

Una denuncia: I farmaci innovativi e salvavita contro il cancro stazionano troppo ed inutilmente nell'anticamera dell'Aifa e delle Regioni (ognuna con tempi suoi, fino a 50 mesi di ritardo).

«La legge di massimo 100 giorni non è applicata. Ancora troppi ritardi intollerabili nel garantire i nuovi trattamenti eppure la spesa per le cure non è aumentata negli ultimi anni». La denuncia è del prof. Stefano Cascinu, presidente AIOM che ha presentato al Parlamento due proposte da attuare in tempi brevi tenendo presenti i vantaggi per il malato dei farmaci veramente innovativi.

Un esempio è dato dalla terapia del cancro mammario avanzato. Cambia il paradigma, più efficace la terapia ormonale, chemioterapia più lontana. «Il nuovo scenario - dice il prof. Sabino De Placido, università Federico II, Napoli - è andare oltre il binomio chemioterapia-ormonoterapia grazie ad un farmaco orale - il primo - "everolimus", ora indicato per le forme di tumore al seno ER+/HER2-negativo: aspettativa di vita sempre più lunga e qualità di vita adeguata». In donne con tumore avanzato, il farmaco a bersaglio molecolare agisce minimamente sulle cellule sane, ha meno effetti collaterali, ottimizza la pratica clinica. In associazione all'exemestane, esso si è dimostrato superiore (raddoppia il tempo di sopravvivenza libera da progressione) alla sola ormonoterapia nei tumori

ANCHE I FARMACI ANTICANCRO IN LISTA D'ATTESA

di NICOLA SIMONETTI

avanzata, molto spesso per ritardo nella diagnosi. Mai superfluo raccomandare autodiagnosi, controllo clinico periodico e, dopo i 50 anni, mammografia annuale».

«Le prospettive per le pazienti con patologia in fase avanzata - dice il prof. M. De Laurentiis, "Fondazione Pascale", Napoli - sono migliorate grazie alla conoscenza dei meccanismi molecolari alla base delle forme di tumore della mammella, all'identificazione dei sottotipi e all'avvento di terapie mirate che agiscono contro specifici bersagli molecolari».

Everolimus rallenta crescita e diffusione del tumore, indebolisce la resistenza della neoplasia alla terapia ormonale e posticipa l'approccio chemioterapico a una fase più avanzata della malattia.

Il contributo dato dai centri italiani allo sviluppo clinico di everolimus è riconosciuto dal premio «The Luminal Breast Practice Award», promosso da Novartis, consegnato a Napoli a giovani ricercatori.

avanzati sensibili ai recettori ormonali e dimostra ottimo profilo di tollerabilità, specie in donne che non tollerano trattamenti tossici.

«In Italia - dice il prof. Francesco Schittulli, chirurgo senologo, oncologo, presidente nazionale Lega Tumori - si stima siano 120.000-150.000 le donne che lottano contro il tumore del seno in fase avanzata. Delle 45.000 donne che, ogni anno, se ne ammalano, 10-12.000 sviluppano, nel tempo, forma avan-

⇒ **A Lecce** Somministrazione gratuita

Ci risiamo, cura Di Bella imposta per sentenza

Ancora una volta le scelte sulla salute decise dai magistrati: «La terapia ufficiale è inefficace»

Francesca Angeli

Roma Medicina giudiziaria. Ancora una volta un giudice si sostituisce al medico, al servizio sanitario nazionale, al ministero della Salute e a tutti gli organismi scientifici ufficiali e impone ad una Asl di somministrare gratuitamente la terapia Di Bella ad una paziente che ne ha fatto richiesta. Non solo. Dato che la donna aveva già iniziato la terapia a sue spese il giudice ha anche stabilito che la Asl rimborsi 25.000 euro alla paziente.

Non è la prima volta e non sarà neppure l'ultima evidentemente visto che i casi di terapie bocciate dalla medicina ufficiale ma riproposte dai giudici si stanno moltiplicando e generano casi clamorosi come quello del Metodo Stamina. Proprio pochi giorni fa il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin aveva espresso il timore di vedere nascere nuovi casi simili, in riferimento alla clamorosa vicenda che vede protagonista Davide Vannoni ed il suo discusso metodo basato sulle infusioni di staminali. Questo sul metodo Di Bella però non è un caso nuovo ma nato addirittura a 16 anni fa. Una vicenda dai risvolti molto simili al caso Stamina: una terapia non riconosciuta dalla medicina ufficiale, un forte movimento dell'opinione pubblica nato in seno ad un gruppo

RISARCIMENTO

La donna, malata di tumore, verrà rimborsata dei 25mila euro spesi in precedenza

di famiglie convinte dell'efficacia della terapia messa a punto da un ricercatore, Luigi Di Bella. Le vicende non sono completamente sovrapponibili visto che Di Bella, almeno, era un medico al contrario di Vannoni. Allora era ministro della Salute Rosi Bindi, che sotto la spinta dell'opinione pubblica decise di avviare la sperimentazione di quella terapia. Sperimentazione che si concluse con la bocciatura del Metodo Di Bella considerato inefficace. Ma la sentenza della medicina ufficiale non chiuse completamente la vicenda. In molti hanno continua-



SIMBOLO
Il defunto professor Luigi Di Bella, ideatore di una terapia anti tumorale la cui efficacia è respinta dalla comunità scientifica

to a credere nel metodo Di Bella portato avanti anche da suo figlio Giuseppe e dalla fondazione che ne porta il nome. Il figlio Giuseppe continua a difendere la terapia del padre e di recente uno studio clinico sul metodo è stato pubblicato sulla rivista *Neuroendocrinology Letters*. Nel corso di questi anni molti pazienti, quasi tutti in Puglia, si sono rivolti ai giudici per ottenere la cura Di Bella, ottenendo risposta positiva.

L'ultimo caso a Lecce dove un giudice del Tribunale del Lavoro, Francesca Costa, ha accolto il ricorso di una donna, affetta da una patologia oncologica, imponendo alla Asl di fornirle la cura a spese del servizio sanitario nazionale. Nella sentenza il giudice rileva come la «terapia ufficialmente riconosciuta sia stata inefficace nel caso della paziente» mentre la cura Di Bella avrebbe «prodotto oltre che notevoli benefici di tipo soggettivo anche un miglioramento obbiettivo e iconografico». Miglioramenti certificati, secondo il giudice, sia sul piano clinico sia quello strumentale e sintomatico. «Atteso che dagli ultimi documenti emerge una situazione clinica in cui, accanto ad una progressione della malattia, sono evidenti riduzioni e addirittura la scomparsa di alcune lesioni con un miglioramento rispetto al periodo pre-trattamento che rende il trattamento stesso insostituibile», si legge fra l'altro nella sentenza. Sono ancora moltissime le persone che nutrono speranza e fiducia nella terapia Di Bella tanto che all'as-

semblea regionale siciliana è stato presentato alla fine dello scorso anno un disegno di legge che prevede un finanziamento di 5 milioni di euro per garantire la cura Di Bella ai malati di tumore che ne fanno richiesta.



LO STRESS FA BENE ALLE STAMINALI

di GIANVITO MARTINO *

Mentre nel nostro Paese continua il dibattito sul cosiddetto metodo Stamina, che non è né un metodo né una cura, nel resto del mondo la ricerca in questo ambito va avanti. È di pochi giorni fa la notizia, apparsa su Nature, che Haruko Obokata, del Riken Center di Kobe in Giappone, ha sviluppato un metodo per trasformare (riprogrammare) cellule adulte in staminali simil-embrionali pluripotenti solo esponendole a eventi "stressanti", per esempio coltivandole in ambiente acido o comprimendole fisicamente. La scoperta, se confermata, potrà rappresentare una svolta importante. Finora per riprogrammare cellule adulte in staminali pluripotenti è stato necessario usare metodi di ingegneria genetica che rendono, al momento, difficoltoso, se non potenzialmente pericoloso, usare tali cellule a scopo rigenerativo. Le "cellule di Obokata", denominate Stap (Stimulus-Triggered Acquisition of Pluripotency), sono più semplici e veloci da ottenere e il metodo, che non richiede l'inserimento di geni potenzialmente dannosi, è più sicuro e



**Potrebbe trattarsi
di una svolta epocale,
frutto di anni
di ricerche serie
e riproducibili**

sembra, anche, più efficiente. Infine, le cellule Stap sono più malleabili in laboratorio, cioè meno fragili. Obokata ha fatto fatica a convincere la comunità scientifica della solidità della sua scoperta, ma dopo cinque anni di esperimenti fatti e rifatti migliaia di volte, riprodotti e riproducibili, ce l'ha fatta. Non proclami

ne' opinioni ma fatti, così va la scienza. Se le cellule così ottenute si dimostreranno prive di effetti tossici e capaci di formare tessuti sani e funzionanti una volta iniettate in vivo, si aprirebbe la possibilità di usare cellule del sangue o della pelle di malati - quindi senza rischio di rigetto - che, una volta "stressate" in laboratorio, potranno generare un numero consistente di cellule potenzialmente in grado di riparare qualsiasi organo danneggiato una volta trapiantate. Una nota di cautela è, però, necessaria per non trarre semplicistiche conclusioni. Le cellule STAP - a differenza delle pluripotenti fino ad oggi ottenibili - sono in grado di generare anche tessuti placentari e quindi la loro potenziale utilità nelle procedure di clonaggio, anche riproduttivo, è palese. Inoltre, il percorso che porterà alla trasferibilità di tale scoperta in concrete terapie sarà ancora lungo poiché sono indispensabili ulteriori passaggi sperimentali, primo fra tutti quello di dimostrare che tale procedura è applicabile anche a cellule umane.

* Divisione di Neuroscienze, Ist. San Raffaele, Milano



» Malati & Malattie

di Gloria Sacconi Jotti



Mammella, colon retto e prostata, ecco le neoplasie più diagnosticate

Nel 2012 sono state stimate in Italia più di 54 mila nuove diagnosi di tumore del colon-retto (31 mila negli uomini e 23 mila nelle donne), più di 50 mila nuovi casi di tumore della mammella e più di 42 mila di tumore della prostata. Esaranno proprio queste - mammella, colon-retto e prostata - le neoplasie più diagnosticate, ovvero a maggior incidenza, nei prossimi anni secondo le stime dei ricercatori dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Associazione italiana dei registri tumori, pubblicate nel numero monografico di Tumori - Volume 99 fascicolo 3 anno 2013 (consultabili on-line sul sito www.tumorionline.it). Lo studio è stato realizzato nell'ambito del programma straordinario oncologia su «La rete nazionale dei registri tumori: indicatori e controllo del cancro in Italia» promosso dal ministero della salute italiano e dal Centro per il controllo delle malattie. L'incidenza si conferma invece in riduzione per il tumore del polmone negli uomini, per lo stomaco in entrambi i sessi e per la cervice uterina. Al contrario, tra i tumori in aumento costante sono da segnalare il melanoma della cute, sia negli uomini, che nelle donne, con 12 mila nuovi casi totali ed il tumore del polmone nelle donne con più di 10 mila nuove diagnosi l'anno (in controtendenza rispetto agli uomini), destinato a diventare tra i tumori la seconda causa di morte nelle donne dopo il cancro della mammella, superando il tumore dello stomaco e quello del colon-retto. Per tutti gli altri tumori esaminati, invece, la mortalità diminuisce, anche per effetto della diffusione di screening e tecniche di diagnosi precoce. «Questo studio rappresenta un significativo strumento conoscitivo di straordinaria importanza per i ricercatori, i clinici e la popolazione generale e costituisce - dichiara Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano - un riferimento fondamentale per chi deve prendere decisioni di salute pubblica nel Paese. Tutto ciò è il risultato di una ormai pluriennale collaborazione tra l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano».

gloriasj@unipr.it

TELEMEDICINA

Un modello di cura per le patologie croniche

Luisa Romagnoni

■ L'innovazione digitale porta vantaggi concreti in sanità. In particolare nella gestione delle malattie croniche di grande impatto, come diabete, scompenso cardiaco e Bpco (broncopneumopatia cronica ostruttiva). Patologie in crescita che, oltre a limitare la qualità di vita dei pazienti, costano al Servizio sanitario nazionale (Ssn), in termini di assistenza e cura, ben 18 miliardi di euro ogni anno, il 13 per cento di tutta la spesa sanitaria pubblica. Secondo stime, oggi in Italia sono oltre 7,5 milioni le persone affette da malattie croniche. Pazienti che potrebbero beneficiare delle più recenti soluzioni tecnologiche. Come di «Doctor Plus», un modello di monitoraggio remoto, in cui il medico può conoscere a distanza, in ogni momento, lo stato di salute del paziente. Grazie ad un kit di dispositivi medici certificati, è possibile misurare comodamente da casa, parametri clinici (come glicemia, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e peso corporeo). Un sistema, quello del monitoraggio remoto, che si traduce in una migliore qualità di vita al paziente, un aiuto per il medico a costruire un percorso terapeutico condiviso e regolare, oltre ad un utilizzo più razionale delle risorse sanitarie. Beneficiemersi anche da un importante studio clinico di Telemedicina, condotto in Italia per 12 mesi con diabete, controllate attraverso il programma Doctor Plus. «Teniamo presente - afferma Nicolucci, direttore del Laboratorio di epidemiologia clinica, Fondazione Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro (Chieti) - che il 60 per cento dei costi sostenuti per la malattia diabetica è legato ai ricoveri per complicanze. Quindi un primo vantaggio del telemonitoraggio, è l'abbattimento della spesa da ospedalizzazione. Ma si riducono anche le prestazioni ambulatoriali». Il servizio Doctor Plus realizzato da Vree Hea-

th, società di Msd Italia, già testato in alcune realtà del Lazio e della Toscana, viene offerto ad aziende sanitarie, pubbliche e private. «Se la soluzione Doctor Plus fosse applicata a tutti i pazienti diabetici con co-morbidità in Italia, circa 1,5 milioni di pazienti, si potrebbe ottenere un risparmio superiore a 1 miliardo di euro», sottolinea Pierluigi Antonelli, presidente e amministratore delegato Msd Italia.





02-01-2014

OBESITA': E' INUTILE SOSTITUIRE FRUTTOSIO CON GLUCOSIO

(AGI) - Toronto, 2 feb. - Un nuovo studio del St. Michael's Hospital, in Canada, ha dimostrato che non vi e' alcun vantaggio nel sostituire il fruttosio, zucchero comunemente incolpato per l'obesita', con il glucosio, negli alimenti preparati industrialmente. I risultati, pubblicati sulla rivista Current Opinion in Lipidology, dimostrano che quando le dimensioni delle porzioni e delle calorie sono le stesse, il fruttosio non provoca piu' danni del glucosio alla salute.

"Nonostante le preoccupazioni circa l'associazione tra fruttosio e obesita' non vi e' alcuna giustificazione per sostituirlo con il glucosio perche' non ci sono prove nette dei danni maggiori", ha spiegato John Sievenpiper, ricercatore del Clinical Nutrition and Risk Factor Modification Centre del St. Michael's. Lo studio ha scoperto che il consumo di fruttosio puo' aumentare il colesterolo totale e i trigliceridi postprandiali. Tuttavia, non sembra influenzare la produzione di insulina piu' di quanto non faccia il glucosio.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Pillole di salute

Nuove tecnologie nella chirurgia della tiroide

■ ■ ■ **LUCA BERNARDO***

■ ■ ■ Ancora una volta è un piacere "colloquiare" con il Professor Gianlorenzo Dionigi, Direttore della Chirurgia Generale, Ospedale di Circolo-Polo Universitario di Varese quando si parla di tecnologia, innovazione di processi e dei progressi nella chirurgia, ed in questo particolare caso di quella tiroidea. Grazie ad un significativo investimento economico dell'Università dell'Insubria, e dell'Azienda Ospedaliera di Varese, diretta dal dottor Callisto Bravi sono state applicate nuove tecnologie nell'ambito della chirurgia della tiroide. Tali nuovi strumenti hanno migliorato la qualità degli interventi chirurgici sulla tiroide, al servizio dei Pazienti. Vale a dire raffinare l'intervento chirurgico e migliorare il decorso postoperatorio, riducendo le complicanze. Tra queste nuove apparecchiature ricordiamo l'applicazione di nuovi strumenti di dissezione ed emostasi che migliorano controllo del sanguinamento intraoperatorio. Altra tecnologia introdotta è la chirurgia mini-invasiva per patologie endocrinologiche quali: i noduli tiroidei o i tumori del surrene. Tali metodiche riducono al minimo il trauma chirurgico per il Paziente, assicurando un ottimo risultato estetico, un minore dolore ed una rapida ripresa delle normali attività fisiologiche del paziente nel periodo post-operatorio. Introdotto anche il nuovo sistema di monitoraggio continuo intraoperatorio dei nervi laringei, sottolinea il professor Dionigi. I nervi laringei sono responsabili della motilità delle corde vocali quindi del tono di voce. Questo nuovo sistema, costituisce un valido strumento diagnostico per identificare e monitorare durante l'intervento i nervi laringei. Questa apparecchiatura si rivela utile nei casi in cui i nervi possono essere più difficili da localizzare ovvero nei casi di tumori. Recenti lavori scientifici hanno riportato una riduzione significativa delle lesioni alle corde vocali quando si utilizza il sistema di monitoraggio intraoperatorio dei nervi laringei. Quindi Professore quanto è importante oggi l'innovazione tecnologia? «Comprensibile come ciò sia frutto di una intensa attività di ricerca di base, tecnologica e soprattutto clinica. Di fatto, l'esperienza, la competenza specifica dell'équipe chirurgica, l'ambiente in cui essa opera e la presenza in questa struttura Ospedaliera di Varese, di alte compe-

tenze specialistiche quali quelle Endocrinologiche, Anestesiologiche, Radiologiche, di Medicina Nucleare, Anatomico-Patologiche, di Otolaringoiatria, costituiscono un indispensabile presupposto per ottenere buoni risultati».

***Direttore del Dipartimento Materno-Infantile Fatebenefratelli e Oftalmico**





Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**

Per imparare a diffidare delle «terapie miracolose»

Abbiamo scoperto che tra gli scienziati più influenti al mondo ci sono ben otto italiani. Ma pare che gli italiani si lascino poco influenzare, in quanto a rigore scientifico, da questi grandi medici e tendano nelle questioni di salute ad affidarsi piuttosto all'emotività e a coltivare il pensiero magico. Non a caso sono stati da poco pubblicati due libretti divulgativi, tradotti dall'inglese per contrastare questa tendenza e che mi sento di raccomandare, anche perché scaricabili gratuitamente in rete. Il primo si



Le trappole della «non scienza» si evitano sapendo come viene fatta la buona ricerca

intitola «Non ho nulla da perdere a provarlo» e dimostra che quando si tratta di curare una malattia è vero il contrario. Realizzato da un'associazione no-profit inglese - Sense about science -, è proposto dall'Agenzia italiana del Farmaco, come vademecum, per aiutare i cittadini a diffidare delle cosiddette cure miracolose (www.agenziafarmaco.gov.it). Invece di provare qualsiasi cura, infatti, è meglio chiedersi «Dove sono le prove?», che è il titolo del secondo libro, curato dall'Istituto Mario Negri e dal Centro Cochrane italiano, seconda edizione del libro di un famoso medico inglese, sir Iain Chalmers, che non solo sostiene che una buona assistenza medica deriva soltanto da una buona ricerca, ma spiega anche che cos'è una buona ricerca. Per evitare almeno le trappole della non scienza (<http://it.testingtreatments.org>). Sembra che le due iniziative abbiano lo stesso obiettivo: invitarci a dare retta a quegli otto scienziati più che ad altri, magari più famosi.



Da dieta e sonno il segreto di lunga vita

Buoni modelli di riposo notturno, o sonno, e una dieta varia sono stati trovati essere il segreto di una lunga e sana vita. Ma le cose sono un po' diverse tra uomini e donne



Qual è il segreto di lunga vita, o l'elisir da sempre cercato dagli uomini di tutte le epoche? In molti hanno cercato di dare una risposta, e allo stesso modo in tanti hanno indicato metodi più o meno improbabili – spesso riservati a pochi. Ma gli scienziati della Monash University, il National Defense Medical Centre e il National Health Research Institutes di Taiwan oggi offrono **una risposta che può apparire banale**, o troppo semplice per essere vera ma che, tuttavia, pare sia davvero una soluzione. E soprattutto che può essere messa in pratica da tutti.

Secondo la ricerca condotta dal prof. Mark Wahlqvist e colleghi del Monash University's Department of Epidemiology and Preventive Medicine e il Monash Asia Institute, per valutare l'impatto della dieta e la qualità del sonno sulla mortalità di uomini e donne anziani, seguire modelli corretti può davvero aumentare la durata della vita. **Tuttavia, le cose cambiano tra maschi e femmine.**

Per esempio, Wahlqvist e colleghi hanno scoperto che se per i maschi buoni modelli di sonno fondamentali per poter vivere più a lungo, il rischio di morte prematura si verificava soltanto se a cattivi modelli di sonno non era abbinata una dieta scorretta; per le femmine un buon sonno forniva la possibilità di vivere più a lungo soltanto se abbinato a una dieta sana e varia – che comprendesse buone fonti di vitamina B6.

«Uno scarso sonno è stato associato a **un aumento della mortalità e morbilità** tra cui obesità, diabete, malattie cardiovascolari e malattie coronariche – ha spiegato il professor Wahlqvist – Abbiamo trovato che per entrambi i generi sessuali, un scarso sonno è stato fortemente correlato con scarso appetito e cattive condizioni di salute avvertite».

«C'è stata una significativa interazione tra la qualità del sonno e una dieta varia – aggiunge Wahlqvist – Per gli uomini, **poco sonno** non è stato associato con un maggior rischio di morte a meno che non ci fosse anche una insufficiente dieta variegata. Per le donne, un **buon sonno** forniva un vantaggio di sopravvivenza soltanto se avessero seguito una dieta varia».

I ricercatori hanno scoperto che le donne hanno in genere quasi il doppio delle probabilità degli uomini di dormire male, e come questo problema **si traducesse in una dieta più povera** – con scarso apporto di vitamina B6 e ferro. Le donne che invece dormivano bene non mostravano questo problema.

«Una diversità alimentare sufficiente negli uomini potrebbe compensare l'effetto negativo sulla mortalità del poco sonno, mentre le donne devono assicurarsi di mangiare cibi ricchi di vitamina B6», ha sottolineato il professor Wahlqvist.

Lo studio, pubblicato sul *Journal of American College of Nutrition*, ha anche mostrato come coloro con una scarsa qualità del sonno avessero anche più difficoltà di masticazione, avessero scarso appetito e facessero meno attività fisica. «Queste caratteristiche potrebbero contribuire ad abbassare la qualità complessiva della dieta e quella di alimenti e nutrienti, in particolare le verdure e alimenti ricchi di proteine e vitamina B-6 – sottolinea Wahlqvist – **Essi possono anche contribuire al rischio di morte**, sia di per sé che insieme a un sonno problematico. Interventi incentrati

sull'educazione circa le pratiche alimentari sane nelle persone anziane potrebbe migliorare la durata del sonno e fornire livelli più stabili di salute».

In definitiva, spesso le **soluzioni più semplici e a portata di mano** si rivelano anche quelle più efficaci e valide. Cerchiamo pertanto di seguire una dieta variegata e dormire le giuste ore di sonno – non dimenticando la qualità

<http://www.lastampa.it/2014/02/03/scienza/benessere/lifestyle/da-dieta-e-sonno-il-segreto-di-lunga-vita-51a0jfb8tvvrLcjoX0gJyJ/pagina.html>

stampa | chiudi

RICERCA

Per il Parkinson progressi nella terapia genica

*Incoraggianti indicazioni da un nuovo principio che si
avvale*

*di Si basa su si avvale di vettori virali che trasportano geni
capaci di avviare la produzione di dopamina*

NOTIZIE CORRELATE

Tutta la storia della terapia della malattia di Parkinson è legata ai tentativi, più o meno riusciti, di ovviare alla carenza di un neurotrasmettitore fondamentale per le funzioni motorie chiamato dopamina. Di fatto, nessuna delle tante terapie (si veda oltre) è finora risultata davvero risolutiva, soprattutto sui sintomi non motori come le alterazioni dell'umore, del sonno o il rallentamento cognitivo che non hanno una base dopaminergica. Comunque, nonostante le tante imperfezioni, le terapie usate nei disturbi motori del Parkinson, anche se non hanno risolto la malattia, hanno avuto il merito di dare ai pazienti una discreta qualità di vita.

UN NUOVO TRATTAMENTO- Arriva ora una terapia del tutto nuova di tipo genico, messa a punto dai ricercatori anglo-francesi delle Università di Londra, di Créteil e di Tolosa che, insieme a quelli dei laboratori della Oxford BioMedica, ne hanno dato notizia sulla rivista Lancet: il nuovo trattamento potrebbe finalmente risolvere alla radice la malattia, andando a riattivare il blocco della dopamina che, come ormai è noto, si verifica a livello dei cosiddetti Gangli della Base e in particolare in quello chiamato Sostanza Nera.

VIRUS COME TAXI DI GENI - La nuova terapia si basa su un principio terapeutico chiamato Provasin che si avvale di vettori virali genetici, cioè di virus mutati in laboratorio per fungere da taxi cellulari a geni cosiddetti terapeutici che, una volta inoculati, avviano la produzione del neurotrasmettitore carente. I geni sono infatti lo stampo per la produzione di materiale proteico come quello che costituisce un neurotrasmettitore e introducendo il giusto stampo si riattiva la produzione di una qualsiasi proteina mancante o difettosa. Queste tecniche vanno sempre più diffondendosi: i virus usati dal Provasin (lentivirus della famiglia dei *retroviridae*) sono stati ad esempio già usati nella malattia dei "bambini bolla" i quali, per una carenza ereditaria dell'enzima ADA (adenosin deaminasi), non sviluppano i linfociti della difesa immunitaria e, restando così esposti a ogni infezione, sono costretti a vivere sotto una campana sterile, da cui il nome di bambini bolla.

TRE GENI - Nel caso del Parkinson i virus transfettati con tre geni fondamentali per riattivare la produzione di dopamina sono stati iniettati nel corpo striato ipotalamico, area importante per il controllo del movimento che fa parte dei gangli della base. I primi 15 pazienti avevano un'età compresa fra 48 e 65 anni ed erano malati da almeno 5 anni. Sono stati scelti fra chi aveva avuto una risposta del 50% alla convenzionale terapia con levodopa e presentava fluttuazioni motorie, cioè transitori peggioramenti del quadro motorio. Tutti ricordano il Parkinson per il caratteristico tremore, ma questa malattia ha anche segni motori peculiari come la lentezza o il blocco dei movimenti, l'instabilità o la rigidità ed è soprattutto su questi che il nuovo trattamento vuole intervenire.

TRE DIVERSI DOSAGGI - Un problema che certamente si pone fin d'ora è la messa a punto del giusto dosaggio perché si opera su valori ancora più infinitesimali dei recettori cellulari sui quali agiscono i farmaci, cioè sulle codifiche geniche. Nello studio il Prosavin è stato infatti provato in tre diversi dosaggi, alto e medio a 12 pazienti e basso a 3. Già dopo 6 mesi tutti i pazienti, indipendentemente dal dosaggio, hanno riportato miglioramenti significativi alla scala UPDRS, lo strumento con cui si valuta la situazione motoria dei parkinsoniani, un risultato mantenutosi costante a distanza di altri 6 mesi. Al di là del fatto quasi scontato che si tratta del primo studio soltanto su un numero esiguo di pazienti, i primi dati sembrano incoraggianti se si considera anche il fatto che quando si va a sollecitare qualcosa di infinitamente piccolo come i geni non si sa mai cosa può succedere e a un anno dall'inizio del trattamento pure la tollerabilità è stata soddisfacente non essendo emerso alcun effetto collaterale di rilievo.

I SOLITI EFFETTI COLLATERALI - 11 pazienti hanno riportato discinesie durante la fase cosiddetta di ON, cioè avevano movimenti involontari quando erano usciti dal blocco motorio e 9 pazienti hanno avuto fenomeni cosiddetti di ON-OFF, cioè alternarsi di blocco e di liberazione dei movimenti. Si tratta di fenomeni sempre osservati in questi pazienti e che talora sfuggono a qualunque delle terapie finora utilizzate. Per sancire una superiore tollerabilità del Prosavin sarà importante verificare col tempo la loro qualità e quantità rispetto a quelli dei precedenti trattamenti. D'altro canto tutta la storia della terapia di questa malattia è ricca, ancor più che in altre patologie, di tentativi terapeutici man mano abbandonati perché superati da altri migliori.

PALLIDOTOMIA - Il primo tentativo per riattivare i neuroni dopaminergici addormentati è stato togliere l'inibizione regolatrice che normalmente esercita su di loro il *globo pallido* ipotalamico, asportandolo con poco raccomandabili interventi demolitivi di pallidotomia perché si pensava che esercitasse una regolazione eccessiva, al punto da bloccare del tutto la sostanza nera.

LEVODOPA- Questa cruenta pratica neurochirurgica in voga negli anni '50 è stata superata negli anni '70 con la scoperta che la levodopa, una dopamina esogena sintetizzata in laboratorio dalle fave, poteva supplire alla dopamina naturale. Nonostante la sua tendenza a fluttuazioni della concentrazione ematica e a un esaurimento dell'efficacia senza l'associazione di altri farmaci d'aiuto come i dopamino-agonisti, questa sostanza rappresenta tuttora il farmaco di riferimento.

INFUSIONE INTRADUODENALE - Mantenere un costante livello del farmaco è un'esigenza assoluta nella malattia di Parkinson cui ha cercato di rispondere l'infusione intraduodenale continua di apomorfina, pratica introdotta negli anni '80. Questa micropompa è ancora migliorabile se, come stanno facendo adesso alcuni ricercatori israeliani, sarà ulteriormente miniaturizzata fino a diventare un cerotto a lento rilascio.

TOSSINA BOTULINICA - Parallelamente vengono oggi usati anche altri farmaci che agiscono su diversi neuromediatori implicati marginalmente in questa malattia, oppure si impiega la tossina botulinica che

corregge aspetti particolari come i disturbi muscolari cosiddetti distonici. DBS Negli anni '80 è arrivata la neurostimolazione profonda con DBS (Deep Brain Stimulation) che tramite microimpulsi elettrici riattiva i neuroni dopaminergici, riportandoli indietro di anni alla condizione che avevano quando erano ancora ben sensibili alla levodopa,. Questa tecnica assai recentemente ha avuto un'ulteriore evoluzione diventando DBS adattativa, cioè capace di adeguare continuamente la stimolazione alle esigenze del momento modulandola di conseguenza, una scoperta frutto della ricerca italiana di cui ha parlato anche il Corriere.

stampa | chiudi

Sabato 01 FEBBRAIO 2014

Lea e Regioni in Piano di rientro. Dal ministero le schede di sintesi dei risultati dal 2007 al 2012

Per ciascuna delle Regioni in Piano di rientro il ministero fornisce una scheda di sintesi sull'erogazione dei Lea, sull'assistenza farmaceutica, sull'assistenza ospedaliera e su quella territoriale. Per quanto riguarda i Lea, l'Abruzzo di ferma a 143 punti rispetto alla soglia di adeguatezza stabilita a 160, la Calabria si attesta su 132, la Campania a 116, il Lazio a 165, il Molise a 144, il Piemonte a 180, la Puglia a 138 e la Sicilia a 156.

Più attenzione all'erogazione dell'assistenza nel monitoraggio delle Regioni in Piano di rientro. Con questo obiettivo, l'Ufficio Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVEAS) della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del ministero della Salute, nell'ambito delle attività di affiancamento alle Regioni con Piano di rientro, ha pubblicato i risultati del monitoraggio sostanziale (erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e Costi) per il periodo 2007-2012.

Per ciascuna delle Regioni in Piano di rientro ([Abruzzo](#), [Calabria](#), [Campania](#), [Lazio](#), [Molise](#), [Piemonte](#), [Puglia](#) e [Sicilia](#)) è disponibile una scheda di sintesi della verifica Lea che fotografa i risultati raggiunti nel triennio e il trend 2009-2012.

Sono inoltre pubblicate, oltre alla sintesi, le schede di dettaglio del monitoraggio sostanziale Lea effettuato sulle Regioni in Piano di rientro dal 2007 al 2011, suddiviso in 3 sezioni: Analisi farmaceutica, Analisi ospedaliera, Analisi territoriale (vedi link a fondo pagina).

La scheda di sintesi della verifica Lea e trend 2009-2012 mette a confronto valori regionali e valori di riferimento stabiliti da varie fonti, valuta il trend di tali indicatori negli anni che vanno dal 2009 al 2012 e rileva l'andamento reale dell'erogazione per ogni singola regione nei diversi settori dell'assistenza.

La scheda risulta di immediata lettura e comprensione anche per la presenza di una legenda esplicativa e di un "semaforo" che, a colpo d'occhio, segnalano i progressi conseguiti dalle regioni nell'attuazione del programma dei rispettivi Piani di rientro.

"Nello specifico – spiega il ministero della Salute -, la scheda rappresenta, per ogni Regione in piano di rientro, un cruscotto di monitoraggio dell'andamento temporale di alcune principali aree di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia nel complesso che articolate, rispettivamente, nelle dimensioni ospedaliera, territoriale e della prevenzione. Il cruscotto confronta la situazione regionale con standard disposti dalle normative nazionali e con benchmark ottimali registrati a livello nazionale (ad es. la Legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancari").

Ma il ministero evidenzia anche che "il processo di riqualificazione dei SSR, alla base dei Piani di rientro, non si esplica attraverso mere riduzioni lineari sui posti letto, ma con la promozione di riorganizzazioni complessive dei sistemi sanitari regionali finalizzate ad eliminare sprechi di risorse e,

nel contempo, a favorire servizi qualitativamente adeguati e sicuri. Ciò nell'ottica di migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino e che l'obiettivo da raggiungere è quello di ottimizzare l'offerta dirottando le risorse risparmiate dove sono maggiormente necessarie e più appropriate".

Gli indicatori riportati nel cruscotto esprimono, in forma sintetica, sia l'offerta di servizi di assistenza ospedaliera, residenziale e semiresidenziale in rapporto alla potenziale utenza, sia la domanda di assistenza domiciliare e ospedaliera, con un approfondimento, relativamente a quest'ultima, sull'appropriatezza e sull'efficienza dell'erogazione. La scheda presenta, inoltre, il punteggio di sintesi dell'andamento complessivo dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'adempimento e) "Mantenimento dell'erogazione dei LEA", che è uno dei 44 adempimenti oggetto di verifica del Comitato LEA e, quale componente di quest'ultimo, il punteggio attribuito alla quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati. Un dato "in grado di sintetizzare una importante componente delle attività erogate nel settore della prevenzione", sottolinea il ministero. Per questo indicatore tuttavia, a conquistare il semaforo rosso nel 2012 è solo Piemonte.

L'ultima colonna riporta, infine, una rappresentazione grafica a freccia, per dare conto immediato dei progressi conseguiti negli indicatori e a segnalarne l'avvicinamento o l'allontanamento dai valori di riferimento nazionali.

Ecco i link per accedere alle altre schede su assistenza farmaceutica, ospedaliera, territoriale, per ciascuna Regione.

[Abruzzo](#)

[Calabria](#)

[Campania](#)

[Lazio](#)

[Molise](#)

[Piemonte](#)

[Puglia](#)

[Sicilia](#)

Il numero

Ancora troppo poco il sostegno per i non autosufficienti

Quattro milioni di italiani non sono autosufficienti, e vengono accuditi da oltre un milione e mezzo di assistenti e badanti secondo i dati del quarto rapporto «Network Non Autosufficienza» e di una ricerca condotta da Censis e Fondazione Ismu (Istituto per lo Studio della Multietnicità). Il bisogno di assistenza è destinato a crescere con il

progressivo invecchiamento della popolazione, visto che oggi più della metà dei cittadini tra i 75 e gli 84 anni ha una malattia o un problema di salute cronico, e che questa percentuale sale fino

al 64% tra chi ha più di 85 anni. Il 40% delle persone con più di 65 anni dichiara di avere limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Si fa ancora troppo poco per soddisfare questi bisogni: solo il 4% degli anziani ha accesso all'assistenza domiciliare integrata. La diffusione del Servizio di assistenza domiciliare è addirittura sceso dall'1,7% dei potenziali utenti nel 2008, all'1,4% nel 2010. Anche il tasso di fruizione delle indennità di accompagnamento è sceso negli ultimi anni.

Le politiche degli ultimi anni, infatti, hanno portato a un forte taglio dei fondi per la non autosufficienza.

4.000.000

Sono gli italiani non autosufficienti. Solo il 4 per cento degli anziani, tuttavia, ha accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata



PER SAPERNE DI PIÙ
Network Non Autosufficienza
www.inrca.it



Differenze Miglior «rendimento» per le malattie femminili

Le donne dimostrano più senso di responsabilità

Una mammografia ogni 2 anni riduce il rischio di morire per tumore della mammella del 40 per cento. Un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni diminuisce del 20 per cento il rischio di ammalarsi di carcinoma colon-rettile e del 40 per cento quello di morire, mentre una rettosigmoidoscopia una volta nella vita fa calare del 40 per cento il pericolo di svilupparlo. Infine, un Pap test ogni 3 anni riduce del 60-70 per cento la probabilità di un cancro della cervice. E con il test per la ricerca dell'Hpv questa protezione cresce ulteriormente.

I dati raccolti dall'Osservatorio Nazionale Screening insieme al sistema di sorveglianza Passi servono anche a questo: rendere conto del numero di lesioni tumorali significative trovate e, dunque, dell'utilità effettiva di fare dei controlli di routine, anche se si è perfettamente sani e non si ha alcun disturbo. «Purtroppo però ogni 5 persone positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (Sof) una non aderisce alla successiva colonscopia di approfondimento — commenta Manuel Zorzi, epidemiologo del Registro Tumori Veneto —. Poiché con un Sof positivo il rischio di carcinoma o adenoma avanzato è molto alto (dal 30 al 40 per cento) è essenziale far capire alle persone l'importanza di proseguire con le indagini. Infatti, dati alla mano, il solo intervento chirurgico in endoscopia è stato risolutivo per una quota notevole di carcinomi, con un evidente impatto sulla qualità di vita delle persone interessate».

Le cose migliorano se si guardano i numeri relativi alle donne che eseguono lo screening mammografico. «Ogni 100 partecipanti 5 o 6 vengono invitate a un supplemento d'indagine, di solito una seconda mammografia, un'ecografia e una visita senologica — dice Li-

via Giordano, presidente del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico —. In genere tutte rispondono alla convocazione. In totale, così sono stati oltre 12 mila i carcinomi mammari diagnosticati dall'ultimo screening».

Infine, per quanto riguarda i tumori della cervice uterina «solo il 2,5 per cento delle donne viene inviato a fare un secondo esame (colposcopia) e l'86 per cento di queste accetta — conclude Guglielmo Ronco, del Centro per la Prevenzione del Cancro di Torino —. Così sono state identificate oltre 13 mila lesioni ad alto grado di malignità. Inoltre, poiché ora abbiamo le prove che lo screening basato sulla ricerca dell'HPV (o Papillomavirus) è più protettivo di quello con Pap-test nel 2012 più di 130 mila donne hanno fatto lo screening con il nuovo esame».

V. M.

Il percorso

Ogni 100 controlli mammografici, sono 5 o 6 i casi in cui si fanno successive indagini



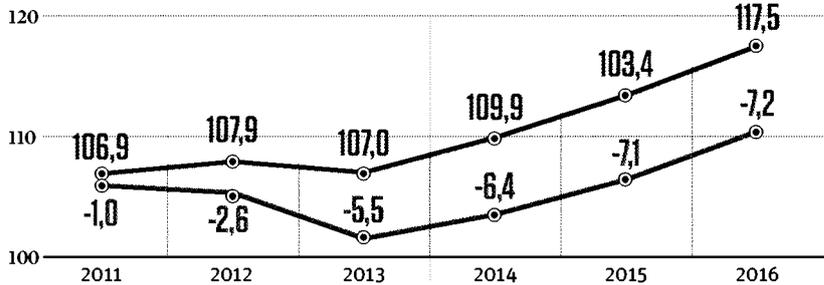
Spesa pubblica. Dopo l'aumento di 7,6 miliardi nel biennio 2014-15**Lorenzin: basta tagli o nella sanità «salta il banco»**

«Basta altri tagli o nella sanità salta il banco». Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, conferma lo stop ai tavoli della spending review e nega che i fondi in crescita per 7,6 miliardi nel 2015-2016 siano un «aumento»: sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre. **Roberto Turno** ▶ pagina 2

FINANZIAMENTI E TAGLI

Il costo del sistema sanitario e le riduzioni alle sovvenzioni

Dati in miliardi di euro — Finanziamenti — Tagli

**Welfare****I COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA****In stand by**

«Abbiamo fatto a dicembre un accordo per cui di tagli alla sanità non se ne parla per tre anni»

Il metodo

Dobbiamo riqualificare la spesa, renderla efficiente, ridurre gli sprechi e reinvestire»

«Basta altri tagli alla sanità o salta il banco»

Lorenzin: negli anni passati pesanti riduzioni di budget - «In gioco la garanzia dei livelli essenziali di assistenza»

Roberto Turno

«Basta altri tagli o nella sanità salta il banco». E basta a «beceri giochi di potere». Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, conferma lo stop ai tavoli della spending review di Carlo Cottarelli sulla sanità e dà l'altolà a interventi sulla spesa di asl e ospedali che bypassino gli accordi del «Patto» con le regioni. I risparmi li deciderà il «Patto», tiene il punto, e tutti i risparmi resteranno in casa Ssn. «La sanità ha già "dato" con 25 miliardi di risparmi», aggiunge. E nega che i fondi in crescita per 7,6 miliardi nel 2015-2016 siano un «aumento»: sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre, afferma il ministro. Con un allarme in più: nel Ssn la situazione «è esplosiva». A partire dal Sud. Per questo servono iniezioni di investimenti. E di controlli.

Ministro Lorenzin, con le regioni per il «Patto sulla salute» avete concertato più fondi per 7,6 miliardi nel 2015-16. Sembra una mossa in controtendenza rispetto ai tagli promessi alla spesa pubblica.

Ma quale aumento. Il Patto è un accordo triennale che deve avere una cornice sicura di pro-

grammazione finanziaria. E i dati che indichiamo non sono inventati, ma la foto dell'esistente che emerge dal Def, dalle leggi di bilancio e di stabilità e dall'accordo politico di dicembre in cui s'è convenuto che la sanità aveva già fatto la sua parte con i tagli alla spesa. Dal 2010 sono stati tagliati 25 miliardi e i tagli più consistenti, dopo la spending di Monti, arriveranno nei prossimi tre anni e cresceranno ancora. Oltre non si può andare, sarebbe insostenibile.

Ma il Fondo sanitario intanto crescerà.

Ripeto: non abbiamo aumentato il Fondo. Stiamo cercando di riportare alla normalità una situazione insostenibile. È in gioco la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, a partire dal Sud. Con investimenti fermi, infrastrutture congelate, blocco dei contratti e del turn over, in alcune regioni da quasi 10 anni.

Sta facendo un quadro drammatico.

«La nostra spending? Ricoveri appropriati, meno ospedale e più territorio, costi standard»

È così: è una situazione esplosiva. Non è un caso se gli operatori non sono in grado di assicurare le prestazioni nei pronto soccorso. Faccio un esempio: con l'apertura delle "frontiere sanitarie", come possiamo pensare di intercettare i pazienti dall'estero? Senza ristrutturazioni e investimenti, la migrazione sanitaria non sarà più da una regione a un'altra, dal sud al nord in genere, ma dall'Italia verso l'estero. Mentre nel frattempo c'è una previsione di crescita formidabile di spesa, per dire, della farmaceutica. Pensi che tra un anno entrerà sul mercato un farmaco che eradica l'epatite C: costerà 3 miliardi l'anno. Questo è il quadro intorno a cui ragionare.

Con le regioni intanto avete deciso che i tavoli sulla spending di Cottarelli si fermano. Pensate a tutto voi...

Abbiamo detto che fintanto che non si fa il Patto, congeliamo qualsiasi nuova ipotesi di tagli. Abbiamo presentato a Cottarelli tutte le nostre idee, tra l'altro. Dobbiamo fare anche la revisione dei Lea, che costa 900 milioni: ma non chiediamo nuovi fondi, li recupereremo da una migliore gestione dei ricoveri negli ospe-

dali. Abbiamo idee ben chiare, sappiamo dove andare.

Non tutti credono che le regioni possano essere carnefici di sé stesse.

Le regioni non hanno scelta. Ho trovato persone molto responsabili, che stanno sul campo e conoscono i problemi. Dobbiamo riqualificare la spesa a tutto campo, renderla efficiente, ridurre gli sprechi e reinvestire. Altrimenti salta il banco, soprattutto al Sud.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com



Ministro della Salute. Beatrice Lorenzin

PATTO PER LA SALUTE

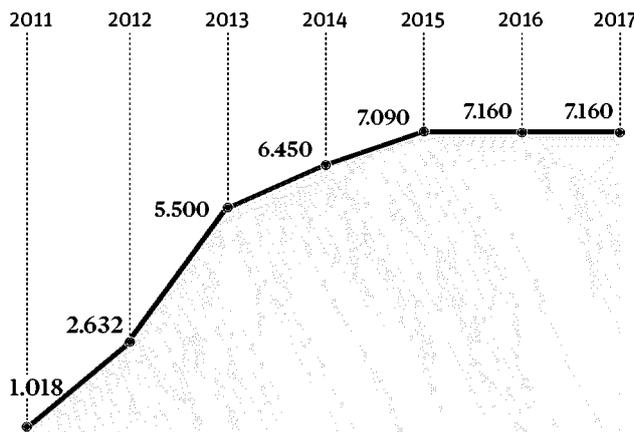
Il Sole **24 ORE**

Il Primo governo Renzi sarà la scelta nel 2015. In del 7% rispetto al 109 miliardi di spesa
**Spesa sanitaria, in due anni
il costo sale di 7,6 miliardi**
Si punta a congelare la spending review di Cottarelli

La spesa sanitaria crescerà
Un aumento di 7,65 miliardi nel biennio 2015-2016, il 7% rispetto ai 109,9 miliardi di quest'anno. Sul Sole 24 Ore di ieri, il «Patto per la salute» tra governo e Regioni, che si dovrebbe chiudere entro metà marzo. Tra gli obiettivi anche quello di fermare i tavoli sulla spending review allestiti da Carlo Cottarelli per la spesa di asl e ospedali

I tagli al finanziamento

Valori in milioni di euro



25 miliardi

I risparmi

Dal 2010 sono stati tagliati 25 miliardi e i tagli più consistenti, dopo la spending di Monti, arriveranno nei prossimi tre anni e cresceranno ancora

7,6 miliardi

I fondi in più

Per il biennio 2015-2016 sono stati assegnati al settore della sanità 7,6 miliardi in più. Per il ministro però non si tratta di un aumento ma sono frutto del Def, delle leggi di bilancio e stabilità e dell'accordo politico di dicembre

Ma nel Governo sono tutti d'accordo con lei? Con Saccomanni, per esempio, si dice che venerdì a palazzo Chigi c'è stato un confronto non esattamente d'intesa.

Siamo persone educate. Ho ricordato che abbiamo fatto a dicembre un accordo politico per cui di tagli alla sanità non se ne parla per i prossimi tre anni. Oggi non è più possibile colpire con l'accetta.

E se le chiedono altri tagli?

Ancora non hanno chiesto niente. Diciamo che nel momento in cui codifichiamo il Patto, tracci una strada da cui poi tornare indietro è difficile. Siamo tutti responsabili, ognuno è pronto a fare la sua parte. E allora, avviamo finalmente una riforma seria e strutturale, diamo tutti insieme, Governo e regioni, risposte concrete e responsabili. Con i ministeri dell'Economia e della Salute

che vigileranno in modo più efficiente, sicuro e veloce, i parametri finanziari e quelli sanitari.

Facile a dirsi, meno a farcela davvero e dappertutto. Ma se arrivassero tagli da altre parti, cosa accade?

Con altri tagli non sarebbe possibile fare il «Patto». Serve certezza di budget, che ho chiesto fin dal mio insediamento a maggio. La certezza che ci hanno dato il Def, la legge di bilancio e quella di stabilità. Tutto il resto è solo gossip o becero gioco di potere. Qui si deve fare politica sanitaria, non giochi di potere.

Mi sembra preoccupata.

Dobbiamo giustamente fare tagli selettivi alla spesa pubblica improduttiva. La mia preoccupazione, non mi stancherò mai di ripeterlo, è che non si tocchi l'unico settore già iperscandagliato, ipercontrollato, ipervigilato.

Mai abbastanza però, a leggere tante cronache locali e na-

zionali. Piuttosto, che farete dei risparmi che realizzerete? Resteranno tutti in casa Ssn?

I tagli lineari si fanno in cinque minuti. È già stato fatto, con i risultati che abbiamo visto. Oggi è tempo di risparmi frutto di riforme strutturali. Gli investimenti portano molto più dei tagli lineari.

A parole sembra facile. Ma qual è la vostra spending, sua e dei governatori?

Ricoveri appropriati, meno ospedale e più territorio che farà risparmiare, costi standard, la spesa per il cibo o le pulizie in ospedale. Le centrali uniche d'acquisto, l'e-health una volta che andrà a regime. Ma l'elenco è lunghissimo. La cassa è stata raschiata. Le riforme che vogliamo presuppongono che tutto sia verificato e scandagliato. E queste cose, o le facciamo in house, o restiamo allo stesso punto. Mentre il servizio crolla.

E quali risparmi promette a Saccomanni?

Io prometto di fare un lavoro molto serio. E saranno cifre importanti nei tempi giusti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA