questo non avviene. Il nuovo medicinale colpisce ceppi di batteri altrimenti resistenti, che possono, però, avere ancora una diffusione circoscritta e limitata. In tutti gli altri casi, i vecchi antibiotici, spesso generici, comunque a prezzi stracciati, funzionano benissimo. Solo man mano che i batteri resistenti ai vecchi medicinali si diffondono — un processo difficile da valutare con 10-15 anni di anticipo, al momento di ini-

ziare una ricerca — il nuovo antibiotico diventa utile e indispensabile. Ma, nel frattempo, possono essere passati anni, il brevetto del nuovo farmaco sta per scadere e, in ultima analisi, l'azienda non fa in tempo a fare abbastanza profitti da coprire i costi della ricerca. Dunque, non la inizia neanche.

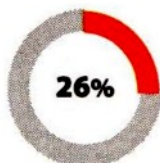
Come si esce da questo vicolo cieco? Il documento approvato martedì dall'Oms lancia una proposta rivoluzionaria: bisogna trovare il modo di sganciare i profitti dalle vendite. Ma come, senza espropriare e nazionalizzare le aziende farmaceutiche? La risposta, lontana da ogni tentazione collettivista, ma anche dall'ortodossia liberista, arriva da un rapporto stilato per conto del governo inglese (conservatore) di David Cameron da un gruppo di lavoro presieduto da un ex di Goldman Sachs, Jim O'Neill. E l'idea è una sorta di Onu del farmaco, un organismo pubblico sovranazionale che si sostituisca al mercato e controlli le vendite. Questo organismo comprenderebbe dalle aziende diritti commerciali di un nuovo antibiotico, riservandosi di venderli in prima persona.

Big Pharma, in altre parole, lavorerebbe, in questo settore, per un unico acquirente pubblico. I rischi della ricerca resterebbero sull'azienda. Il grosso del pagamento, infatti, avverrebbe solo due-tre anni dopo che il prodotto è arrivato sul mercato e ha potuto dimostrare la sua utilità. Big Pharma avrebbe, però, la garanzia (se il prodotto funziona) di un profitto certo e prestabilito. Il rapporto valuta che per un nuovo antibiotico efficace, l'organismo sovranazionale potrebbe pagare fra i 2 e i 3 miliardi di dollari. All'azienda conviene: 2 miliardi di dollari incassati all'inizio della vita commerciale di un prodotto equivalgono a quasi 7 miliardi di fatturato sull'intero arco ventennale di durata del brevetto. Ma conviene anche ai governi: normalmente, per le forniture di un antibiotico, i sistemi sanitari pagano, finché è in vigore il brevetto, anche più di 2-3 miliardi di dollari.

Alternativamente, il rapporto di O'Neill prevede una soluzione meno drastica: l'organismo nazionale anticiperebbe una somma più bassa (fra 1 e 1,3 miliardi di dollari) per un nuovo antibiotico, ma sarebbe l'azienda a venderlo e a incassare, girando una parte dei profitti ai governi finanziatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'uso inappropriato degli antibiotici in Italia



I casi di influenza in cui gli antibiotici si usano in modo inappropriato



La spesa lorda pro capite per gli antibiotici degli italiani



Il consumo di antibiotici nel 2013 rispetto al 2012

FONTE: AIFA