

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 31 LUGLIO 2013

Aifa. Boom di farmaci tra gli over 65. Ma per depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi scarsa aderenza alle terapie

Un anziano su due consuma dai 5 ai 9 medicinali al giorno. E uno su dieci va oltre. Un'indagine sull'appropriatezza prescrittiva dell'Agenzia del farmaco. In totale quasi sette milioni e mezzo di italiani anziani assumono 5 o più farmaci al giorno. Ma c'è scarsa aderenza per molte patologie. [Sintesi dell'indagine.](#)

Un anziano su due oltre i 65 anni nel nostro Paese assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno. Quasi il 60% della popolazione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie contro depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi. Forti i rischi di eventi avversi causati da inappropriata prescrittiva e interazioni tra farmaci, e in particolare:

- 36.000 anziani esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici;
- 22.000 esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici;
- 85.000 (la popolazione di una media città italiana) a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.

Si è conclusa con questi risultati l'indagine a tappeto sull'appropriatezza prescrittiva per il paziente anziano sollecitata dal Presidente dell'AIFA Sergio Pecorelli e condotta dai componenti del Geriatrics Working Group (GWG) dell'AIFA tra i quali Massimo Fini, Direttore scientifico dell'IRCCS San Raffaele Pisana che insieme al dott. Pietro Folino Gallo, Direttore dell'Ufficio Assessment europeo dell'AIFA, ha coordinato il Gruppo di lavoro e dal dott. Graziano Onder, geriatra del Centro di Medicina dell'Invecchiamento dell'Università Cattolica-Policlinico A. Gemelli di Roma, primo autore della ricerca.

Lo studio è stato condotto analizzando i dati presenti nell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali dell'AIFA, che raccoglie i dati di tutti i farmaci rimborsati dal SSN, relativi all'intera popolazione italiana di 65 anni e oltre.

La serie storica dei Rapporti OsMed annuali indica che, da oltre dieci anni, oltre il 60% dei farmaci a carico del SSN è utilizzato da persone anziane. Sulla base dei dati della letteratura e dei dati di utilizzo in Italia, l'AIFA si è posta l'obiettivo di quantificare l'ampiezza del fenomeno della politerapia e della qualità prescrittiva su tutta la popolazione anziana italiana (7,3 milioni di donne e 5,2 milioni di uomini per un totale di oltre 12 milioni di persone) attraverso l'utilizzo di un set di indicatori di qualità appositamente costruito dal Geriatrics Working Group dell'AIFA.

I risultati dell'indagine hanno evidenziato che in alcuni casi gli effetti positivi dei farmaci non sono pienamente recepiti e che a volte ci sono comportamenti potenzialmente a rischio che richiedono approfondimenti e lo sviluppo di nuove strategie per limitarli.

“La tutela della salute del paziente anziano attraverso il ricorso al farmaco - spiega **Sergio Pecorelli** - richiede particolare attenzione sia da parte del medico prescrittore che deve valutare l'opportuno bilanciamento tra i rischi e i benefici delle terapie, sia da parte della rete familiare e di assistenza che supportano l'anziano nel processo di cura favorendo la corretta assunzione dei medicinali. Non bisogna dimenticare che trattandosi di una popolazione fragile sia da un punto di vista clinico-metabolico che psicologico, non sempre il “meglio è amico del bene” e l'appropriatezza prescrittiva

riveste un ruolo determinante anche per evitare l'insorgenza di eventi negativi legati a scelte terapeutiche non mirate al paziente anziano. E questo è tanto più importante se si considera che mancano studi clinici volti a testare l'efficacia e/o la tollerabilità di più farmaci utilizzati contemporaneamente in soggetti anziani affetti da polipatologia. Ciò li espone maggiormente a rischi per la salute derivanti da politerapie, da interazioni tra farmaci o da errori terapeutici. Per questo l'AIFA ha voluto individuare i 13 indicatori, sui 74 presi in esame, oggetto di questa indagine che costituisce soltanto il primo passo di una serie di iniziative scientifiche, educative e comunicative volte a garantire sempre meglio la qualità della vita e la salute degli anziani”.

Lo studio AIFA ha riscosso l'interesse della comunità scientifica e sarà pubblicato domani sul *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. Sul sito dell'AIFA www.agenziafarmaco.gov.it è disponibile un documento di approfondimento e il set finale degli indicatori .

“Gli indicatori di inappropriata prescrizione presentati nell'articolo – sottolinea **Massimo Fini** - sono il frutto di un lungo lavoro svolto dal Working Group AIFA di Geriatria per dotare anche il nostro Paese di uno strumento per la valutazione della qualità della prescrizione basato non più sull'esperienza di Stati Uniti o Inghilterra, ma sui farmaci effettivamente utilizzati dai nostri medici. I risultati hanno dimostrato come comportamenti inappropriati siano molto frequenti, particolarmente per la sottoprescrizione di farmaci per terapie di lunga durata, ma anche per il rischio causato da combinazioni inadeguate di molecole. Nella situazione attuale, sempre più caratterizzata da quadri di complessità clinica in cui i pazienti sono contemporaneamente affetti da più malattie croniche, una prescrizione indiscriminata non è la soluzione e diventa quindi prioritario fornire il medico di strumenti che lo aiutino ad utilizzare i farmaci nel modo più adeguato”.

In sintesi i dati dimostrano che la metà della popolazione anziana assume da 5 a 9 farmaci al giorno e che l'11% della popolazione anziana assume più di 10 farmaci al giorno. In totale quasi sette milioni e mezzo di italiani anziani assumono 5 o più farmaci al giorno.

Di conseguenza, e come atteso, il livello di aderenza al trattamento è problematico: circa il 50% dei pazienti ipertesi o con osteoporosi ha un'aderenza bassa e le percentuali sono ancora più elevate per i farmaci antidiabetici e per i farmaci antidepressivi. I bassi livelli di aderenza implicano che i pazienti non traggono tutto il beneficio possibile dai farmaci che assumono (controllo dei valori pressori, controllo dei valori glicemici, prevenzione delle fratture ecc.).

Altro dato importante riguarda l'uso concomitante di farmaci che possono provocare delle interazioni dannose (aumentando ad esempio il rischio di sanguinamento ed emorragie oppure di aritmie o insufficienza renale) e che, sebbene percentualmente basso (in genere minore dell'1%), coinvolge tuttavia un numero non irrilevante di pazienti (ad esempio, circa 100.000 pazienti anziani hanno ricevuto associazioni di farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento ed altri 36.000 pazienti sono stati esposti all'uso contemporaneo di due o più farmaci che aumentano l'intervallo QT e, quindi, potenzialmente favoriscono l'insorgere di aritmie cardiache. Considerazioni simili valgono per gli indicatori relativi ai farmaci che non dovrebbero essere utilizzati nei pazienti anziani: le percentuali sono basse (0,4-0,7% della popolazione) ma i numeri assoluti importanti (47.000-87.000 pazienti).

La presenza di condizioni croniche multiple richiede trattamenti lungo termine con regimi farmacologici complessi e in Italia ad assumere 10 o più farmaci al giorno sono 1,4 milioni di anziani. “Questo dato - afferma **Graziano Onder** - è certamente sconvolgente anche in considerazione dell'elevato rischio di interazioni tra farmaci e tra farmaco e patologia (l'uso di alcuni medicinali, sebbene indicato per il trattamento di una certa malattia, potrebbe essere controindicato o avere effetti negativi su altre patologie coesistenti). Inoltre negli anziani la funzionalità renale è ridotta e la capacità dell'organismo di 'smaltire' i farmaci non è ottimale. Credo che mettere in pratica delle strategie per ridurre il numero di anziani in politerapia e migliorare l'uso dei farmaci possa rappresentare un intervento importante oltre che per eliminare l'incidenza di rischi prevenibili e migliorare la qualità di vita dell'anziano anche per ridurre i costi della spesa farmaceutica. Ciò deve rappresentare una priorità per la ricerca farmacologica per il futuro”.

I dati sugli indicatori del Geriatrics Working Group dell'AIFA, che non possono in ogni caso sostituire la valutazione clinica delle necessità del singolo paziente, pongono anche una serie di riflessioni importanti sui rilevanti, possibili miglioramenti di qualità nella prescrizione e nell'uso dei farmaci nella popolazione anziana. Essi implicano pertanto la necessità di avviare una riflessione tra le Istituzioni nazionali e regionali, i professionisti della salute e le associazioni dei pazienti allo scopo di migliorare la qualità della prescrizione e dell'uso dei farmaci nelle persone anziane.

Con questa ricerca l'AIFA ha quantificato il problema a livello di popolazione e fornito gli strumenti per monitorare gli effetti dei programmi e degli interventi di miglioramento.

Per attuare questo ambizioso progetto è stata anche realizzata una positiva collaborazione istituzionale con il Ministero dell'Economia che gestisce i dati della Tessera Sanitaria e che, attraverso un protocollo di intesa con AIFA attivo già dal 2006, ha permesso un proficuo scambio di dati tra le due Istituzioni relativamente alla prescrizione farmaceutica nelle persone anziane.

COMPOSIZIONE DEL GERIATRICS WORKING GROUP

Achille Caputi (Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Messina)

Roberto Bernabei (Dipartimento di Geriatria, Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore-Policlinico A. Gemelli di Roma)

Luigi Di Cioccio (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio - S.I.G.O.T.)

Massimo Fini (Direzione Scientifica, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma)

Pietro Folino-Gallo (Agenzia Italiana del Farmaco)

Niccolò Marchionni (Unità di Gerontologia e Geriatria, Università di Firenze)

Walter Marrocco (Comitato Consultivo Area Cure Primarie dell'AIFA)

Daniela Melchiorri (Componente CHMP EMA)

Alessandro Mugelli (Dipartimento di Farmacologia, Università degli Studi di Firenze)

Alberto Pilotto (Unità Locale Socio Sanitaria Padova)

Stefano Maria Zuccaro (UOC Geriatria, Ospedale Israelitico, Roma).

» | **L'allarme** Silvio Garattini

«Così si ferma la sperimentazione per i tumori»

«Abbiamo recepito da ultimi una direttiva europea riuscendo a peggiorarla, a compiere un'infrazione e a creare un danno alla ricerca italiana». Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, esprime giudizi netti per far capire la gravità del provvedimento approvato alla Camera riguardante le norme anti-vivisezione.

Al Senato, dove era stato licenziato, venivano introdotti alcuni emendamenti che alteravano sostanzialmente il testo europeo. Questi vietano gli eterotraspianti, cioè dall'animale ad un'altra specie, impedendo di fatto una serie di ricerche molto importanti per la salute dell'uomo. «Non potremo più sperimentare tumori sui topi — sottolinea Garattini —, trasferire elementi di maiale, non potremo più condurre studi sulle droghe e saremo impediti anche nell'uso o meno dell'anestesia: una vera stupidaggine». La legge europea nata per armonizzare le regole ammoniva però i Paesi dell'Unione precisando

che nel recepire il provvedimento non dovevano introdurre norme più restrittive. Invece al Senato è accaduto e ieri alla Camera è stato sottoscritto. Garattini ha scritto nei giorni scorsi anche al ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Maria Chiara Carrozza pro-

»

Non saremo più in grado di competere con altri progetti europei

spettando i rischi. Ma la sua lettera non ha ricevuto risposta.

«Il provvedimento ci mette in condizioni estremamente negative nei confronti degli altri Paesi — sottolinea il direttore del Mario Negri — proprio sul piano della ricerca. Non potremo competere su questo fronte con altri progetti europei, dal momento che le condizioni sono diverse. È un ennesimo colpo alla ricerca italiana».

Ora il governo dovrà predisporre un regolamento d'attuazione e tutti gli scienziati coinvolti sperano che sia possibile trovare uno spiraglio, un appiglio al quale aggrapparsi per recuperare una situazione che vieta l'impiego di qualsiasi animale, topi compresi. Quando in Italia si parla di ricerca — attacca la comunità scientifica — c'è sempre modo di alterare la discussione, facendo prevalere più le emozioni (cattive) invece della ragione.

Giovanni Caprara

© RIPRODUZIONE RISERVATA



la Repubblica.it

Tumori, studio di 20 anni sulla familiarità: "Se malati in famiglia, aumentano i rischi"

Una ricerca italiana, pubblicata su *Annals of Oncology*, conferma che avere un caso tra i parenti di primo grado aumenta le probabilità che altri componenti della famiglia sviluppino lo stesso tipo di malattia. E' stato inoltre evidenziato per la prima volta che la familiarità può determinare anche un tumore di altro tipo

di VALERIA PINI

Lo leggo dopo



Angelina Jolie (afp) Tumori e familiarità. Le preoccupazioni per la predisposizione genetica a determinati tipi di cancro sono stati recentemente su tutte le pagine dei giornali, dopo la decisione dell'attrice Angelina Jolie di sottoporsi a mastectomia (http://www.repubblica.it/persone/2013/05/14/news/angelina_jolie_mastectomia-58742807/). Ora uno studio italiano riporta l'attenzione sulla questione. La ricerca (http://www.repubblica.it/salute/2013/07/31/news/studio_mario_negri_su_cancro_e_familiarit-64050214/), pubblicata su *Annals of Oncology*, oltre a confermare che avere una storia familiare di tumore tra i parenti di primo grado aumenta il rischio che altri membri della famiglia sviluppino lo stesso tipo di cancro, ha evidenziato che la familiarità può determinare anche un tumore di altro tipo.

Un campione di 23.000 persone. L'équipe di ricercatori, coordinati dall'Istituto Mario Negri (<http://www.marionegri.it/mn/it/index.html>), ha preso in esame i dati di 23.000 persone. Nel mirino diversi tipi di tumore. Gli studiosi italiani, svizzeri e francesi hanno analizzato i dati di 12.000 neoplasie, riguardanti 13 diversi tipi di cancro (cavo orale e faringe, nasofaringe, esofago, stomaco, colon, retto, fegato, pancreas, laringe, mammella, utero, ovaio, prostata e rene), diagnosticati tra il 1991 e il 2009. I casi sono poi stati confrontati con i dati relativi a 11.000 individui non affetti da tumore. "Esistono molte ricerche sulla familiarità dei tumori. Il valore di questo studio è il fatto che considera molti tipi di tumori incrociandoli fra loro - spiega Carlo La Vecchia, capo del dipartimento di Epidemiologia dell'istituto Mario Negri e membro del dipartimento di Scienze cliniche e di comunità dell'università degli Studi di Milano - ci sono voluti 20 anni per analizzare i dati. Si è scoperto, ad esempio, che se in famiglia c'è stato un caso di tumore al fegato, si amplifica il rischio di ammalarsi di altri tipi di cancro".

I dati. I risultati hanno evidenziato il rischio di tumore alla mammella aumentato una volta e mezza nelle donne che hanno storia familiare di tumore del colon-retto, rispetto a coloro che non ce l'hanno. Se un parente stretto ha avuto diagnosi di tumore al seno, i membri di sesso femminile della famiglia hanno un rischio di tumore delle ovaie più che duplicato.

Inoltre la probabilità di sviluppare un tumore del cavo orale e della faringe è più che triplicato in coloro che hanno un parente di primo grado con diagnosi di tumore alla laringe, ma esiste anche un rischio di tumore dell'esofago quattro volte maggiore per coloro che hanno un parente di primo grado con diagnosi di cancro del cavo orale e della faringe. "Il punto di forza del nostro studio - spiega Federica Turati del Mario Negri, prima autrice del lavoro - è che, a differenza di molti studi precedenti sull'argomento, siamo stati in grado di tener conto nelle nostre analisi del ruolo di molti altri fattori, come il fumo e l'alcol, che possono influenzare il rischio di tumore".

L'ambiente dove si vive. Va valutata di volta in volta comunque la storia del paziente, il tipo di vita e l'ambiente nel quale vive. "C'è infatti l'aspetto genetico, ma anche quello ambientale. Alcune delle associazioni che sono emerse - dice La Vecchia - sono probabilmente dovute alla condivisione, all'interno della famiglia, di abitudini dannose, in particolare il fumo di sigaretta e l'alcol. Tuttavia, i nostri risultati indicano l'esistenza di diverse sindromi genetiche associate al rischio di questi tumori. Il figlio del fumatore tende a diventare un fumatore, se non lo diventa ha assorbito 'fumo passivo' per anni. Vivere fra persone che fumano è un fattore di rischio, soprattutto se questo avviene durante l'infanzia. Abbiamo visto che ci sono più probabilità di ammalarsi per le persone con rischio genetico e anche ambientale. In questi casi è prioritario cambiare le abitudini di vita. Chi ha una storia familiare di questo tipo deve smettere di fumare".

La prevenzione. Importante anche la prevenzione sia per chi ha familiarità con il cancro al seno o all'utero, oppure nel caso di alcuni tipi di tumore al colon retto. "Anche qui il rischio aumenta, - conclude La Vecchia - ma è possibile fare prevenzione con controlli e colonscopia, soprattutto nei casi di poliposi dell'intestino".

Stamina, la resa di Vannoni “Consegniamo i protocolli per il bene dei pazienti”

ROMA — «Abbiamo deciso di fare un atto di buona volontà verso lo Stato italiano, e domani consegneremo i protocolli. Abbiamo preso un impegno e lo manteniamo». Così Davide Vannoni, presidente della fondazione Stamina, che ieri ha chiuso un braccio di ferro con il governo durato settimane. Dopo la legge che autorizza la sperimentazione della cura a base di staminali, e le accuse a Stamina della comunità scientifica internazionale finite su *Nature*, Vannoni consegnerà domani all'Istituto superiore di sanità i protocolli del metodo della discordia. Il via libera alla sperimentazione, che durerà diciotto mesi, è arrivato dal Parlamento lo scorso maggio, con la previsione di uno stanziamento di tre milioni di euro. A luglio, il primo slittamento per la consegna del protocollo: Vannoni chiedeva — e chiede ancora — il monitoraggio di un'organizzazione internazionale di ricerca super partes. Ieri la svolta, decisa «a favore dei pazienti».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Mario Calabresi

Diffusione Testata
234.856



Dopo la flebo, i malori e la scoperta dell'errore

In foto l'ospedale Regina Margherita, dove è avvenuto lo scambio di sacca. Poi, dopo la scoperta dell'errore, il donatore è stato ricoverato in osservazione un'intera notte alle Molinette

Dona il plasma ma gli iniettano acqua distillata

Medico del Regina Margherita indagato per lesioni

il caso

MASSIMILIANO PEGGIO

È finito al pronto soccorso per un principio di «emolisi», processo di distruzione dei globuli rossi nel sangue, dopo una donazione di plasma al centro trasfusioni degli ospedali Sant'Anna-Regina Margherita. Vittima di un errore. È accaduto ad un donatore di sangue di 45, torinese. Al termine della procedura, gli è stata iniettata una sacca di acqua distillata al posto di

una di soluzione fisiologica. Il medico che ha eseguito l'iniezione è ora indagato per lesioni colpose.

L'indagine

L'episodio risale allo scorso aprile. Il pm Raffaele Guariniello ha aperto un fascicolo, inviando i carabinieri del Nas a verificare le procedure seguite dal centro nel corso delle donazioni di sangue. Una cosa è certa. La sacca di acqua distillata non do-

SCAMBIO DI SACCHE

Dopo il prelievo è prassi somministrare una soluzione fisiologica

veva esserci. In quegli ambulatori non viene utilizzata nelle procedure di prelievo. Un grave errore. Forse nella fornitura della casa, la stessa che produce la soluzione fisiologica idrosalina, utilizzata per compensare la diminuzione di liquidi nel corpo. Un'operazione di routine durante le fasi di donazione. La sacca sbagliata conteneva 450 millilitri di acqua distillata. L'intero contenuto è finito nel sangue del donatore, che poi si è sentito male. Portato in ospedale, è rimasto una notte intera in osservazione, al pronto soccorso delle Molinette.

La denuncia

L'uomo è un donatore abituale,

di casa nel centro trasfusioni del Regina Margherita diretto dal dottor Mauro Pagliarino. Nella denuncia che inviato alla procura di Torino, l'uomo ha raccontato nei dettagli la sua disavventura. «La flebo - ha raccontato - mi è stata fatta su-



bito, all'inizio del primo ciclo di donazione. In tutto ne ho fatti due. Mi sono sentito subito male. Quando ho detto che avvertivo bruciori al petto, mal di testa e male al braccio, mi è stato risposto che poteva succedere in alcuni casi, e che non dovevo preoccuparmi». La procedura per l'estrazione del plasma è più complessa di quella del sangue. Dura molto di più. Occorre essere «collegati» ad una macchina che scompone gli elementi del sangue. La procedura si chiama «aferesi». Il sangue prelevato da una vena dell'avambraccio, come nella donazione tradizionale, finisce in un circuito sterile: mediante un processo di centrifugazione e filtrazione, la macchina separa gli emocomponenti in plasma e piastrine. «Dopo aver finito il secondo ciclo di prelievo, nel corso del quale mi ero di nuovo sentito male - ha spiegato in denuncia l'uomo - sono andato in bagno. Mi sono spaventato per il colore dell'urina». Più scura del solito, per la concentrazione di globuli rossi. «Appena ho riferito la cosa al personale, mi hanno fatto un prelievo di sangue per controllare le mie condizioni e hanno capito che qualcosa non andava. Per questo motivo mi hanno subito portato in ospedale. Lì mi hanno fatto altre analisi e hanno scoperto l'errore. Sono stato ricoverato».

I controlli

Dalla denuncia presentata in procura sono scattati gli accertamenti. Il pm Raffaele Guariniello ha inviato i carabinieri del Nas a controllare il centro trasfusioni, per verificare le procedure di sicurezza adottate negli ambulatori. Nel corso dell'ispezione, effettuata alcune settimane dopo l'incidente, i militari avrebbero scoperto nel magazzino altre sacche di acqua distillata tra quelle di soluzione idrosalina, con etichette del tutto simili. Presenza anomala, a detta dei responsabili del centro, rispetto alla procedure abitualmente adottate a favore dei donatori. L'errore, quindi, si sarebbe potuto ripetere, osservano gli investigatori. Il medico, indagato per lesioni colpose, avrebbe però dovuto verificare l'etichetta prima di posizionare la sacca.

Nuova legge

Stretta per i test sulle cavie Gli animalisti festeggiano

di GIOVANNI CAPRARA
e MARGHERITA DE BAC

A PAGINA 15

Il caso L'Italia recepisce la direttiva dell'Ue ma la rende più restrittiva. Stop a esperimenti senza anestesia, xenotrapianti e analisi sulle droghe

Stretta per i test sulle cavie, esultano gli animalisti

Approvata la legge che vieta di allevarle sul nostro territorio e impegna a cercare metodi alternativi

ROMA — A Montichiari, circa un anno fa, ci fu una grande festa. Centinaia di cuccioli di beagle furono liberati da Green Hill, l'azienda che li allevava per poi venderli in Europa a laboratori di ricerca. Proprio qualche giorno fa le associazioni hanno ricordato l'anniversario con una passeggiata a sei zampe: padroni più cani. E adesso quella storia viene definitivamente archiviata.

Centri come Green Hill non potranno più esistere sul territorio italiano. La struttura del bresciano, sotto sequestro, non verrà riaperta. Ieri la Camera ha approvato la legge di delegazione europea che contiene anche l'articolo sul benessere animale, il numero 13, il più discusso. Viene vietato «l'allevamento di cani, gatti e primati non umani destinati al-

la sperimentazione». All'inizio di luglio il testo aveva ricevuto il via libera del Senato, manca solo la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

È la fine di un lungo percorso avviato nella scorsa legislatura da Michela Brambilla, Pdl. La legge ha ricominciato il percorso parlamentare tale nella forma con cui era stata presentata. «È la nostra vittoria definitiva, non ci saranno più Green Hill. È stato compiuto un nuovo passo avanti verso una maggiore tutela degli animali sottoposti a test, l'Italia ha dato un segnale importante», dice l'ex ministro del Turismo.

L'articolo 13 traduce in senso restrittivo il contenuto della direttiva europea. In particolare i commi che riducono il margine a metodiche sperimentali non rispettose degli animali. Il termine vivi-

sezione e improprio perché nei laboratori occidentali le prove di farmaci e dispositivi medici vengono condotti limitando per quanto possibile la sofferenza delle piccole vittime.

Vengono tra l'altro vietate però alcune pratiche piuttosto diffuse (test per droghe, alcol, tabacco, armi, didattica). Obbligo di anestesia e analgesia che oggi in Italia non risulterebbero usate almeno nel 20% degli esperimenti su circa 900 mila animali. Si impegnano inoltre i centri di ricerca e istituzione a sviluppare metodi sostitutivi alla sperimentazione su esseri sensienti. «Questa legge è la base per migliorare le condizioni degli animali, è il coronamento della battaglia degli attivisti», prevede un futuro di cambiamenti la Lav, lega antivivisezione.

In questi anni di dibattito non sono mancate le voci che hanno sostenuto il diritto della ricerca a non essere limitata nel suo sviluppo da regole troppo rigide. Metodiche realmente sostitutive ancora non sono disponibili, come fa notare Pia Locatelli, coordinatrice in Commissione esteri della Camera del gruppo misto: «Nessuno di noi è favorevole alla vivisezione e non ha a cuore il benessere degli animali. Purtroppo oggi non esistono, se non in casi limitati, vere alternative. E non si può rinunciare a provare un farmaco che potrebbe salvare un bambino dal cancro». Silvana Amati, deputata Pd è favorevole all'«abolizione di tanti test inutili. Dobbiamo vigilare e spingere per poter rinunciare agli esperimenti in vivo».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Brambilla e caso Green Hill

L'ex ministro Michela Brambilla: «È la nostra vittoria definitiva, non ci saranno più Green Hill»



Malattie reumatiche, che tortura Quattro su dieci perdono il lavoro

L'indagine

Nel nostro Paese sono oltre 700 mila i pazienti con malattie reumatiche croniche come artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante, le più invalidanti. Speranze dai farmaci biologici

Roma, 30 luglio 2013 - **Le malattie reumatiche** sono oggi la prima causa di assenze dal lavoro e la seconda causa di invalidità, responsabili della metà delle assenze superiori ai tre giorni, del 60% dei casi di inabilità al lavoro e del 27% delle pensioni di invalidità erogate dallo Stato. "Per i pazienti tutto questo si traduce in un dramma personale e familiare: quattro su dieci sono costretti prima o poi a rinunciare al lavoro o a cambiarlo e per il 10% le entrate economiche si riducono drasticamente, senza contare le difficoltà quotidiane da superare dovendo convivere con malattie che limitano i movimenti e provocano dolore.

Assenti per dolore dal lavoro e dalla vita circa 4 ore ogni giorno. Non hanno la forza di sfilare in corteo o alzare striscioni per chiedere le migliori cure possibili, quelle a cui avrebbero diritto. Hanno una malattia di cui non si muore ma a causa della quale si soffre molto per tutta la vita. Anche se volessero protestare non potrebbero farlo, perché devono lottare ogni giorno contro il dolore e l'invalidità provocati da artrite reumatoide, spondilite o artrite psoriasica, malattie reumatiche immunoinfiammatorie fra le più gravi e disabilitanti. Nel nostro Paese sono oltre 700mila e, secondo le indicazioni delle più recenti Linee Guida nazionali e internazionali, 150mila pazienti, pari al 20% che non risponde alle terapie convenzionali protratte per tre mesi, dovrebbero ricevere i farmaci biologici, le cure più innovative in grado di neutralizzare le cellule coinvolte nel processo infiammatorio e di ridurre o fermare la progressione delle malattie. Ma in Italia vengono trattati appena 50mila pazienti. Infatti, dei 70mila con artrite reumatoide che avrebbero bisogno dei biologici appena 20mila sono in trattamento; dei 40mila malati di spondilite reumatoide elegibili ricevono i biologici solo in 20mila, e dell'analogo numero dei pazienti con artrite psoriasica da trattare con biologici, solo 10mila di essi praticano tale terapia.

Nei pazienti trattati con farmaci biologici, a distanza di un anno dall'inizio della terapia, decresce la disabilità grave, le assenze dal lavoro diminuiscono di 10 ore a settimana, con un risparmio stimato intorno a 500 milioni di euro.

"L'introduzione delle terapie biologiche ha rappresentato una vera rivoluzione per i malati reumatici, incidendo molto favorevolmente sulla loro qualità di vita. - spiega Giovanni Minisola, past President della Società Italiana di Reumatologia e Primario della Divisione di Reumatologia dell'Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" di Roma - Sono terapie costose, perché un anno di trattamento con biologici costa circa 10mila euro a paziente; tuttavia, il risparmio possibile erogandole agli ulteriori 100mila italiani che ne avrebbero bisogno ma che attualmente ne sono esclusi, abbatterebbe i costi indiretti pari a 1,7 mld di euro, aumentando la capacità lavorativa e la produttività delle persone colpite, con un risparmio di 1 mld di euro all'anno.

Ogni giorno, infatti, i pazienti con una malattia reumatica cronica di grado severo non trattati, impiegano un'ora e mezza in più rispetto a chi non è malato solo per iniziare la giornata: pettinarsi, prendere un caffè, lavarsi. Ognuno di loro, in oltre, se non trattato in maniera adeguata, perde in media 12 ore di lavoro a settimana e 216 euro per mancata produttività. Per lo Stato tutto ciò ha un impatto economico enorme: ogni anno vanno in fumo 1,7 miliardi di euro per colpa delle giornate lavorative perse (600 milioni di euro) e della ridotta efficienza produttiva (1,1 miliardi di euro)".

La maggioranza dei pazienti con patologie reumatiche ha fra i 45 e i 64 anni, è cioè nel pieno della vita lavorativa attiva. Purtroppo, oggi in Italia c'è una scarsa attenzione nei confronti dei problemi che le malattie reumatiche creano e c'è scarsissimo interesse dei decisori rispetto alle esigenze dei pazienti, mentre è eccessiva e poco oculata l'attenzione dedicata ai costi dei farmaci. Potremmo risparmiare, se avessimo la lungimiranza di curare con i farmaci biologici tutti coloro che ne hanno bisogno e ne potrebbero perciò trarre grande giovamento: costa di meno trattare questi pazienti che affrontare le perdite dovute al calo di produttività connesso a malattie curate in modo tardivo e inappropriato". Oggi spendiamo circa 500 milioni di euro per le terapie con biologici e si prevede che investiremo sempre meno per le cure se la tendenza attuale non sarà modificata.

Nello stesso tempo, però, cresceranno i costi indiretti proprio a causa di terapie inadeguate e insufficienti. "Le conseguenze socioeconomiche e lavorative di queste

patologie sono ben più pesanti rispetto ai costi sostenuti per curarle. Eppure in Italia, rispetto agli altri Paesi europei, i biologici sono ancora usati poco e con una estrema disparità da regione a regione - fa notare Minisola - Mantenere il benessere dei pazienti, quindi, non è importante solo per tutelare la loro salute e la loro qualità di vita, che pure devono essere obiettivi primari della cura, ma anche per preservare la loro produttività: la salvaguardia della salute deve rappresentare un investimento e non un costo.

L'analisi dei dati scientifici ed epidemiologici a nostra disposizione dimostra che la soluzione al problema deve passare attraverso tre linee d'intervento: l'organizzazione di una rete assistenziale che consenta una diagnosi precoce, una terapia tempestiva, un adeguamento alle linee guida dell'intervento terapeutico. Anche l'industria farmaceutica sta ipotizzando proposte per far sì che i costi diretti correlati alle cure siano più affrontabili dallo Stato, anche in tempi di spending review: ne sono esempio il "cost sharing", attraverso il quale si pratica uno sconto sul prezzo per il ciclo iniziale della terapia erogata a tutti i pazienti eleggibili, e la "success fee", formula simile a una sorta di "soddisfatti o rimborsati" per cui l'azienda anticipa il pagamento e l'ospedale spende solo se c'è una risposta terapeutica".