

## Prevenzione Allo leo day presentata una mappa degli esami contro i tumori femminili. Il ruolo della pillola anticoncezionale Veronesi, svolta sul Pap test: «Non serve farlo ogni anno»

### Obiettivo

Un test del sangue per scoprire precocemente come per il polmone, il cancro dell'ovaio

MILANO — Anno 2027: zero morti per i tumori femminili o perché la prevenzione ha funzionato o perché le terapie attuate saranno in grado di normalizzare le cellule malate. Chirurgia soft quando occorre, integrità fisica, psichica e riproduttiva nelle donne giovani intatte.

La rivoluzione è partita. E lo Ieo day 2012 ha voluto dedicare la giornata alla nuova *roadmap* della lotta a questi tumori. L'Istituto di via Ripamonti, a Milano, ha studiato nei minimi dettagli la regia della nuova strategia, ispirata dalle recenti acquisizioni della ricerca oncologica e sintetizzata in chiave predittiva da Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto europeo. L'ex ministro della Sanità si trova a suo agio nello smantellare i dogmi. Lo fece per il tumore al seno alla fine degli anni Sessanta, si ripete oggi per quello del collo dell'utero: «Il Pap test ogni anno? Non serve più, basta una volta ogni tre anni insieme al test virale per l'Hpv». E per quello delle ovaie? «La pillola anticoncezionale protegge il 50 per cento delle donne da questo tipo cancro, ma va presa per almeno 15 anni». In pratica metà dei casi abbattuti. Anche se in questo caso il dogma da abbattere è ideologico, religioso. Eppure le credenti potrebbero prendere la pillola solo a fini preventivi, non della procreazione ma del cancro, rispettando l'astinenza. Per poi sospenderla al momento di un matrimonio procreativo.

«Nei tumori ginecologici sono avvenuti i cambiamenti più significativi nella lotta al cancro degli ultimi 50 anni — ribadisce Veronesi —. L'importante è che le donne siano correttamente informate e consapevoli». E' il momento di pretendere ciò che può rendere «imbattibili».

Al servizio della causa, lo Ieo

schiera i suoi esperti in campo ginecologico: Angelo Maggioni, Nicoletta Colombo, Fabio Landoni, Mario Sideri. I colonnelli di Veronesi elencano le vittorie recenti, mettendo le bandierine sulla mappa del campo di battaglia. Dopo anni di sconfitte, di ripiegamenti, di errori strategici è giunto il momento della controffensiva.

Ed ecco le avanzate vincenti dell'oncologia mondiale, a parte il seno che già oggi è guaribile in otto malate su dieci (diagnosi precoce attuata).

Cancro del collo dell'utero. Tre bandierine: ridotto all'incidenza minima grazie al nuovo test virale associato al Pap-test; si può operare sempre più spesso mantenendo la capacità procreativa; si avvia a scomparire totalmente grazie alla vaccinazione anti-Hpv (Human papilloma virus). Quindi? Pap test ogni tre anni (e non più ogni anno perché è stato dimostrato che l'efficacia non è legata ai tempi di esecuzione ristretti), associato all'Hpv test, e vaccinazione delle dodicenni e, dove possibile, delle adolescenti.

Cancro dell'ovaio, il killer silente della donna finora favorito dalla mancanza di una prevenzione efficace. Tre bandierine: si può evitare nel 50% dei casi grazie alla pillola anticoncezionale assunta almeno per 15 anni; un esame del sangue (ricerca dei micro-Rna, molecole che indicano precocemente l'inizio della malattia: l'esame già esiste per il polmone) svelerà il cancro nella fase in cui le probabilità di guarigione sono molto alte (80%). Terza bandierina: la ricerca delle cellule staminali tumorali, quelle inafferrabili «cellule madri» neoplastiche causa delle metastasi e responsabili della mancata guarigione. Gli scienziati Ieo sono molto vicini alla precisa individuazione di queste cellule, al momento identificate con certezza solo per il cancro al seno.

Anno 2027: zero morti per i tumori femminili.

**Mario Pappagallo**  
twitter:@mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Direttore scientifico

L'oncologo Umberto Veronesi ieri a Milano sul palco dello Ieo day 2012, l'incontro annuale dell'Istituto europeo di oncologia di cui Veronesi è direttore scientifico



SALUTE

Tumori

Nel corso dello "Ieo day" annunciato il **cambio di strategia sull'esame Pap: basta una volta ogni 36 mesi facendo però la ricerca del virus ogni anno. Confermata l'azione protettiva dell'anticoncezionale orale. Veronesi: "Ora serve maggiore informazione alle donne"**

# Utero, test triennale Ovaio, ok la pillola

**M**igliore prevenzione, diagnosi precoce, approcci chirurgici efficaci, farmaci sperimentali e sempre nuove frontiere di ricerca. La lotta ai tumori ginecologici prosegue. L'occasione di ricordarlo è il recente "IEO Day" 2012, intitolato "Le nuove cure a misura di donna". All'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, Umberto Veronesi dichiara: «Nei tumori ginecologici sono avvenuti i cambiamenti più significativi nella lotta al cancro degli ultimi 50 anni. Ora è fondamentale che tutte le donne siano correttamente informate».

Nella prevenzione del tumore al collo dell'utero è crollato il dogma del Pap-test annuale: all'incontro con Veronesi è stato ricordato che i più recenti studi confermano che l'efficacia dell'esame non è legata alla sua esecuzione ogni 12 mesi, e dunque l'intervallo può essere esteso. Il

dibattito è aperto, ma l'IEO indica la nuova linea: Pap-test ogni 3 anni, associato al test per l'Hpv e vaccinazione delle dodicenni e, dove possibile, delle adolescenti.

Al contrario, per il tumore all'ovaio il problema è stato finora proprio la prevenzione. Spiega Nicoletta Colombo, direttore dell'Unità di Ginecologia Oncologica all'IEO: «In realtà abbiamo scoperto un potente strumento anche per il tumore all'ovaio: la pillola anticoncezionale può ridurre fino al 50% l'incidenza, se assunta per un lungo periodo di tempo, e la sua efficacia è dimostrata anche nei casi delle donne più a rischio per familiarità. Ma ancora non c'è coscienza nel mondo femminile».

La grande barriera all'aumento della guaribilità è la diagnosi precoce: in stadio iniziale questo tumore è guaribile nell'80% dei casi, ma meno del 30% viene individuato in questa fase. Conti-

nua la Colombo: «La posizione anatomica di molti di questi tumori alla loro origine li rende invisibili all'imaging. Dunque abbiamo bisogno di trovare marcatori tumorali nel sangue. Abbiamo appena avviato un nuovo progetto che prevede, tramite l'esame del sangue, la ricerca di micro-Rna (frammenti di Rna circolanti) e di alcune proteine associate al tumore ovarico».

Sempre attiva anche la ricerca clinica di nuovi farmaci. All'IEO sono in corso, in associazione alla chemioterapia tradizionale, terapie sperimentali con antian-genetici noti e utilizzati per altri tumori, come il Bevacizumab, o di nuove molecole, come l'Ombribulin. Sapere è comunque fondamentale: «Gli studi internazionali dimostrano che i tumori trattati nell'ambito di centri specializzati hanno una prognosi migliore», ricorda la Colombo. (alexandra margreth)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA SCHEDA**

**I PIÙ FREQUENTI**

Tumori più frequenti diagnosticati nelle donne:

- 29% seno,
- 13% colon-retto,
- 6% polmone,
- 5% utero,
- 4% stomaco

**LA MORTALITÀ**

La causa di mortalità per tumore nelle donne:

- 16% seno,
- 12% colon-retto,
- 11% polmone,
- 7% pancreas,
- 7% stomaco

**IL VACCINO HPV**

La copertura nazionale per 3 dosi di vaccino nelle ragazze nate nel 1997 è 65% (fonte: Cnesps, ISS 2011)

**IL PAP TEST**

Lo diffusione dello screening con pap test in Italia segnala forti differenze: 85% al Nord, 82% al Centro, 62% al Sud (fonte: indagine Passi 2010)



Il 31 maggio la Giornata senza tabacco. E mentre in Italia si abbassa l'età della prima sigaretta, l'Oms accusa l'industria e pensa a nuove campagne. Perché i cittadini siano informati anche sugli effetti collaterali della nicotina

# Tabagismo

## Pelle, cataratta, infertilità il fumo non è "solo" tumori

MARIA PAOLA SALMI

È

classificato tra i cancerogeni di classe "A", al pari dell'amianto. Il fumo attivo è un'abitudine mortale eppure 11,6 milioni di fumatori si ostinano ad ignorarne i rischi. Il report 2011 sul tabagismo che il ministero della Salute, ISS-Ossfad, "Mario Negri" di Milano e Doxa presenteranno dopodomani, 31 maggio, Giornata mondiale senza tabacco 2012, ritiene la sigaretta responsabile di circa 70.000-83.000 decessi, il 25% tra i 34 e i 65 anni di età. Il Dipartimento di salute pubblica americano ha lanciato una Campagna mondiale con ex fumatori che raccontano la loro storia di tabagisti e di malati, molti in ossigenoterapia. «Il fumo attivo è causa nota di almeno 25 malattie e ben 18 tipologie di tumore, tra le donne il cancro del polmone è divenuto la terza causa di morte dopo quello di mammella e colon-retto», afferma Clarita Bollettini della Lega italiana lotta ai tumori (Lilt). I polmoni sono i preferiti del fumo di sigaretta che riduce nel tempo la capacità di far entrare e far uscire aria, la resistenza all'attività fisica, espone alle malattie respiratorie croniche ostruttive da tabacco (asma, BPCO, allergie) e a un rischio 23 volte mag-

giore di sviluppare un tumore polmonare a piccole cellule rispetto ai non fumatori.

«Un pacchetto di sigarette al giorno equivale a 6 radiografie l'anno - sottolinea Roberta Paci-

fici, direttore dell'Osservatorio alcol droga e fumo dell'Istituto superiore di sanità - com'è accertato l'effetto cancerogeno sul polmone lo è altrettanto la stretta correlazione con l'arteriosclerosi».

Aumento della frequenza cardiaca, indurimento dei vasi sanguigni, formazione di placche, sono solo alcuni dei danni cui è esposto nel tempo il sistema cardiovascolare con conseguenze gravi quali ipertensione e infarto. La nicotina dopo pochi secondi dall'inalazione arriva dritta al cervello dove induce modificazioni chimiche dei processi metabolici e riduzione di ossigeno. I fumatori hanno un rischio triplo di sviluppare cataratta e problemi alla retina. L'azione irritante delle sostanze contenute nel tabacco, insieme al calore che esso sviluppa mentre brucia, predispongono a tumori delle labbra e del cavo orale, oltre che a infezioni dei denti e delle vie aeree superiori.

La pelle invecchia, cambia colore e trasuda un odore caratteristico. L'azione irritante e vasocostrittiva del fumo aggrava il reflusso e le ulcere gastro-esofagee, peggiora la perdita della funzionalità renale specie se si associa diabete e pressione alta, contribuisce alla perdita di tessuto osseo favorendo l'osteoporosi, inoltre nicotina e cotinina compromettono la capacità riproduttiva riducendo la motilità e la vitalità degli spermatozoi. Accerta il legame tra sigaretta e cancro

di vescica, mammella e prostata; infine i nati da fumatrici sono sottopeso e predisposti ad asma.

Smettere di fumare comporta benefici tangibili. «I vantaggi sono di tre tipi - spiega la dottoressa Roberta Pacifici - a brevissimo termine si abbassa la pressione sanguigna, si attenua l'odore di nicotina e ammoniacca, l'ossido di carbonio è pari a quello di chi non fuma, la pelle riprende il suo colorito naturale; a breve-medio termine (da 2 mesi a 2 anni) si recupera fiato, migliorano asma e allergie respiratorie, il primo inverno si espelle più catarro perché le ciglia aumentano il loro movimento e staccano il muco che ostruisce gli alveoli, si fa meno uso di antibiotici e per brevi periodi, c'è una maggiore ossigenazione cerebrale e cardiaca, le papille gustative si rigenerano insieme alla pelle, migliora la funzionalità renale; a lungo termine (da 5 a 10 anni) si riduce il rischio di tumore al polmone».

Da sette anni la percentuale dei fumatori è stabile con piccole oscillazioni (23-22%), crescita costante delle fumatrici. Il 22,3% dei giovani adulti continua a fumare, con uno zoccolo duro nella fascia d'età tra i 25 e i 34 anni di età dei maschi (38,9%) e tra i 45 e i 54 per le femmine (23,3%) mentre è stabile la prevalenza tra i più giovani (15-24 anni: 21,4% di questi 26,5% maschi, 15,9% femmine). «E tutto questo coincide con l'abbassamento dell'attenzione di istituzioni e media su un problema sociale, sanitario ed

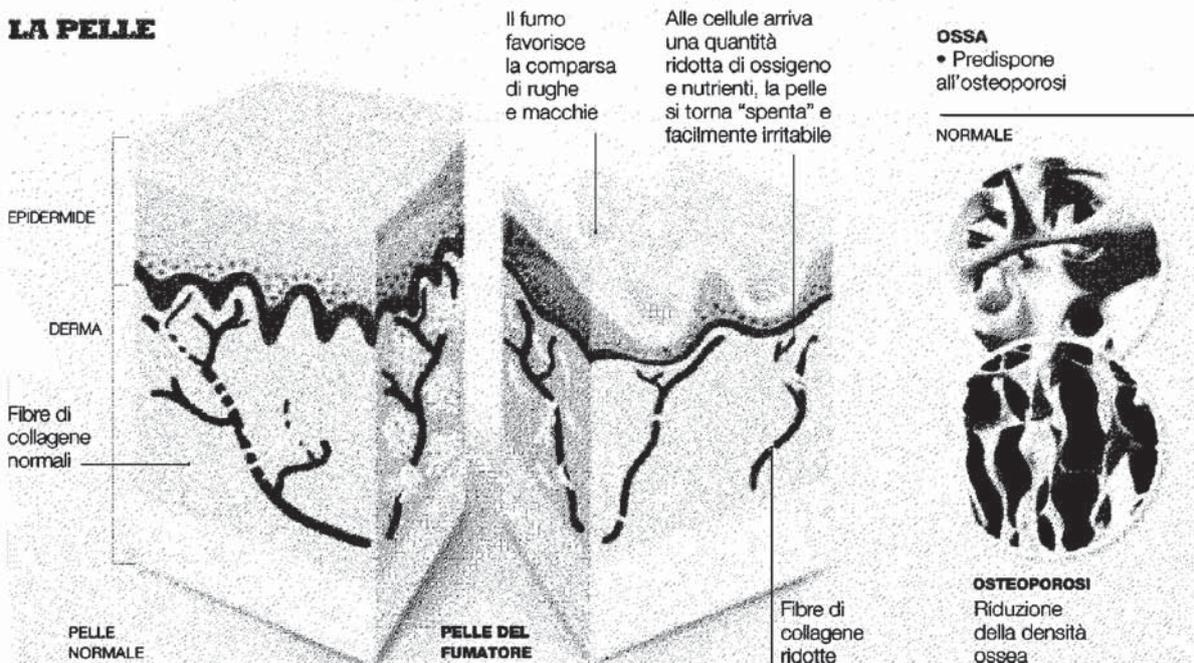
economico (il 76% delle accise va allo Stato) di tale rilevanza qual è il fumo», sostiene la Lilt.

L'Oms quest'anno sostiene la Convenzione quadro internazio-

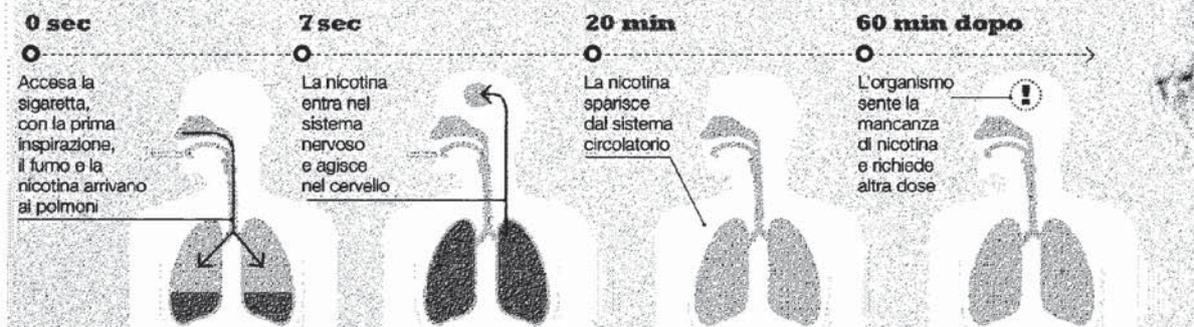
nale contro le pressioni delle multinazionali del tabacco. «È l'adolescenza la fascia critica, quella su cui puntano i produttori - commenta Francesco Schittulli, presidente di Lilt - l'atten-

zione si è troppo affievolita, dobbiamo riprendere con l'informazione e l'educazione a partire dalla scuola elementare».

## LA PELLE



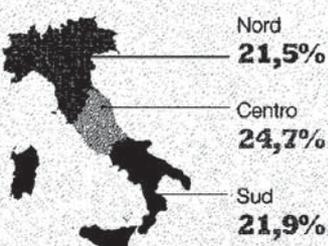
## LA DIPENDENZA



## IN CIFRE



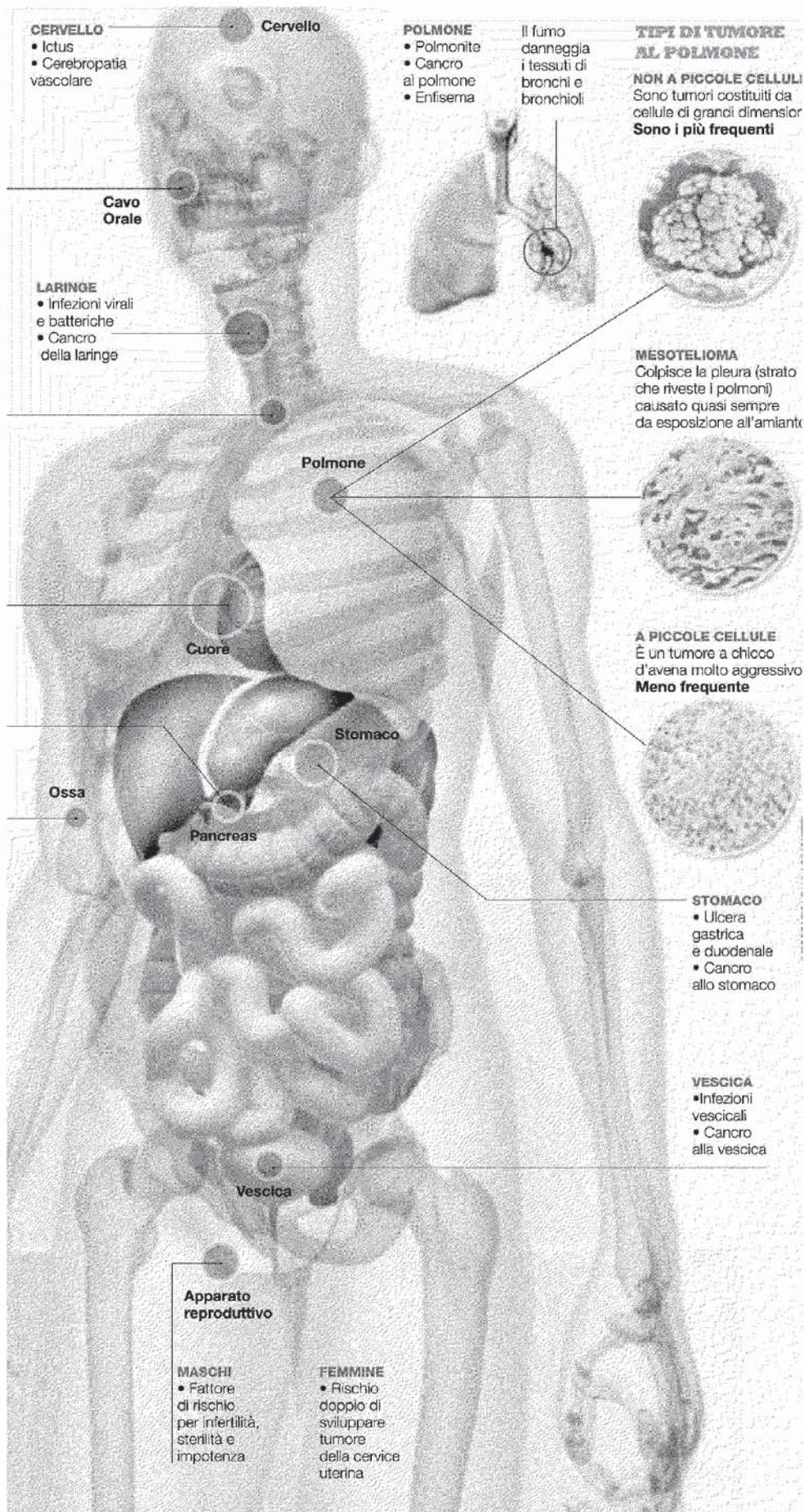
## PER REGIONE % di fumatori

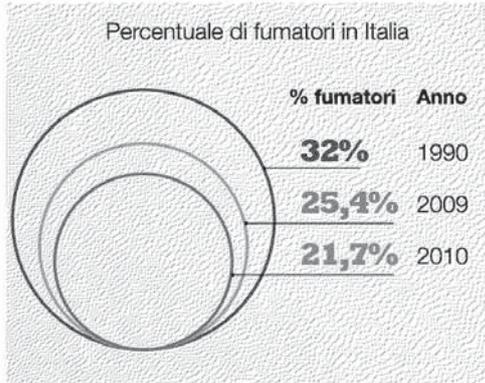


## I FUMATORI DIMINUISCONO



Fonte: REPORT 2011 SUL TABAGISMO / MINISTERO DELLA SALUTE / ISS





## CANCRO AL POLMONE

### NEL MONDO

**1,3 milioni**  
nuovi casi ogni anno

**1° CAUSA DI MORTE**  
per malattia neoplastica  
in Occidente

### IN ITALIA

**30-35mila**  
decessi ogni anno

**35-40mila**  
nuovi casi ogni anno

**PICCO DELLA  
COMPARSA  
DELLA MALATTIA**



**DONNE  
50-55  
anni**



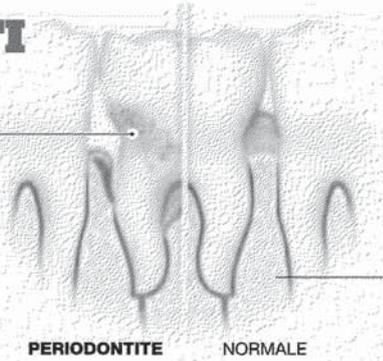
**UOMINI  
60-65  
anni**

## GLI EFFETTI

### CAVO ORALE

- Periodontite
- Tumore del cavo orale

La periodontite è un'infezione e un'infiammazione di ossa e legamenti che sostengono i denti



Spending review,  
piano entro giugno

## Le forbici di Bondi: 4,2 miliardi di tagli

POSANI e DE ROBERTIS  
■ Alle pagine 10 e 11

# Spesa, Bondi affila le forbici Pronti tagli per 4,2 miliardi

*Revisione entro giugno per bloccare l'Iva: altri 13 il prossimo anno*

**Olivia Posani**  
■ ROMA

**IL GOVERNO** stringe i tempi per scongiurare l'aumento di due punti dell'Iva. Entro giugno, si legge in una nota di Palazzo Chigi, «saranno varati tutti gli strumenti operativi per ottenere le riduzioni di spesa programmate pari ad almeno 4,2 miliardi di euro, su un volume di spesa considerata aggredibile di circa 100 miliardi». In sostanza si procede con il progetto Giarda sulla spending review approvato dal consiglio dei ministri lo scorso 30 aprile: nel mare della spesa pubblica c'è una massa «rivedibile» (appunto 100 miliardi) nel breve periodo. Tagliuzzando e risparmiando lì, si possono trovare oltre 4 miliardi per sostituire gli introiti del nuovo aumento dell'Iva già previsto a partire dal primo ottobre. Ma non ci si potrà fermare. Occorrerà un secondo intervento da 13,2 miliardi per compensare il mancato gettito Iva del 2013.

Il punto sulle linee di indirizzo della spending review è stato fatto durante la riunione del Comitato interministeriale per la revisione della spesa presieduto da Mario Monti, che ha anche ascoltato la prima relazione di Enrico Bondi. Il com-

missario straordinario ha presentato il «Cronoprogramma» per la razionalizzazione della spesa dell'acquisto di beni e servizi della pubblica amministrazione. Obiettivo è quello di conseguire un risparmio rispetto agli attuali volumi di spesa», già nella seconda parte dell'anno. Ci si arriverà ottimizzando il prezzo unitario di acquisto, ma anche (e questa è una novità) riducendo la quantità degli acquisti. In so-

### MINISTERI IN TRINCEA La Cancellieri assicura: «Non saranno ridotti i servizi per la sicurezza»

stanza il commissario fisserà i livelli di spesa di ogni amministrazione, darà indicazioni su come ridurre le uscite e se verranno centrati gli obiettivi, avrà il potere di intervenire direttamente. Inoltre potrà segnalare al consiglio dei ministri leggi o regolamenti che determinano spese che possono essere razionalizzate e potrà proporre la sospensione o la revoca di singole procedure di acquisto. In sostanza si va verso un sistema più accentrato. La scure, più che a livello centrale, sarà usata dove maggiormen-

te abbondano gli sprechi: regioni, comuni, province, enti, società, ex municipalizzate.

Tre le macro aree d'intervento individuate: ottimizzazione dei prezzi/costi unitari; ottimizzazione delle quantità/consumi unitari; integrazione e razionalizzazione degli strumenti già esistenti per raggiungere gli scopi sopra indicati. Palazzo Chigi fa sapere che Bondi si è avvalso delle 130 mila segnalazioni di cittadini e associazioni, che hanno scritto al Governo segnalando inefficienze, e sprechi e soluzioni. Il comitato interministeriale, composto oltre che dal premier dai ministri Giarda, Patroni Griffi e Grilli, tornerà a riunirsi il 12 giugno, quando saranno disponibili i risultati della spending review interna effettuata dai singoli ministri. «La revisione della spesa nella sanità è in atto già da un po'», sottolinea il ministro della Sanità Balduzzi, che spiega: «La manovra di luglio aveva individuato prezzi di riferimento per beni, servizi e dispositivi medici. C'è un paniere di sette miliardi di euro su cui si può risparmiare, ciò che stiamo discutendo è come realizzare risparmio garantendo i servizi». «Ci saranno i tagli, ma i livelli di sicurezza non verranno abbassati», sottolinea il ministro dell'Interno, Cancellieri.

## Sistema sanitario nazionale

Fonte: Corte dei Conti e ministero della Sanità

DATI IN MILIARDI	Spesa nel 2010	Tasso* di ospedalizzazione	Finanziamento nel 2012
PIEMONTE	8,6	160,1	7,9
VALLE D'AOSTA	0,2	178,5	n.d.
LOMBARDIA	17,9	171,9	17,3
P.A. BOLZANO	1,1	190,4	0,8
P.A. TRENTO	1,1	177,4	0,9
VENETO	9	149,5	8,6
FRIULI V.G.	2,4	149,5	2,2
LIGURIA	3,3	200,4	3
EMILIA ROMAGNA	8,5	163,6	7,9
TOSCANA	7,2	149,4	6,7
UMBRIA	1,6	168,9	1,6
MARCHE	2,8	168,8	2,7
LAZIO	11,3	189,6	9,9
ABRUZZO	2,3	185,5	2,3
MOLISE	0,6	197,1	0,5
CAMPANIA	10	220,9	3,4
PUGLIA	7,3	193,8	7
BASILICATA	1	184,1	1
CALABRIA	3,4	180,7	3,4
SICILIA	8,5	211,7	8,6
SARDEGNA	3,1	176,2	2,9
<b>Totale</b>	<b>111</b>		<b>106</b>
<b>Media Italia</b>		<b>179,4</b>	

\* Numero delle ospedalizzazioni ogni mille abitanti (dati 2009)



### Giustizia a dieta

Taglio alle circoscrizioni e alle sedi distaccate. Risparmi di 250 milioni l'anno dalla gara unica servizio intercettazioni.



### Gestione scuole

Dal 2014 dimezzamento delle spese per affitti e immobili, razionalizzazione dei distacchi docenti.



### Viminale e Difesa

Un milione risparmiato da ogni prefettura abolita. Al 2024 taglio di 33mila militari. Meno velivoli e caserme: -30%



### Affitti e contratti

Entro il 2015 56 milioni di risparmi sugli affitti. Nel 2012 riduzione del 20% di consulenze e di 350 milioni in auto blu.

**GIORGIO NAPOLITANO:** «D'accordo con la restrizione della spesa pubblica ma non bisogna fare tagli col machete. Austerità e investimenti»

# Sanità, stop agli sprechi Da luglio saranno online i prezzi di riferimento

Per le Asl che pagano troppo scatteranno multe salate

## il caso

PAOLO RUSSO  
ROMA

Dalle siringhe alle garze, dalle protesi d'anca ai farmaci ad uso ospedaliero, dalle semplici siringhe a Tac e risonanze. Stessi prodotti ma prezzi anche dieci, dodici volte più alti di asl e ospedali che comprano low cost. A rilevarlo è l'Authority per i contratti pubblici che dopo un lavoro certosino è pronta a consegnare al governo la mappa dei prezzi impazziti. Base di partenza per risparmiare da subito un miliardo e mezzo. Che diventeranno molti di più «a regime» perché la spending review non risparmia nemmeno i ricoveri ospedalieri, tagliando i rimborsi ad ospedali pubblici e cliniche private quando la sosta in corsia va oltre i tempi massimi fissati da un provvedimento appena varato dal **Ministero della salute**.

Entro il primo luglio prossimo, forse anche prima, l'Authority pubblicherà on line i prezzi di riferimento, ossia il limite massimo di spesa consentito per dispositivi medici e farmaci ospedalieri. A quel punto chi si discosterà da queste tariffe pagherà pegno. E stessa cosa varrà per i ricoveri, già oggi pagati a tariffa (in gergo tecnico con i Drg.) che il **Ministero della Salute Renato Balduzzi** ha rivisto riducendo i rimborsi per le degenze che si protraggono oltre il dovuto. Una manovra avvolgente che però richiederà tempo, visto che per applicare i prezzi di riferimento bisognerà indi-

re nuove gare d'acquisto. Ed è per questo che l'Economia punta a racimolare subito il miliardo e mezzo bloccando il "fondino" sanitario di pari importo che serve a finanziare i "progetti obiettivo", che sono poi cose importanti, come la lotta alle malattie rare, le cure palliative o l'assistenza ai disabili. Un taglio per niente gradito a Balduzzi, che a via XX Settembre fa sapere: «quel fondo è servito e quindi non si tocca». Un altolà che lascia presagire un colpo d'acceleratore sul taglio della spesa per beni e servizi. Magari iniziando a tagliare oggi dal fondo sanitario quello che le Regioni potranno risparmiare domani con i nuovi prezzi fissati dall'Authority. Che intanto, insieme all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha svelato i numeri della giungla dei prezzi. Tabelle che mostrano differenze per uno stesso bene anche dell'800%, come gli inserti in ceramica per le protesi d'anca, che qualcuno paga 284 euro mentre c'è chi è disposto a sborsarne ben 2.575. Per non parlare degli inserti tibiali che ridanno mobilità al ginocchio, acquistati a 199 euro da una parte e a 12 volte tanto da un'altra, ossia a 2.479 euro. Certo, la rilevazione non tiene conto della qualità, mettono in guardia i tecnici. Ma che dire di una semplice siringa per insulina, che in una Asl costa tre centesimi e in un'altra 65? E differenze di prezzo fino al 365% sono state rilevate anche per i farmaci ad uso ospedaliero, identici

in tutto e per tutto.

Che si possa risparmiare sui 30 miliardi di spesa per beni e servizi sanitari lo ammettono anche i diretti interessati, ossia Asl e Ospedali pubblici rappresentati dalla Fiaso. «Se si arrivasse a un risparmio del 10% sarebbe un successo» prova a pronosticare il presidente Giovanni Monchiero. Che però nelle ultime decisioni del governo vede il rischio di una spinta al rialzo dei prezzi. «Da un lato infatti i decreti sul pagamento dei

fornitori delle Asl non si applicheranno proprio dove i ritardi sono più insostenibili, ossia nelle regioni con piani di rientro dal deficit sanitario». «Dall'altro - prosegue - il mancato riparto dei 108 miliardi del fondo sanitario aggravava la crisi di liquidità delle Asl che è all'origine dei tempi lunghi di pagamento». «E questi - conclude - si traducono in interessi di mora e aumento dei prezzi di beni e servizi generati proprio dalla difficoltà a saldare i debiti con i fornitori».

### LE DEGENZE

Limiti anche per i ricoveri che durano troppo facendo lievitare i costi

### GLI INSOLUTI

Attenzione ai pagamenti Con i ritardi cresce la spesa per gli interessi



**La giungla  
delle tariffe  
sanitarie**

**800%**

**la differenza**

Sulle protesi d'anca. Ci sono ospedali che le pagano 284 euro, e altri che sono disposti a sborsarne 2.575: per un prodotto del tutto identico

**12**

**volte tanto**

E' la differenza tra la somma pagata da chi compra un inserto tibiale a 2479 euro e chi lo ottiene per appena 199 euro

**365%**

**la differenza**

Riscontrata per i farmaci ad uso ospedaliero: anche in questo caso si tratta di prodotti del tutto identici. La differenza? Un mistero

**65**

**cent a siringa**

Il prezzo più alto pagato per quelle semplici, usate per somministrare l'insulina. Ma ci sono Asl che riescono a pagarle solo tre centesimi

**30**

**miliardi**

La spesa totale per beni e servizi sanitari in Italia. Secondo i diretti interessati «se si arrivasse a un risparmio del 10% sarebbe un successo»



**Il deficit 2011.** Per coprirlo sono state necessarie per il 77% addizionali Irpef e Irap

# Sanità, disavanzo a quota 2,19 miliardi

## LIEVE RIDUZIONE

Le uscite sanitarie pubbliche hanno fatto segnare un calo dello 0,6% sul 2010.

In rosso anche Emilia, Toscana e Liguria

**Roberto Turno**

ROMA

È stato di 2,19 miliardi nel 2011 il disavanzo di gestione delle asl e degli ospedali nelle 16 regioni a statuto ordinario. E per coprirlo sono state necessarie per il 77% le addizionali Irpef e Irap, soprattutto nelle regioni commissariate o sotto piano di rientro dai deficit. Ma neppure le maxi aliquote Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%) oltre il tetto massimo pagate da cittadini e imprese sono bastate in Molise, Calabria e Campania a tamponare la falla del deficit sanitario nel 2011. E così in queste regioni non ci sarà scampo: le maxi addizionali resteranno in vigore. L'84,7% del disavanzo totale, tra l'altro, è concentrato nelle regioni con piano di rientro. Che dappertutto a partire dal Lazio e dalle regioni meridionali, restano in grave ritardo.

Arrivano i primi risultati dai tavoli di monitoraggio del Governo (Economia e salute) con le regioni attivati per tenere sotto controllo la spesa sanitaria, di questi tempi più che mai sotto la lente d'ingrandimento dei prossimi tagli del Governo in cantiere con la spending review. Risultati in chiaroscuro quelli dell'esercizio 2011, anticipati in un ampio servizio nel prossimo numero del settimanale Il So-

le-24 Ore Sanità.

Da una parte confermano, come anticipato dal Def, che la spesa sanitaria pubblica ha fatto segnare un calo dello 0,6% sul 2010; dall'altra, però, dimostrano che ormai l'affanno del contenimento dei conti si sta espandendo oltre il sud Italia, contagiando sempre di più anche regioni con i bilanci sanitari considerati da sempre (quasi) in regola. Anche se è soprattutto tra Lazio (791 milioni di rosso prima delle super tasse), Campania (332 milioni), Calabria (155 milioni) che si concentra oltre la metà dei disavanzi del 2011. Col piccolo Molise in grandissima e sempre più preoccupante difficoltà col suo deficit di 67 milioni che le maxi addizionali sono riuscite a coprire appena per il 30%. E con la Calabria sempre all'"anno zero" e ben lontana dal risanamento strutturale, in cui sembra scricchiolare la poltrona di commissario assegnata al governatore Giuseppe Scopelliti.

Tra tutte le 16 regioni passate al setaccio del tavolo di monitoraggio, intanto, sono soltanto tre quelle che hanno raggiunto un attivo, anche se soltanto minimo, senza dover ricorrere alle risorse di bilancio locale: Lombardia (22,1 milioni), Umbria (10,3 milioni) e Marche (1,5 milioni). Escluse le 8 regioni commissariate o sotto piano di rientro dal disavanzo, tutte le altre sono andate in rosso. Che hanno coperto principalmente con proprie risorse di bilancio: dall'Emilia Romagna (87,3 milioni) alla Toscana (62 milioni) alla Liguria (144 milioni) su cui pendeva una con-

testazione per aver fatto ricorso a una dismissione immobiliare per 76 milioni. Il bilancio complessivo già prospetta intanto la possibile soluzione della scelta delle tre regioni che dovranno fare da benchmark nel 2013: si dovrà scegliere una regione del nord, una del centro e una del sud, di cui una di piccole dimensioni. Se al nord la candidata sembra essere automaticamente la Lombardia, per il sud si farebbe largo la Basilicata (anche di piccole dimensioni) che ha i conti migliori tra le regioni meridionali. Mentre al centro (se non si scegliessero Umbria e Marche perché "piccole") avanzerebbe la candidatura della Toscana. La rosa per il benchmark, peraltro, dovrà anche essere sottoposta al vaglio politico con le regioni, e non necessariamente la scelta finale sarà di carattere squisitamente "tecnico".

Davanti a un deficit d'esercizio di 2,19 miliardi, dopo le manovre locali di aggiustamento e le addizionali Irpef e Irap da 2,63 miliardi, il risultato finale porterebbe addirittura a un avanzo di 430 milioni. Tutto teorico, naturalmente. E che in ogni caso lascerebbe ancora nell'inferno rosso del deficit la Campania (42 milioni), la Calabria (35,5 milioni) e il Molise (42 milioni). Sulle quali il tavolo di monitoraggio non transige: le super addizionali sono confermate. E così il blocco del turn over e il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Una dieta che con la spending review sarà, se possibile, rafforzata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## La mappa

I risultati della verifica di spesa 2011 nelle Regioni a statuto ordinario. **In migliaia di euro**

Risorse di bilancio			Aliquote Irpef e Irap			Aliquote Irpef e Irap e risorse di bilancio		
Regioni	Disavanzo senza manovre	Avanzo/Disavanzo dopo le coperture	Regioni	Disavanzo senza manovre	Avanzo/Disavanzo dopo le coperture	Regioni	Disavanzo senza manovre	Avanzo/Disavanzo dopo le coperture
Piemonte	274.750	5.250	Lazio	791.838	422	Lazio	791.838	422
Lombardia*	22.171	22.171	Abruzzo	4.947	60.986	Abruzzo	4.947	60.986
Veneto	37.565	9.402	Molise	67.450	42.111	Molise	67.450	42.111
Liguria	144.239	35.794	Campania	332.175	22.443	Campania	332.175	22.443
Emilia R.	87.300	37.763	Puglia	120.414	153.890	Puglia	120.414	153.890
Toscana	62.019	61	Basilicata	38.249	1.801	Basilicata	38.249	1.801
Umbria*	10.375	10.375	Calabria	155.251	35.488	Calabria	155.251	35.488
Marche*	1.525	1.525	Sicilia	120.788	262.224	Sicilia	120.788	262.224
			<b>TOTALE</b>	<b>2.193.020</b>	<b>430.034</b>	<b>TOTALE</b>	<b>2.193.020</b>	<b>430.034</b>

Nota: le Regioni a statuto speciale non sono sottoposte al controllo del tavolo di monitoraggio sulla spesa;  
 (\*) hanno raggiunto un attivo senza dover ricorrere alle risorse di bilancio locale

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità

Due terzi dei risparmi arrivano da sanità e forniture

## Piano per la spending review: a giugno 4,2 miliardi di tagli

Marco Rogari ▶ pagina 10

# A giugno 4,2 miliardi di tagli

Bondi presenta il piano: due terzi dei risparmi da forniture e sanità

## Conti pubblici

SPENDING REVIEW

### Cura dimagrante dei ministeri

Tra quindici giorni Monti deciderà  
sui singoli programmi di razionalizzazione

### Le segnalazioni via web a Palazzo Chigi

Sono 130mila le comunicazioni dei cittadini,  
alcune sono finite sotto la lente di Giarda

#### DECRETO IN ARRIVO

Il Governo pensa a un Dl:  
nel mirino società di servizi  
locali, enti, auto blu e affitti.  
Allo studio restrizioni sull'uso  
dei buoni pasto degli statali

Marco Rogari

ROMA

Entro giugno saranno varati i provvedimenti per realizzare tagli selettivi alla spesa per almeno 4,2 miliardi. Con l'obiettivo di rinviare il previsto aumento autunnale dell'Iva. Ad annunciarlo è una nota di palazzo Chigi alla fine della riunione del Comitato interministeriale, di cui fanno parte il premier Mario Monti i ministri Piero Giarda e Filippo Patroni Griffi e il viceministro Vittorio Grilli, nel corso della quale il supercommissario Enrico Bondi ha presentato il suo cronoprogramma per sforbicare le uscite per acquisti di beni e servizi.

Le misure allo studio del Governo, che agiranno su una prima fetta di spesa considerata aggredibile pari a quasi 100 miliardi (in autunno saranno studiati tagli su altri 200 miliardi) dovrebbero essere varati nella seconda metà del prossimo mese con un decreto legge e probabilmente alcuni provvedimenti di tipo amministrativo. Prima una nuova riunione del Comitato interministeriale, fissata per il 12 giugno, dovrà fare il punto definitivo della situazione assemblando i piani di razionalizzazione dei singoli ministeri, che in larga parte risultano

in ritardo rispetto alla scadenza di fine maggio, e tramutando in interventi operativi il cronoprogramma di Bondi.

Un piano, quello del supercommissario, che nella prima fase dovrebbe garantire dai 2,2 ai 2,7 miliardi (più della metà del risparmio complessivo atteso), 1,5 dei quali dalla sanità. E che poggia su tre pilastri: anzitutto l'armonizzazione delle procedure adottate dalle centrali regionali di acquisti di beni e servizi con il modello Consip e l'adozione di fabbisogni standard per tutti gli approvvigionamenti della Pa e delle Autorità indipendenti. Il cronoprogramma prevede l'ottimizzazione dei prezzi delle forniture, con l'obiettivo di farli sostanzialmente diventare unitari su tutto il territorio per ogni tipologia di fornitura. Gran parte della sforbiciata interesserà la sanità per la quale è previsto l'innalzamento dell'asticella della spesa trattata con il metodo Consip dagli attuali 16,8 miliardi a quota 28,4 miliardi. Ma nel mirino di Bondi e Giarda ci sono anche le auto blu, le consulenze e, soprattutto, la miriade di società locali pubbliche, gli enti regionali (compresi alcuni enti parco) e diverse agenzie. Altri risparmi arriveranno con i piani dei singoli ministeri, dagli interventi sugli immobili (riduzione degli affitti e degli uffici) e dal nuovo meccanismo anti-sprechi di trasferimenti a strutture ed enti locali. Allo studio ci sarebbero anche misu-

re più restrittive sull'uso dei buoni pasto da parte degli statali.

Il ministro dell'Interno, Annamaria Cancellieri, assicura che «ci saranno sicuramente tagli ma i livelli di sicurezza non saranno abbassati», mentre il responsabile del Lavoro, Elsa Fornero, riferisce che il processo di spending review è già in corso nel suo ministero. Anche il ministro Renato Balduzzi afferma che nella sanità «la revisione della spesa è in atto già da un po'» e aggiunge che «c'è un paniere di 7 miliardi su cui si può risparmiare». Positivo il giudizio del segretario del Pdl, Angelino Alfano, sul piano del Governo.

Intanto sono oltre 130mila le comunicazioni arrivate da cittadini e associazioni al sito del Governo per segnalare «inefficienze e sprechi» e proporre soluzioni per razionalizzare la spesa pubblica. Alcune di queste segnalazioni, si afferma nella nota diffusa ieri da Palazzo Chigi, sono state oggetto di «un'indagine specifica» da parte del tandem Giarda-Bondi. La consultazione si chiuderà oggi. Sul versante del decreto sulla spending review, al Senato, dove il provvedimento è al vaglio delle commissioni Affari costituzionali e Bilancio, sono stati presentati 112 emendamenti.

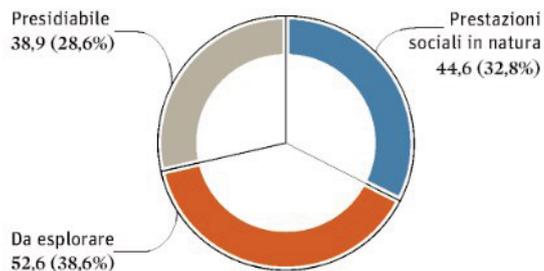
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Sotto la lente**

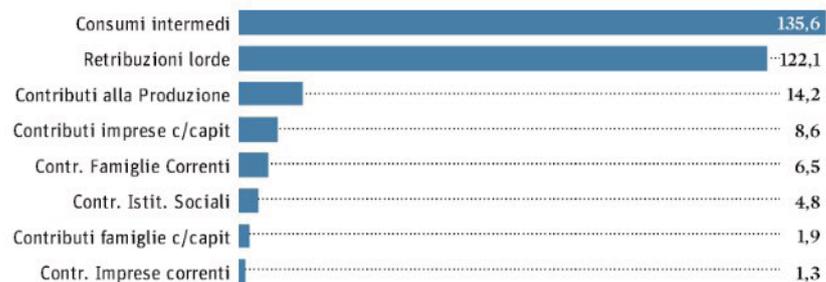
**SPESA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE PER BENI E SERVIZI**

Valori in miliardi di euro (tra parentesi la percentuale)



**SPESA PUBBLICA "RIVEDIBILE" NEL MEDIO PERIODO**

Dati in miliardi di euro



Fonte: stime Consip-Ministero dell'Economia su dati Istat; Ministero dei Rapporti con il Parlamento

LIGURIA/ Varata la delibera che mira a riqualificare l'assistenza farmaceutica 2012

# Farmaci, stretta da 32 milioni

Gli strumenti: tetti per azienda, sprint alla vigilanza e più innovazione

«L'obiettivo ambizioso è di perseguire un contenimento della spesa farmaceutica territoriale di 32 milioni rispetto al 2011». È quanto previsto dal piano di qualificazione dell'assistenza farmaceutica 2012 approvato nei giorni scorsi dalla Giunta ligure su proposta dell'assessore alla Sanità **Claudio Montaldo**. «Con la finalità - ha precisato il titolare della Salute - di migliorare la qualità dell'assistenza farmaceutica, rendendo a esempio più tempestiva la disponibilità di medicinali innovativi presso le strutture specialistiche e migliorando la rete della farmacovigilanza regionale».

Nel dettare il "giro di vite" la Regione Liguria tiene conto di una serie di elementi che in questo anno arriveranno a consolidarsi: dalla riclassificazione in classe "A" dei farmaci ex Osp 2 (da ottobre 2010) all'adozione del nuovo prezzo di riferimento (da aprile 2011) fino ai nuovi criteri e modalità di pagamento dei ticket introdotti da novembre 2011.

A livello "macro" l'obiettivo di sistema è duplice: per la "territoriale", il rispetto del tetto del 13,3% del fabbisogno 2012 "ex Fsr", calcolato secondo le modalità fissate dal tavolo di monitoraggio; per l'"ospedaliera", il contenimento al di sotto del 4% del fabbisogno 2012, sempre concordato dal tavolo Massicci.

Per ogni azienda sanitaria locale sono poi fissati obiettivi economici specifici: i 32 milioni di risparmio atteso saranno in parte destinati all'incremento delle risorse da attribuire agli Irccs e agli enti pubblici ed equiparati per la distribuzione diretta dei farmaci di classe "A" e "non A". Per rendere effettivo il giro di vite richiesto alle Asl, però, nel piano di contenimento si precisa che «occorre governare coerentemente e adeguatamente l'erogazione dei farmaci attraverso i canali della distribuzione diretta al fine di escludere

distorsioni o "shift" di spesa». Queste le azioni concrete elencate: non incrementare/contenere - rispetto al 2011 - la spesa farmaceutica ospedaliera 2012; mantenere almeno i volumi complessivi registrati nel 2011 per la distribuzione/somministrazione di farmaci di classe A; incrementare, nei limiti fissati in sede di riparto del Fsr, la spesa per l'acquisto di farmaci A e "non A" da erogare in forma diretta agli assistiti.

Due le leve principali sulle quali le aziende sanitarie e l'Agenzia sanitaria regionale sono chiamate a operare nel corso del 2012: rendere disponibili le linee guida, i protocolli assistenziali e le eventuali reazioni avverse ai farmaci o le immissioni in commercio di nuovi medicinali e fornire ai medici di medicina generale il report di quanto prescritto agli assistiti e rendere anche disponibili le linee guida, i protocolli assistenziali e le eventuali reazioni avverse ai farmaci o le immissioni in commercio di nuovi medicinali.

«Il contenimento della spesa - spiega ancora Montaldo - è affidato principalmente al corretto utilizzo di alcuni principi attivi di cui è venuto meno il brevetto, in particolare anti-ipertensivi, anticolsterolo e antiulcera». Nel piano vengono evidenziate le percentuali di farmaci, dello stesso tipo, ritenute ottimali da parte dell'Aifa e viene richiesto alle aziende di verificare che i medici ospedalieri e territoriali che normalmente prescrivevano un determinato principio attivo, continuino a farlo anche dopo la perdita del brevetto che comporta una significativa riduzione del prezzo. In passato si è infatti verificato che, a seguito della perdita del brevetto di un determinato principio attivo, le prescrizioni si siano riorientate verso medicine analoghe, ma con copertura del brevetto e quindi più care».

**Barbara Gobbi**



**LAVORO & PROFESSIONE. 1 – Porti e aeroporti, passa tutto alle Regioni.** Saranno trasferite dal Ministero alle Regioni le funzioni assistenziali erogate al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile, della marina mercantile italiana e di piattaforme in mare. Dopo la medicina penitenziaria il governo centrale lavora al trasferimento di nuove funzioni alle Regioni. Il gruppo di lavoro ministeriale è costituito con decreto del capo del dipartimento della programmazione del Servizio sanitario nazionale. ▶ 13

▶ Lavoro & professione. 2 ◀

## Cure nei porti e aeroporti: passa tutto alle Regioni

Dal 1° gennaio del 2013 le attività assistenziali erogate ai marittimi e alle unità viaggianti civili e militari o di stanza negli scali sarà assicurato dalle Asl. Trasferimento in vista anche per i camici bianchi

DI ETTORE MAUTONE

Saranno trasferite dal Ministero alle Regioni le funzioni assistenziali erogate al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile, della marina mercantile italiana e di piattaforme in mare. Dopo la medicina penitenziaria il governo centrale lavora al trasferimento di nuove funzioni alle Regioni.

Il gruppo di lavoro ministeriale, costituito con decreto del capo del dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale del 5 marzo 2012, predispone una prima bozza di regolamento di attuazione della legge di stabilità. Il testo sarà oggetto nei prossimi giorni di un primo confronto con le altre amministrazioni interessate, anche al fine di approfondire le questioni di competenza.

### IL PERSONALE

Per la Regione Campania il costo stimato per il trasferimento del servizio è di circa 20-30 milioni annui. Cifra solo in piccola parte coperta da risorse ministeriali. Quel che è certo è che i rapporti di lavoro del personale dipendente di ruolo del ministero della Salute pres-

so gli Uffici Sans (Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante) di Napoli e Genova in servizio al 31 dicembre del 2012 sono tutti trasferiti alle Asl competenti per territorio con vincolo di permanenza, nell'ambito territoriale provinciale, per almeno tre anni. Il trasferimento decorre dal 1° gennaio 2013.

### IL PRONTO SOCCORSO

A decorrere dalla stessa data sono trasferite alle Regioni anche le funzioni in materia di pronto soccorso aeroportuale e negli aeroporti civili gestiti dallo Stato. Così le funzioni di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento dei servizi di emergenza e urgenza aeroportuale gestiti dalle società di gestione. Le attività devono infatti essere ricondotte sotto il coordinamento della Centrale operativa 118 territorialmente competente. Sono fatte salve, invece, le competenze ministeriali sugli uffici di Sanità marittima, aerea e di frontiera.

Saranno analogamente trasferiti anche ambulatori attrezzature e strutture attualmente di proprietà del Ministero, concesso in comodato d'uso gratuito alla Croce ros-

sa italiana.

### LE CONVENZIONI

Trasferiti alla Regione Campania, dal 1° gennaio del 2013, anche i rapporti convenzionali relativi al personale sanitario medico e non medico ambulatoriale. Si tratta di circa un centinaio di medici, chimici, biologi e psicologi, infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari di radiologia medica e tecnici di laboratorio biomedico.

La cessione dei rapporti di lavoro tra Ministero e Regioni riguarda, infine, i medici generici fiduciari, già titolari o meno di convenzione, come i medici di medicina generale. Qualora l'importo del trattamento economico al 31 dicembre 2012 presso il ministero della Salute risulti maggiore di quello spettante nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata dagli interessati come assegno ad personam non riassorbibile. Il servizio di ruolo prestato presso pubbliche amministrazioni sino alla data del trasferimento viene interamente riconosciuto a tutti gli effetti giuridici, previdenziali ed economici.

SCOPERTA UNA GANG

## Mercato nero dei reni L'Oms: 10 mila trapianti l'anno

LONDRA

Diecimila trapianti all'anno con reni comprati al mercato nero: lo scrive l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). Esisterebbe una gang internazionale che batte le zone depresse comprando reni da donatori indigenti per 3 mila euro e li rivende a 150 mila.

Il «Guardian» ha contattato un mediatore di organi cinese per raccontare come funziona il meccanismo. L'uomo ha raccontato di aver lanciato una campagna acquisti con lo slogan «Donate un rene, comprate il nuovo iPad», offrendo tremila euro per organo. L'operazione, ha spiegato, viene conclusa generalmente in una decina di giorni, con margini di

guadagno altissimi. Gli interventi chirurgici vengono effettuati nei Paesi del «turismo dei trapianti», in particolare Cina, India, Pakistan. Nell'elenco è entrato anche il Kosovo, dove un israeliano è stato arrestato per aver organizzato nel 2008 un traffico clandestino di organi umani diretti alla clinica privata Medicus di Pristina e un chirurgo turco - Yusuf Son-

mez, soprannominato dottor Frankenstein - è stato rinviato a giudizio come presunto autore degli espunti clandestini. Secondo l'accusa, alla Medicus sarebbero stati espunti 30 reni, poi rivenduti a malati israeliani per almeno centomila euro l'uno.

[M. VER.]



## **I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA), IL «MINIMO DI CURE» PER OGNI CITTADINO**

I Lea sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale, attraverso le risorse pubbliche, è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Per comprendere meglio: a ogni patologia corrispondono cure minime ed essenziali che la Sanità deve mettere a disposizione del malato (visite, esami, interventi ospedalieri...). Ad esempio, la ricostruzione del seno per una donna che ha subito un intervento oncologico è un "servizio essenziale" e dunque messo a disposizione dal sistema-Salute, mentre una operazione simile di chirurgia plastica, ovviamente, non rientra nei Lea. Ma nei "livelli essenziali di assistenza" rientrano anche: servizi di prevenzione (i vaccini per bambini e anziani...); la presenza sul territorio di presidi diffusi in modo capillare (medici di base, assistenza domiciliare, consultori, protesi per disabili, case famiglie, residenze per terza età e portatori di handicap...); l'assistenza ospedaliera dall'ingresso (pronto soccorso) sino alla piena guarigione (riabilitazione). Le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei Lea.



## SALUTE

# Maculopatia

**Un problema che cresce con l'età. La forma degenerativa fa perdere lentamente la visione centrale per una proliferazione abnorme dei capillari sotto la retina. Iniezioni per bloccare il processo**

## Svolta dei farmaci, la vista si può salvare

ALESSANDRA MARGRETH

**I**n caso di problemi alla vista, occorrono cure efficaci e sicure. E quando la visione è già danneggiata, una riabilitazione specifica. Parliamo di Degenerazione Maculare Senile, o Amd, malattia che colpisce la macula, ossia la parte centrale della retina. Nella forma neovascolare o essudativa, l'Amd è invalidante: in nove casi su dieci si verifica una rapida e grave perdita della visione al centro dell'occhio. Vasi sanguigni anomali si formano sotto la retina, e possono sanguinare con facilità, provocando irreversibili danni retinici.

Il problema è legato all'età avanzata. Si calcola che in Italia circa 260mila persone ne siano affette, e che ogni anno si verifichino 20mila nuovi casi di Amd neovascolare. Oggi la nuova frontiera nella terapia di queste forme sono gli antiangiogenici ad uso oftalmico, farmaci "intelligenti" che riescono colpire con precisione la crescita dei piccoli vasi sanguigni che oscurano la macula. E arrestare la progressione della malattia.

Spiega Francesco Bandello, direttore del-

la Clinica Oculistica dell'Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico San Raffaele: «Ranibizumab ha rappresentato una svolta nell'Amd neovascolare. Esiste un'ampia letteratura scientifica che dimostra come i pazienti trattati con questo farmaco presentano un miglioramento duraturo della visione».

Anche bevacizumab, farmaco antiangiogenico non autorizzato per via intravitreale (con iniezione nel vitreo dell'occhio), viene usato per trattare casi di Amd neovascolare. Recentemente sono stati presentati i risultati di due anni dello studio clinico Catt, che metteva a confronto efficacia e sicurezza di ranibizumab e bevacizumab. Commenta Bandello: «I dati hanno dimostrato un rischio superiore del 30% del totale di eventi avversi con bevacizumab rispetto a ranibizumab. Si evidenziano seri dubbi sulla sicurezza di impiego di bevacizumab non autorizzato per via intravitreale rispetto a ranibizumab».

Ranibizumab è stato approvato dal-

l'EmA, l'agenzia europea, per il trattamento della Amd neovascolare, oltre che dei danni visivi provocati da edema maculare diabetico (Dme). In Italia il farmaco è rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale in casi specificamente definiti.

Queste malattie degenerative della retina sono tra le principali cause di cecità e ipovisione nei Paesi industrializzati. Spiega Filippo Cruciani, professore aggregato di Oftalmologia all'Università La Sapienza di Roma: «L'ipovisione è un deficit visivo che non permette a una persona il pieno svolgimento delle sue attività. Si stima che gli ipovedenti in Italia siano circa un milione. Un ruolo importante è svolto dalla riabilitazione visiva, svolta in appositi centri. Dal 2007 il Polo nazionale per la riabilitazione visiva Iapb segue le attività dei centri sul territorio nazionale e ha messo a punto un moderno sistema di riabilitazione visiva. L'ipovedente è seguito da una équipe multidisciplinare». Informazioni [www.iapb.it](http://www.iapb.it) e numero verde 800.068506.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

