

SCIENZA IN TRIBUNALE

Sentenza storica per il Bendectin

Il farmaco per lenire le nausee da gravidanza in vendita negli Usa dal 1956 era stato ritenuto responsabile, ingiustamente, di malformazioni neonatali di Gilberto Corbellini e Luca Pani

Sarebbe il perfetto soggetto per un film, la storia del farmaco Bendectin. Infatti, la vicenda e i protagonisti hanno fornito non pochi spunti alle serie televisive statunitensi di argomento giudiziario, sul modello di «Law and Order». Dato che erano in gioco la gravidanza, una medicina sospettata di produrre effetti teratogeni, una multinazionale, un avvocato civilista di grido, uno scienziato celebre che si gioca la reputazione, la collaborazione tra l'agenzia statunitense del farmaco (Fda) e le associazioni scientifiche, e una sentenza storica della Corte Suprema Usa che ha cambiato i rapporti tra scienza e diritto nei sistemi di *common law*.

Il Bendectin era un farmaco immesso sul mercato statunitense nel 1956 da Merrell Dow Pharmaceuticals per lenire le nausee e il vomito durante la gravidanza. È risaputo che alla fine degli anni Cinquanta vi fu la tragedia della talidomide, un farmaco commercializzato con le stesse indicazioni del Bendectin, che per non essere stato testato adeguatamente sul modello animale, causò la nascita di migliaia di bambini focomelici. Il primo medico a trovare un rapporto tra la talidomide e la nascita di bambini malformati fu un ginecologo australiano, William McBride, in una lettera su *Lancet* nel 1961. In ragione di questo suo contributo, McBride divenne una celebrità e fu coperto di premi internazionali e denaro.

Anche Bendectin, un composto a base di vitamina B6 e di un antistaminico, divenne oggetto di attenzione e ritenuto da alcuni, tra cui lo stesso McBride, responsabile di malformazioni neonatali. In ragione delle continue cause alle quali doveva far fronte, Merrell Dow nel 1983 decise di ritirare il prodotto. Nondimeno Jason Daubert ed Eric Schuller, che erano nati con gravi malformazioni, tentarono insieme ai genitori una causa contro la multinazionale, che fu condotta dal famoso avvocato delle celebrità Melvin Belli, chiamando come testimone e testimonial il non meno famoso William McBride. Questi, considerandosi un'autorità indiscussa e indi-

scutibile, per aver scoperto gli effetti della talidomide, falsificò dati e fatti per provare che Bendectin aveva gli stessi effetti. Nel 1993 fu temporaneamente radiato dall'albo dei medici australiani.

In realtà, il farmaco era sicuro ed efficace. Si stima che Bendectin sia stato utilizzato da oltre 35 milioni di donne e studi clinici controllati su oltre 200mila persone, più metanalisi, hanno dimostrato che il prodotto, riammesso in commercio dalla Fda nel 2013 con il nome Diclegis, non causa difetti ai neonati ed è efficace nel ridurre i sintomi di nausea e vomito in gravidanza. Questi fatti sono oggi riconosciuti dalle agenzie regolatorie e dalle associazioni di ginecologi e ostetrici. Tuttavia, dopo il caso talidomide e come conseguenza del processo intentato contro Bendectin, pochissimi farmaci (due!) sono stati commercializzati per trattare nausee e vomito in gravidanza, una condizione che può essere molto debilitante e che in alcune donne gravide può portare all'ospedalizzazione e all'aborto. Ci sono prove che dal 1983, dopo la scomparsa del farmaco, c'è stato un aumento delle ospedalizzazioni delle gestanti per nausea e vomito. La ricaduta più importante e duratura della sentenza che mandava assolta Merrell Dow è che, passando attraverso la Corte Suprema, ha creato uno standard federale per l'ammissibilità delle prove scientifiche che è quindi diventato giurisprudenza per molti stati. Di fronte alle manipolazioni dei fatti da parte di un ginecologo che era un'autorità mondiale in materia, i giudici di primo e secondo grado dovettero ricorrere alle *Federal Rules of Evidence* del 1975, per discriminare tra le perizie scientifiche attendibili e quelle spacciate come tali, ma in realtà fasulle. La Corte Suprema si accorse che quelle regole erano datate, in quanto si richiamavano a una sentenza della Corte Suprema del 1923, la *Frey Rule*, nella quale si stabiliva che per ammettere una prova scientifica in tribunale serviva una «consenso generale» sulla validità dello strumento di accertamento dei fatti usato dall'esperto. Ma cosa significava «consenso generale»? Anche sulla scientificità della psicoanalisi si è avuto per lungo tempo un consenso generale, mentre questa filosofia degli psicologi non ha nulla a che vedere con la scienza e i suoi metodi.

Nella sentenza Daubert, la Corte Suprema metteva da parte i criteri troppo generici, indicando quelli che, invece, potevano consentirgli di fungere da vero cancelliere o filtro (*gatekeeper*) per ammettere le testimonianze di esperti in tribunale. L'en-

fasi passava cioè dall'autorità dell'esperto in quanto tale al metodo scientifico nella sua interezza, da cui derivavano rilevanza e affidabilità della conoscenza scientifica o tecnica utilizzata, e venivano qualificati il riferimento all'accettabilità generale del procedimento tecnico o delle teorie scientifiche utilizzate. Per avere dignità scientifica, la testimonianza dell'esperto in tribunale deve far riferimento a ipotesi ed esperimenti: a) che siano controllabili e falsificabili (ovvero testabili empiricamente); b) che siano stati pubblicati dopo un processo di *peer review*; c) dove sia noto il tasso di errore; d) che rispondano a standard e controlli di riferimento; e) disegnati sulla base di teoria e tecnica accettate da una comunità scientifica importante. Dopo la sentenza Daubert e altre due successive, i giudici americani ebbero gli strumenti per escludere la testimonianza in tribunale sia quando mancano i presupposti metodologici agli argomenti dell'esperto, sia quando questi usi l'affidabilità della metodologia per arrivare a conclusioni non giustificate. Quali sono state le ricadute e la diffusione dei criteri Daubert?

In primo luogo hanno portato a riscrivere la *Federal Rule 702*, che riguarda la testimonianza degli esperti. Lo standard Daubert non è stato adottato da tutti gli stati federali, nel senso che alcuni fanno ancora riferimento alla *Frey rule*, ma dove è diventato regola si è registrato un aumento dell'esclusione di esperti dalle perizie, ovvero del ricorso alla pseudoscienza nei tribunali, e ha stimolato i giudici a documentarsi e aggiornarsi sugli strumenti scientifici utilizzabili nel corso del dibattimento. Le «mozioni Daubert» per mettere in discussione le perizie scientifico-tecniche in tribunale sono raramente usate nelle difese penali per atti criminali, dove l'accusa ha l'onere della prova e fa ampiamente ricorso a procedure di scienza forense, e quando sono depositate vengono regolarmente respinte. Nelle cause civili l'adozione dei criteri Daubert è andata quasi regolarmente a svantaggio dei periti dei quere-



lanti o delle parti civili. Il che non è strano.

Lo standard Daubert è stato adottato dalla Corte Suprema canadese nel 2000. In Gran Bretagna sono stati raccomandati come utili e da introdurre nel sistema giudiziario sia dal Comitato Scienza e Tecnologia della House of Commons, sia dalla Commissione Giustizia di Inghilterra e Galles. Tuttavia, sinora, non se n'è fatto nulla a causa della mancanza di risorse economiche per renderli applicabili.

Se qualcosa del genere fosse stato in vigore in Italia, il caso Stamina e molte altre tristi vicende in cui i giudici hanno deciso in modo sbagliato senza basarsi su fatti scientificamente e facilmente accertabili, non sarebbero accaduti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tagli Dai buoni pasto ai pelati la stretta sugli acquisti di Stato

► Il governo impone alla Pa di acquistare beni e servizi seguendo le strategie Consip
 ► Le amministrazioni dovranno rispettare i tetti imposti dal ministero dell'Economia

LA NUOVA GRIGLIA DEI COSTI STANDARD IN UN DOCUMENTO DI 100 PAGINE OBIETTIVO: ALLEGERIRE I CONTI DI 7 MILIARDI

SPENDING REVIEW

ROMA Se lo ricordano tutti Carlo Verdone che in una scena memorabile affliggeva la moglie intinandole come e dove fare la spesa per risparmiare il più possibile. Ecco, con la spending review è un pò la stessa cosa. Solo che al posto del marito nevrotico c'è lo Stato che indica alla Pa qual'è il prezzo giusto per l'acquisto di beni e servizi. La stella polare sono i prezzi benchmark pagati dalla Consip quando firma i contratti con i fornitori. E guai a sgarrare perchè il ministero dell'Economia promette di accorgerse visto che un paio di giorni fa, quanto ha diffuso l'elenco dei prodotti con le relative valutazioni, ha avvertito che «l'identificazione delle "caratteristiche essenziali" impedirà che lievi variazioni delle caratteristiche del bene possano essere prese a giustificazione per acquisti fuori convenzione a prezzi più elevati, garantendo così il raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione della spesa pubblica».

I CONSIGLI

Come a dire, non provate a pagare un prezzo fuori mercato: quello di cui avete bisogno per far funzionare la macchina lo sappiamo benissimo, è fatto in questo modo e al massimo costa questa cifra. Un bel giro di vite, non c'è che dire, nella speranza di ridurre pesantemente i flussi di cassa in uscita. Obiettivo: 7,2 miliardi di risparmi nel 2015. E pazienza se qualcuno sorriderà visto che nelle 126 pagine da far girare la testa messe a punto da Via XX Settembre, ad esempio, c'è la descrizione minuziosa di 800 prodotti alimentari. Più o meno come Verdone, appunto, che consigliava alla consorte di rifornirsi di prosciutto dal fidato Gino evitando l'esoso Michele. Dalle carte si scopre che i buoni pasto per i 3,3 milioni di dipendenti pubblici non dovrebbero superare i 6 euro per ciascun ticket. E che comprandoli in economia di scala gli uffici dovrebbero trattare condizioni di sconto variabili tra il 16 e il 17%. Il capitolo dei rifornimenti mensa è denso. Ci sono almeno 20 prodotti di largo consumo. Ma l'occhio cade sui 2,84 euro di prezzo consigliato per l'acquisto di una porzione di pollo. Molto più costoso il girello di classe A da 8,36 euro, mentre il livello giusto della scatola di pomodori pelati risulta es-

sere di 0,6 euro. In tema di sanità la faccenda diventa molto più seria visto che in ballo ci sono macchinari costosi e delicati. Un apparecchio per la mammografia "full risk" non dovrebbe superare i 70 mila euro, mentre la macchina per il controllo della glicemia deve garantire una singola prestazione in 5 secondi, al costo di 39 euro. Il Kit per l'angiografia vale circa 300 mila euro. Nel reparto cancelleria, mai superare i 3 mila euro per una fotocopiatrice. Ma è buona solo se fa 35 copie al minuto.

E Internet? E' agevole garantire la connessione a 100 statali con tanto di Voip. Però il contratto consigliato da Consip deve restare dentro il perimetro dei 3.952 euro. Non c'è nulla che sfugga alla lente d'ingrandimento del ministero dell'Economia. E le auto di servizio non fanno eccezione. Nuove, usate, in leasing: c'è un prezzo per ogni soluzione. Una city car con 50 mila chilometri macinati non può sfondare il tetto dei 6.900 euro e se ci si vuole allargare ad una 4x4 (30 mila chilometri) è necessario non sfondare quota 18 mila. E le pulizie? Tenere in ordine i ministeri è un costo non da poco. Ma con 12,4 euro di costo unitario (con dentro detersivi, spazzole, aspirapolveri e ore lavorate) si può far splendere gli uffici.

Michele Di Branco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I prezzi imposti dalla Consip



Buoni pasto

5,90 €



Porzione di pollo

2,84 €



Macchina per fotocopie

3 mila €



Connessione Internet

4 mila €



Impianto per angiografia

300 mila €

Regole La piattaforma per i versamenti digitali operativa dal 2012, ma gli enti sono in ritardo. Gli esperimenti pilota della sanità in Emilia e Lombardia.

Tasse & Ticket Entro un anno tutti alla cassa online

Dal 2016 sarà sempre possibile pagare via home banking, tabaccherie, supermarket. Solo il 36% dei cittadini lo sa

In alcuni casi la tessera regionale funge da borsellino elettronico

DI PIEREMILIO GADDA

Il tempo stringe per Comuni e Regioni. Entro il 31 dicembre 2015, tutti gli enti della pubblica amministrazione, a livello locale e centrale, dovranno adeguare le proprie procedure per consentire ai cittadini di fare pagamenti elettronici in multicanalità: dalle contravvenzioni, alle imposte comunali fino al ticket sanitario, tutte le incombenze fiscali e non potranno essere pagate online, sul sito della propria banca, tramite i terminali Atm ma anche dal tabaccaio e presso la grande distribuzione.

Quanti cittadini ne sono a conoscenza? Solo il 36%, secondo un'indagine realizzata da Sia, società specializzata nella progettazione, realizzazione e gestione di infrastrutture e servizi tecnologici per istituzioni finanziarie, imprese e pubblica amministrazione. La percentuale sale al 49% tra gli insegnanti e al 71% tra i dirigenti della pubblica amministrazione.

Scettici

Trasversale è invece lo

scetticismo circa la possibilità che la scadenza venga rispettata: solo il 13% ritiene che tutti gli enti della pubblica amministrazione saranno in grado di accettare pagamenti digitali. Il 46% ipotizza che alcuni non si faranno trovare pronti, causando disservizi e un restante 41% immagina che i termini di legge verranno posticipati.

L'unica certezza è che il «Nodo dei Pagamenti», la piattaforma creata e gestita dall'Agenzia per l'Italia Digitale allo scopo di semplificare l'accesso ai pagamenti elettronici, standardizzando l'interconnessione tra cittadini, pubblica amministrazione e prestatori di servizi di pagamento, è operativa e funzionante dal giugno del 2012. «Molti enti, però, non si sono ancora collegati. Devono accelerare, altrimenti rischiano di sfiorare la scadenza del prossimo anno», avverte Francesco Orlandini, direttore divisione Public Sector di Sia che ha realizzato una infrastruttura tecnologica per la pubblica amministrazione che gestisce sia il ciclo attivo (verso i cittadini) sia passivo (imprese). Per perfezionare l'integrazione dei sistemi informativi di un ente pubblico con il Nodo dei Pagamenti, servono, nella migliore delle ipotesi, al-

cuni mesi. E anche una volta completata l'operazione, non è detto che il comune o la regione siano in grado di gestire in modo efficiente i flussi di pagamento.

Potrebbero infatti trovarsi a fare i conti con una complessa e dispendiosa attività di riclassificazione manuale dei pagamenti, a carico di impiegati e funzionari. Per evitarlo, devono dotarsi di piattaforme capaci di riconciliare in modo automatico i flussi ricevuti con i corrispettivi tributi e contribuenti. «Questo consente di centrare due obiettivi: da un lato, si ha la rendicontazione di tutti gli incassi in tempo reale, con vantaggi evidenti in termini di certezza della spesa, pianificazione e controllo dei costi, in linea con gli sforzi che il governo va chiedendo a tutta la pubblica amministrazione; in secondo luogo — osserva Orlandini — si liberano risorse da dedicare ad altre funzioni. Occorre però pensare a soluzioni digitali in una logica di sistema Paese».

Intanto, non mancano i progetti apripista: il comune di Roma già permette i pagamenti in multicanalità di tributi comunali e contravvenzioni. La collaborazione con Sia ha portato alla creazione di uno strumento innovativo a disposizione della

Ragioneria per verificare in tempo reale attraverso un cruscotto l'andamento dei pagamenti in relazione ai vari codici di bilancio.

Esempi

Un'altra esperienza interessante coinvolge la Regione Lombardia. L'ente ha affidato a Lombardia Informativa la realizzazione di un sistema per erogare contributi destinati ai celiaci direttamente presso la grande distribuzione: presentando la Carta regionale dei servizi alla cassa del supermercato, grazie al gateway di Sia, il cittadino affetto da celiachia può usufruire del contributo, scalando il valore dei prodotti acquistati dal plafond associato alla sua tessera. E c'è anche chi, come l'azienda Usf di Bologna, già da un paio d'anni consente il pagamento del ticket sanitario anche alla cassa dei supermercati e ipercoop della Coop Adriatica e Coop Reno. Alla prenotazione della visita o dell'esame diagnostico, il cittadino riceve il documento con codice a barre, con cui pagare alle casse dove riceve uno scontrino che, allegato al documento per il pagamento del ticket, è valido come ricevuta anche a fini fiscali. Anche la Lombardia lo sta sperimentando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACI: 36% DELLE PAGINE WIKIPEDIA NON È AGGIORNATO SU SICUREZZA

Quando si cercano in web informazioni sui farmaci, tra i primi risultati c'è una pagina di Wikipedia, ma in un terzo dei casi le informazioni non sono aggiornate: a scoprirlo ed affermarlo uno studio della Harvard Medical School, pubblicato dal New England Journal of Medicine. Ogni mese 500 mln di persone consultano pagine dell'enciclopedia on line, sottolineano gli autori, e questo fa di Wikipedia, potenzialmente, il principale sito di salute al mondo. Per verificare la correttezza delle informazioni sono stati selezionati 22 farmaci per diverse patologie, dalla pressione alta all'epatite C, su cui l'Fda aveva pubblicato allarmi sulla sicurezza tra il 2011 e il 2012. Le pagine relative ai farmaci sono state esaminate 60 giorni prima e per 60 giorni dopo la pubblicazione del 'warning', periodo nel quale ci sono state 15 mln di ricerche su Google e 5 mln di visite a Wikipedia sulle molecole in questione. «In media il 41% delle pagine di Wikipedia è stato aggiornato entro 2 settimane dall'allarme - ha spiegato John Seeger, l'autore principale - quasi un quarto (il 23%) ha dovuto attendere più di 2 settimane per l'update e più di un terzo (il 36%) non era aggiornata un anno dopo la pubblicazione del 'warning'. Da questo punto di vista non tutti i farmaci sono uguali, con quelli più comuni che hanno una probabilità maggiore di avere un aggiornamento in tempi rapidi».



NOVEMBRE VERRÀ CON L'INFLUENZA STAGIONALE

di NICOLA SIMONETTI

Influenza stagionale nell'era di Internet. Mentre prima se ne valutava la presenza e diffusione dal numero degli assenti a scuola e da segnalazioni dei medici curanti o sentinella, ora un riferimento "scientifico" viene proprio da Wikipedia. Analizzando da dove e quanti consultano la voce "influenza" ed i suoi sintomi, - dimostra la scuola di Medicina di Harvard (PLOS Computational Biology) - si può prevedere l'evoluzione dell'epidemia.

Ed epidemia - dice il prof. Fabrizio Pregliasco (università, Milano) - sarà tra novembre e marzo prossimi.

Ma non sarà particolarmente aggressiva e, non per questo, da sottovalutare. L'anno scorso ha colpito 4.500.000 italiani e ne ha uccisi oltre 5.000, specie anziani. Per la prossima si prevedono circa 4 milioni di casi.

Nel mondo, 250mila-500mila/anno le vittime dell'influenza (40mila in Europa) (OMS).

"L'influenza di quest'anno ha stesse caratteristiche dell'ultima. I ceppi virali circolanti sono 3 (ex-pandemico A/H1N1, A/H3N2/Texas e B/Massachusetts) con caratteristiche conformi alle previsioni e senza mutazioni rilevanti (L'H1N1 è stabile) rispetto all'anno scorso".

Faranno da "contorno" all'influenza vera - dice Pregliasco - altre forme parainfluenzali (da 270 virus "cugini") che frequenti se l'inverno

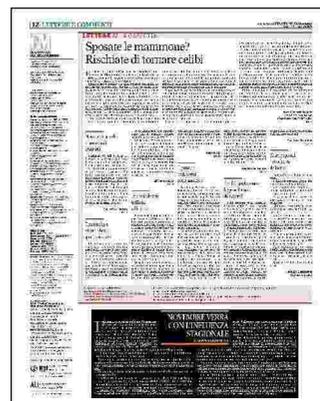
sarà "ballerino"; se, invece, esso sarà freddo e rigido, ci sarà più "vera" che si caratterizza con febbre oltre 38 gradi, dolori diffusi muscolo-articolari, tosse, naso che cola, congestione e secrezione nasale, mal di gola.

Non abbassare la guardia; giungiamo preparati alla prossima stagione influenzale: la più efficace forma di prevenzione è la vaccinazione raccomandata in anziani, pazienti

di ogni età con malattie cardiache, respiratorie, renali, epatiche croniche, diabete e altre malattie metaboliche, immunodeficienze. Vaccinazione opportuna anche in bambino sano per proteggerlo da male che sembra banale ma che può causargli anche danni gravi.

Novità è l'avvio in Europa, Italia inclusa, di studi clinici sull'efficacia dei nuovi vaccini influenzali quadrivalenti che hanno il vantaggio di offrire protezione anche contro due ceppi di virus influenzale B. Ricerche in corso per sviluppare un vaccino influenzale universale.

Chi ha l'influenza stia a riposo per alcuni giorni. **L'AIFA** ed i clinici raccomandano di non usare inutilmente antibiotici (inefficaci oltre che a rischio) ma di rivolgersi a farmaci di automedicazione (non serve ricetta; leggere ed attenersi ad istruzioni e consiglio di medico o farmacista), antinfiammatori non steroidei o Fans, riconoscibili dal bollino rosso posto sulla confezione: antistaminici, spray nasali con vasocostrittori, sedativi o fluidificanti della tosse, antifebbre, antidiarrea.



L'INDAGINE**Gli italiani e le medicine
nella foto scattata dall'«Aifa»**

Italiani e farmaci, un rapporto da decifrare. Secondo l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) Nel 2013 in Italia sono state consumate 1.679 dosi di medicinali al giorno ogni 1.000 abitanti (inclusi i consumi erogati dalle farmacie territoriali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del cittadino e i consumi in ospedale). In media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco meno di 1,7 dosi di farmaco).

Il 70,4% dei consumi è stato erogato a carico del SSN, mentre il restante 29,6% è relativo a dosi di medicinali acquistati dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione). La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro (+2,3% rispetto al 2012), di cui il 75,4% rimborsato dal SSN.

In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 436 euro.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è in aumento rispetto al 2012 del +1,7% ed è stata pari a 19,708 milioni di euro.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11.866 milioni di

euro (+0,4%).

La spesa a carico dei cittadini, comprensiva della compartecipazione del cittadino, dell'acquisto privato di fascia A, della spesa per i farmaci di classe C con ricetta e di automedicazione, ha registrato un aumento del +3,8% rispetto al 2012. La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, eccetera) è risultata pari a 8,4 miliardi di euro (141,2 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2012 del +6,2%.

I medicinali per il sistema cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (525 DDD ogni 1.000 abitanti die) e a maggior spesa (4.194 milioni di euro, 70,3 euro pro capite). Seguono i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo sia in termini di consumi (251 DDD ogni 1.000 abitanti die) sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.601 milioni di euro). Al terzo posto per consumi i farmaci del sangue ed organi emopoietici (249 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del sistema nervoso centrale (164 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (97 DDD ogni 1.000 abitanti die).

Nel 2013 è aumentata del +3,5% il consumo di antibiotici, mentre la

spesa si riduce dal -3,4%.

I maggiori consumi si sono registrati in Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi.

Le categorie maggiormente impiegate sono state le associazioni di penicilline, seguite da amoxicillina+acido clavulanico e macrolidi e lincosamidi. Gli antibiotici a brevetto scaduto rappresentano il 90,2% delle dosi di antibiotici totali e il 68,2% della spesa totale per antibiotici.

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2013 il 64,3% delle dosi e il 41,5% della spesa netta (con un incremento del +3,8% rispetto al 2012), di cui il 14,9% è costituito dai farmaci equivalenti (a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto della copertura brevettuale), in crescita rispetto al 2012 (in cui rappresentava il 13,4%). Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento rispetto al 2012.

Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa convenzionata: irbesartan e idroclorotiazide (nell'ambito del sistema cardiovascolare) e rizatriptan (nell'ambito del sistema nervoso centrale).



TERAPIE AVANZATE**Europa, uno sguardo rigoroso**

Il termine "terapie avanzate" si riferisce ad una nuova classe di farmaci biologici che comprendono la terapia genica, la terapia cellulare e la terapia tissutale. Sono medicinali innovativi che contengono materiale genetico o cellule staminali sottoposte ad un processo biotecnologico realizzato in laboratori altamente specializzati. I prodotti di terapie avanzate sono promettenti per la cura di malattie croniche e gravi come il morbo di Crohn, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), le cardiomiopatie ischemiche, l'artrite reumatoide, i tumori ma si impiegano anche per la riparazione di tessuti come ossa, pelle e cornee.

Trattandosi di farmaci molto nuovi e ancora nelle fasi iniziali della ricerca nell'uomo è importante rivolgersi solo a specialisti e a centri che conoscono e impiegano le terapie avanzate. Il cittadino può anche consultare l'Osservatorio delle sperimentazioni cliniche (OsSC) di

AIFA (<http://ricerca-clinica.agenziafarmaco.it/>) per identificare con la parola "staminali" i diversi centri clinici che hanno in corso degli studi con le terapie avanzate.

Proprio perché si tratta di farmaci che contengono cellule vive, in grado di moltiplicarsi, modificarsi e distribuirsi nell'organismo, la normativa europea per le terapie avanzate è particolarmente rigorosa. **AIFA** e le autorità sanitarie vigilano affinché i prodotti con le staminali siano preparati solo in laboratori ispezionati e certificati e che la somministrazione ai pazienti avvenga solo in centri ospedalieri autorizzati e sotto il controllo di medici esperti. Il paziente interessato deve evitare di farsi influenzare da notizie "miracolose" e deve accertarsi che la terapia con le staminali sia stata precedentemente esaminata e autorizzata dagli organi competenti per la sicurezza e l'efficacia dei farmaci.



SALUTE

SPECIALE
a cura di RCS MediaGroup Pubblicità
grafica: olivetti

GIORNATA MONDIALE DEL CUORE

Come ogni anno il 29 settembre è dedicato in tutto il mondo alle malattie cardiovascolari

Tutti insieme per ricordarci di proteggere i suoi battiti

Infarto e ictus sono ancora in assoluto la prima causa di morte nel nostro come in molti altri Paesi industrializzati

Per la salute dell'apparato cardiovascolare la parola d'ordine è prevenzione

Promossa dalla World Heart Federation, la Giornata Mondiale del Cuore è organizzata in Italia dalla Fondazione Italiana per il Cuore in collaborazione con Conac cuore e Federazione Italiana di Cardiologia e il patrocinio di numerose società scientifiche italiane ed enti nazionali. Moltissimi gli eventi aperti al pubblico, con distribuzione di materiale informativo, organizzati liberamente da ospedali, ASL, associazioni di pazienti, enti pubblici e privati.

Durante questa edizione i riflettori saranno puntati in particolare sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nei luoghi dove si vive, si lavora e si gioca, che possono avere un effetto importante sulle scelte giuste per la salute del proprio cuore. In particolare l'attenzione sarà centrata sui corretti stili di vita da attuare per favorire la riduzione di quei fattori di rischio e delle cattive abitudini che sono la causa principale delle patologie cardiovascolari. A tutt'oggi, infatti, queste malattie sono la principale causa di morte nel mondo; nel nostro Paese, in particolare, annualmente muoiono per infarto, ictus o scompenso di cuore ben 127 mila donne e 98 mila uomini, spesso prima dei 60 anni di età.

LE ABITUDINI DA CORREGGERE

È ormai ampiamente docu-

mentato a livello scientifico che almeno l'80% delle morti premature per malattie cardiovascolari potrebbe essere evitato se i principali fattori di rischio venissero controllati. Infatti a parte tre fattori non modificabili, quali la familiarità, l'età e il sesso, gli altri dipendono da alcune abitudini di stile di vita non salutari per il cuore e che quindi si possono modificare. Una delle principali è il fumo che oltre a favorire l'aterosclerosi e quindi le patologie cardiache ad essa correlate, interagisce con i meccanismi di coagulazione del sangue, riduce i quantitativi del colesterolo "buono" HDL, aumenta la frequenza cardiaca e provoca uno spasmo delle coronarie. Sono dannosi per la salute del cuore anche il sovrappeso e l'obesità in quanto facilitano la comparsa della sindrome metabolica, una condizione contraddistinta dalla presenza di diabete di tipo II, di ipercolesterolemia e di ipertensione arteriosa, che sono dei riconosciuti fattori di rischio delle malattie cardiovascolari. Non meno malsana è la sedentarietà: è responsabile di una cattiva circolazione del sangue, di un muscolo cardiaco più debole e di un aumento del colesterolo, della pressione sanguigna e del peso corporeo, tre condizioni che comportano un vantaggio per le malattie cardiovascolari.

DIFENDERSI SUBITO DA QUESTI TRE

Per una prevenzione vincente del rischio cardiovascolare è fondamentale tenere sempre controllato il colesterolo: quando presente in eccesso nel san-

gue si deposita all'interno delle arterie forma le placche aterosclerotiche che provocano con il tempo un'ostruzione del flusso sanguigno favorendo la comparsa di disturbi cardiovascolari, quali ictus e infarto. Ad essere pericoloso è il colesterolo chiamato LDL, comunemente chiamato 'cattivo', proprio in quanto è il principale responsabile della formazione delle placche aterosclerotiche nelle arterie. Particolare attenzione va data anche alla pressione arteriosa. Infatti quando presenta valori elevati, sottopone il cuore a un superlavoro e accelera la formazione di placche aterosclerotiche facilitando l'accumulo di grassi, specialmente di colesterolo, sulle pareti delle arterie. Prova ne è che il rischio di un incidente cardiovascolare aumenta linearmente con il crescere dei valori della pressione oltre quelli standard. Specialmente dai 40 anni in poi, si deve inoltre tenere sotto controllo il rischio di diabete di tipo 2. È la forma che si manifesta in genere dopo quest'età e di cui spesso ci si accorge solamente quando la malattia è avanzata e ha già provocato un'alterazione di tutto il metabolismo danneggiando le arterie e il cuore.



Contenuto in mg di colesterolo per 100 grammi di alimento

Fegato di pollo cotto	746
Uovo di gallina intero	371
Burro	250
Gamberi freschi	150
Pollo intero con pelle cotto senza grassi	119
Alici sott'olio	114
Salame nostrano	94
Parmigiano	91
Fontina	82
Prosciutto cotto	49

Semaforo sempre rosso per il colesterolo in eccesso

Presente nell'organismo umano e di tutte le specie animali dove svolge funzioni fondamentali per la vita stessa, il colesterolo diventa un problema per la salute cardiovascolare quando è in eccesso. È infatti un importante e riconosciuto fattore di rischio delle malattie cardiovascolari in quanto è il primo attore nella formazione delle placche aterosclerotiche che sono alla base della comparsa dell'infarto e dell'ictus. A giocare un ruolo chiave nella comparsa dell'aterosclerosi è, in particolare, il colesterolo a basso peso molecolare cioè quello LDL, conosciuto come colesterolo cattivo, per distinguerlo da quello ad alto peso molecolare HDL che invece contrasta l'azione del colesterolo LDL. Quindi un livello elevato di colesterolo LDL e un basso livello di colesterolo HDL sono fattori di rischio di aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa correlate. È dimostrato che abbassando il valore di colesterolo si riduce il rischio cardiovascolare. Questa importante battaglia al colesterolo inizia prima di tutto a tavola in quanto è provato scientificamente che l'entità dell'aumento del colesterolo è maggiore proprio quando il regime alimentare è squilibrato e in particolare ricco di grassi e di colesterolo alimentare. E oggi ci vengono in aiuto nella dieta quotidiana anticolesterolo, i fitosteroli. Sono sostanze molto simili al colesterolo stesso, presenti negli alimenti di origine vegetale che secondo gli studi condotti hanno un effetto ipocolesterolemizzante dovuto alla loro capacità di ridurre, attraverso un processo che si esplica nel lume intestinale, l'assorbimento del colesterolo endogeno, cioè quello che origina dal fegato, ed esogeno, cioè quello alimentare. Va detto che per una riduzione significativa del colesterolo LDL gli studi scientifici raccomandano di consumarli quotidianamente in una quantità di 1,6 g al giorno, ma la quantità di fitosteroli che si introducono con una dieta equilibrata è di 300 milligrammi. Per questo motivo e per la facilità d'uso, gli alimenti arricchiti in fitosteroli, affiancati ad una vita sana e ad una dieta equilibrata, sono un'efficace soluzione. Inserirli nel menu quotidiano è anche facile perché sono sotto forma di gradevoli 'bevande' a base di latte scremato fermentato addizionato, per l'appunto, con fitosteroli.

SALUTE

SPECIALE

a cura di RCS MediaGroup Pubblicità

GIORNATA MONDIALE DEL CUORE

Con poche e semplici avvertenze si possono prevenire le malattie cardiovascolari

Basta con le scuse, è davvero ora di darsi da fare

La prevenzione è fondamentale per la salute del cuore e dei vasi, ma per attuarla vanno identificati i propri fattori di rischio

Iperensione, ipercolesterolemia, diabete e obesità sono i principali nemici del cuore

La Giornata Mondiale del Cuore dovrebbe essere per tutti uno stimolo a darsi da fare per la salute del proprio cuore. Infatti è ormai ampiamente risaputo che la maggior parte delle responsabilità dei casi di infarto va attribuita al cattivo controllo degli oramai noti fattori di rischio delle malattie cardiovascolari. È però anche dimostrato come correggendo questi fattori si ottenga una drastica riduzione dei casi di malattie cardiache e ictus.

Si tratta infatti di fattori di rischio modificabili in quanto strettamente correlati ad alcune abitudini di vita. Per questo motivo è importante sottoporsi a regolari controlli medici finalizzati alla salute del cuore: valore del colesterolo totale e HDL, della glicemia, dei trigliceridi, della pressione arteriosa, del peso corporeo e dell'indice di massa corporea. In base a questi risultati si dovrebbe con il proprio medico mettere a punto un piano per migliorare la salute del cuore agendo sullo stile di vita e quando necessario ri-

correndo anche a terapie mirate.

È SEMPRE FONDAMENTALE

Seguire un'alimentazione sana è la prima scelta da fare per contrastare l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, il sovrappeso e il diabete, quattro importanti fattori di rischio cardiovascolare. È dimostrato, infatti, che nella maggior parte di chi ha questi problemi giocano un ruolo basilare gli errori alimentari. Per una dieta sana per il cuore bastano alcune avvertenze. Andrebbero preferiti i grassi insaturi presenti nei prodotti di origine vegetale e ridotti quelli saturi che sono prevalentemente di origine animale, e quindi andrebbero diminuiti frattaglie, burro, salumi e dolci con panna, mentre latte intero e i formaggi grassi andrebbero sostituiti con latte scremato e formaggi light e la carne rossa con quella bianca. Andrebbe dato ampio spazio ai cereali e ai loro derivati, meglio integrali, alla verdura e alla frutta. Il pesce andrebbe portato in tavola almeno due volte alla settimana, perché contiene dei particolari acidi grassi che hanno un'azione protettiva sulle arterie. In particolare per chi ha il colesterolo alto, sarebbe utile inserire nella dieta quotidiana anche gli alimenti arricchiti con fitosteroli

che hanno un comprovato effetto ipocolesterolemizzante e ricorrere a specifici integratori alimentari per migliorare la funzionalità epatica, qualora l'alterazione del valore del colesterolo dipenda da un fegato affaticato che è un fattore di riduzione del deflusso del colesterolo attraverso la bile e della sua conseguente eliminazione.

NON SONO MENO IMPORTANTI

Altro elemento chiave della prevenzione cardiovascolare è il movimento. L'esercizio fisico praticato regolarmente rafforza il cuore, migliora la circolazione, regolarizza la pressione, riduce il colesterolo 'cattivo' e aumenta quello 'buono', agisce favorevolmente sul metabolismo dei trigliceridi e aiuta a tenere sotto controllo il sovrappeso. Infatti è stato dimostrato che porta ad una riduzione del 33% del rischio di una malattia cardiovascolare. Non c'è bisogno di strafare bastano delle lunghe passeggiate quotidiane o delle gite in bicicletta. Infine, ma non per questo meno importante, bisognerebbe smettere di fumare. Il beneficio è considerevole: il rischio cardiovascolare diminuisce nell'arco di alcuni mesi o anni e arriva in 3 anni ai livelli di chi non ha mai fumato.



Inosima Complex ed Inosima 500: quando il fegato sta a cuore

Difficoltà digestive, stipsi, ipercolesterolemia, cefalea e stanchezza sono spesso correlati ad un rallentamento del lavoro del fegato, che rappresenta il nodo nevralgico del sistema di disintossicazione del corpo. Quando disordini alimentari, abuso di sostanze alcoliche, stress, uso continuato di farmaci ed ormoni, inquinamento e radicali liberi ne compromettono la funzionalità, è auspicabile, oltre ad un sensato cambiamento nelle proprie abitudini di vita, integrare l'alimentazione con sostanze mirate e funzionali. Molto utili quelle lipotrope, metilanti ed antiossidanti che servono a favorire i sistemi di disintossicazione, l'equilibrio dei grassi nel sangue ed il loro deflusso attraverso la bile. Con questa finalità è stato formulato Inosima Complex di Promin. Nel prodotto l'Inositolo è stato associato alla Vitamina E ed alla Colina, per attivare la funzione epatica ed i processi depurativi e per favorire l'equilibrio lipidico e la protezione dallo stress ossidativo. Gli attivi di Inosima Complex possono essere un valido supporto dopo un'intossicazione alimentare, un ciclo con antibiotici o cortisonici ed in generale quando necessita una depurazione profonda dell'organismo o ci si sente stanchi e stressati. Sempre di Promin, Inosima 500: 100 compresse di Inositolo purissimo, consigliato per trattamenti prolungati. La particolare tecnologia delle compresse di entrambi i prodotti permette un "lento rilascio" dei principi attivi, che vengono protetti dall'ambiente gastrico e garantiscono la loro massima efficacia. Inosima Complex ed Inosima 500 sono in farmacia.

Per maggiori informazioni:
www.promin.it, info 848 000995

Olio Cuore: il condimento ideale per il benessere

Per un'alimentazione all'insegna della salute del cuore, i più recenti studi scientifici sottolineano l'importanza degli acidi grassi polinsaturi omega 6, tipici di molti oli vegetali, come preziosi alleati per tenere sotto controllo il colesterolo 'cattivo' LDL. Ad essere particolarmente importante è l'acido linoleico, di cui è ricco l'Olio di mais Cuore: la dose consigliata di 30 grammi al giorno di Olio Cuore garantisce circa 16 grammi di acido linoleico che contribuiscono al mantenimento dei normali livelli di colesterolo insieme ad una dieta equilibrata e ad uno stile di vita sano e attivo. L'Olio di mais Cuore assicura inoltre una naturale presenza di fitosteroli vegetali, noti per favorire a certi dosaggi la riduzione dell'assorbimento del colesterolo assunto con gli alimenti. Olio Cuore è anche un fonte di preziose vitamine come la E che contribuisce a proteggere le cellule dallo stress ossidativo, e la B6 che partecipa al metabolismo energetico. Olio Cuore è quindi un condimento ottimale per mangiare bene e sentirsi in forma ogni giorno. Grazie al suo profumo neutro e al suo gusto gradevole e leggero è particolarmente indicato per tutte le preparazioni in cui si desidera lasciare sprigionare le deliziose note aromatiche delle ricette, rendendole davvero uniche!

Per maggiori informazioni:
www.mangiarbenesentirsinforma.it

Salute

Prenditi cura di te

di Vera Martinella

La **prevenzione al femminile** dei tumori oggi è molto più facile ed efficace rispetto al passato. Ma, secondo un sondaggio, le italiane, soprattutto quelle giovani, approfittano ancora troppo poco delle possibilità che la scienza mette loro a disposizione per vivere bene

Visite e test per la prevenzione, primi fra tutti quelli per il cancro al seno, sono ancora molto trascurati nel nostro Paese. Lo dimostra un'indagine di Fondazione Veronesi. E gli specialisti, dal Congresso europeo di oncologia, ricordano che la diagnosi precoce può salvare la vita

Donne poco attente a difendersi dai tumori

Fattori di rischio

Sovrappeso, scarso esercizio fisico, una dieta ricca di carboidrati e di grassi saturi contribuiscono a far salire il pericolo di ammalarsi



**L'indicazione
Il messaggio
è semplice: se si
scopre la malattia
in fase iniziale
la sopravvivenza
a cinque anni dalla
diagnosi è del 98%**

P

rima vengono le vacanze, poi i vestiti e l'estetica, solo al quarto posto ci sono i controlli periodici per la salute che precedono (di pochissimo) divertimenti e medicine in caso di bisogno.

Così le donne italiane, intervistate da Astra-Ricerche per Fondazione Umberto Veronesi, in un campione rappresentativo fra i 18 e i 65 anni, dicono di spendere i loro soldi. E se circa i due terzi delle interrogate dicono d'impegnarsi per raccogliere informazioni e mantenere un buon stato di salute, ben quattro su dieci in realtà non lo fanno abbastanza. Da un lato, infatti, affermano di seguire un'alimentazione sana e bilanciata, non bevono o comunque consumano poco alcol, non fumano, limitano l'uso di farmaci. Dall'altro, però, ammettono di non effettuare regolarmente visite o test per il tumore al seno: per distrazione, perché i costi sono elevati, perché non sanno bene che cosa fare, o per paura degli esiti. «Le buone intenzioni non bastano, è la diagnosi precoce che salva la vita» sottolinea Paolo Veronesi, direttore della Chirurgia Senologica dell'Istituto Europeo di Oncologia e Presidente della Fondazione, che ad ottobre (mese dedicato alla prevenzione del carcinoma mammario) torna a fare informazione e raccogliere fondi per la ricerca, con il progetto Pink is Good (<http://pinkisgood.it/wp/>). «Ogni anno in Italia — continua l'esperto — sono circa 46 mila i nuovi casi di tumore al seno, l'80% riguarda donne con più di 50 anni, ma cresce l'incidenza nelle 30-40enni. E dal nostro sondaggio emerge che troppe giovani, soprattutto tra i 18 e 25 anni, sono poco informate e non fanno neppure l'autopalpazione del seno. Il messaggio è uno solo e semplice: se la malattia viene scoperta in fase iniziale la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 98%».

Studi e statistiche a livello mondiale lo hanno ampiamente dimostrato, ma vista l'ampia schiera di "indisciplinate" e di poco o male informate, bisogna ribadirlo: possiamo davvero influenzare le nostre probabilità di ammalarsi di cancro. «Sovrappeso, scarso esercizio fisico,



dieta ricca di carboidrati e di grassi saturi contribuiscono a far salire il rischio sensibilmente — dice Lucia Del Mastro, direttore dell'Unità per lo sviluppo di terapie innovative all'Istituto per la Ricerca sul Cancro del San Martino di Genova —. E sottoporsi regolarmente agli esami appropriati può fare la differenza fra vivere e morire, perché prima si scopre il tumore, maggiori sono le chances di curarlo con successo».

Sondaggio alla mano, quasi tutte le italiane sanno però che la predisposizione genetica (in particolare la mutazione nei geni Brc1 e Brc2) fa crescere molto il pericolo, così come l'aver avuto in famiglia mamma, nonne, zie o sorelle con un carcinoma mammario o alle ovaie.

«Il programma di prevenzione dev'essere elaborato su misura, tenendo conto dei vari fattori di rischio, ma anche delle caratteristiche anatomiche delle mammelle, molto diverse da donna a donna e nella stessa donna a diverse età» chiarisce Veronesi. «Giovanissime o meno, le donne non devono preoccuparsi, ma occuparsi del proprio seno per rendere la malattia sempre più curabile — aggiunge Del Mastro, che intervorrà domani, 29 settembre, a un incontro organizzato a Milano, nella sede del Corriere della Sera, in occasione del Congresso europeo di oncologia (Esmo) —. Solo 20 anni fa le probabilità di guarigione completa erano la metà di quelle attuali. Il merito è di prevenzione e diagnosi precoce, oltre che di cure più efficaci e personalizzate».

Oggi, se il nodulo è individuato quando è piccolo, l'intervento chirurgico può essere risolutivo e poco invasivo. In tutti gli altri casi, grazie ai progressi della ricerca, ci sono svariate strategie che possono essere combinate o usate in sequenza a seconda dei casi.

«La tempestività resta importante anche durante le cure» spiega Alberto Farolfi, oncologo dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori di Forlì e coordinatore di uno studio presentato al convegno Esmo in corso a Madrid. Ad esempio, nelle donne con tumori scoperti quando sono ancora piccoli e

circoscritti, ma che hanno la tendenza a crescere rapidamente, bisogna aspettare giusto il tempo di recuperare dall'intervento e cominciare la chemioterapia al massimo entro sei settimane.

«Rispettando questi tempi si possono ridurre sia il rischio di ricadute sia la mortalità — chiarisce Farolfi —. È la conclusione a cui siamo giunti dopo aver seguito per più di 8 anni e mezzo oltre 700 donne colpite da carcinoma mammario con un elevato indice di proliferazione, scoperto però nella gran parte dei casi in una fase iniziale, con linfonodi negativi o un solo linfonodo positivo. È una situazione molto simile a quanto osserviamo ogni giorno nella pratica clinica, perché grazie agli screening e alla prevenzione è più raro trovare donne con un tumore già esteso oltre la mammella».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'incontro

Domani alle 18 al Corriere della Sera, a Milano, incontro per parlare di gestione e prevenzione dei tumori

con alcuni dei maggiori oncologi italiani e con Roberto Vecchioni, Rosanna Banfi

e Francesco Acerbi. La partecipazione è libera, con iscrizione obbligatoria, telefonando al 347.5086090 dalle 15 alle 18, oppure

scrivendo a Esmo2014italiana@gmail.com. L'incontro sarà anche trasmesso in diretta su Corriere.it.

Il calendario dei controlli per fasce d'età

Fonte: Fondazione Veronesi e Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica)

Prima dei 25 anni

Vaccinazione anti-HPV

25 - 40 anni

Almeno una volta al mese autopalpazione del seno

Almeno una volta l'anno visita odontoiatrica

Ogni anno

visita ginecologica con ecografia transvaginale. Dai 30 anni visita senologica, ecografia mammaria

Ogni 2-3 anni

Pap Test e HPV-Dna test

Almeno una volta entro i 40 anni

controllo dei nevi, visita otorinolaringoiatrica

40 - 50 anni

Almeno una volta al mese autopalpazione del seno

Almeno una volta all'anno visita odontoiatrica

Ogni anno visita ginecologica con ecografia transvaginale, visita senologica con ecografia mammaria

Ogni 2 anni

ricerca di sangue occulto nelle feci, mammografia

Ogni 2-3 anni

Pap Test e HPV-Dna test

Ogni 3 anni

controllo dei nevi

Oltre i 50 anni

Almeno una volta al mese autopalpazione del seno

Almeno una volta all'anno visita odontoiatrica

Ogni anno visita ginecologica con ecografia transvaginale, visita senologica con mammografia o ecografia mammaria

Ogni anno

ricerca di sangue occulto nelle feci

Ogni 2-3 anni

Pap Test e HPV-Dna test

Ogni 3 anni

visita cavo orale e laringe (soprattutto se fumatrici e consumatrici regolari di alcol), controllo dei nevi

Almeno una volta dopo i 50 anni

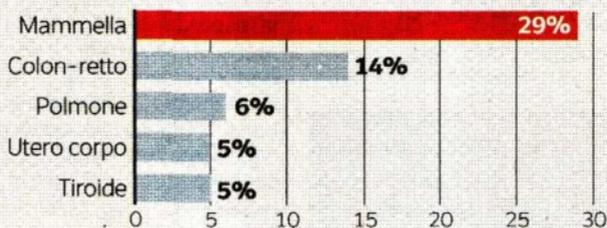
colonscopia

► Tra i 40 e 50 anni la cadenza della mammografia va personalizzata in base ai fattori di rischio

► Nelle donne ad alto rischio genetico (BRCA-1, BRCA-2), mammografia e risonanza magnetica dovrebbero essere fatte dai 25 anni in poi

I tumori più frequenti nelle donne

Primi cinque tumori più spesso diagnosticati e percentuale sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) nella popolazione femminile



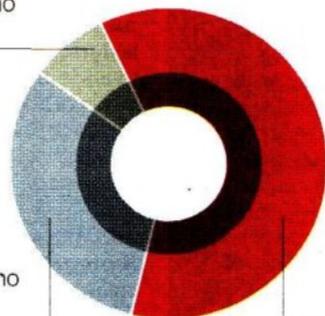
Fonte: Pool Airtum 2006-2009

L'investimento in salute delle italiane

Quante fanno prevenzione per il tumore al seno

Non la fanno, ma la facevano in passato
8%

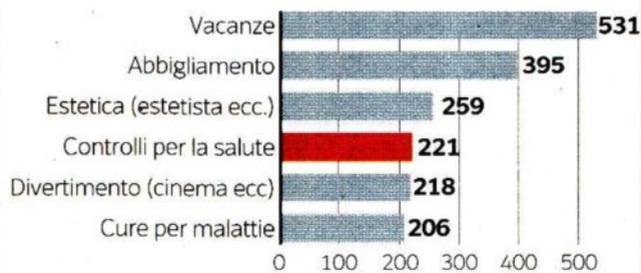
No, non l'hanno mai fatta
31,1%



La fanno
60,9%

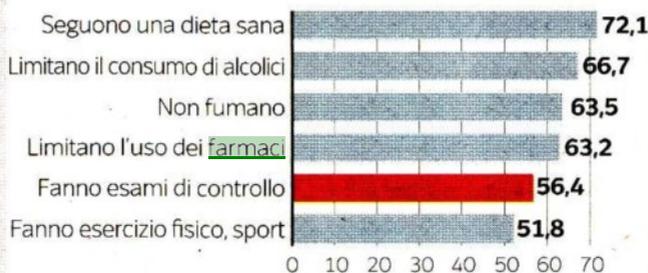
Quanto spendono le donne in prevenzione

Euro/anno



Quali comportamenti adottano per stare in salute

Dati in percentuale



Fonte: Indagine «Le donne italiane, la prevenzione, il tumore al seno» 2014, Fondazione Umberto Veronesi, Astra Ricerche

d'Arco

Salute

Il commento

di **Luigi Ripamonti**

NON OSSESSIONE MA CONSAPEVOLEZZA

Forzando il concetto si potrebbe dire che la maggior parte dei femminicidi in Italia viene commesso da donne. Sono quelle che hanno «imparato» a fumare quanto e più degli uomini. Considerazione moralista, irritante, risaputa quanto si vuole, ma ineludibile se si vuole trattare senza falsi pudori il tema della prevenzione dei tumori "al femminile" oggi. I numeri sono lì a dirlo chiaramente: quello al polmone è diventato il terzo cancro più frequente fra le donne, e il «sorpasso» in Europa su quello al seno (tuttora saldamente «in testa») è previsto per l'anno prossimo. Ma questo tumore è probabilmente quello per cui la prevenzione è più elementare e facile: abbattere il fumo abbatte il rischio. Per altri, quello al seno in particolare, la riflessione è meno scontata, e talvolta oggetto di dibattiti anche aspri. Nelle pagine successive riportiamo, per esempio, uno schema di controlli consigliati per le diverse fasce di età in base a diverse fonti di letteratura scientifica. Va detto che su un simile calendario non c'è completo e assoluto accordo. C'è chi auspica «di più» e chi «meno». Il British Medical Journal, per esempio, in un recente editoriale dedicato a «luci ed ombre degli screening» ha riassunto gli elementi che mettono in dubbio l'utilità della mammografia alle frequenze spesso consigliate, e stigmatizza le controindicazioni di una prosecuzione dello screening mammografi-

co oltre i 75 anni. Su questo tema la discussione è dunque, almeno su taluni aspetti, in parte aperta. Non lo è, però, sul fatto che le donne dovrebbero prendersi consapevolmente cura di sé, adottando scelte opportune in accordo con i propri medici e tenendosi costantemente informate. Anche perché il panorama sta cambiando molto rapidamente a loro favore. Senza scomodare il complesso tema dei test genetici, si prospettano diverse novità. Ad esempio, per citarne una, si guarda con molto interesse alla possibilità di una ricerca del virus Hpv nelle urine per scongiurare il tumore alla cervice uterina. In ogni caso le chiavi per una difesa intelligente del proprio benessere sono saldamente in mano a ciascuna donna. E consistono da una parte nell'utilizzo intelligente delle opportunità disponibili per proteggersi, e dall'altra nell'adozione di stili di vita adeguati. La prevenzione non deve diventare una nevrosi ossessiva, ma neppure venire «dimenticata» a causa di fobie autolesioniste.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Deve aumentare l'adesione all'offerta degli esami di screening

Collo dell'utero

Dei tre milioni di italiane invitate a fare il Pap test, solo il 41% ha accettato

Colon retto

Solo la metà di coloro cui è stata proposta la ricerca di sangue occulto ha eseguito l'esame

Che le donne siano tradizionalmente attente alla salute più degli uomini è un fatto innegabile, ma quando si tratta di tumori restano ampi margini di miglioramento. A testimoniare ci sono anche i numeri contenuti nel Rapporto 2014 dell'Osservatorio nazionale screening.

Nel corso del 2012 più di tre milioni di italiane sono state chiamate a fare lo screening con Pap test per la diagnosi precoce del cancro dell'utero, ma soltanto il 41 per cento ha accettato l'invito.

E se a oltre quattro milioni di connazionali è stata offerta l'opportunità del test Sof (quello per la ricerca del sangue occulto nelle feci) per il colon retto, ha aderito solamente la metà delle donne e il 45 per cento dei maschi. «Tropo pochi, specie se si considera che sono esami gratuiti, rapidi e indolore e che potrebbero salvare la vita — sottolinea Stefano Cascinu, presidente dell'Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica —. Sebbene i dati provino un impegno maggiore nella compagine femminile, non si può dire che siano soddisfacenti. Tanto più che riguardano il secondo tumore più diffuso fra le donne, quello del colon, e il quarto, quello al collo dell'utero o cervice uterina (al primo e terzo posto ci sono rispettivamente carcinoma mammario e polmonare, ndr)».

L'importanza di fare gli es-

mi appare chiara anche a fronte dei nuovi casi di questi tumori (quasi 55mila nel 2013 le diagnosi di carcinoma coloretale e 8.200 quelle di neoplasia uterina) e dei vantaggi che si potrebbero trarre da una diagnosi precoce. «Un test Sof (in Italia offerto gratuitamente ogni due anni ai cittadini fra i 50 e i 70 anni) diminuisce del 20 per cento il rischio di ammalarsi di carcinoma colon-rettale e del 40 per cento quello di morire — prosegue Stefano Cascinu, presente in questi giorni al Congresso europeo di oncologia Esmo, in corso a Madrid —. E un Pap test ogni tre anni (l'invito arriva alle italiane fra i 25 e i 64 anni) riduce del 60-70 per cento la probabilità di sviluppare un cancro della cervice. Con il test per la ricerca dell'Hpv o Papillomavirus, che in alcune Regioni già sostituisce il "vecchio" Pap test, questa protezione cresce ulteriormente».

Con gli esami di screening, poi, è possibile scoprire e curare persino le formazioni benigne che possono nel tempo degenerare in tumori di utero e colon, prevenendo così del tutto l'insorgenza di un carcinoma. Senza considerare che dal 2007 ormai tutte le ragazzine (nenni vengono invitate a vaccinarsi contro il virus Hpv, primo responsabile del tumore alla cervice uterina, in modo tale da poterne essere praticamente immuni. Ma anche in questo caso ci sono margini di miglioramento: la coper-

tura vaccinale nel nostro Paese è ferma al 69 per cento, ovvero tre ragazzine su dieci non colgono l'opportunità offerta.

Per quanto riguarda il tumore al colon, oltre ai controlli, per limitare le probabilità d'ammalarsi, conta poi molto anche lo stile di vita: «Il rischio sale in chi è sovrappeso e cresce persino del 33 per cento nelle persone obese — spiega Fortunato Ciardiello, professore di Oncologia Medica alla Seconda Università di Napoli e presidente eletto Esmo —. Questa neoplasia è direttamente associata ad un'alimentazione ad alto contenuto calorico, ricca di grassi animali e carni rosse e povera di fibre: bisogna aumentare frutta e verdura, ridurre pane e cereali raffinati, patate, carne rossa, dolci e zucchero. Fare attività fisica regolarmente è altrettanto importante. E per chi ha una familiarità o altri fattori predisponenti (come morbo di Crohn o retocolite ulcerosa) è consigliabile anticipare i controlli verso i 45 anni ed eseguire una colonoscopia raggiunti i 50anni».

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Cancro al polmone, la «nuova» minaccia

La previsione

Probabilmente entro il 2015 il tumore al polmone supererà quello al seno come principale causa di morte per cancro tra le donne europee, secondo la previsione, statistiche alla mano, di ricercatori dell'Istituto Mario Negri pubblicata l'anno scorso su *Annals of Oncology*

Nel nostro Paese in poco più di 20 anni la mortalità per carcinoma polmonare nelle donne è raddoppiata, mentre per gli uomini è in leggera diminuzione. Ma poiché le italiane hanno iniziato a fumare più tardi e fumano meno che in altri Paesi europei, il sorpasso potrebbe non verificarsi almeno per tutto questo decennio.

«Resta il fatto che questa temibile neoplasia negli ultimi anni è costantemente in aumento fra le nostre connazionali — spiega Carmine Pinto, presidente eletto dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e direttore dell'Oncologia all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma —. Dei 38 mila nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia, il 30% oggi colpisce una donna e, se si considera che almeno l'85% dei casi di cancro al polmone è causato dal tabacco, è facile capire perché la malattia stia divenendo "femminile"».

I conti tornano quando si apre il Rapporto sul fumo in Italia 2014, dell'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto

Superiore di Sanità: 11,3 milioni di italiani fumano (il 22% della popolazione) ma se le file degli uomini continuano a diminuire, quelle delle fumatrici quest'anno sono invece cresciute del 3,6%.

Una tendenza diffusa anche fra i giovanissimi: le femmine che fumano sono più numerose dei maschi, iniziano per prime e consumano più sigarette al giorno.

«La probabilità di sviluppare un tumore ai polmoni è più alta di 14 volte nei tabagisti rispetto ai non fumatori e sale fino a 20 volte in chi consuma oltre 20 sigarette al giorno — continua Filippo de Marinis, direttore dell'Oncologia Toracica allo Ico di Milano, che interverrà il 29 settembre all'incontro organizzato al Corriere della Sera in occasione del Convegno europeo di oncologia Esmo —. Ma anche il fumo passivo fa crescere il pericolo d'ammalarsi di circa il 30%.

A seguire, sappiamo che ci sono altri fattori di rischio, fra cui inquinamento atmosferico e polveri sottili, esposizione all'amianto in fibre (causa soprattutto di mesotelioma) e talune malattie polmonari croniche (come la tubercolosi)».

L'attenzione degli oncologi ora è puntata particolarmente sul fumo passivo: l'Aiom ha appena lanciato una campagna nazionale di prevenzione e sensibilizzazione: «Abbiamo svolto un sondaggio che ha coinvolto 3 mila italiani ed è emerso che ben 8 su 10 non sanno che il fumo passivo provoca il cancro del polmone —

prosegue Pinto —. In compenso, un quarto della popolazione italiana vi è esposto, sette italiani su dieci fumano regolarmente in luoghi chiusi e la metà lo fa anche in presenza di bambini, esponendoli ai possibili danni e pure a un cattivo esempio che può costare molto caro». Ma c'è di peggio: il livello di conoscenza sui fattori di rischio legati al tabacco è talmente basso che quasi la metà dei connazionali (48%) pensa che il tumore ai polmoni non si possa prevenire e il 43% crede erroneamente che smettere non riduca il rischio di sviluppare la malattia.

«Per troppo tempo il tumore del polmone è stato considerato una patologia quasi esclusivamente maschile, — conclude Silvia Novello, presidente dell'associazione di pazienti *Women Against Lung Cancer in Europe* —. È importante che tutti siano informati: dire addio alle sigarette è una missione possibile e comporta grandi benefici, fin da subito. Anche il rischio di cancro col tempo diminuisce e dopo 10 o 15 anni diventa uguale a quello di chi non ha mai fumato».

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2015

Dovrebbe essere l'anno del sorpasso sul tumore al seno in Europa

