

## Cancro, chi è povero muore

di Daniela Minerva

**Per la prima volta in Italia due farmaci oncologici sono stati messi in vendita solo a pagamento: chi vuole curarsi deve pagare più di mille euro a settimana. E' una violazione della Costituzione, ma il governo fa finta di niente**

(01 luglio 2013)



Non se ne è accorto nessuno. Ma presto se ne accorgeranno i malati di cancro. Perché, in barba alla Costituzione, per la prima volta nel nostro Paese, le autorità sanitarie hanno deciso che ci sono malati di tumore ricchi che avranno accesso a due farmaci oncologici, e quelli poveri che dovranno fare senza.

E' accaduto infatti che il pertuzumab (Roche) e l'afibercept (Sanofi-Aventis) siano stati autorizzati dall'Aifa (Agenzia italiana per il farmaco) il 27 maggio scorso e quindi ammessi in farmacia, ma a totale carico del malato.

Che, se vuole curarsi, dovrà quindi pagare per il farmaco Roche 6.000 euro per le prime due somministrazioni e poi tremila euro ogni 21 giorni; e per quello Sanofi Aventis 4.000 euro ogni tre settimane.

Perché le medicine sono sì registrate e ammesse alla vendita, ma non rimborsate dal Servizio sanitario nazionale. Non era mai successo per gli anticancro, salvavita. Perché se è vero che molti farmaci innovativi sono oggi disponibili in farmacia a pagamento (è la cosiddetta Fascia C), è anche vero che si è sempre trattato di prodotti non salvavita, per i quali, il più delle volte, esiste un'alternativa, ancorché meno potente o meno avanzata.

Il cancro, poi, è di una tale drammaticità che nessuno aveva mai osato nemmeno immaginare che si potessero registrare delle medicine e non metterle a disposizione di tutti i malati.

Non c'è dubbio che l'Aifa ha agito secondo le norme. Anzi, la norma. Sciagurata e passata finora sotto silenzio: quella con la quale l'ex ministro Renato Balduzzi, oggi deputato montiano, ha deciso, nel novembre del 2012, che i farmaci non ancora ammessi al rimborso del Ssn ma verificati come efficaci dalle autorità sanitarie potessero essere venduti in farmacia a chi ha i soldi per comprarseli. "Nelle more", si dice in gergo.

Ma queste more sono lunghissime: come "l'espresso" ha denunciato più volte, i farmaci innovativi arrivano nel nostro paese con grande ritardo: fino a due anni dall'approvazione europea. Diversi mesi trascorrono mentre l'Aifa rivede i dossier già esaminati e approvati dalle autorità europee e autorizza il farmaco anche nel nostro paese, ma altri mesi

passano a definire prezzo e modalità di accesso al mercato. I tempi di questi iter si fanno sempre più lunghi anche perché si allungano i negoziati, con l'Aifa che offre prezzi che le aziende ritengono bassi.

Ed è chiaro a tutti che non ci sono soldi per la sanità, e che, quindi, i negoziati non sono destinati ad accorciarsi. Anzi. Nelle "more": chi ha i soldi si comprerà il farmaco con gli evidenti benefici terapeutici, chi non li ha lascerà questa vita. E non serve raccontare come, negli Usa e nei paesi senza servizio sanitario universale, le persone si indebitino, vendano la casa, chiedano prestiti per potersi pagare anche solo qualche mese di vita.

E a guadagnarci sono le aziende che inizieranno a vendere il farmaco mesi e mesi prima del suo accesso agli ospedali pubblici. Ma resta l'interrogativo: Balduzzi si è reso conto della drammaticità di quella firma? E non ci vengano dire che è solo "nelle more", perché una volta infranto il muro della decenza, non si torna più indietro.

<http://espresso.repubblica.it/dettaglio/cancro-chi-e-povero-muore/2210230>

## Le terapie

Antitumorali  
solo per ricchi  
è battaglia  
sul sì dell'Aifa

BOCCI

## SALUTE

## Tumori

È polemica sulla decisione dell'Aifa che consente la vendita di due salvavita a totale carico dei malati e a prezzi assai elevati: circa 1000 euro a settimana. **La Ligt: inaccettabile**

# Quei farmaci anticancro solo per ricchi

MICHELE BOCCI

**D**ue nuovi farmaci oncologici molecolari a pagamento per i cittadini. Un cortocircuito delle normative europea e italiana sta producendo una macroscopica ingiustizia per i malati. Come rivelato dal sito dell'Espresso, il Pertuzumab e l'Aflibercept, il primo usato contro i carcinomi della mammella, il secondo per i tumori del colon retto, in Italia saranno a carico dei pazienti. Il primo costa 6mila euro all'inizio e poi 3mila ogni tre settimane, il secondo 4mila euro ogni tre settimane.

Cosa è successo? L'EmA, l'ente regolatorio farmaceutico europeo, ha approvato i due medicinali, rispettivamente il 4 marzo e il primo febbraio scorso. Fino ad ora dopo l'approvazione di EmA, l'Aifa, cioè l'Agenzia per il farmaco italiana, incontra l'azienda produttrice e contrattava il prezzo, per decidere il valore del rimborso che il sistema sanitario nazionale avrebbe riconosciuto per il medicinale. Fatto l'ac-

cordo, il prodotto finiva in fascia A, cioè a carico dei sistemi sanitari regionali e veniva messo in commercio.

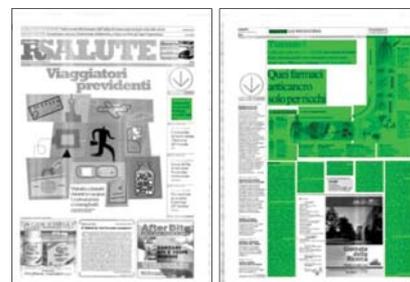
Un nuovo decreto, siglato dall'ex ministro Renato Balduzzi, ha però previsto che i medicinali vadano in vendita subito dopo l'approvazione dell'EmA e prima dell'accordo sul prezzo all'Aifa, che può durare da 2 a 6 mesi. Visto che non si sa ancora nulla della rimborsabilità, però, finiscono in fascia C, cioè a pagamento del paziente dopo prescrizione. Si tratterebbe di un modo per rendere disponibile prima il medicinale per i malati ma quando i prezzi sono così alti e i malati hanno il cancro, produce effetti distorti. Come in questo caso.

È la prima volta che due farmaci oncologici vengono fatti pagare ai pazienti, ed è probabile che chi ne ha bisogno inizi dei contenziosi con la propria Regione per farseli comunque rimborsare dopo averli comprati.

Ieri gli uffici del ministro Beatrice Lorenzin hanno ini-

ziato a studiare la vicenda, perché si ritiene che una situazione del genere non sia accettabile. Si sta pensando a dei correttivi che potrebbero arrivare già nei prossimi giorni.

Renato Balduzzi, oggi parlamentare con Monti, spiega qual è la filosofia della norma. «Abbiamo sdoppiato la procedura: da un lato l'autorizzazione al commercio arriva subito — dice l'ex ministro — dall'altro l'Aifa lavora sul prezzo senza pressioni e condizionamenti. Dobbiamo ricordare che una volta, in attesa della determinazione del costo del farmaco, il prodotto in Italia non era disponibile e molti se lo andavano a comprare all'estero. La



possibilità di comprarlo in Italia era comunque stata richiesta dai pazienti. Quindi per chi non può permetterselo non cambia niente rispetto a prima». Balduzzi spiega che comunque la legge permette una via d'uscita in certi casi: «L'Aifa, vista l'importanza terapeutica o sociale di certi medicinali, può anticipare i tempi di determinazione del prezzo e quindi della gratuità del farmaco per il paziente».

Pertuzumab e Aflibercept sono due farmaci molecolari. «Possiamo dividere questa categoria di medicinali in due tipi, quelli che guariscono il tumore e quelli che allungano la

sopravvivenza e migliorano la qualità della vita». A parlare è Piergiuseppe Pelicci, con direttore scientifico dell'Ieo di Milano. «I primi funzionano ad esempio contro alcuni linfomi. I due nuovi farmaci rientrano tra i secondi. L'Emali ha approvato perché gli studi clinici dimostrano un effetto significativo, superiore ad altri farmaci disponibili. Bisogna però chiarire che i medicinali molecolari si danno a pazienti selezionati, non sono come la chemioterapia che si fa a ogni malato. I nuovi prodotti costano tutti tanto. Se ora questi due sono a carico del paziente, quando saranno rimborsabili

diventeranno a carico dei cittadini».

Quello che sta succedendo con Pertuzumab e Aflibercept non piace alla Liqt, Lega italiana per la lotta contro il tumore. Per il presidente Francesco Schitulli, un senologo, «i farmaci oncologici devono essere gratuiti. Nessuno si augura di sviluppare un cancro, una malattia già destabilizzante sotto l'aspetto fisico e psicologico. Non dobbiamo aggiungere l'onere finanziario. Va trovato un modo per non farli pagare. Lo Stato deve aiutare i cittadini. Questi prodotti allungano comunque la vita e migliorano la sua qualità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I BIOFARMACI



### FARMACO TRADIZIONALE

\*Interferisce con diversi processi biologici allo stesso tempo



### FARMACO BIOLOGICO

Blocca una sola molecola dell'organismo responsabile di una funzione specifica (il "bersaglio")

## COME SI PRODUCONO

### FASE DI INDIVIDUAZIONE DEL BERSAGLIO



#### 1 INDIVIDUAZIONE DEL "BERSAGLIO"

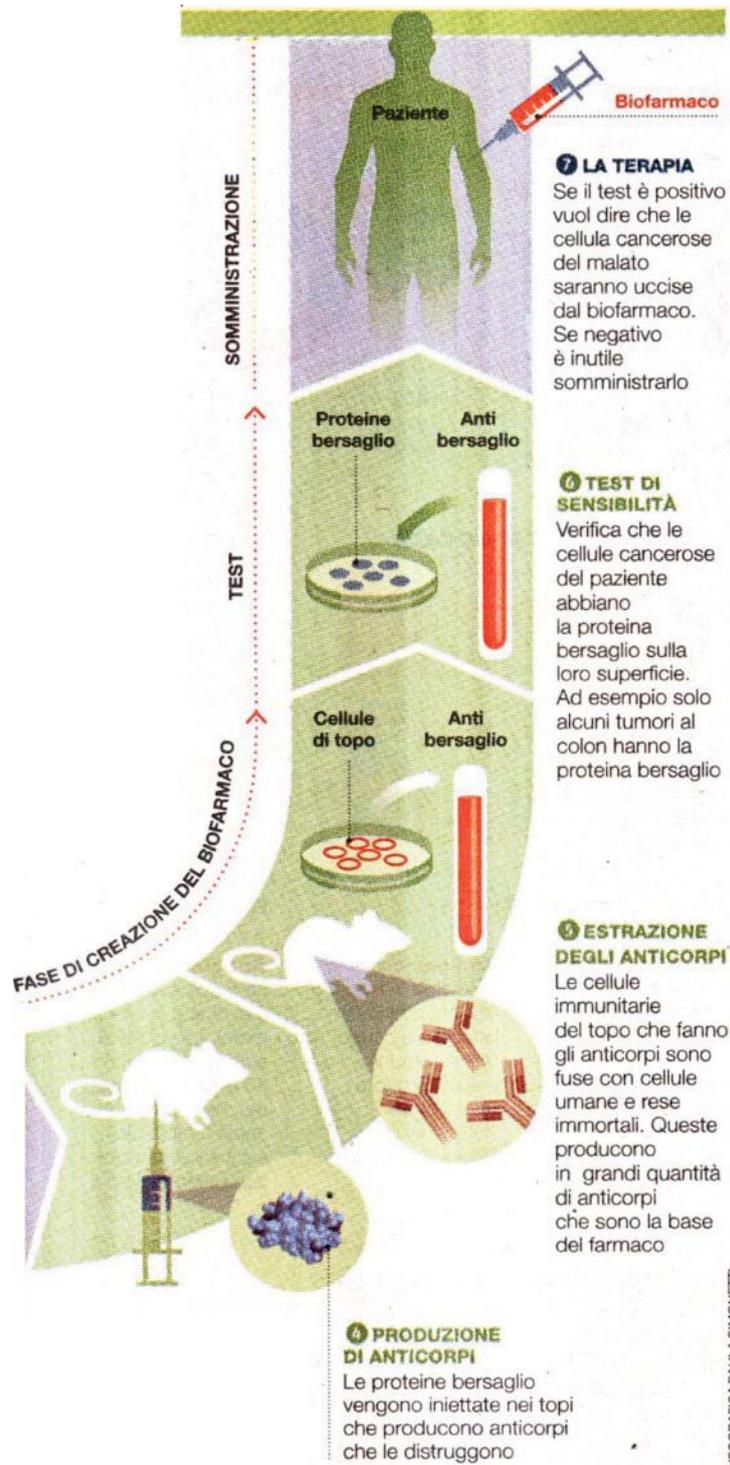
In alcuni tumori le cellule hanno sulla superficie una proteina caratteristica

#### 2 DALLA PROTEINA AL BERSAGLIO

Si accerta che la proteina stia solo sulle cellule malate e non su quelle sane. Allora viene considerata il bersaglio per colpire il tumore

#### 3 MOLTIPLICAZIONE DELLA PROTEINA-BERSAGLIO

Si individua il gene che produce la proteina-bersaglio e con l'ingegneria genetica lo si sfrutta per produrre migliaia di copie identiche



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

**I CONSUMI DI FARMACI ANALGESICI****Oppioidi forti in salita, non per i più piccoli****Avanti Friuli, Toscana e Liguria  
Dosaggi incerti per i bambini**

**S**ono parzialmente incoraggianti i dati sull'utilizzo dei farmaci contro il dolore, sebbene ancora lontani dalle medie europee. Continua infatti il trend in crescita del consumo di oppioidi forti nel 2011. Mentre per gli oppioidi deboli l'andamento è più incerto e nel settore pediatrico permangono barriere culturali, disinformazione e scarsa attenzione da parte del mondo produttivo.

Secondo i dati del cruscotto informativo, sviluppato all'interno del Sistema informativo sanitario del ministero della Salute, il confronto tra il consumo pro-capite di oppioidi forti per l'anno 2010, pari a 1,17 euro, e il dato relativo all'anno 2011, pari a 1,48 euro, «evidenzia un incremento significativo nella spesa - si legge nel rapporto - in base al quale è possibile ipotizzare un ritorno positivo delle attività di informazione e formazione sviluppate durante gli anni passati».

L'aumento è presente costantemente in tutte le regioni con valori più elevati: Friuli Venezia Giulia (2,55), Liguria (2,28), Valle D'Aosta (2,04), Toscana (2,01) e Piemonte (1,97). E proprio in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana si registrano gli aumenti più rilevanti tra il 2010 e il 2011.

Risultati meno positivi per il consumo pro-capite di oppioidi deboli. In questo caso si registra un aumento del valore nazionale pro-capite dal 2010 (0,78) al 2011 (0,83) notevolmente più contenuto rispetto all'aumento rilevato per gli oppioidi forti. E di fatto solo la Toscana e la Lombardia concorrono a determinare l'aumento in modo rilevante.

Invariati i consumi in Valle D'Aosta, Basilicata e Molise. Arretrano seppure lievemente i consumi di oppioidi deboli in Abruzzo, Puglia e Calabria.

«Difficile da motivare - spiega il Ministero ai parlamentari - un andamento dei consumi così difforme da quello degli oppioidi forti. Tale differenza è imputabile a differenti scelte di po-

litica sul farmaco operate tra le Regioni. In

particolare questa categoria di farmaci dovrebbe rappresentare la tipologia di farmaco alternativo rispetto agli altri analgesici, in particolare i Fans». Ma dall'esame dei consumi degli «altri farmaci analgesici» questa ipotesi non regge.

La diminuzione che si registra a livello nazionale tra il valore pro-capite per l'anno 2010 pari a 9,10 euro e quello del 2011 pari a 8,55 euro è omogeneamente presente in tutte le Regioni italiane con dei valori lievemente superiori in alcune Regioni del sud (Campania, Puglia e Calabria). Non si registra invece una diminuzione proporzionata nelle due Regioni in cui si era rilevato un aumento significativo di oppioidi deboli (Toscana e Lombardia).

Per quanto riguarda il paracetamolo, si registra in Italia un aumento di quota mercato (valore percentuale di vendita di quel prodotto rispetto al mercato totale) dell'1,5% tra il 2010 e il 2011 a scapito del consumo di Fans. «Indubbiamente - spiega il Ministero - anche questo fattore concorre a delineare un quadro complessivo rendendo ancora più variegato l'utilizzo di farmaci analgesici nel nostro Paese».

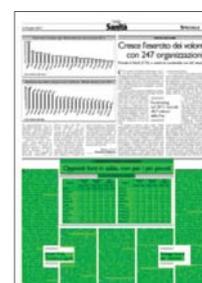
Tradotto, il lavoro da fare sulla formazione dei medici è ancora molto, soprattutto nel Sud Italia. «Questi valori - sottolinea la Salute - parzialmente in controtendenza rilevati per la categoria dei farmaci oppioidi deboli, trascorsi due anni dall'approvazione della Legge 38/2010 e concluso l'ultimo anno che ha visto una forte intensificazione di corsi di formazione e di sensibilizzazione sulla terapia del dolore e, in particolare, dell'uso dei farmaci oppioidi forti e deboli, richiederà ulteriori analisi e riflessioni da parte degli esperti del set-

tore».

Il problema diventa invece di una certa gravità in ambito pediatrico. Basta considerare che il mercato degli oppioidi forti in Italia è di circa 90 milioni di euro, quello degli oppioidi deboli, di circa 50 milioni, e infine i consumi di altri farmaci analgesici - escluso il paracetamolo - ammontano a circa 518 milioni di euro. Quando però si passa a esaminare gli stessi dati per il mondo pediatrico i consumi sono notevolmente inferiori: 92mila euro per gli oppioidi forti, circa 78mila euro per gli oppioidi deboli e 827mila euro per gli altri analgesici, cifra che non tiene conto del consumo di paracetamolo in quanto non tracciabile mediante ricetta rossa. Rispetto a quest'ultimo farmaco, dati di mercato permettono di affermare che su circa 2,5 milioni di confezioni di paracetamolo vendute nell'ambito pediatrico, il 10% è imputabile a prescrizioni con finalità analgesiche.

Un dato che non è spiegato dal numero contenuto di bambini sofferenti. «Il motivo di consumi così profondamente difformi - si legge nella relazione - non è individuabile solamente nel limitato numero di bambini che si sottopongono a queste terapie rispetto alla popolazione adulta: un peso preponderante ha la difficoltà prescrittiva da parte dei medici, la difficoltà nell'individuazione dei dosaggi da utilizzare nell'ambito pediatrico e infine scarse indicazioni terapeutiche». Non solo disinformazione, quindi, ma anche scarsi investimenti da parte delle industrie farmaceutiche, alla luce proprio dell'esiguità dei numeri.

In ambito pediatrico, tra gli oppioidi forti il farmaco più prescritto è il Fentanil (pari al 55% dei consumi totali di oppioidi forti), fra gli oppioidi deboli è la Codeina in associazione con il paracetamolo e, nella categoria degli altri analgesici, il farmaco più diffusamente prescritto è il paracetamolo.



**I consumi di farmaci analgesici**

Regioni	Oppioidi forti		Oppioidi deboli		Altri analgesici	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
<b>Italia</b>	<b>1,17</b>	<b>1,48</b>	<b>0,78</b>	<b>0,83</b>	<b>9,10</b>	<b>8,55</b>
Sardegna	1,26	1,66	0,61	0,65	12,19	11,72
Sicilia	1,01	1,32	0,49	0,50	11,28	10,33
Calabria	0,75	0,91	0,46	0,45	10,32	9,03
Basilicata	0,73	0,95	0,66	0,66	9,58	8,70
Puglia	1,00	1,19	0,64	0,63	10,83	9,69
Campania	0,73	0,91	0,36	0,35	7,49	6,92
Molise	1,12	1,25	0,49	0,49	9,55	9,17
Abruzzo	1,13	1,37	0,58	0,57	10,83	9,70
Lazio	0,89	1,16	0,51	0,53	10,91	10,53
Marche	1,04	1,32	0,71	0,74	8,36	7,90

Regioni	Oppioidi forti		Oppioidi deboli		Altri analgesici	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Umbria	1,16	1,48	0,75	0,76	8,21	7,95
Toscana	1,58	2,01	1,30	1,78	7,46	7,24
Emilia R.	1,31	1,64	0,94	0,95	8,65	8,05
Liguria	1,73	2,28	0,95	0,98	10,81	10,06
Friuli V.G.	1,89	2,55	1,18	1,19	8,53	8,43
Veneto	1,28	1,59	0,72	0,74	8,50	7,76
Pa Trento	1,01	1,29	0,68	0,73	7,20	7,11
Pa Bolzano	1,16	1,54	0,68	0,71	8,14	8,01
Lombardia	1,23	1,55	0,92	1,18	7,18	7,03
V. d'Aosta	1,66	2,04	1,02	1,02	9,38	9,25
Piemonte	1,58	1,97	1,07	1,09	9,50	9,21

# Salute & star bene

Pagina 'speciale' a cura di 'La Nuova Salute' realizzata per 'Gruppo 24 Ore Area System'

Abuso FANS, secondo il Ministero della salute la spesa è quasi 4 volte quella per gli oppiacei

## IMPACT 2013, foto dell'Italia di fronte al dolore

Per giungere ad un sistema ottimale bisogna investire sulla formazione dei medici. Sin dall'Università

di **MANFREDI CAMICI**

«Non basta un uomo, non basta una Legge per sconfiggere il dolore, ma occorre la sensibilità e l'impegno corale di tutti gli addetti ai lavori». Con queste parole Guido Fanelli, Presidente della Commissione ministeriale Terapia del Dolore e Cure Palliative, ha chiuso il summit multidisciplinare IMPACT Proactive 2013, che ha riunito Istituzioni ed esperti impegnati nella lotta al dolore, si è concluso nei giorni scorsi a Firenze, registrando per la sua V edizione oltre 220 presenze. «Dal punto di vista legislativo e burocratico, abbiamo ormai ogni strumento necessario e anche le Regioni si stanno muovendo con le rispettive delibere – ha aggiunto Fanelli – L'ultimo importante traguardo per cui stiamo lavorando è quello dei DRG, ovvero la definizione dei rimborsi per le prestazioni antalgiche ospedaliere. Quello che ora manca per chiu-

dere il gap è il coraggio e la motivazione di chi opera sul territorio. Solo così la Legge 38 non rimarrà un obbligo sulla carta, ma potrà essere davvero applicata nella pratica clinica quotidiana, garantendo ai pazienti un futuro con meno dolore. L'intervento di Gilberto Gerra dell'Ufficio ONU contro la Droga e il Crimine ci ha permesso di apprezzare ulteriormente il valore della nostra Legge 38, cui lo stesso dipartimento delle Nazioni Unite si è ispirato nella revisione di una Model Law da proporre a tutti i Paesi aderenti, per favorire ovunque l'accesso ai farmaci per la terapia del dolore». Sulla stessa linea anche Gian Franco Gensini, Presidente del Comitato Scientifico Impact Proactive e Ordinario di Medicina Interna all'Università di Firenze: «Molti clinici, pur gestendo patologie con dolore, non eseguono una sua diagnosi appropriata o non si aggiornano sull'argomento con la stessa sollecitu-

dine che dimostrano per altre tematiche. All'interno di diversi reparti ospedalieri si procede alla diagnosi e alla misurazione del dolore, ma solo come vincolo burocratico cui attenersi. Bisogna quindi colmare un ampio gap di conoscenza, sensibilità e coinvolgimento umano-professionale da parte della maggioranza degli operatori sanitari».

### L'opera dell'ONU.

Gerra ha illustrato a Impact quanto promosso recentemente dall'ONU sul fronte della guerra al dolore: «United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ha lanciato un nuovo programma atto a promuovere la disponibilità e l'accesso alle sostanze controllate per scopi medici, in particolare i farmaci

per la terapia del dolore. L'approccio italiano, realizzato a seguito della Legge 38, è considerato un esempio di strategia ben bilanciata, realmente orientata alla tutela della salute e a evitare ogni forma di abuso. Come riportato dalla letteratura scientifica, a facilitare e indurre aree di abuso e 'misuso' per un farmaco controllato è proprio la ridotta o inesistente disponibilità per coloro che ne hanno oggettiva necessità e la mancata assunzione di responsabilità da parte dei medici e del sistema sanitario nel gestire con serietà tale farmaco. La revisione della Model Law per la parte che concerne l'accesso ai farmaci sotto controllo per uso medico è già stata presentata in marzo alla Commission on Narcotic Drugs (CND 2013). Il programma UNODC – ha concluso Gerra – prevede anche un progetto pilota di formazione sui farmaci per il dolore in Ghana, in cooperazione con Union for International Cancer Control (UICC) e la creazione di un comitato a Vienna».

### I PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO TESEO

Presentati in occasione di IMPACT i risultati del progetto TESEO, un nuovo modello formativo promosso dalla SIMG con un grant di Angelini, centrato sulla figura del medico di medicina generale con particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore, con l'obiettivo di dare concreta attuazione alle 'Aggregazioni Funzionali Territoriali' previste dalla Legge 38/2010 e migliorare così la qualità dei pazienti con dolore cronico. «Essere seguiti da un medico specificamente formato sul dolore – ha detto Pierangelo Lora Aprile, responsabile scientifico del Progetto TESEO – permette al paziente di essere sottoposto ad un accurato esame clinico e una proposta di percorso terapeutico ad hoc: già 350 medici di famiglia seguendo il Progetto TESEO possono riconoscere il tipo di dolore, misurarlo e favorire una maggiore appropriatezza diagnostico-terapeutica». (M.F.)



## Corte dei conti: i conti non tornano

La denuncia dei magistrati contabili: stop ai tagli lineari, che non incidono su malaffare, sprechi e ruberie, ma, con ulteriori restrizioni, metterebbero a rischio Lea e sostenibilità. La spesa migliora, ma si può fare di più soprattutto nelle Regioni a statuto speciale.

A PAG. 2-4

**CORTE DEI CONTI/** La relazione 2012 boccia le manovre lineari e avvisa: il Ssn è malato

# «I tagli fanno male alla salute»

**Con altre restrizioni rischio Lea e sostenibilità - Malaffare, la piaga resiste**

**Dalle liste d'attesa ai pronto soccorso: tutti i mali irrisolti del settore**

La Sanità è stata al centro di tutte le manovre di contenimento della spesa pubblica. Ha subito un'ondata dopo l'altra di tagli lineari. È stata l'avamposto della spending review. Ma adesso è giunta l'ora di una «più complessiva e attenta riflessione sulle possibili conseguenze negative che un'eccessiva contrazione delle risorse potrà avere sul funzionamento del sistema e sull'adeguato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». È giunto il momento di chiedersi, in sostanza, «fino a che punto il settore sarà in grado di sostenere ulteriori contrazioni contabili». Che non incidono sul malaffare, gli sprechi e le ruberie, ben lungi dall'essere debellati. E aggravano il peso delle liste d'attesa, dei pronto soccorso ingolfati, dei ticket e del contenzioso. Un uragano che rischia di travolgere il Ssn.

L'affondo contro «una visione esclusivamente contabilistica» della Sanità arriva dalla Corte dei conti: la relazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2012 segnala la specificità del settore. Nel quale, a differenza di altri, i dati di consuntivo non parlano da soli. Qui - scrivono i magistrati contabili - «la validità di una gestione non può essere sempre valutata solo sulla base di conti che quadrano (ammesso che lo facciano) ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito, rappresentato dalla tutela della salute».

Quella visione può fare danni. Per evitarli il presidente della Corte dei con-

ti, **Luigi Giampaolino**, ha definito «non più differibile» un approccio «innovativo e non convenzionale nelle politiche di riequilibrio della finanza pubblica», a partire da un «disegno organico di revisione della spesa pubblica» soprattutto in ragione «dell'esaurimento dei margini offerti dal ricorso ai tagli lineari della spesa e dei possibili guasti dagli stessi generati in termini di qualità dei servizi offerti ai cittadini».

Guasti, sì. La Sanità ne conta a bizzeffe. «Non si può fare a meno di sottolineare - ha evidenziato il procuratore generale della Corte dei conti, **Salvatore Nottola** - che nonostante l'ingente impegno finanziario, in parte pubblico ma essenzialmente a carico dei cittadini, le criticità del sistema sanitario sono tali che esso non riesce a fornire un servizio soddisfacente».

In cima alla classifica dei nodi irrisolti ci sono ancora le liste d'attesa, piaga sempreverde del nostro Ssn accentuata dalla medicina difensiva, «che finisce per ingolfare le strutture sanitarie con richieste di prestazioni non sempre indispensabili». Atteggiamenti difensivi dei medici a parte, la Corte dei conti avvisa: una tempistica scarsamente compatibile con le necessità diagnostiche spinge i pazienti a rivolgersi altrove, in cerca di soluzioni alternative e in genere più costose.

Ma anche per la Sanità privata i tempi sono duri. «Inneggabili» e fino a qualche anno fa «inimmaginabili» le difficoltà di funzionamento, si legge nella relazione. Il 2012 è stato un annus horribilis, anche per gruppi o strutture di rinomanza nazionale e ben radicati sul territorio. E con rammarico i magistrati rilevano che i disagi sono stati legati «a gestioni non corrette, quando addirittura illecite».

Le briglie alla spesa e la necessità di

rispettare gli impegni comunitari hanno poi imposto ai cittadini il ritorno dei ticket, balzello odiato «anche perché - osserva la relazione - forse ormai ha raggiunto un livello tale da condizionare la stessa richiesta di prestazioni, se non addirittura la personale propensione a curarsi». Non ci sono margini per cancellarli, secondo la Corte. Però per migliorarne l'applicazione si: «Lo strumento andrebbe adottato in maniera più equa, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all'apparenza secondari».

Anche gli ospedali soffrono. La stretta sui posti letto nei reparti si ripercuote sul pronto soccorso - imbuti in cui i pazienti finiscono intrappolati per ore se non giorni - e addirittura sulle ambulanze «sequestrate per parecchio tempo e impossibilitate a riprendere il proprio servizio a causa della mancata restituzione delle barelle che sono trattenute per ospitare i pazienti trasportati».

Una «Sanità malata», insomma, in cui i danni erariali da responsabilità amministrativa si sprecano. L'attività delle procure e delle sezioni giurisdizionali della Corte dei conti lo dimostrano: il settore resta «facilmente incline a ruberie e sprechi». I mali antichi non sono stati intaccati dalle manovre e dalle razionalizzazioni. E incidono sulle casse dello Stato con forti riflessi etici,



oltre a determinare gli inevitabili riflessi politici nelle varie realtà territoriali. Perché quella sanitaria - ricorda la relazione - «è una delle politiche regionali per eccellenza».

La relazione cita anche il fenomeno della fuga delle compagnie assicurative dal campo della Rc sanitaria e la scelta, operata da qualche azienda sanitaria, di ricorrere all'autoassicurazione. Una soluzione che per la Corte «non appare ottimale»: «Pur con tutti i vincoli del settore sarebbe utile e opportuno un intervento legislativo».

Da ultimo c'è un cenno alle politiche sugli stili di vita salutari: per i magistrati, c'è ancora molto lavoro da fare sul fronte della battaglia alle abitudini di vita non salubri (fumo, alimentazione scorretta, tossicodipendenze). E quest'anno la Corte dei conti se la prende anche con l'abbronzatura artificiale e i tatuaggi («dubbe tendenze di moda» - scrive - «che finiscono per avere prima o poi un impatto negativo sul sistema e quindi sulla collettività, assorbendo risorse diversamente utilizzabili») e con ludopatia e sigarette elettroniche. Colpevoli di non aver «di certo migliorato le prospettive».

*Pagine a cura di*  
**Paolo Del Bufalo**  
**Manuela Perrone**

## ALLARME DAGLI USA: NESSUNO PAGA SE I FARMACI GENERICI SONO DANNOSI

 Chi subisce danni da un farmaco equivalente o generico, come impropriamente chiamato in Italia, non potrà più chiedere i danni all'azienda produttrice. Questo negli Stati Uniti, dove la Corte Suprema ha bocciato un risarcimento da 21 milioni di dollari sentenziato dai giudici federali a risarcimento dei danni subiti da una signora del New Hampshire, Karen Bartlett. Gravi eventi avversi legati all'assunzione di un antidolorifico equivalente. I giudici supremi, pur ammettendo la gravità del caso Bartlett, hanno ribaltato la decisione del tribunale di primo grado. Nel 2009, la Corte Suprema aveva però dichiarato che le persone danneggiate da un farmaco di marca possono citare in giudizio il produttore per danni. E questa possibilità resta. Mentre, con tante scuse alla signora Bartlett, chi usa equivalenti non può rivalersi su chi li fabbrica. E si parla di quei farmaci che attualmente negli Stati Uniti rappresentano circa l'80% delle prescrizioni. Mercato in aumento per effetto anche della crisi economica: i fuori brevetto costano meno, non dovendo l'azienda produttrice ammortizzare le ingenti spese per la ricerca e le spe-

rimentazioni. In Italia, tra polemiche continue, il mercato dei generici è ancora lontano dalle percentuali americane, ma anche di molti degli Stati europei. Ora, però, con questa sentenza della Corte Suprema si aprono nuove polemiche. La motivazione dei giudici americani è che non si possono citare in giudizio aziende produttrici di farmaci generici per gli effetti collaterali provocati dai loro medicinali perché le stesse imprese non hanno seguito lo sviluppo di quelle molecole fin dal momento in cui sono state messe a punto. Ma si limitano a produrne versioni *low cost*. La normativa vigente, però, non permette alle aziende di generici di aggiornare l'etichettatura dei prodotti in modo da evidenziare le informazioni emerse più di recente sui rischi per la sicurezza, a meno che la modifica non sia già stata fatta sul prodotto griffato oppure venga ordinata dall'agenzia del farmaco americana, la «Food and drug administration» (Fda). E in Italia che cosa potrebbe accadere se dovesse passare la linea della Corte Suprema americana?

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le previsioni tendenziali dell'Aifa sulla base dell'andamento della spesa nel primo trimestre dell'anno

# Farmaci, un rosso da 1,5 miliardi

Per la territoriale stima di 420 mld in più - E per l'ospedaliera extratetto da 1,15 mld

**L**a farmaceutica pubblica potrebbe registrare nel 2013 uno sfondamento complessivo di oltre 1 miliardo e mezzo.

La previsione tendenziale sul possibile (e drammatico) extratetto delle pillole è dell'Aifa, che quota in 420.768 milioni lo sfondamento del tetto della spesa territoriale per una incidenza dell'11,7% sul Fsn contro il previsto 11,35%, mentre l'ospedaliera esploderebbe per 1,150 milioni di troppo, assorbendo il 4,6% del Fsn invece del prefissato 3,5%.

Il dato - da trattare con le pinze, ma comunque inquietante anche se rivedibile al ribasso - è contenuto nel documento di «Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale per il trimestre gennaio-marzo 2013», approvato all'esame del Cda dell'Authority il 20 giugno.

A PAG. 6-7

*AIFA/ La proiezione della spesa regionale effettuata in base ai dati del primo trimestre 2013*

# Farmaci sulle montagne russe

Buco tendenziale di 1,5 mld - Territorio a -420 milioni, esplose l'ospedaliera

**L**a farmaceutica pubblica potrebbe registrare nel 2013 uno sfondamento complessivo di oltre 1 miliardo e mezzo.

La previsione tendenziale sul possibile (e drammatico) extratetto delle pillole è dell'Aifa, che quota in 420.768 milioni lo sfondamento del tetto della spesa territoriale per una incidenza dell'11,7% sul Fsn contro il previsto 11,35%, mentre l'ospedaliera esploderebbe per 1,150 milioni di troppo, assorbendo il 4,6% del Fsn invece del prefissato 3,5%.

Il dato - da trattare con le pinze, ma comunque inquietante anche se rivedibile al ribasso - è contenuto nel documento di «Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale per il trimestre gennaio-marzo 2013», approvato all'esame del Cda dell'Authority il 20 giugno.

Per quanto riguarda il primo trimestre dell'anno, il mix dei dati (rilevazioni Osmed, Dcr acquisite dall'Agenas, dati della tracciabilità e della distribuzione diretta e modelli Ce trasmessi dalle Regioni) evidenzia per la territoriale (convenzionata+distribuzione diretta in Fascia A+ticket ricetta) un avanzo rispetto al tetto programmato, al netto dei pay back, pari a 99 milioni: avanzo che potrebbe però essere eroso

a fronte dei dati reali dell'incidenza della distribuzione diretta, per ora stimati per almeno metà delle Regioni.

Diverso il caso dell'ospedaliera che risulta in "rosso" già dal primo trimestre, sia utilizzando come base di calcolo i flussi informativi ministeriali (da cui risulterebbe un extratetto di 129,1 milioni) che i Ce regionali: quest'ultima modalità, prevista dalla "spending review" (L. 135/2012), evidenzia un disavanzo assoluto di 241,6 milioni di euro.

Effettuata invece sulla banca dati della tracciabilità del farmaco - alimentata dai dati di fatturazione delle aziende sugli acquisti effettua-



ti dalle strutture pubbliche - l'analisi qualitativa sulla spesa non convenzionata, da cui emerge che le prime 30 categorie terapeutiche assorbono il 71,4% dell'intero capitolo di spesa. Primi in classifica per entità dell'esborso (154,5 milioni, 8,2% del totale) gli anticorpi monoclonali; secondi gli inibitori del fattore di necrosi tumorale (Tnf alfa) (129,0 milioni; 6,8%).

Entrando nel dettaglio, emerge che sono solo 7 le Regioni in extratetto per la territoriale. Il dato più elevato in Sardegna, con una incidenza del 13,9% sul Fsn, rispetto all'11,35 programmato. Seguono la Sicilia al 12,9%, il Lazio al 12,4%, la Calabria (12,3%), la Campania (12,3%), l'Abruzzo (12%) e le Marche (11,5%).

Débaclé generalizzata, invece, sull'ospedaliera: la tracciabilità darebbe 7 Regioni in regola rispetto al tetto del 3,5% (Sicilia, Calabria, Molise, Lombardia, Campania, Trento e Valle d'Aosta) stando invece all'analisi sui Ce sarebbero solo in tre a salvarsi (Lombardia, Valle d'Aosta e Trento).

Complessivamente, comunque, l'extratetto del trimestre si è attestato a un totale di 142,5 milioni di euro, corrispondente a un'incidenza del 15,4% sul Fsn, contro il 14,85% programmato.

Obiettivo raggiunto solo da 9 realtà territoriali, tutte del Nord (Liguria, Friuli, Emilia Romagna; Lombardia; Veneto; Bolzano; Valle d'Aosta e Trento): la miglior performance a Trento, con un avanzo di 9,3 milioni e una incidenza di appena l'11% sul Fsn; la prestazione peggiore in Sardegna, con un extratetto di 35,4 milioni e un'incidenza del 19,5%, 4,65 punti in più del dovuto.

**Brivido a fine anno.** Risultati già preoccupanti che fanno da preludio alla valutazione tendenziale annuale da brivido di cui si è detto: in base ai dati disponibili ben 11 Regioni (Sardegna, Sicilia, Puglia, Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo, Marche, Molise, Basilicata, Umbria) dovrebbero chiudere il 2013 con un extratetto della territoriale, anche se rivedibile al ribasso presa visione del pay-back a carico delle imprese. Peggio ancora per l'ospedaliera: nel tetto resisterebbero solo Valle d'Aosta e Trento.

Il restyling dettato dalla "spending review" - che ha operato la redistribuzione dei tetti di spesa di settore, riducendo dal 13,1% all'11,35% del Fsn quello della territoriale e incrementando dal 2,4% al 3,5% quello dell'ospedaliera - non sembra aver risolto i problemi contabili del comparto.

Soprattutto la territoriale, "incaprettata" dalla norma che ha incluso nel calcolo del tetto la distribuzione diretta di Fascia A e i ticket versa-

ti dai cittadini, rischia di rivelarsi un vero e proprio boomerang per le imprese: con il tetto all'osso, più ticket pagano i cittadini più aumenta l'extratetto e più cresce di conseguenza il ripiano, che è totalmente a carico della filiera (ai sensi della L. 222/2007, art. 5, c. 3, aziende **farmaceutiche**, grossisti e farmacisti contribuiscono in rapporto alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali, tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta sulla spesa complessiva, mentre il ripiano dell'extratetto dell'ospedaliera compete per il 50% alle aziende e per l'altro 50% alle Regioni, ndr.).

«Se queste stime saranno confermate si tratterebbe dell'ennesima, insostenibile tassa sull'industria **farmaceutica**: non più praticabile con l'ultima riduzione dei tetti di spesa oltre ogni ragionevole limite - commenta **Enrico Hausermann**, presidente Assogenerici -. Le aziende prima che qualcuno possa porre rimedio a questa stortura avranno già chiuso o ridimensionato drasticamente la propria presenza in questo Paese, che si tratti di genericiste o meno». «Inoltre proprio le genericiste, che contribuiscono a ridurre la spesa **farmaceutica** in virtù dei prezzi bassi imposti per legge - conclude Hausermann - sarebbero esposte al paradosso del meccanismo di ripiano imposto dalla L. 222/2007, che assegna a tutte le aziende lo stesso tasso di crescita in rapporto alla spesa Ssn dell'anno prima».

Stesse ansietà dal fronte dei produttori di originator, che a inizio aprile - è il caso di ricordarlo - erano già state costrette a ingoiare l'amara sorpresa di una sforbiciata del 18,8% ai budget aziendali (circa 800 milioni in meno rispetto al 2012) come conseguenza del calcolo del "budget company" annuale provvisorio della spesa **farmaceutica** ospedaliera fatto a norma di legge, ovvero utilizzando i Ce regionali che registrano valori di spesa decisamente più bassi rispetto alla tracciabilità dettata dai fatturati d'azienda.

«Sono esterrefatto da questi numeri: abbiamo chiesto l'accesso ai dati ma ci è stato negato, dunque non siamo in grado di capire quanto sono attendibili. Ne prendiamo atto e faremo le valutazioni del caso. Comunque è un modo per far pagare alle aziende altre inefficienze. Del resto ancora non ci sono stati dati i numeri puntuali della spesa su cui è stato calcolato il budget dell'ospedaliera, che rimane un argomento aperto» - dice **Massimo Scaccabarrozz**, presidente Farmindustria -. «La stima sulla spesa tendenziale è inquietante. È una follia. Ed è una follia che ricomprendendo il ticket nel tetto di spesa si facciano pagare alle

aziende spese già sostenute dai cittadini e non dallo Stato - conclude **Scaccabarozzi** -. La convenzionata continua a scendere; e anche l'ospedale non cresce più, mentre lo Stato va in cassa due volte. Non vorrei che si passasse dall'assistenzialismo statale del passato all'assistenzialismo privato, facendo pagare alle imprese quello che lo Stato non riesce a dare alle Regioni».

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## E il Prontuario resta un mistero

**M**entre esplose la ridda di calcoli e conteggi attorno al budget della **farmaceutica** pubblica 2013 c'è un convitato di pietra che contribuisce a tenere in fibrillazione i produttori del settore.

«Il nuovo Prontuario terapeutico - si chiedono - che faccia avrà?».

Stando all'articolo 11 del «DI Balduzzi» (DI 158/2012 - L. 189/2012) l'arcano doveva essere risolto entro il 30 giugno, data entro cui l'Aifa era stata incaricata di provvedere alla revisione straordinaria della lista dei prodotti concedibili a carico del Ssn, sposando in classe C (a pagamento) i **farmaci** terapeuticamente superati. Criterio guida dell'operazione, esclusivamente "l'obsolescenza" del medicinale che - se necessario e a insindacabile parere dell'Aifa - potrebbe continuare a essere fornito a carico del Ssn per il tempo strettamente necessario al completamento delle terapie in corso.

Dell'operazione - giudicata per lo più opportuna, visto che l'ultimo restyling risale al 1993 - non si sa per ora nulla. E non sanno nulla le aziende, che speravano di essere almeno consultate nel procedere dei lavori e che ora incrociano le dita. Il rischio è che togliendo il vecchio per il nuovo la spesa aumenti, inesorabilmente, ancora.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Previsione tendenziale della spesa territoriale 2013 \*

Regione	Spesa territoriale 2013 attesa **	Δ vs 11,35% Fsn	Incid. % Fsn	Δ % 2012
Piemonte	857.546.024	-50.143.103	10,7	1,5
Valle d'Aosta	23.410.689	-1.900.654	10,5	-0,1
Lombardia	1.876.627.300	-103.751.047	10,8	1,1
Pa Bolzano	68.755.289	-28.241.500	8,0	-2,7
Pa Trento	81.207.031	-21.638.806	9,0	-2,2
Veneto	882.311.689	-99.933.886	10,2	-0,4
Friuli V.G.	242.839.884	-5.471.048	11,1	-0,2
Liguria	340.394.540	867.675	11,4	-2,0
Emilia Romagna	811.767.733	-89.223.458	10,2	-0,3
Toscana	766.524.799	-928.377	11,3	0,7
Umbria	189.542.103	3.302.459	11,6	2,6
Marche	336.120.169	18.273.289	12,0	3,4
Lazio	1.300.559.599	159.801.556	12,9	0,1
Abruzzo	297.550.543	27.407.347	12,5	2,4
Molise	66.434.867	1.746.330	11,7	-1,1
Campania	1.273.832.583	152.323.405	12,9	1,7
Puglia	924.135.535	122.244.183	13,1	2,3
Basilicata	119.878.767	2.943.186	11,6	1,5
Calabria	449.242.120	52.938.807	12,9	3,5
Sicilia	1.170.824.145	187.149.689	13,5	-1,2
Sardegna	419.422.577	92.552.114	14,6	3,7
<b>Italia</b>	<b>12.498.927.985</b>	<b>420.768.163</b>	<b>11,7</b>	<b>0,8</b>

\* Spesa comparabile con la voce B.2.A.2 del modello Ce, al lordo del pay-back sulla spesa convenzionata a carico delle aziende farmaceutiche e dell'extrasconto a carico dei farmacisti (ex art. 15, c. 2, L. n. 135/2012).

\*\* La spesa annuale attesa è data dalla somma della spesa registrata nei mesi noti del 2013 e della spesa attesa nei mesi mancanti fino al 31 dicembre 2013. La spesa attesa è generalmente al netto di tutti i pay-back vigenti a carico delle aziende farmaceutiche.

### Previsione tendenziale della spesa farmaceutica 2013 nelle strutture pubbliche \*

Regione	Spesa ospedaliera 2013 attesa *	Δ vs 3,5% Fsn	Incid. % Fsn	Δ% vs 2012 **
Piemonte	451.614.984	171.710.848	5,6	9,8
Valle d'Aosta	5.624.311	-2.180.948	2,5	-23,8
Lombardia	629.452.620	18.763.262	3,6	-1,2
Pa Bolzano	43.558.675	13.647.772	5,1	16,1
Pa Trento	22.767.097	-8.947.478	2,5	-11,6
Veneto	350.679.041	47.783.929	4,1	4,2
Friuli V.G.	100.580.198	24.008.545	4,6	-0,7
Liguria	123.810.580	19.110.666	4,1	-4,2
Emilia Romagna	354.413.931	76.575.237	4,5	3,0
Toscana	404.835.838	168.176.268	6,0	22,3
Umbria	68.900.057	11.469.330	4,2	-7,9
Marche	135.518.085	37.642.395	4,8	-4,5
Lazio	459.621.986	107.846.378	4,6	12,7
Abruzzo	99.753.849	16.449.780	4,2	-6,8
Molise	26.411.495	6.463.489	4,6	3,9
Campania	419.152.270	73.312.435	4,2	4,1
Puglia	467.076.576	219.797.305	6,6	39,2
Basilicata	42.311.662	6.252.232	4,1	-5,8
Calabria	149.903.751	27.695.681	4,3	2,7
Sicilia	351.762.359	48.426.624	4,1	8,6
Sardegna	167.628.393	66.831.334	5,8	5,7
<b>Italia</b>	<b>4.875.377.758</b>	<b>1.150.835.082</b>	<b>4,6</b>	<b>7,6</b>

\* Spesa farmaceutica ospedaliera definita ai sensi dell'art. 15, c. 4, del DI 95/2012 (L. n. 135/2012). La spesa annuale attesa è data dalla somma della spesa registrata nei mesi noti del 2013 e della spesa attesa nei mesi mancanti fino al 31 dicembre 2013. La spesa media mensile regionale del periodo noto del 2013 è stata corretta sulla base dei fattori mensili di stagionalità, per calcolare la spesa dei mesi mancanti.

\*\* Spesa 2012 confrontabile, al netto di tutti i pay-back vigenti a carico delle aziende farmaceutiche.

**Farmaceutica territoriale e ospedaliera: verifica tetto del 14,85% nel I trimestre 2013**

Regioni	Incidenza %	Regioni	Incidenza %
Sardegna	19,5	Piemonte	15,0
Puglia	17,3	Umbria	14,8
Lazio	16,7	Liguria	14,8
Sicilia	16,7	Friuli Venezia Giulia	14,8
Calabria	16,4	Emilia Romagna	13,9
Campania	16,3	Lombardia	13,7
Marche	16,1	Veneto	13,6
Abruzzo	15,7	Bolzano	12,5
Toscana	15,6	Valle d'Aosta	12,4
Molise	15,6	Pa Trento	11,0
Basilicata	15,0	Italia	15,4

**Farmaceutica convenzionata: confronto I trimestre 2013 vs. I trimestre 2012**

	Gen.-mar. 2013 (milioni)	Δ assoluta (milioni)	Δ %
Spesa lorda (€)	2.914,6	-145,7	-4,8
Spesa netta (€)	2.306,8	-103,9	-4,3
Ricette	157,3	+3,2	+2,1
Copayment totale * (€)	366,5	-2,7	-0,7

\* Ticket per ricetta + eventuale differenziale tra prezzo a brevetto scaduto e prezzo di riferimento.

**Farmaceutica territoriale: verifica tetto 11,35% nel I trimestre 2013 (milioni)**

	Spesa	Fsn	Tetto spesa programmata (11,35%)	Δ assoluto	% su Fsn	% su Fsn **
Territoriale	3.150	28.198	3.200	-50,6	11,7	
Territor. * (euro)	3.101	28.198	3.200	-99,0	11,0	11,25

\* Spesa farmaceutica al netto dei pay-back delle aziende farmaceutiche a beneficio delle Regioni:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento (art. 1, comma 796, lettera g) L. 296/2006, e successive proroghe) - (non ancora avviato).

2. Pay-back dell'1,83 per cento relativo a tutto il 2013 sulla spesa convenzionata in prezzi al pubblico al netto dell'Iva (art. 11, c. 6, DI 78/2010, L. 122/2010 (non ancora avviato - stima impatto I trimestre 2013, 48,5 milioni).

3. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto (art. 48, c. 33 del DI n. 269/2003, L. n. 326/2003), attribuiti per competenza della verifica (applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

\*\* Incidenza spesa farmaceutica territoriale (stime su base storica della spesa regionale per la distribuzione diretta di fascia A).

**Farmaceutica ospedaliera: verifica 3,5% nel I trimestre 2013 (milioni)**

Spesa ospedaliera	Spesa	Fsn	Tetto progr. (3,5%)	Δ assoluto	% su Fsn	% su Fsn ***
● da flusso tracciabilità *	1.129,5	28.581	1.000,3	129,1	3,95	4,13
● da modelli Ce *	1.241,9	28.581	1.000,3	241,6	4,35	
● da modelli Ce **	1.241,9	28.581	1.000,3	241,6	4,35	

\* Dalla spesa farmaceutica rilevata tramite della tracciabilità o tramite i modelli Ce (esclusi vaccini ed emoderivati di produzione regionale), è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta in fascia A, la spesa per vaccini (solo quando la fonte è la tracciabilità) e la spesa per i medicinali di fascia C e C-bis.

\*\* Spesa ospedaliera al netto dei pay-back versati dalle Aziende farmaceutiche a beneficio delle Regioni:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento (art. 1, comma 796, lettera g) L. 296/2006, e successive proroghe) - (non ancora avviato).

2. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto (art. 48, c. 33 del DI n. 269/2003, L. n. 326/2003), attribuiti per competenza della verifica (applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

3. Pay-back versati dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-results, risk-sharing e cost-sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo (art. 48, c. 33, DI 269/2003, L. n. 326/2003, applicato solo nell'ambito del monitoraggio annuale).

\*\*\* Calcolata sui valori di spesa regionale definiti sulla base della procedura di consolidamento del dato della Tracciabilità (Metodologia per la stima del valore economico mancante delle forniture a carico del Ssn).

# Il testosterone? Si legge nel Psa

DAL NOSTRO INVIATO  
**MAURIZIO PAGANELLI**

BERLINO

I test del Psa anche per individuare casi di ipogonadismo e relative sindromi da scarsa secrezione di testosterone? L'endocrinologo Mario Maggi, direttore Medicina della Salute della sessualità, università di Firenze, autore di uno studio e chair di varie sessioni a Berlino nel Simposio internazionale sulla salute sessuale degli uomini, parla di svolta: «Si cercava da tempo una "spia" e l'avevamo sotto gli occhi: finora ci si è basati sul test del sangue per i valori di testosterone totale e la frazione libera, quella biologicamente attiva, ma "sporcat" da varie alterazioni genotipiche. Abbiamo invece dimostrato che il Psa totale è un marker che riassume l'attività biologica, il testosterone circolante. Il Psa anzi non "maschera" e ci indica persino difetti, come la ginecomastia, ora impossibili da vedere».

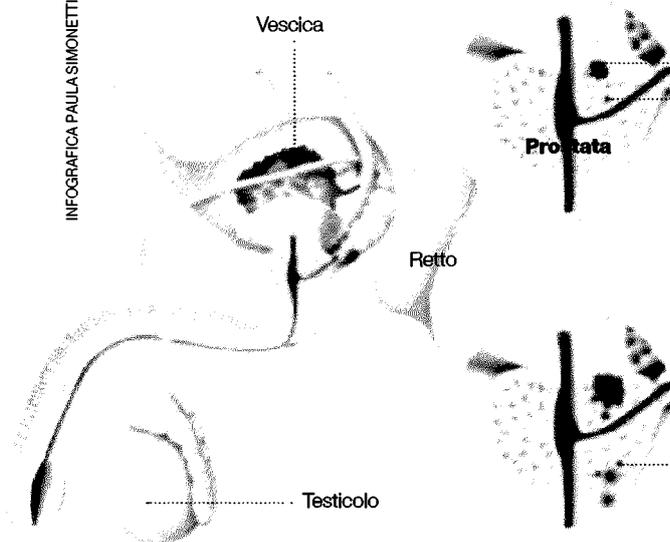
Su 3.156 pazienti senza alcuna storia clinica di malattie della prostata, sono stati analizzati poco meno di tremila casi con livelli di Psa sotto i 4 nanogrammi per millilitro (considerati valori normali), con aggiustamenti per età e specifici test-interviste. Di fatto i più bassi livelli di Psa sono associati a sintomi specifici sessuali (come deboli erezioni notturne durante il sonno) e all'ipogonadismo, spesso correlato a disfunzione erettile, malattie cardiovascolari, obesità, diabete. La misurazione dell'antigene prostatico specifico (Psa: enzima che si testa con l'esame del sangue) per verificare negli uomini over 50 possibili casi di ipertrofia prostatica benigna o di tumore, potrebbe divenire anche test sull'attività degli ormoni sessuali.

Lo studio si collega ad un altro, sperimentale, sui conigli sempre dell'ateneo fiorentino: il testosterone proteggerebbe dalla sin-

## TUMORE ALLA PROSTATA

Viene spesso scoperto all'esame obiettivo o tramite esami ematici, come il PSA (antigene prostatico specifico)

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



### STADIO I E II

1 Piccolo tumore nella prostata

2 Scarsa diffusione

Nelle prime fasi del tumore le cure lo tengono sotto controllo

### STADIO III, IV E V

3 Il tumore cresce e si diffonde dentro e fuori la prostata

Le cure sono meno efficaci e la guarigione è minore

drome metabolica associata all'ipertrofia prostatica benigna, relativa infiammazione e ai sintomi della bassa via urinaria (bisogno urgente di urinare, getto debole o stimolo con difficoltà di urinare: 7 milioni di persone colpite solo in Italia). «In questo lavoro, già pubblicato», incalza Maggi, «abbiamo dimostrato la relazione tra dieta ricca di grassi e infiammazione prostatica. Ora stiamo arruolando cento pazienti con ipogonadismo per una terapia con testosterone, che spegnerebbe l'infiammazione. Di fatto l'ipertrofia prostatica inizia a 30 anni e dipende dallo stile di vita». Sulla stessa lunghezza d'onda, qui a Berlino, un altro relatore e chair di sessione, l'urologo e andrologo Andrea Salonia (San Raffaele di Milano): «Occorre anticipare il primo test del Psa a 40 anni, un valore che dovrebbe stare sotto a 1. Se è più alto non si può rinviare a 50 anni i controlli. Insomma, si è abbassato di un decennio l'ini-



zio di uno screening assai contestato e che va contestualizzato». E Maggi: «Ancor più servirebbe a 15-20 anni la visita andrologica: nei maschi si può "sentire" con semplice manovra rettale e controllando i testicoli, scoprire moltissime anomalie, assai meglio che nelle donne». Salonia spinge sull'autopalpazione dei testicoli: «Potrebbe portare ad individuare prima i casi di varicocele, infertilità o tumori».

Curiosa infine, sempre al Simposio, la ricerca congiunta tra l'Elaj Medical Centers dell'Arabia Saudita e le inglesi King's College e Whipps Cross university sulla correlazione tra numero di mogli, consumo di tabacco e livelli di testosterone (su 210 maschi sauditi). Ebbene: l'aver tante mogli o figli non ha correlazione con i livelli bassi di testosterone; esiste, invece, nei fumatori (più di 20 sigarette al giorno) rispetto ai non fumatori.

#### LA PILLOLA

Tadalafil  
(Cialis) 5mg  
al giorno per  
disfunzione  
erettile e  
sintomi basse  
vie urinarie:  
è l'unico  
medicinale  
finora  
riconosciuto  
per entrambe  
le indicazioni  
Vari gli studi  
presentati al  
Simposio di  
Berlino. Costo  
confezione  
da 28 pillole:  
130 euro

Dalle norme igienico-alimentari, ai problemi legati agli insetti vettori di malattie. **Prendere informazioni accurate sui luoghi di vacanza. Europa: richiedere la Tessera di assicurazione alla Asl o fare una polizza**

# Prevenzione

## Farmaci e vaccini ecco i consigli a misura di turista

ALESSANDRA MARGRETH

# A

rrivare informati alla meta e tornare a casa senza conseguenze indesiderate per la salute. Chi vuole e può intraprendere un viaggio, è meglio che sappia cosa fare prima e durante il soggiorno. Anche una villeggiatura in località vicine a casa potrebbe creare problemi senza qualche semplice precauzione. Chi ha scelto località lontane, deve tenere presenti alcune indicazioni importanti. Spiega Claudio Dioggetti, responsabile dell'Ambulatorio di Medicina dei Viaggi del Centro Diagnostico Italiano (CDI) di Milano: «Le regole base da rispettare ovunque si vada sono quelle igieniche. Quindi lavarsi le mani spesso e con cura, oppure usando prodotti disinfettanti. Bere solo acqua da bottigliette e mai mettere ghiaccio nelle bevande (non si sa con quale acqua è stato fatto!). Mangiare cibi cotti, verdure compresse, essere certi che latte e formaggi siano pastorizzati. La frutta va sbucciata, niente macedonie».

«Per alcune località più lontane — prosegue Dioggetti — ci si deve informare per tempo sulle eventuali vaccinazioni da fare. Le tre "di base" sono quelle per l'epatite A, per la difterite e il

tetano, e per il tifo da salmonella. I cicli vaccinali vanno eseguiti due settimane prima della data di partenza. Una volta decisa la destinazione, andare dal proprio medico per informazioni e consigli. I punti fondamentali da ricordare sono: dove si va, per quanto tempo si stava via, e in quali condizioni si viaggerà».

Potrebbero essere necessarie altre vaccinazioni, e strategie preventive semplici ma essenziali. Spiega Dioggetti: «Molte malattie vengono contratte tramite le punture degli insetti. Nelle località a rischio ci si deve spalmare le zone della pelle scoperte con prodotti repellenti specifici. Soprattutto la sera indossare pantaloni lunghi e camicie con maniche lunghe per diminuire i tratti di pelle esposti. È consigliabile dormire in locali con aria condizionata. Oppure dotarsi di zanzariere, controllando che non abbiano fori e spruzzando sopra un repellente». L'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) ha recentemente emesso una nota sull'impiego della meflochina, usata per la chemioprolifassi della malaria. Segnala la possibilità di insorgenze di disturbi a livello neuropsichiatrico. Informarsi dal proprio medico.

In ogni valigia delle vacanze non devono poi mancare i farmaci di automedicazione (OCT), utili in molte situazioni. Ecco i consigli di Assosalute, l'Associazione nazionale farmaci di automedicazione. Prevedere un kit di prodotti con: antidolorifici/antinfiammatori e antipiretici; creme e pomate contro le irritazioni della pelle (antistaminici e cortisonici), disinfettanti per la gola, digestivi (antiacidi e pro-cinetici), lassativi, melatonina e altri prodotti contro il jet-lag, antidiarroici, disinfettanti, garze, cerotti. Ricordarsi inoltre di portare i farmaci con ricette che si assumono abitualmente. Informazioni anche sull'app "Automedicazione" realizzata da Assosalute e Unione Nazionale Consumatori ([www.consumatori.it](http://www.consumatori.it) e [www.anifa.it](http://www.anifa.it)). Sono inoltre importanti i fermenti lattici, essenziali per contrastare la "diarrea del viaggiatore", un frequente e indesiderato "effetto collaterale" di molti viaggi.

Se il viaggio è in Europa, portare con sé la Team, Tessera Europea di Assicurazione Malattia fornita dalle Asl. In caso di necessità ci si può recare da un medico o in una struttura sanitaria pubbli-

ca o convenzionata. L'assistenza è in forma diretta, si paga solo l'eventuale ticket. Attenzione, in alcuni Paesi (come Francia e Svizzera) le prestazioni sono a pagamento perché in quegli Stati vige il sistema di rimborso indiretto. Informarsi sulle pratiche per i rimborsi (info [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)). In altri Paesi è bene informarsi e valutare l'opportunità di stipulare un'assicurazione sanitaria personale prima di partire. Ad esempio, negli Stati Uniti, dove i costi sanitari sono molto alti, è consigliabile essere "coperti" da un'assicurazione. Attenzione ai massimali garantiti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Almeno due settimane prima della partenza verificare la copertura per epatite A, difterite, tetano, tifo e salmonella

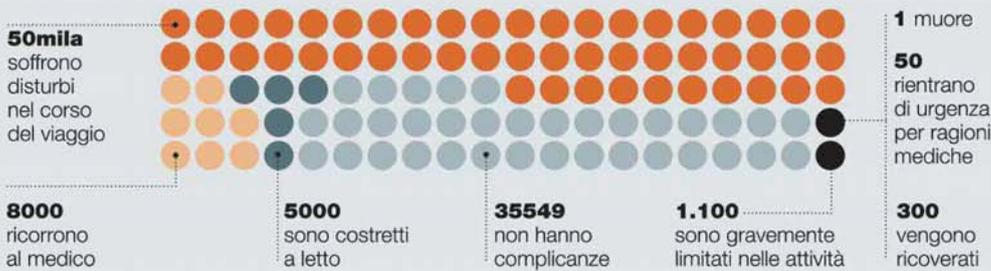
### LE MEDUSE

#### I RIMEDI

Non strofinare, rimuovere le vescicole ancora attaccate alla pelle con un coltello o una carta rigida e lavare con acqua calda (40 gradi) perché il calore inattiva le tossine

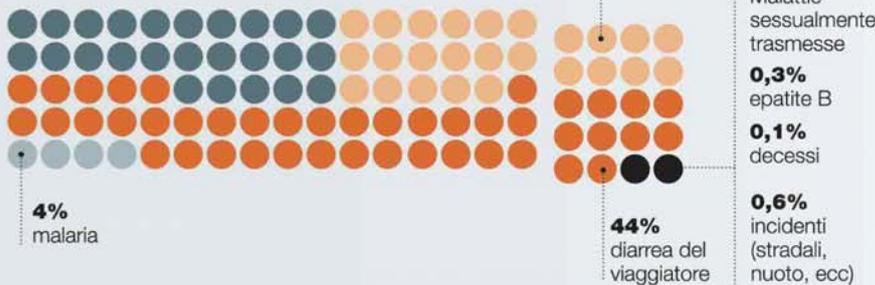
### PROBLEMI SANITARI IN VIAGGIO

Incidenza dei problemi medici rilevati su 100mila viaggiatori al mese

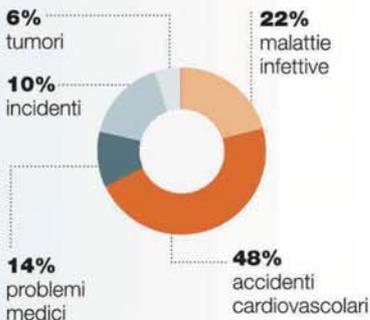


### VIAGGIATORI IN ZONE TROPICALI

Tasso mensile di incidenza dei problemi sanitari per 100mila viaggiatori in zone tropicali



### CAUSE DEI DECESSI



## COSA METTERE IN VALIGIA

Dipende dalla destinazione e dalle attività da fare in vacanza. Ecco un elenco generale:

### CREME SOLARI E LENITIVE

#### Crema con fattore di protezione solare

Non usare su neonati e bambini sotto i 3 anni (non esporli al sole). Dai 3 anni in su va usata una crema 50+. Per gli adulti, sceglierne una adeguata secondo il proprio fototipo

#### Crema idratante doposole

Importante per curare la pelle dopo ogni esposizione e per mantenerla idratata. Permette di mantenere la tintarella più a lungo

### LOZIONI E POMATE

#### Pomata cortisonica

Può essere utile in caso di puntura o di reazioni infiammatorie, va presa sotto prescrizione medica

#### Pomata antistaminica

Serve per eventuali punture di insetti e reazioni allergiche della cute

#### Dopopuntura

Questi prodotti contengono ammoniaca e danno sollievo al prurito provocato dalle punture di insetti, e ricci di mare

#### Repellente

Fare attenzione ai repellenti chimici: per bambini sotto 12 anni sono indicati solo repellenti a base di prodotti naturali



## COMPRESSE E GOCCE



Per i malati cronici che prendono medicine sempre e hanno difficoltà a ricordare la somministrazione è utile organizzare dosi settimanali

**Antistaminico**  
Portare qualche compressa di antistaminico può essere molto utile in caso di puntura di insetti, come api e vespe, o se si viene a contatto con una medusa

**Analgesico e antipiretico**  
Utili per abbassare la febbre e curare dolori comuni o quelli prodotti da eventuali distorsioni o lesioni da caduta e fratture

### Antiacido

I cibi pesanti sono da evitare, per chi eccede però è utile avere un antiacido che aiuta la digestione

### Anticinetosico

(farmaco contro mal di auto e mal di mare). Le gocce si somministrano con 40 minuti di anticipo perché il farmaco abbia effetto. Da evitare nei bambini con meno di 3 anni

## KIT FERITE

### Pinzetta

Utile per estrarre qualche spina, specialmente quelle di riccio che possono infilarsi nei piedi

### Termometro

Optare per quelli digitali o infrarossi. Sempre utile per verificare se c'è febbre

### Forbici

Indispensabili per qualsiasi manovra medica, per tagliare garze, cerotti ma anche vestiti quando non possono essere sfilati

### Garza, cinta adesiva, bende e cerotti

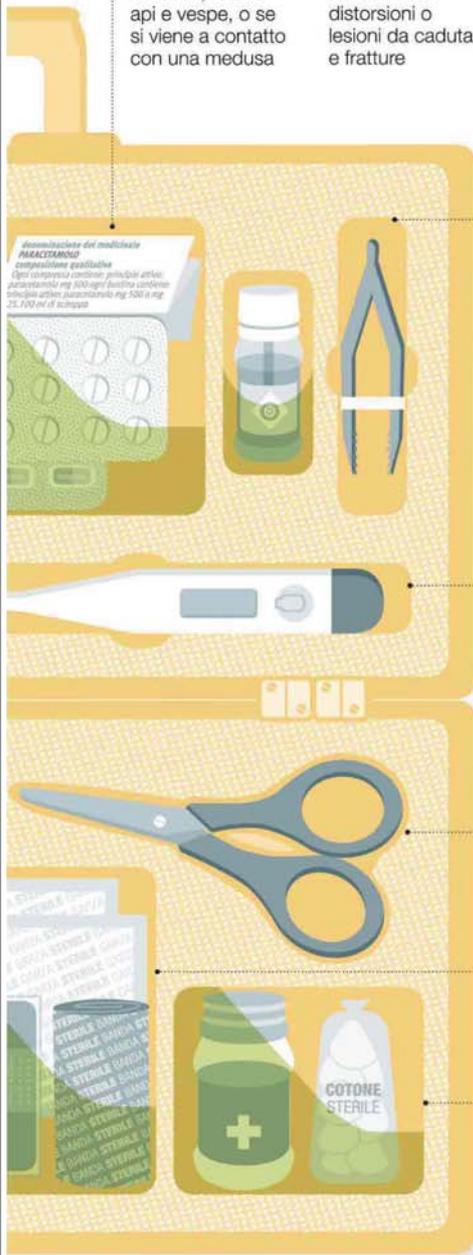
Cerotti, garze di 10x10cm e bende sterili servono a coprire subito le ferite

### Disinfettante e cotone

Il cotone idrofilo è utile per ricavare tamponi per medicazioni imbevuti con il disinfettante

## COMPORAMENTI ALIMENTARI A RISCHIO

% dei viaggiatori che hanno consumato questi prodotti. Base 2.695



FONTE: SIMVM / JOURNAL OF TRAVEL MEDICINE / RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



## A Glasgow un appuntamento degli specialisti sui rischi dell'iperalimentazione e sovrappeso in Europa

# Formula del pediatra: 5 pasti, 2 ore di sport, una di tv

GIUSEPPE DEL BELLO

GLASGOW

ambini iperalimentati che ogni giorno assumono fino a 3500 calorie. Tante, troppe per non mettere in allarme la comunità pediatrica. Accade in estate, complici le vacanze, quando i più piccoli si rimpinzano di cibi grassi e zuccherini, a partire dalla colazione e fino a cena, in un continuum che passa anche per il cremoso snack della merenda pomeridiana. Una vera botta energetica che manda all'aria le regole basilari della prevenzione dell'obesità infantile. Ignorando che, soprattutto in Italia, quella infantile è in costante aumento, con una media nazionale che viaggia intorno al 16 per cento e che in alcune regioni del sud sfiora il 27.

Eppure, come ha rammentato al simposio "Cross-border care for children in Europe" (sessione del congresso internazionale Europediatrics di Glasgow), il coordinatore e presidente uscente della Società italiana di Pediatria Giuseppe Mele, «basterebbe un po' di attenzione al mangiar sano. Gioco, attività sportiva, un dolce, un gelato e un'aranciata fanno parte delle nostre abitudini alimentari, e sarebbe sciocco rinunciarci, purché si rispettino i fondamenti di una dieta equilibrata». La risposta degli specialisti per limitare le calorie senza patire eccessive costrizioni alimentari si sintetizza nella formula "5,2,1". Numeri che sono un minidecalogo comportamentale: 5 pasti al giorno (pranzo, cena, due spuntini e una sostanziosa prima colazione), 2 ore di sport e una di televisione. «Basta non far mancare ad ogni pasto il giusto apporto di frutta e verdura fresca di stagione, e tanto pesce», insiste Mele, «che in estate abbonda ed è ricco di Omega 3 ed Omega 6 (acidi grassi polinsaturi) che favoriscono lo sviluppo neurosensoriale del bambino. E bisogna ricordare che oltre allo zucchero, nella dieta non si deve eccedere con il sale». Gli specialisti hanno anche sottolineato i rischi correlati alle infezioni da alimenti, infezioni che si registrano con maggior frequenza proprio in estate, a causa dei germi che proliferano più facilmente a temperature elevate. E allora, via con i consigli per un'igiene accurata: dal lavaggio delle mani prima di manipolare gli alimenti alla necessaria separazione dalle verdure della carne, del pesce e delle uova in fase preparatoria.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



## NOI & VOI GUGLIELMO PEPE

### È TEMPO DI "PATTO CON I PAZIENTI"

Con una serie di interviste, molto ossequiose, il ministro della Salute ha annunciato che nei prossimi giorni inizierà il confronto con le Regioni per concordare un Patto per la salute. Da quando il Servizio sanitario è stato regionalizzato, il Patto si è quasi istituzionalizzato. Di solito serve per spartire meglio i soldi a disposizione (sempre di meno), per capire le eventuali nuove linee di indirizzo, per adeguare i tempi della sanità ai progressi tecnologici. Questi passaggi istituzionali sono sicuramente importanti. Eppure, secondo me, limitanti. Soprattutto perché non tengono conto dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni e che vedono protagonisti i cittadini. I quali non sono più "pazienti", malati passivi in balia dei medici e della struttura sanitaria, ma persone informate. Che chiedono, con ragione, di avere un ruolo nei processi decisionali che riguardano il loro benessere. Oggi la medicina (come sostenevamo da anni, non in solitudine), deve ruotare intorno alla figura del malato-cittadino, il quale, se coinvolto, può essere perfino responsabilizzato sui tagli e sui sacrifici necessari. Discutere e imporre un Patto senza i pazienti, è vecchia politica sanitaria.

*g.pepe@repubblica.it*

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Martedì 02 LUGLIO 2013

## Conferenza mondiale Aids. Svolta nelle linee guida Oms: "la terapia deve iniziare prima"

***E' la principale novità delle [nuove linee guida globali](#), presentate in Malesia per il summit mondiale, rispetto alle precedenti indicazioni dell'Oms . Secondo gli esperti si potrebbero evitare circa 3 milioni di morti per Aids e 3,5 milioni di nuove infezioni da Hiv tra il 2013 e il 2025. Ma per farlo c'è bisogno di investimenti.***

"Le nuove linee guida sull'Aids rappresentano un gigantesco passo in avanti verso l'allineamento degli standard terapeutici tra Nord e Sud del mondo dove sono attualmente in trattamento oltre nove milioni di persone. L'abbattimento della mortalità osservato nei paesi più colpiti da questa epidemia è finalmente comparabile a quello osservato nei paesi ricchi dopo l'introduzione della triplice terapia".

Parola di **Stefano Vella**, Direttore del Dipartimento del Farmaco dell'ISS e chairman del comitato internazionale dell'Oms. Le nuove linee guida globali sulla terapia sono state presentate in occasione della Conferenza Mondiale sull'Aids in svolgimento in Malesia.

**Tra le principali differenze con le ultime linee guida, la raccomandazione di iniziare prima** la terapia antiretrovirale, sia per migliorarne l'efficacia, sia per tenere maggiormente sotto controllo i contagi, soprattutto nei paesi più poveri. Le stime globali parlano infatti di 26 milioni di persone che convivono con il virus dell'Hiv nei paesi a basso e medio reddito (in tutto sono 34 i milioni di sieropositivi al mondo), candidate tutte al trattamento con farmaci antiretrovirali. Le nuove linee guida, secondo gli esperti, dovrebbero evitare circa tre milioni di morti per Aids e tre milioni e mezzo di nuove infezioni da Hiv tra il 2013 e il 2025.

Un "cambiamento considerevole" nella lotta alla malattia, come l'ha definito l'Oms, visto che aumenta in un solo colpo – dall'oggi al domani – di 10 milioni il numero di individui che dovrebbero assumere i farmaci. E proprio per questo, già avverte l'Oms, riuscire in questa sfida non può prescindere da un incremento del 10% del totale degli investimenti annui spesi per la lotta all'Hiv.

**Ma non è questo l'unico cambiamento.** Fin dal 2002, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha stilato linee guida sull'uso dei farmaci antiretrovirali (Arv), dedicandole di volta in volta ai vari aspetti della diagnosi, del trattamento e della cura dell'Hiv. Ora, per la prima volta, queste linee guida rappresentano, potremmo dire "un continuum", seguono cioè, senza tralasciare nulla, tutto quello che è il percorso di cura della persona con Hiv, compreso ciò che viene prima, ovvero la prevenzione. Il risultato è una combinazione di raccomandazioni a partire dai "test e counselling" fino all'uso dei farmaci antiretrovirali per la prevenzione e poi per il trattamento dell'Hiv, compreso il ruolo dei servizi sanitari nella presa in carico dei pazienti. Raccomandazioni che riguardano l'inizio e il mantenimento della terapia fino al monitoraggio dello stesso trattamento, con la sorveglianza degli eventuali effetti collaterali e la gestione delle co-infezioni e co-morbidità che possono insorgere. Dedicato in dettaglio a tutti i gruppi di popolazione, nessuno escluso, senza differenze tra chi vive al Nord e chi al Sud del mondo: gli adulti come gli adolescenti e i bambini, le donne incinta e quelle che allattano come gruppi 'chiave' di pazienti.

**"Il nuovo livello di queste Linee-Guida, infatti è che tengono conto di tutte le novità scientifiche** emerse negli ultimi anni nella ricerca sull'HIV e che le allineano allo standard of care dei Paesi più ricchi, pur tenendo presente il necessario approccio di Sanità Pubblica necessario per trattare 20 milioni di persone", ha continuato Vella. "La lotta per l'accesso universale alle cure per

l'Aids rappresenta un modello straordinario di intervento sulla salute globale, mirato a combattere le diseguaglianze di salute, un settore nel quale l'ISS è stato e sarà un protagonista, mettendo a disposizione delle grandi istituzioni internazionali le sue competenze multidisciplinari di ricerca e intervento nelle aree dell'accesso alle cure per le malattie della povertà (aids, tubercolosi, malaria), ma anche per le malattie croniche non trasmissibili, per la lotta ai fattori ambientali che impattano sulla salute, al trasferimento delle nuove tecnologie".

# I numeri che segnalano il benessere

**CLAUDIA BORTOLATO**

eso, misure, calorie da assumere e molti altri parametri che attengono alla sfera della corretta nutrizione e del benessere fanno riferimento ai numeri e/o ai relativi intervalli di normalità. Certezze assolute? Certezze sì, ma non assolute. Recentemente, per esempio, Nick Trefethen, docente di analisi numerica della Oxford University, ha rivisitato il vecchio Indice di Massa Corporea (Imc), basato sulla divisione del peso in kg per l'altezza in metri al quadrato, formulandone uno più complesso, che prevede la moltiplicazione del peso per 1,3 e la divisione del risultato per l'altezza elevata a 2,5. La nuova formula bilancia più minuziosamente il peso con l'altezza delle persone molto alte (più di 1,82 cm) o molto basse (meno di 152 cm), che così guadagnano un punto di Imc risultando più grasse, mentre la differenza appare impercettibile nelle persone di statura media.

«Trefethen ha voluto dimostrare, con un ragionamento matematico, i limiti dell'Imc nell'indicare l'individuo come normopeso, sottopeso, sovrappeso o obeso. Tuttavia, lo stesso matematico ha precisato che la nuova formula, non essendo stata verificata attraverso studi epidemiologici, non può essere considerata un superamento dell'Imc: un singolo valore numerico non può descrivere adeguatamente lo stato di nutrizione e, quindi, di salute di qualsiasi persona. Perfettamente in linea con quanto noto: è necessario individuare diversi cut-off (valori di riferimento) per individui che presentano caratteristiche differenti: sesso, età, etnia, statura», osserva Alessandro Pin-

to, ricercatore in Scienza dell'Alimentazione della Sapienza, università di Roma. Che ragiona: «Questi indici, così come le numerose altre misure antropometriche comunemente utilizzate, per essere interpretati nella giusta prospettiva devono essere sempre considerati nel loro insieme e correlati ai parametri ematochimici e funzionali (per esempio alla forza muscolare) della persona». Nello specifico, uno dei più importanti limiti dell'Imc è che non quantifica l'eccesso di massa adiposa e la sua localizzazione a livello del tronco, che invece sono segnalati dalla circonferenza del girovita e dal rapporto girovita-fianchi.

«Il girovita è l'indicatore di un eccesso di grasso viscerale, che aumenta i rischi per malattie cardiocircolatorie e diabete. Il limite da non oltrepassare è di 88 cm per le donne e 102 per gli uomini, indipendentemente dall'altezza e dall'età», ricorda Massimo Cocchi, Professore di Biochimica della Nutrizione, Università L.U.de.S. (Libera Università degli Studi) di Lugano. Il rapporto girovita-fianchi si ottiene, invece, dividendo la misura del girovita (in cm) con quella dei fianchi. Il risultato non dovrebbe superare 0,85 nella donna e uno nell'uo-

mo. Anche il punto di partenza di quasi tutte (se non tutte) le diete dimagranti è un valore numerico: quello delle calorie. È un valore che, come noto, prende come riferimento il fabbisogno energetico giornaliero, ma anche questo va personalizzato in conformità a sesso, età, peso e livello di attività fisica giornaliero.

Infine, un breve ripasso su altri importanti "numeri": consuma-

re 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura; e non oltre 5 g di sale e 3510 mg di potassio al dì; da adulti bere circa 2 litri di acqua al giorno e 30 minuti di movimento.



SELPRESS  
www.selpress.com

## INDICE DI MASSA CORPOREA

### VECCHIO SISTEMA

<b>PESO</b> (in kg)	<b>ALTEZZA</b> (metri) <b>AL QUADRATO</b>	Fra 19 e 24,9	Fra 25 e 29,9	 <b>OBESO</b> Oltre 30
------------------------	--	---------------	---------------	---

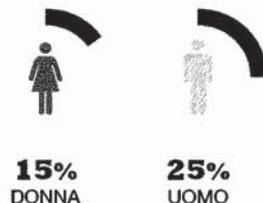
### SISTEMA RIVISITATO

da Nick Trefethen, Docente di Analisi numerica della Oxford University

**PESO** (in kg)  $\times 1,3$  = **RISULTATO**  $\div$  **ALTEZZA** (metri)  
ELEVATA A 2,5

La quantità di tessuto adiposo è necessaria come "deposito" di energia, dal quale l'organismo attinge in caso di necessità

### MASSA GRASSA



### La dieta bilanciata secondo i nuovi LARN

Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana Revisione 2012

#### L'energia deve provenire da



#### Proteine

**0,9-1 g** x ogni kg di peso corporeo (in un soggetto normopeso)

## IL GIROVITA

Il girovita è l'indicatore di un eccesso di grasso viscerale, che aumenta i rischi per malattie cardiocircolatorie e diabete



### COME MISURARLO

si deve usare un metro da sarto posizionato intorno all'addome nudo, all'altezza dell'ombelico; il metro deve essere tenuto senza esercitare pressione sulla pelle



#### GIROVITA STRETTO

<b>DONNE</b> minore di 60 cm	<b>UOMINI</b> minore di 69 cm
---------------------------------	----------------------------------



#### GIROVITA NORMALE

<b>DONNE</b> tra 60 e 80 cm	<b>UOMINI</b> tra 69 e 84 cm
--------------------------------	---------------------------------



#### GIROVITA ABBONDANTE

<b>DONNE</b> tra 80 e 88 cm	<b>UOMINI</b> tra 94 e 102 cm
--------------------------------	----------------------------------



#### GIROVITA A RISCHIO

<b>DONNE</b> oltre 88 cm	<b>UOMINI</b> oltre 102 cm
-----------------------------	-------------------------------

**OLTRE 88 cm**

**DONNA OBESA**

**OLTRE 102 cm**

**UOMO OBESO**

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

INFOGRAFICA: ANNALISA VARLOTTA

**Folla a Giussano** Nella chiesa stracolma l'ultimo saluto al bomber di Milan e Fiorentina stroncato dalla Sla: «Che la ricerca non si fermi»

## Ex compagni, cori e tifosi: l'addio a Borgonovo

GIUSSANO – Un abbraccio pieno di mani, cuori, facce. Sudato e sentito, come dopo un gol. Sono oltre tremila, nella chiesa Santi Filippo e Giacomo, gremita fino al limite della capienza, c'è Arrigo Sacchi, che lo allenò al Milan della Coppa Campioni '90 («Spero in investimenti maggiori dell'industria farmaceutica contro la Sla»), ci sono gli ex compagni Franco Baresi, Filippo Galli, Mauro Tassotti e Paolo Maldini, c'è Stefano Tacconi che ricorda la rete subita al novantesimo di un Fiorentina-Juventus dell'89 e Ciro Ferrara con in tasca la mail ricevuta dopo un esonero: «Sono contento, mi scrisse. Rimasi un po' perplesso, poi capii: voleva dire che era contento di non vedermi più così poco allegro...». Ci sono bande di ragazzini a caccia di autografi, troppo giovani per ricordarselo in azione e troppo vecchi per sognare di ripercorrere la sua stessa, bella ed essenziale, carriera.

E poi, al centro dell'attacco, tra l'altare e la folla di tifosi, ecco lui, il numero 9 Stefano Borgonovo: entra durante l'Ave Maria del rosario ripetuta come un mantra, esce tra i cori della curva del Como («Borgogol», «Uno di noi») e tra gli applausi; sembra una sostituzione a fine partita e forse, chissà, lo è. Don Norberto Donghi recita l'omelia circondato dai vessilli di Como, Milan, Fiorentina e nazionale, le squadre del Borgo, mentre il gotha del calcio – anche chi non aveva avuto il coraggio di andarlo a trovare negli otto lunghi anni in cui la malattia l'aveva costretto a letto a meno di cento metri da questa chiesa –, è obbligato a guardare in faccia la Sla, sclerosi laterale amiotrofica, che il pm di Torino Raffaele Guariniello vorrebbe fosse rico-

nosciuta come la malattia professionale dei calciatori («Stefano era un ragazzo d'oro, bisogna continuare a parlare della Sla» dice commosso Maldini), la battaglia che verrà portata avanti dalla Fondazione Borgonovo, perché la memoria di Stefano non evapori, perché la battaglia non è finita qui.

In prima fila, i cinque ultrà che l'hanno amato più di ogni altra curva del campionato di calcio italiano. La moglie Chantal, dignitosissima nel suo dolore, e i figli Andrea, Alessandra, Benedetta e Gaia, che era una bambina quando il padre si ammalò e da allora gli ha parlato con lo sguardo, occhi neri dentro gli occhi mobili e intensi e vivissimi dell'uomo che, come ricorda il parroco, si era chiesto se vivere o morire, impreparato ma senza incertezze davanti al bivio: «A dire la verità scegliere è stato molto meno difficile del previsto» ha scritto nella sua biografia.

È una bella messa, profumata d'incenso e di sentimenti veri, non ipocriti, l'inevitabile retorica da funerale sfuma dentro il Libro della Sapienza («Le anime dei giusti sono nelle mani di Dio»), dalla Bibbia, e nelle parole dello stesso Stefano, che don Donghi cita a piene mani forse sperando che i giovani della Vis Nova, la squadra di Giussano che il Borgo ha allenato con passione fino ai primi devastanti sintomi del male, ne facciano tesoro. Era un portatore sano di speranza in un corpo da rottamare, Stefano Borgonovo da Giussano, 49 anni. Oltre al resto, lascia la sua ironia: «A parte il fatto che sono immobilizzato a letto e non posso parlare, tutto bene, grazie. E tu?».

**Gaia Piccardi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

