

Lorenzin: «Sarebbe un gran successo risparmiare 15 mld in cinque anni, ma firmerei per arrivare a 10»

Fuoco incrociato sui conti Ssn

Spending, Patto, costi standard, manovra: quel poker di scommesse salva-welfare

Niente tagli alla sanità nella legge di stabilità, ma i risparmi e le razionalizzazioni da qualche parte devono arrivare. E così mentre la manovra si dedica per lo più a ri-finanziare la non autosufficienza, il Patto per la salute si incrocia con la spending review del commissario Cottarelli e promette cambi di rotta nella gestione del Ssn in grado di rastrellare miliardi. Anche 10-15

secondo il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, che arriverebbero dalle nuove regole in cantiere per ospedali, gare per gli acquisti di beni e servizi, costi standard, e-health, Lea, **farmaci** e cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket. Ma, mette in chiaro il ministro, «le Regioni non possono tirarsi indietro, ne va della sostenibilità del Ssn».

A PAG. 4

Incrocio di norme e intese per ottimizzare la gestione economica e l'assistenza

La Spending si fa col «Patto»

Subito i costi standard - E la stabilità punta a difendere la non autosufficienza

Tanto rumore per nulla. O quasi. Nel giovedì confuso in cui chiudiamo le pagine del settimanale una cosa è certa: i vischiosi dei meccanismi parlamentari e di lobby sono più attivi che mai. Tanto che il vortice di alzate d'ingegno che la settimana scorsa aveva dato per fatte mille manovre - ai danni o meno delle casse sanitarie - sembra essersi risolto in un nulla di fatto.

Degli emendamenti che avevano provocato una vera e propria alzata di scudi da parte delle imprese **farmaceutiche**, a esempio, sembra non essere rimasto più nulla.

E al momento non è ancora dato sapere se e quanto della partita cruciale sui costi standard finirà col confluire nella legge di Stabilità - come apparentemente auspicato dalle Regioni - ovvero per restare nella sede - inizialmente ritenuta più idonea - dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute.

Nell'isteria collettiva di un metodo di lavoro che invece di semplificare l'iter ha aggiunto alla scrematura anche la procedura delle "nominazioni" da parte dei Gruppi (stile «Grande Fratello») una cosa almeno è emersa con chiarezza: i soldi per la non autosufficienza, almeno quelli, alla fine in qualche modo salteranno fuori.

Tanto poté lo spauracchio dell'emendamento **Silvestro, Dirindin&C** che degli stessi soldi è andato a caccia per una settimana minacciando gare territoriali sui **farmaci** equivalenti che (quasi) nessuno si sarebbe poi sentito di bandire. La conferma - tra fallaci annunci di ritiro dello stesso e baldanzose (e "politicamente corrette") prese di posi-

zione sulla strenua difesa dei suoi contenuti, in un'ottica pro-disabilità, è giunta alla fine dallo stesso presidente del Consiglio, **Enrico Letta**, che al termine della seduta dell'esecutivo di giovedì scorso - ampiamente dedicata ai nodi cruciali della Stabilità 2014 - ha annunciato che il Governo «ha deciso di presentare due emendamenti alla legge di Stabilità: uno per gli autotrasportatori e l'altro per il ripristino completo delle somme legate al capitolo della non autosufficienza, dentro cui stanno risorse per i malati di Sla che hanno dato vita a una giustificata protesta nei confronti del Governo e del Parlamento».

Qualche altra liretta ci sarà - almeno secondo le bozze degli emendamenti governativi finora conosciuti - anche per le politiche della famiglia e poco altro.

Ma la vera partita sui risparmi sembra essere stata definitivamente reindirizzata verso le sedi più o meno naturali di partenza: il Patto e la neonata spending review marca **Cottarelli**.

Sulle sorti di quest'ultima, per quanto attiene al capitolo Sanità, pesa la capacità fascinosa del percorso di razionalizzazioni e riqualificazioni del Ssn che il ministro **Beatrice Lorenzin** continua a difendere a spada tratta. «La nostra spending sarà il Patto per la salute», ha dichiarato venerdì in una intervista a «Il Sole-24 Ore».

«Sarebbe un grande successo se risparmiassimo 15 miliardi in 5 anni, ma ci metterei la firma se arrivassimo a 10 miliardi. Da reinvestire in sanità», ha dichiarato. E i capitoli a cui mettere mano nelle intenzioni del ministro sono dav-

vero tanti: dagli ospedali alle gare per gli acquisti, dai costi standard all'e-health, dai Lea ai **farmaci**, alle cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket.

Tutto da fare occhi negli occhi con le Regioni: «Non potranno tirarsi indietro - ha sottolineato - ne va della sostenibilità del Ssn».

Tuttavia, anche nel piano presentato dal commissario per la spending alle Camere gli ingredienti sanitari non mancano: centrali d'acquisto per **farmaci**, beni e servizi, protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni, revisione dei Lea. E ancora: riorganizzazione della rete periferica dei servizi medici e veterinari, assistenza sanitaria al personale navigante, enti vigilati.

Solo «indicazioni», secondo **Lorenzin**. «Cottarelli - spiega il ministro - ha detto che vuole fare una commissione presieduta da persone del settore. Io gli ho proposto anche una questione di metodo. Bisogna spiegare ai cittadini che si chiede un sacrificio per ottenere un risultato. Il taglio alla spesa improduttiva deve servire almeno in parte a ridurre in



modo incisivo le tasse. Dopo la cura dimagrante degli ultimi anni (22 miliardi) i tagli lineari non servono più. Adesso sono necessarie la riorganizzazione e la riqualificazione della spesa e l'attuazione di misure che giacciono inapplicate».

I tavoli sulla spending partiranno subito per tutti: «Vorrei che il Patto anticipasse e accompagnasse il lavoro del Commissario - ha detto ancora **Lorenzin** -. Spero sia anche uno sprone per le Regioni a comprendere che è necessario dare risposte politiche e amministrative. I cittadini-pazienti non possono capire lentezze e ritardi che si traducono in sprechi e disservizi».

E da questa settimana si entra nel vivo. Il Patto per la salute - ribadisce la promessa istituzionale di ministro e Regioni - sarà approvato prima di Natale. Ancora prima o giù di lì ci dovrà essere il via libera ai costi standard, con la scelta delle Regioni benchmark da utilizzare già per il riparto del Fsn 2013. Nei giri di valzer sulla scelta delle protagoniste è data sempre per certa la presenza di Umbria e Marche mentre si ipotizzano la rinuncia da parte dell'Emilia Romagna e l'avvento di una delle due Regioni leghiste - Lombardia o Veneto - con un pronostico che dà in vantaggio la prima.

«Nel Patto stiamo lavorando a un'idea di spending all'inglese, per rendere il Ssn sostenibile e capace di reggere la sfida della longevità e della competizione con gli altri Stati, aperta dalla direttiva sulle cure transfrontaliere» - conclude **Lorenzin**, decisa a fare le veci di Cottarelli in casa propria -. «Per farlo serve un cambiamento di mentalità da parte di tutti, a cominciare dalle Regioni. Se a esempio riusciamo a risparmiare un 20% con le gare centralizzate sugli acquisti di beni e servizi, dobbiamo capire dove lo reinvestiamo. Si può puntare sulla ricerca scientifica, per accrescere il capitale di know-how che crea valore economico. O sulle infrastrutture tecnologiche e sanitarie. O ancora sulla deospedalizzazione, che fa risparmiare. Per migliorare la qualità della spesa e investire su ciò che davvero serve, mano a mano che risparmiamo, dobbiamo allocare le risorse nei settori del sistema che ci interessa valorizzare e "spingere"».

Reinvestendo cioè una volta tanto in casa quello che resta dopo aver tirato una volta ancora la cinghia.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

Analisi delle gare Consip 2011-2013 (settembre) per Regione (milioni di euro)

Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti	Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti
Piemonte	1.139,1	910,3	1.437	Toscana	3.466,9	1.664,6	5.550
Valle d'Aosta	147,1	67,4	409	Umbria	62,3	61,6	103
Lombardia	1.822,2	71,2	1.063	Marche	434,8	309,8	827
Bolzano	724,2	446,9	1.302	Lazio	1.314,8	376,0	511
Trento	1.224,4	439,2	2.100	Molise	316,2	294,0	426
Veneto	1.724,5	1.430,4	1.409	Campania	3.032,3	2.823,8	1.567
Friuli V.G.	1.074,7	716,3	2.310	Puglia	79,9	0,0	150
Liguria	242,6	218,8	138	Basilicata	263,1	78,9	492
Emilia R.	2.589,8	1.313,6	1.611	Calabria	733,4	254,9	635
				Totale	20.392,3	11.477,7	22.040

(*) Il totale riguarda gli enti abilitati secondo la legge 499/1999 e altri soggetti aggregatori di domanda. Per gli enti abilitati l'intervento Consip è al 100%, per gli altri al 75% circa.

Gli effetti delle ultime manovre (dal 2011) in sanità (milioni di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Copertura del fabbisogno finanziario al lordo della medicina penitenziaria						
A. A carico del bilancio dello Stato	107.923	110.512	112.393	116.236	119.856	
Riduzione finanziamento per manovre personale e farmaceutica (DI 78/2010 + DI 98/2011)	-1.018	-1.732	-3.100	-5.450	-5.450	-16.750
B. Copertura fabbisogno sanitario a carico dello Stato, al netto effetto DI 78/2010 e DI 98/2011	106.905	108.780	109.293	110.786	114.406	
Ulteriori risorse per Opg e regolarizzazione stranieri al netto visite fiscali		81	115	115	115	
C. Copertura fabbisogno a carico dello Stato di cui alla lettera B) al lordo ulteriori risorse		108.861	109.408	110.901	114.521	
Riduzione livello di finanziamento da articolo 15 DI 95/2012 (Spending review)		-900	-1.800	-2.000	-2.100	-6.800
D. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo il DI Spending review *		107.961	107.608	108.901	112.421	
Riduzione finanziamento legge di stabilità 2013			-600	-1.000	-1.000	-2.600
E. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo la legge di stabilità 2013			107.008	107.901	111.421	
Totale effetti finanziari manovre	-1.018	-2.632	-5.500	-8.450	-8.550	-26.150

(*) Il livello di finanziamento non comprende l'incremento a seguito del trasferimento al Ssn delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante (Sasn) a decorrere dal 2013 (Legge di stabilità modificata dalla legge 189/2012).
Nota: I 2.000 euro di minori finanziamenti previsti per il 2014 dalla spending review (legge 135/2012) sono i ticket in applicazione della legge 111/2010 ora soppressi con la legge di stabilità 2014 e il finanziamento indicato in 107,9 miliardi dovrebbe salire a 109,9 miliardi come richiesto di specificare dalle Regioni.

IL REPORT «HEALTH AT A GLANCE 2013»

Italia, la spesa in rapida discesa

Ocse: costi in calo, sui generici si può fare di più

Spesa sanitaria pro-capite (pubblica e privata) in discesa in Italia nel 2011, con una riduzione del 2 per cento. E la dieta non si ferma nel 2012, che vede un'ulteriore riduzione stimata allo 0,4 per cento. Non si parla di valori particolarmente elevati. Con 3.012 dollari a testa, il valore italiano si pone infatti al di sotto della media Ocse, pari a 3.322 dollari, e all'estremo inferiore dell'intervallo in cui ricade la metà dei 34 Paesi membri, che spendono tra i 3mila e i 4.500 dollari pro capite per l'assistenza sanitaria. La punta massima è raggiunta negli Usa, con oltre 8.500 dollari. La cifra più bassa è in Indonesia (127 dollari). I numeri sono quelli dell'edizione 2013 del Report Ocse "Health at a Glance".

Dopo una crescita media annuale nel 2000-09 del 4,1% in tutti i Paesi, il trend, sebbene in modo differenziato, è stato in frenata per tutti (a parte le eccezioni di Israele e Giappone). Tra il 2009 e il 2011, infatti, la crescita media annuale è passata allo 0,2 per cento.

Il crollo più pesante si è registrato nei Paesi maggiormente colpiti dalla crisi economica: ovvero in Grecia, dove la variazione annuale media nel periodo 2009-11 è stata del -11,1%, e in Irlanda, dove la variazione è stata del -6,6 per cento. In Italia, dopo un tasso di crescita media della spesa pro capite dell'1,6% nel periodo 2000-09, si è passati a una variazione media annuale negativa del -0,4% nel periodo

2009-11.

Il report Ocse rileva «un trend in contrazione in Italia in linea con altri 10 Paesi europei, che nel biennio 2009-11 hanno tagliato le spese sanitarie a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale».

Per quanto riguarda il rapporto spesa sanitaria-Pil, l'Italia con una spesa pari al 9,2% del prodotto interno lordo, si pone quasi esattamente nella media Ocse (9,3%). La quota maggiore di spesa sanitaria rispetto alla ricchezza prodotta si registra nel gruppo di Paesi che riunisce Usa (17,7%) Paesi Bassi (11,9%), Francia (11,6%), Germania (11,3%), Canada (11,2) e Svizzera (11%).

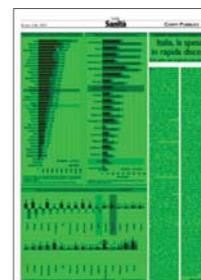
Parole d'ordine per l'Italia, secondo l'Ocse: «Migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario». Controllo della spesa, riduzione dei posti letto, dei ricoveri e della durata delle degenze hanno permesso all'Italia di contenere i costi. E negli ultimi anni, l'Italia è riuscita anche a contenere la propria spesa **farmaceutica**, nota l'Ocse, «grazie all'aumentata competitività e alla riduzione dei prezzi. Ciononostante, la quota di **farmaci** generici resta una delle più basse tra i Paesi Ocse, con meno di un sesto del volume complessivo dei **farmaci** venduti. Tale quota è assai più bassa di quanto non si registri in altri Paesi europei quali Germania, Regno Unito o Danimarca dove i **farmaci** generici rappresentano circa i tre quarti del mercato». La spesa **farma-**

ceutica pro capite in Italia è pari a 487 dollari, di poco superiore alla media Ocse (483), e rappresenta l'1,5% del Pil. Un esborso in discesa da lungo tempo: il nostro è infatti l'unico Paese Ocse in cui la variazione annuale media della spesa **farmaceutica** è stata sempre negativa già dal 2000 (-0,8% fino al 2009), ma con una decisa accelerazione dal 2009 al 2011, periodo in cui la variazione annuale media è scesa fino al -4,1 per cento. La variazione annuale media Ocse è pari a -0,9 per cento nel 2009-11 a fronte di una crescita annuale del 3,5% nel 2000-09. Il crollo più rilevante, anche in questo caso, si registra in Grecia, dove la spesa per le medicine è calata del 10,1% l'anno tra il 2009 e il 2011. Forti cali anche in Estonia (-7,2%), Portogallo (-5,9%), Islanda (-4,7%) e Irlanda (-4,4%). Un interessante capitolo del report è infine dedicato al mercato sanitario. Intendendo con questo termine una sorta di bilancia commerciale della salute, che include principalmente il «turismo sanitario» in cerca di prestazioni di qualità *low cost*, spinto anche da accordi tra regioni confinanti e maggiori coperture offerte dai sistemi assicurativi privati, con il risultato complessivo di una maggiore mobilità dei pazienti tra Stati diversi. Ma in questa voce è incluso, sebbene in misura minore, anche lo scambio di **farmaci** e di servizi diagnostici, senza lo spostamento fisico dei pazienti. L'import di salute, nell'insieme dei Paesi Ocse, ammonta a

7 miliardi di dollari nel 2011, gran parte dei quali generati da scambi tra Paesi Ocse. Con 2,3 miliardi (pari allo 0,6% della sua spesa sanitaria) la Germania è in assoluto il più grande importatore di salute, seguito dagli Stati Uniti e dall'Olanda. Il livello di spesa supera l'1% del totale solo in Islanda e Portogallo, Paesi che registrano una rilevante mobilità sanitaria passiva. Ma questa voce di spesa, ossia l'import di beni e servizi per la salute, è in crescita in tutti i Paesi Ocse, anche con tassi a due cifre. In Italia, tra il 2006 e il 2011, l'import sanitario è cresciuto del 7,1% con una spesa pari allo 0,15% del totale. L'export invece è calato nello stesso periodo del 3,6 per cento. Segno che c'è ancora da lavorare, se l'Italia vuole cogliere tutte le opportunità offerte dalla direttiva sulle cure transfrontaliere, entrata in vigore il 25 ottobre scorso. È vero che l'export sanitario rappresenta una voce marginale in quasi tutti i Paesi Ocse, ma nella Repubblica Ceca rappresenta il 3,6 per cento. Anche Slovenia, Polonia e Ungheria hanno messo a segno percentuali superiori all'1% della spesa, dal momento che sono diventate destinazioni popolari per i pazienti di altri Paesi Ue, soprattutto per le cure odontoiatriche. Per Polonia e Slovenia, infatti, il valore dell'export sanitario è cresciuto rispettivamente del 19,4 e del 20,3 per cento.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidiano**sanità**.it

Martedì 25 NOVEMBRE 2013

Rapporto Eurostat sulla spesa sociale in Europa. Italia al top per le pensioni. Sulla sanità sotto la media UE

Publicati i dati comparativi della spesa sociale nei Paesi dell'Unione Europea. Si conferma che spendiamo molto più degli altri per la previdenza e meno per la sanità. Siamo poi in coda per il sostegno alle abitazioni popolari con una quota dell'0,6% contro una media europea del 3,6%.

L'Italia è la nazione con la più alta spesa per le pensioni e la più bassa per le esigenze abitative delle persone meno abbienti e per l'esclusione sociale.

Lo rileva l'ultimo rapporto Eurostat che rileva questa anomalia pur se in corrispondenza di una assoluta linearità della spesa sociale complessiva italiana se calcolata in termini pro capite. Fatta 100 la spesa nella UE, la spesa sociale italiana complessiva si colloca infatti a quota 101.

Ma è per l'appunto sulla spesa per le pensioni che l'Italia "sfora" visibilmente le medie UE, con il 61% della spesa totale per benefit previdenziali, contro una media europea del 46%. Seguono Polonia (58%), Portogallo, Lettonia e Malta (55%), mentre la più bassa si registra in Irlanda (23%), Lussemburgo (37%) e Croazia (38%).

Bassa, invece, la spesa che lo Stato dedica ad alloggi popolari o a contributi per chi non può permettersi una casa, e all'esclusione sociale in generale: solo lo 0,3% di tutta la spesa sociale, contro una media europea di 3,6%.

Anche per la sanità l'Italia si colloca al di sotto della media europea con il 30,6% di incidenza sul totale della spesa sociale a fronte del 37,1% della UE.

Spesa sociale in Europa, 2011

Spesa	in % del Pil				Spesa pro, capite 2011 EU28=100	Spesa per funzioni, in % sul totale spesa sociale:				
	2008	2009	2010	2011		Vecchiaia	Malattia e disabilità	Famiglia-	Disoccupa- zione	Casa
<u>EU28</u>	<u>26.8</u>	<u>29.7</u>	<u>29.4</u>	<u>29.1</u>	<u>100</u>	<u>45.7</u>	<u>37.1</u>	<u>8.0</u>	<u>5.6</u>	<u>3.6</u>
Belgium	28.3	30.6	30.1	30.4	121	39.8	36.3	7.8	12.8	3.3

Bulgaria	15.5	17.2	18.1	17.7	29	50.2	33.9	11.0	3.4	1.5
Czech Republic	18.0	20.3	20.2	20.4	58	48.9	39.5	5.9	3.6	2.1
Denmark	30.7	34.7	34.3	34.3	138	43.4	33.3	12.5	5.5	5.3
Germany	28.0	31.5	30.6	29.4	125	40.4	41.1	11.1	4.6	2.8
Estonia	14.9	19.0	18.0	16.1	38	44.0	39.4	12.4	2.9	1.2
Ireland	21.5	26.5	28.5	29.6	121	23.4	49.5	12.0	11.5	3.6
Greece	26.2	28.0	29.1	30.2	84	52.1	30.7	6.2	7.4	3.5
Spain	22.2	25.4	25.8	26.1	83	43.8	34.4	5.4	14.6	1.7
France	31.3	33.6	33.8	33.6	127	45.4	34.7	8.2	6.6	5.0
Croatia	18.7	20.8	21.0	20.6	41	38.1	51.1	8.0	2.4	0.4
<i>Italy</i>	<u>27.7</u>	<u>29.9</u>	<u>29.9</u>	<u>29.7</u>	<u>101</u>	<u>61.3</u>	<u>30.6</u>	<u>4.8</u>	<u>2.9</u>	<u>0.3</u>
Cyprus	19.5	21.1	22.1	22.8	72	48.1	26.0	9.0	5.4	11.4
Latvia	12.7	16.9	17.8	15.1	30	54.9	30.0	7.6	4.8	2.7
Lithuania	16.1	21.2	19.1	17.0	40	44.1	37.3	10.4	3.4	4.7
Luxembourg	21.4	24.3	23.1	22.5	184	37.4	37.1	16.5	5.3	3.7
Hungary	22.9	24.3	23.1	23.0	53	46.3	35.3	12.5	3.7	2.2
Malta	18.1	19.6	19.4	18.9	56	54.6	33.5	6.4	2.8	2.7
Netherlands	28.5	31.6	32.1	32.3	144	39.4	43.4	4.0	4.8	8.4
Austria	28.5	30.7	30.6	29.5	131	50.6	32.8	9.9	5.3	1.5
Poland	18.6	19.2	19.2	19.2	46	58.1	32.0	7.2	1.5	1.1
Portugal	24.3	26.8	26.8	26.5	69	55.2	33.3	4.9	5.5	1.2
Romania	14.3	17.1	17.6	16.3	28	53.7	34.2	8.9	1.6	1.7
Slovenia	21.4	24.2	25.0	25.0	71	47.0	38.5	8.9	3.3	2.3
Slovakia	16.1	18.8	18.7	18.2	48	43.6	39.4	9.9	4.7	2.4
Finland	26.2	30.4	30.6	30.0	115	40.0	37.4	11.2	7.0	4.4
Sweden	29.5	32.0	30.4	29.6	125	42.8	38.7	10.7	4.0	3.9
United Kingdom	25.8	28.6	27.4	27.3	102	43.6	40.8	6.4	2.6	6.6

Iceland	22.0	25.4	24.5	25.0	96	25.6	48.3	11.4	6.3	8.4
Norway	22.2	26.0	25.6	25.2	151	33.1	48.0	12.5	2.7	3.6
Switzerland	24.6	26.8	26.8	26.6	133	49.2	39.0	5.3	3.1	3.4
Serbia*	:	:	24.6	:	:	53.7	35.2	5.4	3.6	2.1

* dati 2010

: Dati non disponibili

Fonte: Eurostat

«L'aspirina protegge dal cancro»

I medici: «Benefici evidenti in chi assume il farmaco per almeno cinque anni per prevenire le malattie cardiovascolari»

NOTIZIE CORRELATE

Un'aspirina al giorno può prevenire il cancro?

Se l'aspirina «allontana» il tumore al fegato

Aspirina per prevenire e curare il cancro

Forum, l'esperto risponde

L'assunzione regolare di aspirina protegge dal cancro. Ne sono convinti gli esperti della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), riuniti a convegno nei giorni scorsi a Firenze. «Il 2014 - dice Claudio Cricelli, presidente SIMG - sarà l'anno della prevenzione cardiologica e oncologica promosso dalla nostra società scientifica. Recentemente numerose ricerche hanno ipotizzato che nella scelta dell'utilizzo dell'aspirina, soprattutto in chi non ha mai avuto eventi cardiovascolari, debbano essere considerati anche i potenziali benefici che potrebbero derivare in ambiti patologici apparentemente distanti da quello delle malattie cardiovascolari. Se, in precedenza, il miglioramento della prognosi era limitato a pazienti con tumore del colon-retto, oggi questi dati estendono i benefici ad altri tipi di cancro, agli adenocarcinomi in generale».

TANTE PROVE A SOSTEGNO - Le prime prove consistenti erano già arrivate un paio di anni fa dall'analisi di otto studi, pubblicata sulla rivista scientifica *Lancet*, che aveva raccolto dati su 23.535 pazienti trattati con il farmaco nelle dosi utilizzate per prevenire eventi cardiovascolari. La riduzione della mortalità per tumori fra chi assumeva aspirina era stata ben del 34 per cento dopo 5 anni e del 20 per cento dopo 20 anni. Nel corso degli ultimi anni, poi, si sono moltiplicate le ricerche giunte a conclusioni simili fra loro: l'uso regolare di aspirina (anche nota come «aspirinetta», ovvero la piccola dose quotidiana usata comunemente da tante persone per la prevenzione da disturbi cardiovascolari) diminuirebbe le probabilità di ammalarsi di varie forme di cancro e nei pazienti che sono già stati colpiti dalla neoplasia abbasserebbe comunque il tasso di mortalità, riducendo anche il rischio di sviluppare metastasi.

UN SICURO VANTAGGIO - L'aspirina è un potente antinfiammatorio e come tale può essere considerato un buon agente nella chemioprevenzione di quelle forme di cancro che iniziano a svilupparsi

da un'inflammatione cronica, a cui si deve (sul lungo periodo) la trasformazione neoplastica delle cellule. «Questo non significa che d'ora in poi si prescriverà l'aspirinetta come prevenzione anticancro al pari di quanto avviene per le malattie cardiovascolari - conclude Cricelli -. Perché questo avvenga servono ulteriori conferme da studi clinici mirati, che sono in corso, per valutare con precisioni benefici e rischi di una terapia preventiva con questo farmaco. Certo è, però, che quando si stabilisce di somministrare ai pazienti con patologie cardiovascolari la cura con aspirina a basse dosi, bisogna invece considerare fra i vantaggi gli effetti positivi che questa ha in termini di riduzione della mortalità per cancro».

stampa | chiudi

Medicina Studio di dieci anni pubblicato sul Lancet e firmato Umberto Veronesi: nei casi iniziali tutta la cura in sala operatoria

Tumore al seno, una sola radioterapia per guarire

Tumore al seno, diagnosi precoce, intervento di asportazione minima, test del linfonodo sentinella, radioterapia intraoperatoria prima di richiudere. E ritorno alla vita quotidiana, guarite con danni quasi nulli. Ecco il nuovo percorso chirurgico che oggi si può applicare quando un cancro agredisce il simbolo più importante della femminilità: il seno. L'ultima novità è la consacrazione scientifica della radioterapia intraoperatoria.

Quanto lontani gli anni '80, quando il percorso chirurgico era devastante: asportazione totale del seno e dei muscoli sottostanti, via tutti i linfonodi del braccio dalla parte del tumore, cicli di chemioterapia e di radioterapia, basse probabilità di successo (si salvava meno del 40% delle pazienti). La sfera psicofisica della donna più che mutilata. Lo stesso tumore oggi colpisce di più (30 mila nuovi casi ogni anno), ma la guarigione tocca l'85% e senza mutilazioni sembra una malattia come un'altra.

La radioterapia intraoperatoria è l'ultima carta vincente. A

giocarla, ancora una volta nella storia della medicina, è stato Umberto Veronesi. E una pubblicazione sull'autorevole Lancet lo ha consacrato. Il direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) ha dichiarato guerra totale al cancro nel 1952, quando scelse la specialità meno gratificante all'epoca per un giovane medico: l'oncologia. Consapevole, fin dal primo istante, che la salvaguardia dell'unità psicofisica dell'individuo è il quid vincente. Controcorrente in anni nei quali il dogma era «tagliare, tagliare, tagliare», e senza garanzie sul risultato.

Il suo primo passo controcorrente, nel 1981, quando il mondo scopre la quadrantectomia (l'asportazione di un solo quadrante del seno): lo sconosciuto chirurgo italiano occupa la prima pagina del *New York Times* con ben otto colonne, dopo la pubblicazione sulla rivista scientifica *New England Journal of Medicine*. Oggi, 32 anni dopo, un secondo passo chiave: la chiusura del cerchio in sala operatoria. Un tumore al seno diagnosticato in tempo (i

controlli sono alla portata di tutti e non farli è un vero autogol) si risolve in sala operatoria. Questa volta è l'autorevole Lancet, insieme a *Lancet Oncology*, a pubblicare due studi, uno dello Ieo di Milano e l'altro dell'*University College London*, che confermano l'efficacia della radioterapia effettuata in sala operatoria, prima di ricucire l'opera del bisturi. L'idea di Veronesi risale al 2000, quando un gruppo di ingegneri e fisici romani riesce ad assemblare un macchinario per la radioterapia così piccolo e mobile da poterlo portare in sala chirurgica. Subito Veronesi ne intuisce i vantaggi: evitare alle pazienti di tornare in ospedale ogni giorno per 6 settimane per fare le sedute di radioterapia esterna, ridurre il campo dell'irradiazione del seno al solo quadrante che è sede del tumore, limitare al minimo la dose radiante alle zone vicine (con danni e nessun beneficio). E allo Ieo parte la sperimentazione. Si usa il metodo Eliot (Electron intra operative therapy): un acceleratore lineare con un braccio mobile che concentra il fascio di elettroni

direttamente sull'area da irradiare per 3 minuti, subito dopo la rimozione della parte malata della ghiandola mammaria. Sono state selezionate 1.305 pazienti con tumore iniziale, candidate alla quadrantectomia: metà delle donne è stata trattata con Eliot durante l'intervento, l'altra metà con radioterapia esterna tradizionale.

A 10 anni i due gruppi hanno mostrato un'identica sopravvivenza, intorno al 95%, anche se la percentuale di recidive è risultata lievemente più alta (2,5% rispetto a 0,4%) nel gruppo sottoposto a Eliot. Il lavoro dello Ieo è firmato da Umberto Veronesi e da Roberto Orecchia, direttore della Radioterapia. E ora? Le donne di nuovo si devono mobilitare. A livello internazionale. Perché? Bastano i numeri italiani per capire: solo 41 centri sono attrezzati per la radioterapia intraoperatoria e sono principalmente al Nord. Calabria, Campania e Puglia ne hanno uno solo. La Sardegna nessuno e da un'isola è difficile spostarsi. Basta per mobilitarsi.

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1305
Le donne dello studio Ieo
Operate con la quadrantectomia, metà trattate con radioterapia intraoperatoria e metà con la radio classica: stessi risultati dopo 10 anni

30
Mila nuovi casi all'anno
E' l'incidenza del tumore al seno. Sempre alta, ma oggi si guarisce nell'85% dei casi. Quarant'anni fa si salvava meno della metà delle malate



stampa | chiudi

SU INSTAGRAM

Hugh Jackman con il cancro alla pelle «Non siate pazzi come me, fatevi controllare»

L'attore australiano si mostra con un cerotto sul naso dopo l'intervento e invita a usare le creme solari

NOTIZIE CORRELATE

Non c'è «allarmismo» sul rapporto fra il sole e i tumori della pelle?

Basalioma, il tumore di chi sta all'aria aperta

Un nuovo farmaco per i tumori della pelle

Forum, l'esperto risponde

«Deb mi ha spinto a farmi controllare un segno sul naso. Accidenti se aveva ragione! Era un carcinoma basocellulare. Non siate incoscienti come me, fatevi controllare e usate le creme protettive». Così, su Instagram con allegata foto con cerotto sul naso dopo l'operazione, l'attore australiano Hugh Jackman, alias Wolverine nei film della serie fumettistica X-Men, si trasforma in supereroe della prevenzione contro i tumori della pelle.

LA FORMA DI CANCRO ALLA PELLE PIU' DIFFUSA IN AUSTRALIA - Il suo richiamo è particolarmente importante in Australia, dove questa forma di cancro, legata all'esposizione solare, è molto diffusa per via della carnagione chiara tipica di gran parte della popolazione (specie quelli di origini inglesi e scozzesi) che vive però in terre calde e assolate. L'Australia ha il più alto tasso di malati di cancro alla pelle del mondo (sono quasi 300mila soltanto i casi di carcinoma basocellulare diagnosticati ogni anno) e secondo i dati del Ministero della salute nazionale, una neoplasia cutanea viene diagnosticata a due australiani su tre prima che raggiungano i 70 anni. Jackman, che nel messaggio su Instagram confessa di essersi fatto spronare al controllo dalla moglie Deborra-Lee Furness, è però uno sponsor per la ricerca sui tumori.

LEGATO AI RAGGI SOLARI - «C'è un chiaro e indubbio rapporto tra esposizione ai raggi del sole e carcinoma basocellulare (anche noto come carcinoma basale o basalioma), che si diagnostica soprattutto in chi passa molte ore all'aria aperta (come marinai e pescatori, agricoltori, addetti all'edilizia) e nelle zone del corpo più esposte, quali volto e cuoio capelluto» spiega Mario Santinami, responsabile Struttura

Melanomi e sarcomi, Istituto nazionale tumori, Milano. La malattia si manifesta generalmente e in fase iniziale come una piccola erosione cutanea, con margini appena rilevati, spesso coperta da una crosticina che tende a cadere e a riformarsi. Basta andare subito da un dermatologo per risolvere velocemente il problema. «E basta esporsi al sole in modo intelligente, come ormai ripetiamo da anni, per godere dei vantaggi dei raggi solari (con effetti positivi sull'umore e la salute delle nostre ossa), senza scottarsi : è importante proteggere adeguatamente la pelle in relazione alla sua sensibilità alla luce solare e ai danni che possono provocare le radiazioni ultraviolette, tenendo conto del fototipo cui si appartiene» aggiunge l'esperto.

UN TUMORE «BUONO», NEL 99 PER CENTO DEI CASI - E se il basalioma è il tumore cutaneo più frequente, fortunatamente è anche il meno pericoloso, tanto che nella maggior parte dei casi viene guarito definitivamente con una semplice asportazione chirurgica ambulatoriale. In Italia, infatti, non esistono neppure stime precise sulla sua incidenza perché la stragrande maggioranza delle volte viene semplicemente rimosso in ambulatorio. Ma in casi estremamente rari, in meno dell'uno per cento dei pazienti, le lesioni possono diventare sfiguranti e invadere il tessuto circostante (tumore localmente avanzato) o diffondersi ad altre parti dell'organismo. «Per i casi più semplici, in relazione al grado di evoluzione e alla sede del tumore e all'età del paziente, si possono proporre al paziente diverse cure: creme con citostatici o con anticorpi, fototerapia, crioterapia, radioterapia, ma il trattamento di elezione è l'asportazione chirurgica. E anche per le forme più aggressive oggi abbiamo a disposizione nuove terapie» aggiunge Nicola Mozzillo - direttore del Dipartimento Melanoma e tessuti molli dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli Fondazione Pascale.

stampa | chiudi

L'Aquila La rabbia del padre: «Cosa ha fatto mia figlia per meritarsi questa indifferenza?»

Il giudice dice no alle cure per la piccola Noemi

■ La piccola Noemi non potrà sottoporsi a cure con il metodo Stamina. Lo ha deciso il giudice del lavoro dell'Aquila Anna-maria Tracanna che lo scorso 18 novembre aveva ricevuto un ricorso d'urgenza da parte dei genitori della bambina di Guardiagrele.

La piccina, che ha 18 mesi, è affetta da atrofia muscolare spinale (Sma 1) e il padre e la madre, tramite l'avvocato Michela Di Iorio, avevano chiesto che la loro figlia potesse curarsi presso l'azienda ospedaliera Ospedali civili di Brescia dove viene praticato il metodo Stamina. «Devo leggere l'ordinanza - ha commentato l'avvocato -. Il giudice, evidentemente, deve aver privilegiato le tesi del comitato scientifico voluto dal ministro Lorenzin».

Probabilmente, sentiti i genitori della piccola, l'avvocato proporrà reclamo di fronte a un collegio composto da tre giudici. «Un ministro o chi per lui dovrebbe venire qui in ospedale a dire a Noemi che non ha il diritto ad essere curata come chiede, questo solo dovrebbe fare, ma nessuno si è visto o sentito per ora». Il papà della piccola Noemi risponde dal reparto di pediatria dell'ospedale di Chieti dove la

bimba è stata ricoverata d'urgenza domenica sera per una fortissima crisi respiratoria. «Ci stava lasciando, aveva già perso i sensi ma l'abbiamo praticamente salvata a casa con l'ossigeno - racconta all'Agì il papà, Andrea Sciarretta, 26 anni -. Ora sta un po' meglio ma la stanno comunque tenendo sotto controllo. Se ci avesse lasciata, oggi sarebbero corsi tutti a dire che ci sono vicini, come succede in Italia solo il giorno dopo che le tragedie avvengono. Noi abbiamo chiesto che a nostra figlia sia garantito il diritto a curarsi, solo questo - continua il papà di Noemi - ormai tutti conoscono la sua storia, grazie al Papa che ha chiesto di pregare per lei a milioni di persone: ieri ci stava lasciando senza nemmeno provarla questa cura che lei, che noi, chiediamo. Cosa ha fatto di male

questa bimba per meritare questa indifferenza?» chiosa il papà della piccola.

Qualche giorno fa Papa Francesco si era interessato a due casi di bambini in attesa di una decisione del tribunale per l'accesso alla sperimentazione del trattamento Stamina. Uno dei due bambini era proprio Noemi. Il caso, che era stato raccontato in un'intervista al quotidiano *Il Centro*, aveva suscitato molto scalpore perché Bergoglio aveva telefonato personalmente ai genitori della bambina per conoscere quali fossero le sue condizioni. «Vorrei sapere cosa posso fare per voi». Francesco aveva poi dedicato alla piccola una preghiera durante l'udienza generale del 6 novembre: «Prima di venire in piazza - aveva raccontato Bergoglio - sono andato a trovare una bambina di un anno e mezzo con una malattia gravissima. Si chiama Noemi, sorrideva poveretta... Facciamo un atto di amore: noi non la conosciamo, ma è una bambina battezzata, è una di noi, è una cristiana. Chiediamo al Signore che l'aiuti in questo momento e le dia la salute. In silenzio un attimo, poi pregheremo l'Ave Maria».

Commozione

Anche Papa Francesco

si era interessato della bambina

e aveva pregato per lei



Stamina, sangue dei malati sulle foto dei politici

Protesta shock a Roma contro lo stop alla sperimentazione: centro bloccato e assedio a Montecitorio

**LIBORIO CONCA
LAURA MARI**

ROMA—Le foto del premier e del capo dello Stato imbrattate di sangue. Il tentativo di irruzione a Montecitorio. Slogan, striscioni, lacrime e malori. Proteste shock, momenti di tensione, urla, spintoni e una città bloccata dalla disperazione di chi lotta per il diritto ad un'esistenza non condizionata da una malattia cronica.

A tenere in scacco il centro storico di Roma sono stati, ieri, malati, familiari e attivisti del movimento "Pro-stamina" e dell'associazione "Civico 117/a", che a sorpresa hanno lasciato il presidio allestito dal 23 luglio scorso sotto Montecitorio e hanno bloccato il traffico lungo via del Corso e via del Tritone, paralizzando la circolazione in tutto il centro della capitale. «Siamo vite a tempo, lasciateci curare» l'appello dei

malati in sedia a rotelle che con il sit-in hanno cercato di sensibilizzare l'opinione pubblica e il governo sulla «necessità di autorizzare il metodo Stamina», ovvero il controverso trattamento terapeutico messo a punto da Davide Vannoni e basato sull'utilizzo di cellule staminali per la cura di malattie neurodegenerative.

La protesta, iniziata pacificamente, è sfociata in momenti di tensione quando i fratelli Sandro e Marco Biviano, malati di Sla e in presidio da luglio sotto a Montecitorio, si sono staccati le flebo imbrattando di sangue le foto del premier Letta, di Napolitano e del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «Sono vicina a tutti i malati e alle persone che in preda a un dramma personale sono andate in piazza—ha commentato lo stesso ministro Lorenzin—ma sulla vicenda del metodo Stamina non dobbiamo fare marketing, bensì chiarezza scientifica». Motivo per cui il ministro ha invi-

tato Vannoni «a rendere pubblico il suo metodo di cura, per un atto di chiarezza». Immediata la replica: «Il ministro Lorenzin ha bloccato la sperimentazione, ha scelto di non voler conoscere» le parole di Vannoni.

Dopo aver paralizzato il traffico, i manifestanti hanno tentato di irrompere a Montecitorio. Mentre infatti una delegazione attendeva un incontro con il governo, alcuni attivisti hanno scavalcato le transenne e tra urla e spintoni hanno tentato di forzare il cordone di polizia e carabinieri, che nel frattempo avevano sbarrato il portone della Camera. Nel blitz una donna ha accusato un malore ed è stata soccorsa dal 118. «È importante che ci sia un segno di attenzione da parte delle istituzioni a chi si trova in una situazione tanto delicata» l'appello al governo della presidente della Camera, Laura Boldrini. E proprio in serata, il prefetto di Roma, Giuseppe Pecoraro, ha in-

contrato una delegazione di manifestanti, guidata da Vannoni. Due le richieste presentate: «L'applicazione della legge Turco-Fazio sulle cure compassionevoli negli ospedali, ma anche lo sblocco delle liste d'attesa a Brescia», dove due malati sono morti.

In serata, l'ultima notizia che ha gelato i manifestanti: il giudice del lavoro de L'Aquila ha rigettato il ricorso al metodo Stamina per Noemi, la bimba di 16 mesi affetta da Sma e che nelle scorse settimane con i suoi genitori era stata ricevuta in udienza privata da Papa Francesco. «Sii brava e andrai avanti» le aveva detto in quell'occasione il pontefice. Ma nel frattempo la bimba ha avuto una grave crisi. «Serve un decreto d'urgenza—l'appello di Andrea Sciarretta, papà di Noemi—che faccia accedere al metodo Stamina i malati gravissimi: non abbiamo più tempo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ancora un no dei giudici alla terapia per Noemi, la bambina ricevuta da papa Francesco

Salute La prima vittima, un commercialista che pesava 87 chili e voleva rimettersi in forma

Due morti per le pillole dimagranti

Indagati Nas, farmacisti e funzionari

Il pm: omessi controlli su una sostanza considerata tossica

Negli anni Novanta

I composti negli anni 90 dovevano essere inseriti tra gli stupefacenti e nel '99 venne chiesto il ritiro

A ottobre

La disposizione che vietava la produzione in Farmacia è stata annullata a ottobre

ROMA — Due vittime provocate dalla pillola per dimagrire a base di fendimetrazina preparata nei laboratori delle farmacie. Ora per i decessi avvenuti tra il 2009 e il 2011 la Procura chiede il conto al capitano dei carabinieri Marco Datti, responsabile dei Nas fino allo scorso settembre. Il pm Francesco Dall'Olio ha chiuso le indagini sulle responsabilità legate alle morte di Luigi Marzulli e Ombretta Rubeghi. Nella lista degli indagati — rispondono di omissione in atti d'ufficio — oltre al militare dell'Arma figurano cinque funzionari del ministero della Salute, un dirigente della Asl e quattro farmacisti. Secondo l'accusa, Datti avrebbe dovuto organizzare controlli periodici nelle farmacie per impedire che i titolari preparassero composti galenici. Di conseguenza, l'allora capo dei Nas sarebbe responsabile di aver permesso che i farmacisti Anna Lucia Ricci, Franco Donati, Marica Siciliano e Emanuele Coli sviluppassero nei retrobottega delle loro attività commerciali le pillole poi vendute alle vittime.

In cima alla catena dei colpevoli, secondo il magistrato, figurano però i funzionari del ministero della Salute impiegati nella Direzione generale dei dispositivi medici e dei servizi farmaceutici. Si tratta di Marcella Marletta e Giu-

seppe Ruocco, che hanno ricoperto il ruolo di direttori generali, mentre Germana Apuzzo, Paola D'Alessandro e Diego Petriccione sono stati a capo dell'Ufficio VIII stupefacenti, una sotto-sezione del medesimo comparto del dicastero: il loro compito sarebbe stata la predisposizione delle direttive generali da impartire al Nas affinché i carabinieri operassero i controlli sul territorio in modo efficace.

«L'accusa non considera che una serie di decreti ministeriali è stata sospesa e poi del tutto abrogata dal Tar», sostiene l'avvocato Michele Gentiloni Silverj, difensore della Marletta. «Inoltre alla mia assistita si imputa di non aver preso nessuna decisione: al contrario, è proprio lei che nel 2011 ha inserito la fendimetrazina nella lista delle sostanze stupefacenti». Tra gli indagati, anche Paola Cocito, responsabile della Vigilanza Farmacie della Asl/A di Roma.

La prima vittima degli omessi controlli previsti dalla legge è Marzulli, commercialista. Nel maggio 2008 pesa 87 chili e così decide che è arrivato il momento di rimettersi in forma. Con la prescrizione del medico si reca nelle farmacie della Ricci e di Donati, che gli preparano le pillole a base di fendimetrazina indicate dal dottore. In tre

mesi perde undici chili ma, nel contempo, avverte una forte tachicardia. Sceglie di sospendere la cura fino a novembre e quando sente che i malesseri sono svaniti, riprende la dieta. Ma il 7 febbraio del 2009 muore. La storia di Ombretta Rubeghi, 37 anni, libera professionista, è simile. La donna, una parrucchiera, è obesa. Pesa 120 chili. Comincia la dieta a marzo del 2011 e in pochi mesi dimagrisce di 40 chili. Anche lei va a comprare le pillole che gli sono preparate dalla Siciliano e da Coli. La donna muore nell'agosto del 2011.

Per comprendere le ragioni dell'accusa bisogna fare un salto agli anni 90, quando si stabilisce che la fendimetrazina deve essere inserita nella tabella uno degli stupefacenti. Il disposto legislativo rimane però di fatto inapplicato. Nel 1999 l'Ema (l'agenzia europea dei farmaci) stabilisce il ritiro dal commercio dei medicinali che contengono fendimetrazina. Nel 2000 il ministero della Salute si adegua con un decreto che vieta ai farmacisti di preparare i composti galenici. Il provvedimento viene annullato dal Tar a ottobre scorso. Ma intanto dal 2 agosto 2011 la fendimetrazina compariva tra le sostanze stupefacenti «con forte potere tossicomane e suscettibili di abuso».

Giulio De Santis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le leggi

Il divieto

Negli anni Novanta si stabilisce che la fendimetrazina deve essere inserita tra gli stupefacenti: ma il dispositivo rimane inapplicato. Nel 1999 l'Agenzia europea dei farmaci stabilisce il ritiro dal commercio dei farmaci che contengono la sostanza. Nel 2000 un decreto vieta ai farmacisti la preparazione. Solo dall'agosto 2011 appare però tra le sostanze stupefacenti. L'annullamento. Ma il provvedimento è stato annullato dal Tar a ottobre



SALUTE

La ricerca

All'inizio terapie con 30 compresse. Attuale obiettivo: colpire le cellule che sfuggono

La rivoluzione "monopillola"

E adesso sfida alla cronicità

NORBERT BISHOFBERGER *

“



Anche gli effetti collaterali si riducono in modo molto sensibile

CAPO RICERCA
Norbert Bischofberger

C

on le prime terapie dell'Hiv, i pazienti dovevano prendere anche 20-30 pillole al giorno in regimi terapeutici complessi con effetti collaterali a volte disastrosi per l'organismo. Oggi, con la possibilità di racchiudere regimi terapeutici completi in un'unica compressa, la terapia dell'Hiv si è molto semplificata. Questa innovazione ha portato benefici per la qualità di vita dei pazienti, migliorando la capacità di tenere il virus sotto controllo e facilitando l'adesione alla terapia. L'European Aids Clinical Society (Eacs) raccomanda i "single tablet regimen" per il trattamento dell'Hiv e in Italia i benefici sono stati riconosciuti dallo stesso ministero della Salute.

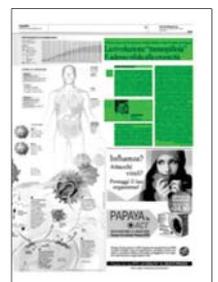
Nell'ultimo decennio io e il mio gruppo di ricerca siamo stati all'avanguardia nel migliorare e semplificare i trattamenti per l'Hiv introducendo il primo regime monocompressa (single tablet regimen) in somministrazione unica giornaliera nel 2006. Da quell'innovazione i nostri ricercatori hanno continuato a sviluppare nuovi "single tablet regimen" per rispondere alle diverse necessità dei pazienti con Hiv. Speriamo di poter presto rendere disponibile in Italia un nuovo farmaco, lo Stribild, l'unico monocompressa a comprendere una classe più nuova di farmaci, gli inibitori dell'integrasi. I farmaci racchiusi in Stribild at-

taccano l'Hiv in diversi punti del suo ciclo di vita, sopprimendo il virus e riducendo il rischio di sviluppo di farmaco-resistenza. Stribild è stato approvato dalla Commissione Europea nei mesi scorsi ed è disponibile in Italia in fascia C non ancora rimborsabile. Stiamo già lavorando alla prossima generazione di terapie per l'Hiv, ma siamo anche consapevoli che devono essere adottate strategie per ridurre i casi non diagnosticati. Dopo il Portogallo e Malta, l'Italia è il paese europeo con la più alta percentuale di persone con infezione avanzata al momento della diagnosi: il 54% nel 2012.

Per quanto riguarda la cura, negli ultimi anni, sono stati riferiti i risultati di diverse "cure funzionali" in cui il sistema immunitario mantiene la soppressione del virus dell'Hiv anche dopo la fine del trattamento. Nella maggior parte delle persone con Hiv "riserve" nascoste di cellule infette sfuggono alle odierne terapie alimentando un'infezione cronica di lungo termine. C'è un interesse crescente sull'individuazione di modi per eliminare queste riserve e stiamo attivamente perseguendo strategie che possono portare a realizzare questo obiettivo di cura. Nonostante i successi non possiamo dormire sugli allori. L'opportunità ora è portare la cura a un nuovo livello d'efficacia grazie al coinvolgimento dei clinici e alla garanzia che tutti i pazienti possano beneficiare dei progressi scientifici realizzati.

* Vice President, Research & Development, Chief Scientific Gilead

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La medicina

Parkinson
la sfida
della corretta
informazione

SALMI

SALUTE

Parkinson

Funzionerà da gennaio un portale dedicato

alla malattia per pazienti, sanitari e caregiver

Ora l'obiettivo è **trovare biomarcatori predittivi**

Informazione web la nuova frontiera della prevenzione

La campagna sulla malattia in occasione della Giornata nazionale

MARIA PAOLA SALMI

Sanno molto le persone con diagnosi di Parkinson quando arrivano nell'ambulatorio del medico di base o dallo specialista, abituati come sono a navigare in rete. Pochi però sono quelli informati in maniera corretta. Per tutti, medici e caregiver inclusi, aprirà a partire da gennaio il portale web dedicato alla comunicazione. Limpe (lega italiana per la lotta alla malattia di Parkinson) e Dismov-Sin (associazione italiana per i disordini del movimento con società italiana neurologia) promuovono, col sostegno di Epda, per il 30 novembre la giornata nazionale 2013 dell'informazione che darà il via alla prima campagna permanente di sensibilizzazione sulla malattia.

«C'è da chiedersi quanto siano attendibili il più delle volte le notizie trovate su internet – afferma il professor Giovanni Abbruzzese, presidente Limpe - l'osservatorio nazio-

nale è il fulcro di questa campagna ed è la prima volta in assoluto che pensiamo a pazienti, familiari e operatori sanitari in termini di conoscenza certificata, validata e costantemente aggiornata che permetterà una raccolta di informazioni epidemiologiche che ci consentiranno di interfacciarci con le Asl, i medici di medicina generale e l'Istituto superiore di sanità».

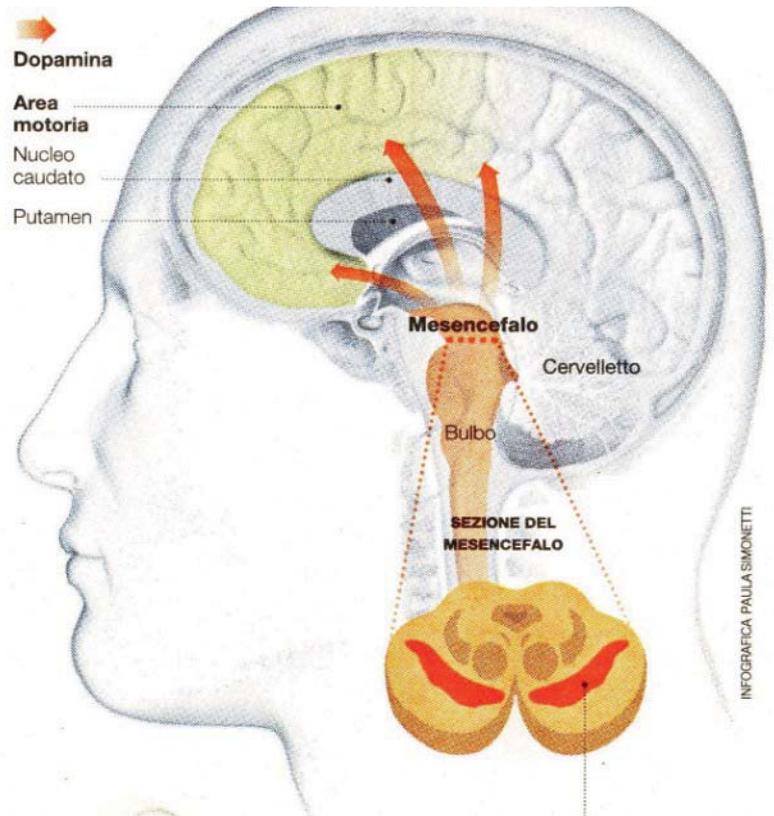
L'osservatorio vuole essere strumento di riferimento e supporto anche per l'attuazione del Piano diagnostico-terapeutico che solo poche regioni ad oggi hanno recepito, inoltre raccoglierà tutte le novità in fatto di ricerca. «L'Italia partecipa con un centro ad una serie di progetti internazionali per individuare i soggetti a rischio di ammalarsi – dice il professor Paolo Barone, presidente Dismov-Sin – l'obiettivo è trovare biomarcatori utili a prevedere l'inizio della malattia e la sua possibile evoluzione nonché l'efficacia delle terapie sui malati». È allo studio una popolazione di sani che presenta fattori di rischio genetici (presenza di polimorfismi o mutazioni geniche, familiarità) e individuali (perdita dell'olfatto,

disturbi del ritmo sonno-veglia, stato di agitazione durante il sonno). Si affaccia qualche marcatore biologico, come ad esempio la alfa-sinucleina che trasporta il neurotrasmettitore dopamina, carente come si sa nel Parkinson, il cui accumulo nei corpi di Levy (piccole strutture cerebrali) è indice di danno e distruzione cellulare. Prosegue il progetto dedicato alla prevenzione delle cadute, portato avanti dalla lega italiana per la lotta contro la malattia di Parkinson e dall'Associazione italiana disordini del movimento-Società italiana di neurologia.

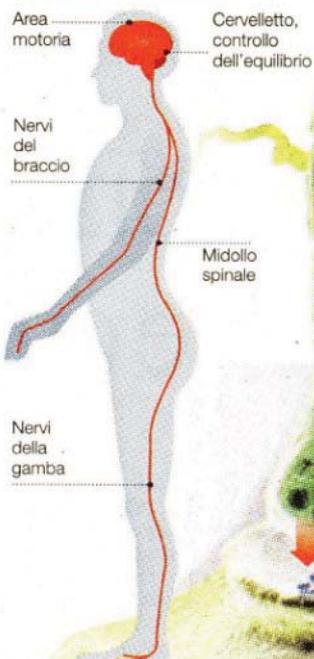
Il fenomeno caduta è 3-4 volte più frequente nei malati di Parkinson rispetto alla popolazione generale. Lo studio, limitato per ora a 500 pazienti, evidenzia che i principali fattori di rischio sono l'uso di certi **farmaci**, i bruschi cali della pressione sanguigna, la difficoltà di concentrazione e di attenzione e la perdita dell'equilibrio tipica della malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





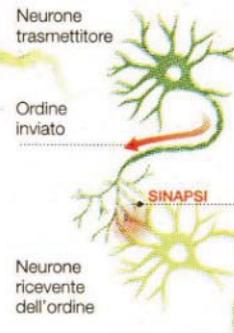
IL SISTEMA NERVOSO



I NEUROTRASMETTITORI

Sono messaggeri chimici, come la dopamina, che servono ai neuroni per comunicare tra di loro e con le diverse aree del cervello

COME FUNZIONA LA NEUROTRASMISSIONE



1 Normalmente i neuroni della sostanza nera producono dopamina e la inviano alle zone del cervello che controllano il movimento

2 I neuroni trasmettono la dopamina mediante le sinapsi

NEURONE SANO

Neurone trasmittente

LIVELLO NORMALE DI DOPAMINA

Dopamina

Neurone ricevente

NEURONE CON PARKINSON

BASSO LIVELLO DI DOPAMINA

3 Al diminuire dei neuroni della sostanza nera, si abbassa il livello di dopamina e si altera la neurotrasmissione alle altre zone del cervello

FONTE: ASSOCIAZIONE TOSCANA PER LA RICERCA NEUROLOGICA

Colesterolo

Polemiche sulle nuove linee guida al congresso dell'American Heart Association. **Contestato il "misuratore"** che prevede subito l'inizio della terapia con statine. **Un articolo sul Lancet e la "generalizzazione"**

Sovrastima dei rischi cuore-ictus Farmaci facili per calcoli errati?

MARIA RITA MONTEBELLI

DALLAS

La notizia, clamorosa, arriva dagli Stati Uniti: le linee guida, croce e delizia dei medici, ma anche di giudici e avvocati che in anni di cause legali le hanno utilizzate per comminare sanzioni a diversi zeri, sono fallaci, come qualsiasi altra cosa. La polemica si è abbattuta sulle ultime linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, pubblicate dalle società scientifiche di cardiologia americane, alla vigilia del congresso annuale dell'American Heart Association, a Dallas.

Nell'occhio del ciclone è uno speciale "calcolatore" del rischio di infarto e ictus e le indicazioni che ne scaturiscono ad iniziare una terapia con statine in prevenzione primaria, a prescindere dal livello di colesterolo Ldl, nei soggetti con un rischio pari o superiore al 7,5% di un evento cardiovascolare a 10 anni. Principale accusatore Paul Ridker, direttore del centro di prevenzione cardiovascolare

del Brigham and Women's Hospital di Boston e professore di medicina interna ad Harvard, secondo il quale il "calcolatore" sovrastima il rischio cardiovascolare di ben il 75-150%, e dunque porterebbe a mettere in terapia con statine in prevenzione primaria (cioè prima della comparsa di ictus o infarti) un americano adulto su tre. Ridker insieme a Nancy Cook della Harvard Medical School di Boston, aveva già un anno fa avuto segnalato in un lavoro preliminare, un errore che portava sistematicamente a ingigantire i rischi. «Un'errata calibrazione di queste proporzioni dovrebbe essere affrontata e risolta prima che questi nuovi modelli predittivi abbiano un'ampia diffusione», hanno scritto i due esperti in un commento apparso sulla rivista *Lancet*. «Se è vera, questa sovrastima sistematica del rischio porterà a un considerevole eccesso di prescrizioni».

Un pasticcio dai contorni non chiari, dove non si capisce quando finisca la buona fede e inizi la strizzata d'occhio alle aziende farmaceutiche. Anche se in realtà a ben vedere, le statine, i farmaci anticolesterolo per

eccellenza, sono ormai praticamente tutte generiche. Ma non basta: tra le aziende produttrici di farmaci anti-colesterolo, si profila anche una vittima, la Msd, produttore dell'ezetimibe che agisce con un meccanismo d'azione diverso dalle statine, "svalutato" dalle nuove linee guida, perché non ha mai dimostrato di essere uno scudo contro ictus e infarti. Almeno fino a prova contraria. Una prova che dovrebbe arrivare non prima del prossimo anno con i risultati dello studio Improve-It, previsti una manciata di mesi prima della scadenza del brevetto e del suo passaggio nel "meraviglioso mondo dei generici".

Dal canto suo, Mariell Jessup, presidente della potentissima associazione americana del cuore, difende il "calcolatore" affermando che le linee guida sono un documento "vivente", da aggiornare di continuo, e assicura che tutto verrà riconsiderato, incorporando anche le critiche degli esperti di Boston, se necessario.

Linee guida e calcolatori del rischio sono strumenti che non vanno certo abbandonati nella pratica clinica. Ma la medicina

non può essere ridotta ad un numero, perché qui non vige la regola della "taglia unica", ma in modo ormai prevalente quella della "personalizzazione". Nelle nuove linee guida non viene più indicato il livello ideale di colesterolo da raggiungere con la terapia, ma la percentuale da "tagliare": 50% per i pazienti ad alto rischio, 30-50% per quelli a rischio moderato. È l'unico modo per essere certi di non sbagliare, ammettono gli esperti, è quello di recuperare il rapporto medico-paziente.

«I nostri pazienti - sostiene Paul Ridker - devono andare in palestra, buttare via le sigarette, mangiare in maniera salutare, controllare la pressione. Ma in aggiunta a tutto questo, arrivati alla mezz'età, devono fare una bella chiacchierata col loro medico e capire se è arrivato il momento di prendere un farmaco anti-colesterolo». La vera implementazione delle linee guida passa dunque attraverso il recupero della relazione medico-paziente. E questa sembra essere la vera lezione del "calculator-gate".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prevenzione primaria così riguarderebbe un americano adulto su tre

"La medicina non può essere ridotta ad un numero e le cure sono personalizzate"



PER SAPERNE DI PIÙ

www.heart.org
www.thelancet.com

LA
SCHEDE



LE STATINE

Questi farmaci diminuiscono la produzione di colesterolo del fegato. Questo grasso, infatti, è indispensabile a molte funzioni tra cui la costruzione delle membrane delle cellule



LA DIETA

Agendo sul colesterolo endogeno, le statine non "compensano" quello introdotto in eccesso con una alimentazione ricca di grassi e la colesterolemia rimane alta



I FITOSTEROLI

Molecole vegetali simili al colesterolo senza i suoi effetti nocivi. Intralciano l'assorbimento del colesterolo che così cala, ma la riduzione che si ottiene non supera il 15%



LE LINEE GUIDA

Le nuove linee guida non stabiliscono più un livello ideale di colesterolo da raggiungere con le cure, ma quanto ridurlo: il 50% in pazienti ad alto rischio, 30-50% nel rischio moderato



Per saperne di più

I vaccini

LDL E IPERTENSIONE SUI TOPI FUNZIONANO

La somministrazione di un vaccino anti-PCSK9 ha tenuto a bada per un anno i livelli di colesterolo in un modello animale. Il farmaco, inibendo la proteina PCSK9, protegge dalla degradazione il recettore per le lipoproteine a bassa densità (Ldlr) e in questo modo i livelli circolanti di colesterolo cattivo (Ldl) si riducono. Lo studio, condotto sui topi, dimostra che questo approccio funziona ed ha un effetto duraturo nel tempo, a differenza di altri trattamenti. Uno studio giapponese, anche questo condotto sui ratti, ha invece dimostrato l'efficacia di un vaccino anti-angiotensina II, un ormone che causa ipertensione. Una singola somministrazione è stata in grado di ridurre i valori pressori per 6 mesi e di far regredire il danno d'organo causato dall'ipertensione a livello di cuore e reni (m. r. m.)

Il confronto

EMORRAGIE CEREBRALI L'INIBITORE È MIGLIORE

Lo studio Engage Af-Timi 48 (21 mila pazienti) presentato a Dallas e pubblicato sul *New England Journal of Medicine*,

dimostra che l'edoxaban, un inibitore del fattore Xa, è in grado di ridurre il rischio di ictus in corso di fibrillazione atriale con maggior efficacia del warfarin, anticoagulante cumarinico (-21% gli ictus con il dosaggio di 60 mg al giorno) e in grande sicurezza. Le emorragie intracerebrali sono infatti risultate ridotte del 53% rispetto al warfarin, nei pazienti trattati con 30 mg al giorno. Il farmaco, non richiede monitoraggio (il dosaggio dell'Inr), né adeguamenti di posologia; si prende una volta al giorno e non presenta interferenze con il cibo.

La pressione

ABBASSARLA TROPPO NON PORTA VANTAGGI

Tenere la pressione sotto controllo è uno dei modi più efficaci per prevenire l'ictus. Ma tentare di abbassarla troppo nelle prime 48 ore dopo un ictus non sembra portare grandi risultati. Lo dimostra lo studio Catis (China Antihypertensive Trial in Acute Ischemic Stroke) condotto su oltre 4.000 persone. Per gli autori dello studio nella fase acuta dell'ictus ischemico la terapia antipertensiva andrebbe individualizzata in base al paziente (m. r. m.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

