

<https://www.ansa.it/>

Fumo: Pinto(Associazione oncologi),cambiare modelli culturali

(ANSA) - ROMA, 13 OTT - "Cambiare i modelli culturali, soprattutto tra i giovani, per convincerli a smettere di fumare". E' su questo che bisogna puntare per ottenere risultati duraturi nella lotta al fumo. Ad affermarlo è il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), Carmine Pinto, commentando i divieti sul fumo approvati ieri dal Consiglio dei ministri.

"La misura migliore - rileva il presidente degli oncologi - sarebbe arrivare ad un divieto di vendita delle sigarette, ma il passato ci ha insegnato che i problemi, come visto in altri ambiti, non si risolvono col proibizionismo. Sono dunque necessarie altre misure". D'altro canto, spiega, "non si può fare tutto in un giorno: nel 2003, quando si introdusse il divieto di fumo nei luoghi pubblici chiusi, ad esempio, si pensò che ciò avrebbe portato molti problemi. A distanza di alcuni anni si sono invece visti forti effetti positivi, con una diminuzione dei fumatori tra gli uomini. Questa è stata una vera rivoluzione per il nostro Paese, ma purtroppo ciò non è stato sufficiente".

La misura che prevede immagini choc sui pacchetti, sottolinea Pinto, "è molto importante, ma bisogna anche puntare su una vera campagna culturale indirizzata soprattutto ai giovani: vanno cambiati appunto i modelli, perchè le persone devono essere convinte, e non costrette, a non fumare". Per questo, annuncia il presidente Aiom, "il prossimo anno la nostra associazione avvierà una grande campagna contro il tabagismo, rivolta anche ai giovani e alle scuole, puntando su nuovi modelli culturale e sociali". (ANSA).

<http://www.ilsecoloxix.it/>

Sigarette, gli esperti: «I pacchetti devono costare 10 euro»

Aumentare il prezzo delle sigarette, avvicinandoci ad altri Paesi europei dove un pacchetto arriva a costare **anche 10 euro**, e «tagliare il legame tra multinazionali del fumo e politica». All'indomani del via libera del Consiglio dei ministri al decreto di recepimento della direttiva Ue sul tabacco, che introduce vari divieti, oncologi e associazioni di consumatori chiedono misure ulteriori: il nuovo stop al fumo in auto in presenza di minori e donne in gravidanza, ad esempio, concordano, è «fondamentale, ma non basta».

Divieto di fumo in auto se a bordo ci sono bimbi o donne incinta

È, in effetti, una vera e propria stretta sulle `bionde` quella sancita con l'approvazione del decreto, che recepisce le norme Ue e che diventerà effettivo entro Natale: verranno introdotte, tra l'altro, immagini choc sui pacchetti, scompariranno dalla vendita al pubblico le confezioni da 10 e sarà previsto appunto il divieto di fumo in auto in presenza di bambini e donne incinte e lo stop alla pubblicità, oltre che all'uso di additivi che **rendono più «attrattivo» il prodotto**. Misure importanti, affermano medici e cittadini, ma che tuttavia non bastano a delineare una «svolta decisiva» nella lotta al fumo. Svolta che invece si otterrebbe, afferma il direttore della Chirurgia Toracica all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano Ugo Pastorino, aumentando il prezzo dei pacchetti: «Sarebbe una misura decisiva, perché ridurrebbe il consumo di tabacco senza ridurre le entrate per lo Stato».

«Proprio le fasce di popolazione che maggiormente fanno uso di sigarette infatti - spiega Pastorino - sarebbero le più sensibili ad un aumento dei prezzi, a partire dai giovani e le categorie meno abbienti. In questo modo, con un aumento del prezzo, si recupererebbero inoltre risorse da impiegare nella prevenzione e per garantire gratuitamente, ad esempio, i farmaci anti-tabacco a chi ne ha bisogno». **Una misura insomma `di rottura`**, mentre sarebbe «impensabile proporre uno stop totale alla vendita di sigarette». Uno stop, quest'ultimo, rileva il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) Carmine Pinto, «che sarebbe la misura migliore, ma il passato ci ha insegnato che i problemi, come visto in altri ambiti, non si risolvono col proibizionismo. Sono dunque necessarie altre misure» e «bisogna anche puntare su una vera campagna culturale indirizzata soprattutto ai giovani: vanno cambiati appunto i modelli, perché le persone devono essere convinte, e non costrette, a non fumare». Per questo, annuncia, «il prossimo anno l'Aiom avvierà una grande

campagna contro il tabagismo, rivolta anche a giovani e scuole, puntando su nuovi modelli culturali e sociali». A chiedere `di piu´` e´ pure il Codacons: «I nuovi divieti, per quanto un passo avanti, non bastano a risolvere il problema degli 80mila morti l'anno in Italia a causa del tabacco», afferma il presidente Carlo Rienzi, secondo il quale «il primo passo da fare è tagliare di netto il legame tra multinazionali del fumo e politica, che nel nostro Paese esiste da anni». L'influenza delle lobby, afferma, «è ancora troppo forte e limita l'incisività delle azioni di tutti i governi, indipendentemente dal colore politico». Il Codacons ha ad esempio criticato la scelta del premier Matteo Renzi di partecipare nell'ottobre dello scorso anno all'inaugurazione di uno stabilimento di una nota multinazionale di sigarette: «Una brutta immagine per un Paese che, almeno sulla carta - conclude - combatte i rischi legati al fumo».

Non si potrà fumare vicino agli ospedali

Non si potrà fumare vicino agli ospedali. Il consiglio dei ministri ha approvato (si veda *ItaliaOggi* di ieri) un decreto legislativo di recepimento della direttiva 2014/40/ Ue del Parlamento europeo e del Consiglio del 3 aprile 2014 sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati e che abroga la direttiva 2001/37/Ce. Il recepimento della direttiva Ue sui prodotti del tabacco prevede queste novità:

- il divieto di utilizzo di aromi caratterizzanti;
 - le avvertenze combinate (immagini e testo) relative alla salute devono coprire il 65% della superficie esterna del fronte e retro della confezione di sigarette o di tabacco da arrotolare;
 - le revisioni relative alle confezioni unitarie: divieto di vendita dei pacchetti da 10 e piccole confezioni di tabacco;
 - divieto di vendita a distanza transfrontaliera dei prodotti del tabacco e delle sigarette elettroniche ai consumatori;
 - disposizioni relative alle sigarette elettroniche.
- Importanti, inoltre, tutta una serie di disposizioni finalizzate alla tutela dei minori come:
- divieto di vendita ai minori di sigarette elettroniche e contenitori di liquido di ricarica con presenza di nicotina e prodotti di nuova generazione;
 - divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza;
 - divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia;
 - inasprimento delle sanzioni per la vendita e somministrazione di prodotti del tabacco, sigarette elettroniche e prodotti di nuova generazione ai minori;
 - verifica dei distributori automatici, di norma, al momento dell'installazione e periodicamente, al fine di controllare il corretto funzionamento dei sistemi automatici di rilevamento dell'età dell'acquirente.



Salute. Il divieto nel Dlgs varato lunedì

Fumo in auto, sanzioni complicate e «ricorsi» brevi

Maurizio Caprimo

MILANO

■ Il futuro **divieto di fumo** sugli autoveicoli se a bordo ci sono minorenni o donne incinte non seguirà le regole generali del Codice della strada, ma quelle sulla tutela dei non fumatori. Dunque, se il testo del decreto legislativo varato dal Consiglio dei ministri (si veda Il Sole 24 Ore di ieri) resterà invariato, la sanzione massima sarà più alta, non ci saranno sconti per chi paga entro cinque giorni e cambiano le modalità per presentare ricorso. Questo potrebbe rendere ancora più difficile applicare un divieto che dal punto di vista pratico già appare problematico far rispettare.

Le difficoltà pratiche sono legate al fatto che la violazione non avviene in un locale in cui si trova anche l'agente accertatore, ma a bordo di un veicolo in movimento. Se già è difficile normalmente rilevare infrazioni "da abitacolo" come quelle su telefonini e cinture, nel caso del fumo si aggiunge il problema di capire se a bordo c'è una donna incinta o un minorenne.

Le difficoltà procedurali sono legate soprattutto alle modalità di quantificazione e di incasso della sanzione. Infatti, le norme generali sul fumo prevedono una "multa" da 27,50 a 275 euro (dunque, tra il minimo e il massimo c'è un rapporto di uno a dieci, mentre nel Codice della strada è di uno a quattro), da raddoppiare per le violazioni

commesse in presenza di donne incinte e di minori di 12 anni. Il nuovo divieto esteso agli autoveicoli scatta di per sé in caso di gravidanza, quindi dovrebbe essere applicata la sanzione doppia; quando c'è un minorenne, invece, bisognerà stare attenti alla sua età precisa, in modo da far scattare il raddoppio se ha meno di 12 anni.

Inoltre, se l'agente appartiene a un organo di polizia statale, rispetto al Codice della strada non cambia nulla perché anche per queste sanzioni i proventi vanno al bilancio dello Stato; quando invece interviene la polizia locale, valgono le regole che ciascuna Regione può emanare. E, siccome le sanzioni per divieto di fumo vengono comminate ben più di rado rispetto a quelle del Codice della strada, spesso il personale non è preparato.

Cambia anche la procedura da seguire quando il trasgressore non paga entro 60 giorni: invece di mandare la somma a ruolo, occorre presentare rapporto alla Regione.

Dal punto di vista del trasgressore, cambiano le modalità per il ricorso e c'è il rischio di confondersi. Infatti, per il divieto di fumo ci si può rivolgere al solo prefetto e sono entro 30 giorni. Nel caso del Codice della strada, i giorni per ricorrere al prefetto sono 60 e in più ci si può rivolgere anche al giudice di pace entro 60 giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anche in presenza della stessa patologia, l'intensità e gli sviluppi variano tra uomini e donne: la Medicina di genere al centro di una conferenza della Fondazione Veronesi. L'Alzheimer è più femminile, ma i maschi sono più esposti al Parkinson, i bambini soffrono di asma il doppio delle bambine e nell'adolescenza il rapporto si inverte. Sintomi differenti per il mal di cuore

Lui e lei, malati così diversi

SI STUDIANO I RISULTATI DELLE SPERIMENTAZIONI SUI DUE SESSI E LE CURE DIVENTANO SEMPRE PIÙ PERSONALIZZATE

LA RICERCA

I disturbi d'ansia colpiscono due volte le donne più degli uomini. Il tumore del fegato nel corpo di lei progredisce più lentamente che in quello di lui. Le anziane sono a maggior rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer mentre i loro compagni sono più esposti al Parkinson. Nei maschi le placche aterosclerotiche cominciano a formarsi a partire già dai 30 anni; nelle femmine, invece, questo, accade in genere dopo la menopausa. I bambini soffrono di asma due volte più delle bambine ma superata l'adolescenza la malattia è più frequente nelle ragazze. Le pazienti, infine, sono particolarmente brave a descrivere la sensazione dolorosa (riconoscendo le differenze tra i diversi tipi di dolore) i pazienti, invece, si mostrano spaventati e hanno difficoltà a raccontarsi.

Stesse patologie ma intensità, sviluppo ed effetti psicologici differenti. E' ormai chiaro che i nostri corpi, quelli degli uomini e quelli delle donne, reagiscono in modo autonomo rispetto all'"insulto" della malattia. Da qui, cure su misura, farmaci personalizzati, sostegni diversificati per lui e per lei, comprensione dei sintomi (in particolare il cuore) da analizzare con strumenti ad hoc se parla un paziente o una paziente. E' la base della cosiddetta

Medicina di genere (una branca delle scienze biomediche che ha l'obiettivo di analizzare le differenze derivanti dal genere di appartenenza) che ha riunito a Venezia, nell'ambito della conferenza "The future of science" della Fondazione Veronesi, un gruppo di esperti. Medici, biologi, economisti, genetisti e bioeticisti.

L'IDENTITÀ

«Il futuro della medicina - sono parole di Umberto Veronesi - si va articolando sempre più intorno all'idea di precisione. Terapie che non rispondono più tanto alla definizione generale di una malattia, quanto al suo concreto e singolare dispiegarsi nell'individuo. E questa idea della cura non può non investire un aspetto fondamentale dell'identità delle persone come quello legato al genere. Va capito quali sono le differenze che influenzano maggiormente le malattie».

A Venezia è stata presentata la prima rivista scientifica italiana dedicata alla medicina di genere (editore "Il Pensiero Scientifico" con sostegno Novartis) "The Italian Journal of Gender-Specific Medicine" (www.gendermedjournal.it). Medicina come un abito su misura per lui e per lei. Come, ormai, sta accadendo, per le malattie cardiovascolari e psichiatriche.

I sintomi delle patologie di cuore si presentano in modo diverso nei due sessi. Negli uomini l'infarto arriva come un dolore toracico a livello dello sterno, oppressivo e costrittivo, di breve durata e capace di irradiarsi al braccio sinistro. Nelle donne la dolenzia arriva fino alla spalla, al dorso, al collo accompagnata dalla man-

canza di fiato, nausea persistente, sudori freddi, vomito e spossatezza. L'attacco di panico colpisce con una leggera prevalenza le femmine ma si manifesta in modo differente: in lei si rilevano palpitazioni, vertigini e sintomi respiratori, mentre in lui sono più frequenti disturbi gastrointestinali, fitte allo stomaco, eccessiva sudorazione e nausea. Molte volte la paziente con infarto è definita, al pronto soccorso, come "codice verde" e non come "codice rosso". O può essere inviata al reparto di gastroenterologia o psichiatria perché non manifesta il dolore.

I CAMPIONI

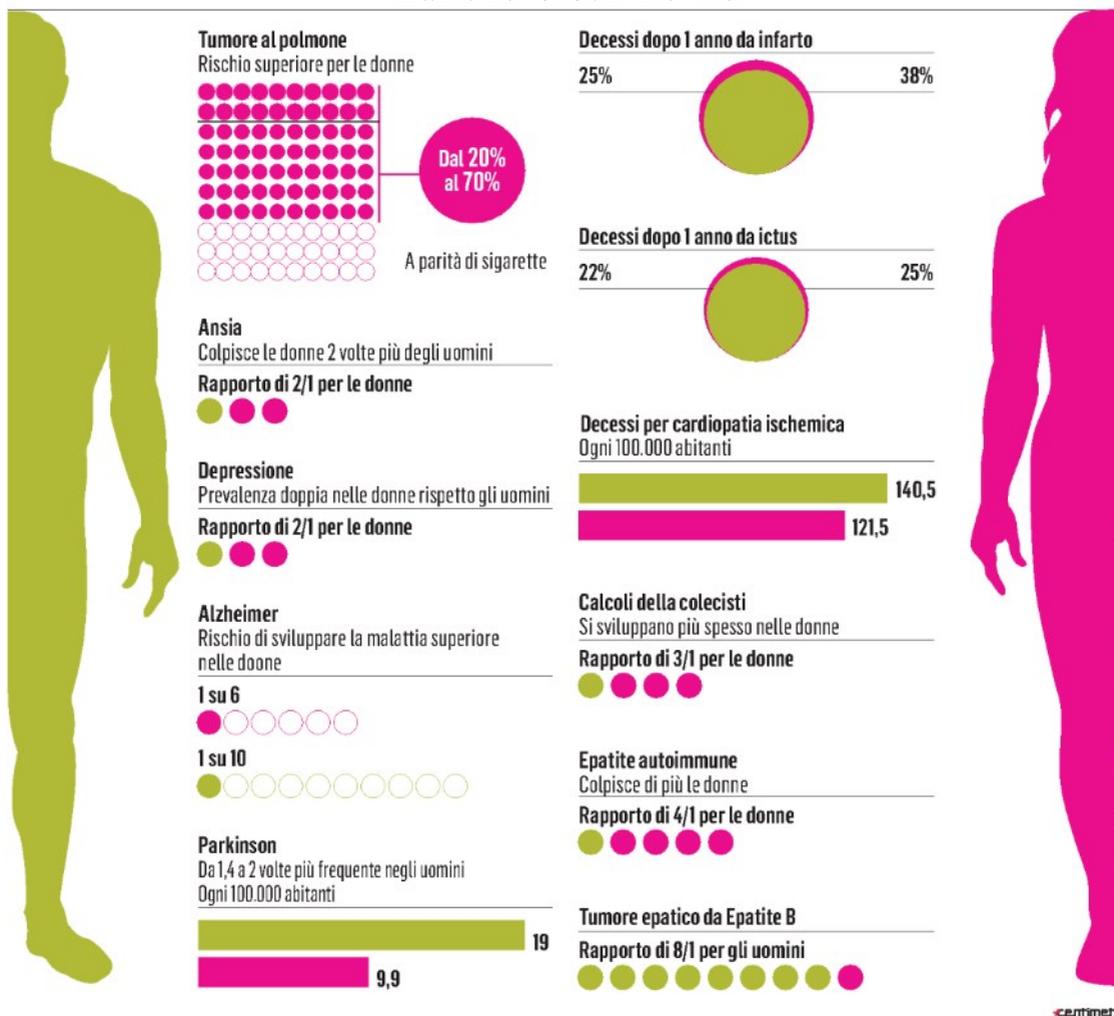
«Fino ad oggi i farmaci sono stati studiati prevalentemente su campioni di popolazione maschile - spiega Flavia Franconi, ordinario di Farmacologia cellulare e molecolare dell'università di Sassari - mentre le donne erano poco o nulla rappresentate e per questo vanno tuttora incontro con maggiore frequenza a effetti collaterali. Ciò si traduce, di conseguenza, anche in più ricoveri ospedalieri, nuove terapie e maggiori costi a carico del servizio sanitario». Ancora un caso: l'ulcera. Inutile che il maschio e la femmina si confrontino su questa malattia. Parlano "lingue diverse". Quella gastrica è più frequente nelle donne mentre quella duodenale negli uomini. Lei ha un decorso migliore. Le giovani hanno una probabilità di guarire superiore a quella dei coetanei. A rendere le femmine più protette sono ancora una volta gli ormoni, prima della menopausa. Mal di testa? Inutile fare a gara sul dolore, troppo diversi.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lui e lei a confronto



Ca al seno, trastuzumab adiuvante sicuro per il cuore



13 ottobre 2015

Notizie rassicuranti sulla sicurezza di trastuzumab per il cuore. A fornirle sono i risultati di un'analisi dello studio di fase III PHARE, secondo la quale l'incidenza di tossicità cardiaca tra le pazienti con un cancro al seno HER 2 positivo in fase precoce sottoposte alla terapia adiuvante con l'anticorpo è stata bassa. Lo studio è stato pubblicato di recente sullo *European Journal of Cancer*.

Inoltre, la maggior parte degli eventi cardiaci sono apparsi reversibili dopo l'interruzione di trastuzumab.

Nelle donne con un cancro al seno iniziale HER2-positivo, l'anticorpo ha dimostrato di migliorare gli outcome, ma studi precedenti avevano evidenziato che il trattamento con trastuzumab si associava a tassi di cardiotoxicità tra il 2 e il 7%. Nello lavoro appena pubblicato (sponsorizzato dal National Cancer Institute francese) si è, dunque, cercato di approfondire la questione.

Lo studio PHARE ha coinvolto 3380 donne con carcinoma mammario in fase iniziale HER2-positivo, assegnate per metà al trattamento standard con trastuzumab per 12 mesi e per metà a un regime più breve, di 6 mesi.

Nel 2013, dopo 3,5 anni di follow-up mediano, si è visto che il regime di durata più breve non è equivalente a quello standard di 12 mesi per quanto riguarda la sopravvivenza libera da malattia (DFS).

"Tuttavia, resta da capire se l'entità del beneficio derivante da un anno di trattamento sia sufficiente a giustificare il suo uso sistematico, in quanto il rischio di danno cardiaco non è trascurabile" scrivono gli autori, coordinati da Xavier Pivot, del Centre Hospitalier Universitaire Jean Minjoz di Besançon, in Francia.

Nell'analisi ora pubblicata sullo *European Journal of Cancer*, i ricercatori hanno effettuato un follow-up cardiaco e una valutazione della frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) ogni 3 mesi durante il trattamento con trastuzumab e durante i primi 2 anni dopo il trattamento, dopodiché ogni 6 mesi.

L'endpoint primario cardiaco era l'insufficienza cardiaca, mentre gli endpoint secondari cardiaci comprendevano gli eventi cardiaci, le disfunzioni cardiache, le riduzioni della FEVS e i recuperi cardiaci.

L'incidenza dell' insufficienza cardiaca è stata dello 0,65% tra le pazienti assegnate al regime standard di 12 mesi di serie e dello 0,53% tra quelle assegnate al regime di 6 mesi, ma la differenza tra i due gruppi non è statisticamente significativa. L'incidenza della disfunzione cardiaca, invece, è stata rispettivamente del 5,9% contro 3,4% (P = 0,001).

La maggior parte delle donne in cui si è manifestata cardiotoxicità, tuttavia, hanno recuperato nel corso del tempo. Tra le 20 pazienti in cui si è sviluppata insufficienza cardiaca, solo una, del gruppo trattato per 12 mesi, e tre, trattate per 6 mesi, non hanno recuperato entro 2 anni dall'evento. Il tempo mediano di recupero è stato di 4,3 mesi (range interquartile, IQR, 3,1-14,3).

Delle pazienti che hanno sviluppato una disfunzione cardiaca, la stragrande maggioranza (il 92,4%) ha recuperato e il tempo mediano di recupero è stato di 6,1 mesi (IQR 4-10,5).

Solo 27 donne (lo 0,79%) hanno avuto un outcome cardiaco sfavorevole.

Quest'analisi dello studio PHARE "conferma che l'incidenza degli eventi cardiaci rimane bassa, ma non nulla, e che tali eventi sono per lo più reversibili dopo l'interruzione di trastuzumab" concludono Pivot e i colleghi.

I ricercatori sottolineano, inoltre, che al basale bisognerebbe verificare a quale categoria di rischio cardiaco appartiene la paziente, in modo da sottoporla alla terapia adiuvante migliore per il suo caso, al fine di evitare un'interruzione deleteria della terapia stessa e disfunzioni cardiache.

Peraltro, in uno studio pubblicato da poco online sul Journal of Clinical Oncology, l'incidenza cumulativa di eventi cardiaci a 6 anni è risultata leggermente superiore nelle pazienti con un tumore al seno in stadio iniziale HER2-positivo trattate con trastuzumab.

In questo studio, le pazienti sono state trattate in fase adiuvante con doxorubicina e ciclofosfamide seguiti da paclitaxel settimanale (braccio A), paclitaxel e quindi trastuzumab (braccio B) o paclitaxel più trastuzumab seguiti dal solo trastuzumab (braccio C).

L'incidenza cumulativa di eventi cardiaci è stata dello 0,6% nel braccio A, 2,8% nel braccio B e 3,4% nel braccio C.

Tuttavia, nella maggior parte delle pazienti che hanno sviluppato insufficienza cardiaca, i ricercatori hanno osservato un recupero della frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS).

Lo studio ha anche evidenziato che nelle donne trattate con trastuzumab, il rischio di eventi cardiaci è risultato maggiore per quelle di età non inferiore ai 60 anni, con una FEVS basale inferiore al 65% o in terapia con farmaci antipertensivi.

"L'incidenza cumulativa di eventi cardiaci a 6 anni è risultata leggermente superiore con l'aggiunta di trastuzumab; tuttavia, lo sviluppo tardivo di eventi cardiaci è infrequente" concludono gli autori di questo studio, aggiungendo che "trastuzumab (nel contesto di una terapia a base di antracicline e taxani) continua ad avere un rapporto rischio-beneficio favorevole".

Alessandra Terzaghi

X. Pivot, et al. Cardiac toxicity events in the PHARE trial, an adjuvant trastuzumab randomised phase III study. Eur J Cancer. 2015;doi:10.1016/j.ejca.2015.05.028.

[leggi](#)

[chiudi questa finestra]

IL PROF. SCHITTULLI IL CANCRO AL SENO SI BATTE SUL TEMPO

di NICOLA SIMONETTI

Tumore della mammella sempre più temibile perché aumenta la sua frequenza nella popolazione (48.000 italiane lo svilupperanno nel 2015 e, di queste, oltre 2000 pugliesi) e, rispetto a prima, interessa sempre più giovani donne. L'incremento tangibile di guarigioni (80%) non è controbilanciato dalle attenzioni di medicina preventiva ed è, spesso, ostacolato da burocrazia imperante e da vantati risparmi che, alla fine costano di più sia in vite umane, ansie, depressioni, sia nella reale economia (più ricoveri, terapie, assenze dal lavoro e dagli impegni domestici, inabilità)".

Lo ha denunciato il prof. Francesco Schittulli, chirurgo senologo oncologo e presidente nazionale Lega italiana lotta contro i tumori, ai Convegni di Ostuni (presid. dr. Giuseppe Surace e Vito Lorusso, rel. prof. Amadori, De Lena, ecc) e di Brindisi (lez. Magistrale su "innovazione e controversie nella diagnosi e trattamento del carcinoma della mammella"; (presid. prof. Cinieri e Lorusso, rel. prof. Maiorano, Galiano, Ventrella, Diotaiuti, Ressa, Surico, Pisconti, Maiello, Colucci, Romito, Adamo, Palmiotti, Bilancia, Marzano, ecc).

Il cancro del seno, malattia potenzialmente grave se individuata e curata in stadio iniziale ha sopravvivenza a cinque anni nelle donne trattate che sfiora il 99%

Da ricercare gli eventuali noduli palpabili.

La mammografia e l'ecografia diagnosticano tumori anche minimi, iniziali.

"L'asportazione chirurgica - dice Schittulli - del tumore (conservativa con quadrantectomia secondo la geniale intuizione del mio maestro ed amico Veronesi) ed eventuale correzione con chirurgia estetica, risolve il problema che, eventualmente, potrà essere seguito da radioterapia (auspicabile quella intraoperatoria) e/o chemioterapia (che può anche precedere l'intervento).

In caso di sospetto ulteriore la tecnica del "linfonodo sentinella" evita ampi tagli chirurgici ed asportazione di tessuti "innocenti".

Il laboratorio studia le caratteristiche biologiche del tumore asportato e l'esito segnalerà la necessità di ricorso a farmaci bloccanti gli estrogeni od a farmaci biologici. Da valutare la familiarità (5-7%) e le mutazioni BRCA 1 e 2 responsabili del 50% delle forme ereditarie.

"Di qui - conclude Schittulli - l'importanza strategica della diagnosi precoce (autopalpazione, visita senologica ed ecografia ogni anno a partire dai 25 anni, cui aggiungere annualmente la mammografia dai 40 anni di età), delle innovazioni dei trattamenti chirurgici, sempre più conservativi, dei "farmaci intelligenti, a bersaglio", di come affrontare la cronicizzazione della malattia, a garanzia di una più lunga e migliore qualità di vita".



GIOVANI ADULTI

Rischi doppi di ricovero in ospedale per chi ha avuto un tumore

Come accade per i bambini, anche chi è stato curato per cancro tra i 20 e i 44 anni ed è guarito può avere più problemi di chi è sempre stato sano

di Vera Martinella



Sempre più spesso adolescenti e giovani adulti a cui viene diagnosticato un tumore riescono a superare la malattia e ad avere un'aspettativa di vita lunga quanto quella dei loro coetanei che non si sono mai ammalati. Ma anche 20 anni dopo la fine delle terapie e dopo essere stati dichiarati guariti possono portare i segni, fisici o psicologici, di quell'esperienza. Tanto da venire ricoverati in ospedale più spesso rispetto a persone della stessa età che non hanno avuto il cancro.

Lo studio

E' la conclusione a cui è giunto un recente studio americano pubblicato sulla rivista scientifica *Journal of*

Clinical Oncology dopo aver analizzato i dati dell'*Ontario Cancer Registry* raccolti fra il 1992 e il 1999, relativi a oltre 20mila persone che avevano ricevuto la loro prima diagnosi di cancro in quel periodo, quando avevano un'età compresa fra i 20 e i 44 anni. Dopo aver paragonato le informazioni sulla loro salute con quelle di oltre 100mila coetanei che non avevano avuto il cancro hanno calcolato che il tasso di ospedalizzazione degli ex pazienti era doppio (o più che doppio) per chi aveva avuto un tumore gastrointestinale o colonrettale, una leucemia o un linfoma, una neoplasia renale o vescicale, oppure un tumore cerebrale. Per tutte le altre forme di cancro i ricoveri ospedalieri erano minori, circa una volta e mezzo. Eccetto in caso di melanoma o tumore al testicolo, per i quali non si evidenziano grandi differenze rispetto ai coetanei «sani». «Questi risultati - ha commentato Nancy Baxter, autrice dell'indagine, sono in linea con quanto si era già visto sugli ex pazienti con un tumore pediatrico: infatti, circa due terzi dei sopravvissuti a un tumore in età infantile sviluppano complicanze a lungo termine dovute alla chirurgia, alla radioterapia o ai farmaci chemioterapici».

Serve un attento monitoraggio a lungo termine

«Sappiamo bene che i trattamenti anticancro non sono esenti da sequele a lungo termine, conosciamo i rischi che chemio e radioterapia possono dare, dai problemi cardiaci ai disturbi renali o epatici, per fare degli esempi. O addirittura secondi tumori - spiega Andrea Ferrari, oncologo pediatra, responsabile del Progetto Giovani all'Istituto Tumori di Milano e fondatore della Società Italiana Adolescenti con Malattie Onco-ematologiche (Siamo) -. Tutto dipende da quali trattamenti sono stati fatti, con quale dosaggio, per quale tipo di tumore. Per fortuna sono comunque rischi rari, che possono però causare le ospedalizzazioni di cui parla lo studio. E il fatto di esserne al corrente ci permette di definire meglio i controlli che questi pazienti dovranno fare negli anni successivi alle cure». Serve, insomma, un attento monitoraggio a lungo termine che va calibrato tutto sul singolo paziente, sulla sua malattia, il tumore che ha avuto e le cure che ha fatto. E' però importante, soprattutto dal punto di vista psicologico, che il paziente guarito sia considerato guarito a tutti gli effetti.

Ascoltare il corpo senza troppe angosce

«Il maggiore ricorso alla cure ospedaliere segnala anche che se ci sono problemi a lungo termine, questi si possono affrontare, mentre in passato ci si accontentava della guarigione - aggiunge Carlo Alfredo Clerici, medico psicologo in oncologia pediatrica all'Istituto Tumori -. Un altro aspetto importante riguarda il modo con cui i pazienti curati in età giovanile "abitano" il proprio corpo. L'esperienza della malattia può aver insegnato che ogni segno anche minimo è da ascoltare e i frequenti controlli di follow-up, sempre più diradati nel tempo, indicano una sorta di riabilitazione a vivere nella propria realtà fisica senza eccessive angosce. Anche per sostenere questo processo di riadattamento è importante che il follow-up sia condotto presso i centri di cura che dispongono di equipe multidisciplinari che comprendono anche psicologi e psicoterapeuti». D'altro canto, se necessario, gli ex pazienti che hanno imparato a riconoscere i sintomi di qualcosa che non va, informati sui possibili effetti collaterali delle cure fatte da giovani, possono aver imparato a non perdere tempo e andare in ospedale.

Scontro fra medici: troppi farmaci

Frattura fra sindacati, congelato l'accordo sul taglio delle ricette

■ MURA A PAGINA 9

SANITÀ » ABBATTIMENTO DELLA SPESA

Frattura sindacale Congelato l'accordo taglia-farmaci

Il documento è fermo all'Asl allo stadio di bozza

La Fimmg non cede. L'Ordine: il faro resti la deontologia

Cosa cambierà con il piano di riduzione della spesa farmaceutica a Ferrara? Nulla, almeno per il momento.

L'accordo che prevede un ulteriore taglio del 3,56% per gli ultimi tre mesi dell'anno - reso necessario per centrare l'obiettivo del 6,16% imposto dalla Regione - al momento è fermo sul tavolo dell'Asl allo stadio di bozza e il percorso che dovrebbe portare alla ratifica dell'accordo è stato sbarrato dalla ribellione della Fimmg. La Federazione dei medici di famiglia ha rifiutato di sottoscrivere la bozza, puntando il dito contro la «sanità bancomat» e gli strumenti «sconcer-tanti» scelti per abbattere i costi correlati alle prescrizioni dei medicinali (vedi articolo a fianco).

Non esclude, il sindacato del segretario Claudio Casaroli, di ricorrere alle vie legali in nome della difesa dell'autonomia e l'indipendenza della professione medica, e la frattura sindacale con l'altra sigla che riunisce i medici di base (lo Snam), ha di fatto congelato l'ipotesi di un patto unitario, e dunque, anche l'applicazione

delle ulteriori limitazioni prescrittive.

«Siamo ancora in attesa di essere convocati dall'azienda Usl per la firma dell'accordo - conferma il segretario provinciale Snam Roberto Tieghi - La nostra posizione è e rimane quella di fine settembre, quando abbiamo firmato la bozza elaborata dall'Asl per la prima parte e da noi per la seconda. La proposta - assicura - non avrà ripercussioni negative sull'assistenza ai pazienti, nè sull'indipendenza dei medici, ai quali non si impongono obblighi nè tantomeno sanzioni o provvedimenti disciplinari. E, se per questo, neanche incentivi legati agli obiettivi di risparmio nelle prescrizioni farmaceutiche. Ci sono, al contrario, ancora ampi margini di recupero scegliendo i farmaci generici (la bozza prevede di passare dall'attuale 80,6% all'87,2% sul totale delle prescrizioni, ndr)».

Ma se la bozza non sarà modificata, le possibilità di ricucire con la Fimmg sono a zero, altrettanto ferma nel respingere un'impostazione «con tagli lineari, senza una parola su

metodologia e valutazione clinica o riflessioni sulle individuazioni di aree di eventuale rischio clinico».

Per il presidente dell'Ordine dei Medici di Ferrara, Bruno di Lascio, il punto va ben oltre l'appartenenza all'uno e all'altro sindacato: «Ricordiamoci che al di là di tutte le sigle ci sono gli individui, un medico resta sempre un medico, e come tale deve seguire prima di tutto la sua professionalità e deontologia, e agire secondo scienza e coscienza. I principi di libertà, autonomia e indipendenza sono fondamentali, ma lo è altrettanto quello della responsabilità. Questi i punti fermi da non perdere mai di vista, il resto sono solo polemiche che rischiano di creare panico tra le persone».

Un tema, quello dell'abbattimento dei costi nel settore sanitario, reso ancora più sensibile dal decreto del ministro **Lorenzin** sulla riduzione degli esami superflui, e che soprattutto nelle categorie più fragili ed esposte, come anziani e malati cronici, si traduce nel timore di passare da un'abbuffata a una fame di sanità.

Alessandra Mura



LA MANOVRA DEL GOVERNO

«Alla Sanità servono altri due miliardi»

SERVIZI A PAGINA 5 >>

«Servono altri 2 miliardi alla Sanità»

Legge di Stabilità, ministro **Lorenzin** e Regioni: «Più risorse per contratti e farmaci innovativi»

MANOVRA

I CONTI NON TORNANO

● A meno di 48 ore dal varo in Consiglio dei ministri della Legge di Stabilità 2016/2018 si va delineando l'architettura complessiva del provvedimento, anche se mancano ancora poste alla «voce» coperture soprattutto dopo la revisione al ribasso dell'introito dalla spending review. Il governo dava per scontato in estate infatti un incasso da 10 miliardi che sono però ora scesi a 6-7 al massimo. Ma una mano potrebbe arrivare dalla razionalizzazione delle spese per la Sanità, a partire dal Fondo nazionale. La «dotazione» 2016 sarà infatti di 111 miliardi. Anche se il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, si sta battendo perché arrivino risorse «extra» per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, garantiti dal servizio sanitario nazionale, e per la stabilizzazione dei circa 7mila precari, puntando a ottenere a almeno altri 900 milioni.

Il livello del finanziamento fissato al momento è «troppo poco» dice il presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**. «Sono indispensabili ulteriori risorse: servono almeno due dei tre miliardi previsti di aumento del fondo». Il premier Renzi nei giorni scorsi aveva ricordato che nel 2002 il fondo nazionale sanitario ammontava a 75 miliardi. Poi nel 2013 i fondi erano 106, quest'anno sono 110 e il prossimo anno saranno 111. Quindi un aumento. Ma oggi è stato confermato dai governatori che il Fondo 2016 ammonterà a poco più di 111 miliardi. Troppo pochi.

L'impegno che il Governo si era assunto un anno fa con il Patto per la salute era di destinare 2 miliardi in più sul 2015 e 3 miliardi in più sul 2016, per un totale di 5 miliardi. Lo stanziamento per il 2015 è stato azzerato, mentre sul 2016 la proposta del governo è di un miliardo in più, «che non è sufficiente» per i governatori, anche alla luce dei rinnovi contrattuali dei me-

dici e del personale sanitario. Pesano anche il costo dei farmaci innovativi e i nuovi livelli essenziali di assistenza. Tra tagli, costi in più e mancati incrementi le Regioni calcolano risorse in meno per quasi 6 miliardi.

Renzi spiega che arriveranno 300 milioni per sistemare la tassazione delle partite Iva. Si dovrebbe arrivare - spiega il sottosegretario **Enrico Zanetti** - ad un forfait del 5% su chi sta sotto i 30 mila euro per i primi anni. Altra precisazione arriva sugli 80 euro dopo le polemiche nate in seguito all'annunciata ipotesi che da assegno potessero trasformarsi in detrazione fiscale: «gli 80 euro - dice Renzi - rimangono anche l'anno prossimo, rimangono per sempre. Sono una misura acquisita». Cioè qualunque sia la formula scelta per erogarli saranno comunque 80 euro in più al mese in busta paga.

Sempre sul fronte «scricchiolante» delle coperture un'altra buona notizia arriva dal gioco: la gara per il lotto slitta infatti al 2016. Il rinvio, che dovrebbe essere inserito nella legge di stabilità, potrebbe così portare in «dote» 350 milioni aggiuntivi per le coperture 2016. A tanto ammonta infatti l'acconto (dovuto all'atto di aggiudicazione) che, visto lo slittamento, non dovrà più essere pagato entro il 31 dicembre 2015 ma il prossimo anno, insieme alla quota restante di aggiudicazione. Complessivamente la legge di stabilità potrà dunque contare su 700 milioni di base d'asta della gara.

Tra le altre novità della giornata, mentre ormai è definitivamente saltato l'intervento sulla flessibilità delle pensioni e si da per scontato l'intervento su prima casa, arriverebbero anche all'incirca 100 milioni per i disabili che restano senza genitori, ma anche sgravi per le famiglie che mettono da parte risorse da garantire ai figli.

MENO ENTRATE

Ci si aspettava un gettito di dieci miliardi dal taglio delle spese pubbliche, ma alla fine ci si dovrà fermare a sei, massimo sette



SALUTE Il ministro **Beatrice Lorenzin**



Alla sanità 111 miliardi ma si tratta ancora

Fondo ridotto di 2,3 miliardi ma il governo apre all'alleggerimento di vecchi tagli extra sanitari

Gli aumenti di spesa

Il ministro della Salute: vanno finanziati Lea, nuovi contratti e ingresso stabile dei precari

Farmaci

Continua il braccio di ferro con i governatori a partire dai tetti e dai prodotti innovativi

IL MINISTRO

Anche Lorenzin spinge per un incremento di almeno 500 milioni. Chiamparino: bisogna arrivare almeno a quota 112 miliardi

Roberto Turno

ROMA

■ Ci proveranno e insisteranno ancora fino all'ultimo secondo utile. Ma finora, mentre le lancette stanno per arrivare all'ultimo giro, non sono riusciti a spuntare un cent in più per asl e ospedali. Che nel 2016 potranno contare su 111 miliardi, uno in più di quest'anno ma 2,3 in meno di quanto si prevedeva. Questione di ottimismo (renziano) o di pessimismo (regionale e della ministra). Nell'incontro al vertice (ma senza il premier e Padoan) sulla manovra con Lorenzin e il sottosegretario alla presidenza De Vincenti, i governatori sono tornati con un pugno di mosche, almeno per la partita che più sta loro a cuore: la sanità. Ma hanno strappato dal Governo l'attenzione, quanto meno la chance, che proprio all'ultimo miglio di questa faticosa messa a punto della legge di Stabilità 2016, spunti almeno in parte una marcia indietro su altri tagli extra sanitari ereditati dal Governo di Mario Monti, che si trascineran-

no ancora il prossimo anno: valgono 2,2 miliardi e si sta studiando il modo per attutirli. Gli sherpa dei governatori e quelli di Padoan sarebbero già al lavoro e, tra le ipotesi, per limare il taglio è spuntata l'ipotesi di rinegoziare i bond locali per trasformarli in Btp. Operazione non semplice, che secondo le prime stime potrebbe valere circa un miliardo di risparmi. Per le regioni sarebbe un piccolo (ma non troppo) toccasana.

Anche per questo ieri i governatori, a partire ovviamente dalla vice segretaria dem Debora Seracchiani (governatrice del Friuli) hanno sparso cauto ottimismo di fronte alle aperture, ancora del tutto teoriche, del Governo.

D'altra parte a spingere per una soluzione che consenta di superare ancora almeno di qualcosa l'asticella dei 111 miliardi, è stata nuovamente la ministra Lorenzin. Che ha ricordato la mina dei nuovi contratti, quella dei Lea che costeranno almeno 900 milioni in più (ma a cui le regioni senza aumenti sostanziosi non concederanno), il finanziamento dei farmaci innovativi, la grana della sanatoria dei precari in sanità. Sul piatto la proposta di portare il Fondo «almeno» a 111,5 miliardi, in pratica 500 milioni in più. Oltre a quanto si riuscirà a grattare dei tagli extra sanitari da 2,2 miliardi.

Insomma, grandi movimenti

sotto il cielo della sanità pubblica. Con Sergio Chiamparino (Piemonte, rappresentante dei governatori) che intanto ha rilanciato: servono almeno 2 miliardi, come dire che andrebbe bene toccare quota 112 miliardi per asl e ospedali. Mentre il ligure Giovanni Toti ha fatto capire che se aumento ci sarà, saranno solo «briciole». «Timide aperture», ha frenato del resto per il Pd anche Enrico Rossi (Toscana).

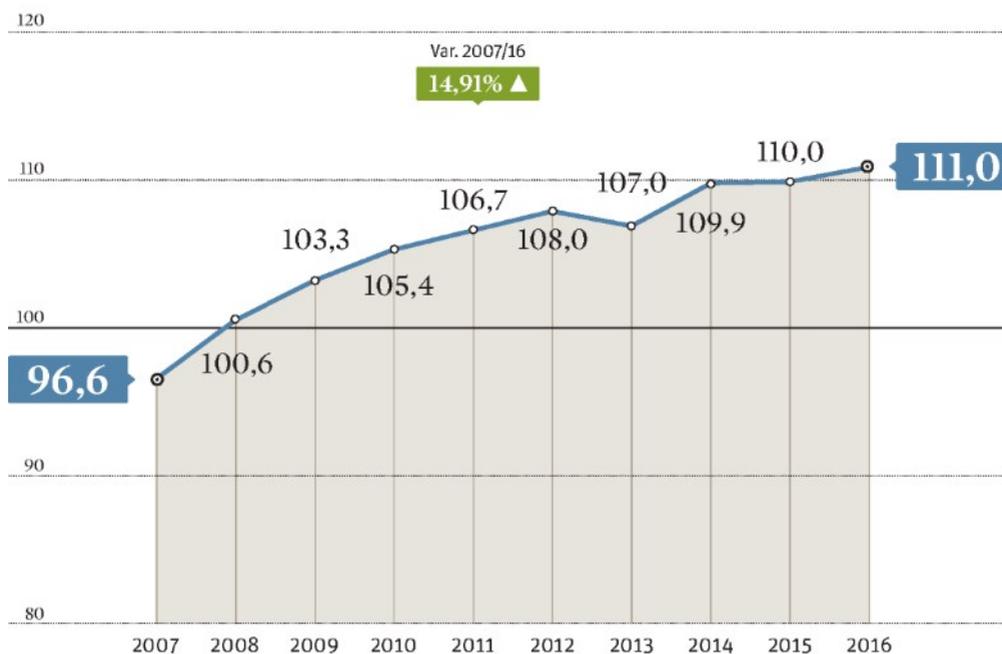
L'ossatura della manovra, finanziamenti a parte, sembra però più o meno delineata. In primo piano i piani di rientro triennali per gli ospedali in rosso e i risparmi fino a un miliardo per gli acquisti. Il «fondino» per le regioni virtuose sarà definito si pensa al momento del riparto dei fondi 2016 mentre la manovra darà già un input per i costi standard. Più di qualche punto interrogativo resta invece ancora sui nuovi «tetti» della farmaceutica, con lo spinoso capitolo dei farmaci innovativi che ieri è stato anche occasione di discussione con De Vincenti. Ma Renzi sui farmaci non la vede come i governatori. Mentre il nuovo Prontuario è stato appena rifatto dall'Aifa e pubblicato in «Gazzetta». Tutti sono in attesa di fare le valutazioni dell'impatto finanziario. E di capire «quanto, se e come» sarà tolto o aggiunto agli italiani per curarsi con pillole e affini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'escalation dei finanziamenti

La disponibilità del fondo per la sanità (importi in miliardi di euro)



Elogio della parsimonia in medicina

Il decreto chiede di spiegare perché si prescrive un esame. È giusto punire chi non lo fa

di **Giuseppe Remuzzi**

Esami di laboratorio, test genetici, Tac, risonanze magnetiche e tanto altro diventano prestazioni soggette a «condizioni di erogabilità» o «indicazioni di appropriatezza

prescrittiva». Da una parte il decreto sui tagli delle prescrizioni, dall'altra i medici che temono di perdere la facoltà di «decidere secondo coscienza». Chi ha ragione? In realtà il provvedimento può essere un aiuto proprio per i medici.

a pagina 28

Proteste ingiustificate Il decreto sui tagli nelle prescrizioni va letto bene prima di criticarlo: se c'è un buon motivo per non seguire quello che viene raccomandato basta indicarlo chiaramente. Se invece un medico non è in grado di spiegare le ragioni delle sue scelte è normale che ci debbano essere sanzioni

IRISPARMI SANITARI PER INVESTIRE NELLA RICERCA

di **Giuseppe Remuzzi**

Esami di laboratorio, test genetici, Tac, risonanze magnetiche e tanto altro diventano prestazioni soggette a «condizioni di erogabilità» o «indicazioni di appropriatezza prescrittiva». Cosa vuol dire? Che un certo esame di laboratorio, mettiamo la concentrazione di calcio nel sangue, tanto per fare un esempio, si può prescrivere solo a certe condizioni: se uno ha i calcoli al rene o se ha insufficienza renale o malattie dell'osso o disordini neurologici e psichiatrici o anche malattie della tiroide, della paratiroide, gastrointestinali e tumori. Ed è così per tanti altri esami, 208 in tutto. I medici però non ci stanno «non potremo più prescrivere secondo la nostra coscienza» dicono e contro questo decreto sono pronti a scioperare.

Intanto il ministro **Lorenzin** difende la sua scelta con molto garbo ma senza concedere nulla. Chi ha ragione? Stiamo ai fatti e torniamo — per capirci — al nostro esempio. Ci sono altre condizioni per cui si debba misurare il livello di calcio

nel sangue? A me non pare e penso che per i medici analizzare ciascuna voce del decreto potrebbe essere utile. Sempre a proposito del nostro esempio il decreto aiuta a ricordare che disturbi neurologici e psichiatrici dipendono in certi casi da bassi livelli di calcio nel sangue. Nel mieloma multiplo — una forma di leucemia — il calcio è alto, questo lo sanno tutti, ma negli altri tumori? Il decreto potrebbe essere uno stimolo a scoprirlo.

Quello del calcio è solo un esempio, se ne potrebbero fare tanti altri a dimostrazione che non c'è nessun limite alla libertà di prescrivere, se mai la si orienta verso l'appropriatezza, ma questo ai medici dovrebbe far piacere, o no? La Tac della colonna vertebrale si può fare dopo un trauma o se si sospetta un tumore, se no meglio la radiografia. Giusto. Non dimentichiamo che quello che non serve può far male e che con la Tac si prendono molte radiazioni e alla lunga c'è il rischio di sviluppare tumori. Ma allora l'etica di evitare gli sprechi dovrebbe diventare un imperativo morale per tutti e an-

cora di più per chi governa la sanità e per i medici. E serve a dare buone cure più che a risparmiare.

Certo vanno coinvolti anche gli ammalati, il decreto protegge anche loro. Che non l'hanno capito, né loro né le loro organizzazioni: «Meno esami, pazienti in rivolta e le sigle dei consumatori sono pronte a unirsi ai medici». Di chi la colpa? Certo non degli ammalati, siamo noi medici a non essere mai stati capaci di spiegarcelo; potremmo farlo adesso e cominciare a discutere apertamente e senza ipocrisie con i nostri pazienti dei costi delle cure. Questo non compromette affatto il nostro rapporto con loro, come pensa qualcuno. Tutt'altro, sarà l'occasione per decidere insieme su ciò che è



Dir. Resp.: Luciano Fontana

giusto fare, su quello che è meglio evitare o che non si deve fare affatto. Fra noi c'è ancora qualcuno che pensa che l'attenzione a quanto si spende sia in contrasto con l'etica professionale.

Non è così, scrive Gregg Bloche sul *New England Journal of Medicine*. L'articolo ha un titolo molto bello «Medicine's, new frugality», è un invito ad essere parsimoniosi con esami e radiografie e con tutto quello che costa ma che non serve. Da qualche tempo per certe malattie abbiamo farmaci efficaci ma costosissimi (basti pensare a quelli per l'epatite C) vorremmo poterli dare a tutti ma continueremo a farlo solo se sapremo risparmiare da qualche altra parte. Resta il problema che chi non rispetta il decreto ne risponderà economicamente e potrebbe persino arrivare a doversi giustificare di fronte alla Corte dei conti. Questo ha dato fastidio proprio a tutti («Le sanzioni: un'umiliazione evitabile»). Prima di criticare però leggiamolo bene il decreto «in caso di difformità del comportamento prescrittivo rispetto alle indicazioni il medico è tenuto a spiegare le ragioni».

Insomma, se c'è un buon motivo per non seguire quello che ci viene raccomandato basta farlo presente. Certo che se uno non è in grado nemmeno di spiegare il perché di certe prescrizioni, è normale che debbano esserci sanzioni. Peccato che invece di protestare e minacciare scioperi i medici non si siano concentrati sulla parte più interessante delle dichiarazioni del ministro «parte di quello che si risparmia lo investiremo in ricerca», questa sì che è una buona notizia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici

Un rapporto stretto col paziente riduce di 4 volte i ricoveri

A volte basta la parola giusta. Un rapporto stretto tra medico e paziente riduce di quattro volte il rischio di ricoveri e aumenta del 34-40% la probabilità di tenere sotto controllo malattie croniche. Riducendo il pericolo di complicanze e perfino lo stress generato dagli esami clinici. Lo rivelano gli esperti della Società italiana di medicina interna. Ma pochi camici bianchi, secondo le ammissioni della stessa società scientifica, ascoltano davvero i bisogni dei malati: solo il 22% instaura un rapporto "forte" con gli assistiti, il tempo medio di una visita non supera i 9 minuti e già dopo 20 secondi il racconto del paziente viene interrotto dalle domande del dottore, che per due terzi del colloquio tiene gli occhi incollati al pc. E così sono molto pochi i pazienti che riescono a spiegare davvero al medico tutto ciò che si erano prefissi di dire.



TASSE E POLEMICHE MISURE ANTI-EVASIONE. LA CATEGORIA: «VESSATORIO E COSTOSO. CI OPPORREMO»

I medici avranno l'obbligo di trasmettere i dati sulla spesa dei pazienti per il «730»

Ai camici bianchi che non collaborano sanzioni fino a 50mila euro

● **ROMA.** Esplode la protesta dei medici contro il decreto che introduce sanzioni fino a 50mila euro per i camici bianchi in caso di mancata o errata trasmissione dei dati sulla spesa sanitaria dei pazienti, ai fini della dichiarazione precompilata dei redditi con il 730. È una misura «inaccettabile», attacca la Federazione degli Ordini dei medici e degli odontoiatri (Fnomceo), che annuncia la linea dura: «stop» ad ogni collaborazione con il ministero dell'Economia e delle Finanze, con il rifiuto di trasmettere i dati richiesti sugli Albi dei professionisti.

Lo stesso premier Matteo Renzi ha oggi annunciato la novità: «Dal prossimo anno nella dichiarazione telematica fiscale, che è una rivoluzione straordinaria - ha detto - ci saranno anche le spese sanitarie». Ma i medici considerano questa una misura tutt'altro che «indolore», come ribadisce pure la Federazione dei medici di famiglia (Fimmg). Numerose le ragioni alla base del dissenso: «Apprendiamo con stupore l'introduzione di sanzioni, al contrario di quanto assicurato dallo stesso Mef, e diciamo "basta" - afferma la presidente Fnomceo Roberta Chersevani - a provvedimenti imposti a fatto compiuto, senza consultazione: non forniremo nel formato richiesto i dati degli Albi per l'accreditamento dei professionisti al Sistema tessera sanitaria. Né, da parte loro, gli Ordini provinciali svolgeranno alcun ruolo per il rilascio delle credenziali ai singoli iscritti». Ed ancora: «C'è da chiedersi - incalza - se il Mef ritenga che gli studi dei medici e degli odontoiatri dispongano di un apparato amministrativo in grado di sostituirsi a quello dell'amministrazione fiscale; se medici e odontoiatri debbano accollarsi essi stessi l'onere, a fronte di costi già difficilmente sostenibili, o se tale funzione debba essere delegata, a commercialisti esterni, con spese ancora maggiori».

E non si tratta di una questione puramente economica: «nel caso il professionista debba occuparsene personalmente - avverte Chersevani - lo farà inevitabilmente sottraendo tempo alla cura delle persone. E questo non è accettabile». Sulla stessa linea il segretario Fimmg Giacomo Milillo: «Ancora una volta la semplificazione della pubblica amministrazione viene caricata sulle spalle dei professionisti, a danno dei cittadini che troveranno negli studi medici più spese e meno tempo per l'assistenza». E tutto questo, sostengono i medici, si aggiunge alle sanzioni previste dal cosiddetto «decreto sull'appropriatezza» degli esami e al «continuo appesantimento burocratico della professione». Temi «scottanti» che saranno all'ordine del giorno degli Stati Generali della professione medica, convocati il prossimo 21 ottobre a Roma.

«È davvero arrivato il momento di dire basta», conclude la Fnomceo, ribadendo la richiesta di un intervento da parte dei ministri Padoan e **Lo-renzin**.



ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Expo 2015

ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Lorenzin, con Legge Stabilità far partire Livelli assistenza e riassorbire precari

Lorenzin, con Legge Stabilità far partire Livelli assistenza e riassorbire precari

'Risparmi reinvestiti in salute'

13 ottobre, 19:51

[Indietro](#) | [Stampa](#) | [Invia](#) | [Scrivi alla redazione](#) | [Suggerisci](#) ()


Beatrice Lorenzin

Far partire velocemente i nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza) e riassorbire i precari del comparto della sanità "da troppo tempo fermo". Sono questi - secondo quanto si apprende - i 'paletti' che il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha posto al tavolo con il Governo e le regioni che si è svolto a palazzo Chigi.

"Bisogna far partire i Lea - riportano le stesse fonti - e bisogna riassorbire i precari". Secondo quanto si apprende, inoltre, il ministro Lorenzin avrebbe ribadito l'assoluta necessità che nell'utilizzo dei "risparmi della Pubblica Amministrazione si riparta dal comparto della sanità", da troppo tempo fermo. "Si eliminino gli sprechi, tagliando i rami secchi - ha aggiunto la Lorenzin - e si investa sulla salute. Tutto ciò che viene risparmiato - ha ribadito il ministro - va reinvestito in questo comparto". Oggi nel corso dell'incontro con il Governo, le Regioni avevano ribadito che "sono indispensabili ulteriori risorse, almeno due, dei tre miliardi previsti di aumento del fondo". "Senza questi, aveva detto il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino - è difficile far fronte anche alle richieste di accesso ai farmaci innovativi, all'implementazione dei livelli essenziali di assistenza Lea e al rinnovo dei contratti". Quanto ai nuovi Lea, attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni, nella lista delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale dovrebbero 'entrare' tra l'altro i trattamenti per la fecondazione eterologa, ma anche le indagini cliniche per la diagnosi della celiachia e le cure per l'endometriosi, una malattia che solo in Italia colpisce oltre tre milioni di donne. Dovrebbero essere inclusi anche i trattamenti per la Bpco (la broncopneumopatia cronica ostruttiva, di cui soffrono circa 1,2 milioni di italiani), varie malattie croniche e patologie rare, oltre ai trattamenti di adroterapia oncologica (che curano i tumori mediante l'impiego di protoni e di ioni carbonio). Solo la scorsa settimana, Lorenzin, in un'audizione in commissione Sanità al Senato, aveva indicato appunto come "una priorità" che i Lea vengano attuati con la legge di Stabilità 2016: il budget necessario calcolato - aveva puntualizzato il ministro - è di circa 900 milioni ed è indispensabile che nel Fondo 2016 ci siano questi soldi per realizzare i Lea ed il nomenclatore delle protesi". Altra priorità indicata dal ministro è la stabilizzazione dei precari: secondo una recente rilevazione della Fp-Cgil Medici, su un totale di 108.115 medici del Ssn (uomini 64.101, 59,28%; donne 44.014, 40,72%), i precari sono 7.399 (uomini 2.989, 40,4%; donne 4.410, 59,6%).

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

[Indietro](#)
[condividi:](#)

PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Sanità: Cecconi (Cgil), Fondo usato ancora come bancomat
>>>ANSA/ Fisco: 730 precompilato; rivolta medici, stop dati a Mef

Protesta per sanzioni su invio spese sanitarie in dichiarazione

E' allarme mal di rumore, troppi decibel per una persona su 3

Grandi città a rischio udito, Napoli 'capitale' italiana chiasso

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#) | [+](#)

SPECIALI ED EVENTI

Arriva app per autovalutare rischi disfunzione erettile

Realizzata da Siu e presentata a congresso Società a Riccione


Salute, a Expo arriva 15/mo Obesity Day

Illustrati come Best practice anche due progetti Coca-Cola


Asma e Bpco 'mozzano' il respiro di 1 italiano su 10

Patologie raddoppiate in quasi 10 anni, in crescita


In Sierra Leone al via sperimentazione vaccino Ebola

Prodotto da Janssen, ha risultati promettenti in studi preclinici


Influenza, in Italia tasso vaccini più basso ultimi 10 anni

Tra ultimi paesi Ue, per anziani sotto al 50%


Cibo primo alleato della passione di coppia

3 mln italiani con disfunzione erettile, nuova pillola 'amica'


Epatite, possibile eliminazione da Italia a costi sostenibili

Studio Tor Vergata, costo 'superfarmaci' bilanciato da risparmi


[VAI ALLA RUBRICA](#) | [+](#)

CENTRI DI ECCELLENZA

La Lorenzin accusa le Regioni: troppe spese

Il ministro al congresso dei medici di base: tregua con il governo. Dichiarato lo stato di agitazione

► DOMUS DE MARIA

Beatrice Lorenzin è una donna e una ministra coraggiosa. Una che ci mette la faccia, anche sul terreno insidioso del famigerato decreto "taglia esami". Entra nella tana del lupo, di fronte a centinaia di medici di famiglia riuniti nel loro 71° congresso nazionale, all'hotel Chia Laguna, in qualità di nemico numero uno e lascia l'assemblea da alleata, contro il vero avversario della categoria: le Regioni. Nel corso del suo lungo intervento, colleziona sette applausi contro tre brusii di dissenso e convince l'assemblea che un percorso comune si può fare. Lorenzin parla dopo che il segretario del Fimmg, Giacomo Milillo, ha appena definito una bufala il presunto risparmio generato dal decreto sull'appropriatezza. «Tra gli indicatori che sorvegliano il ministero della Salute sulle Regioni – spiega Milillo – l'appropriatezza delle prescrizioni non è mai stata rilevata, il presunto risparmio di 13 miliardi non è mai stato contabilizzato ma rappresenta una stima che noi contestiamo. Del resto – aggiunge – l'impatto della misura secondo i calcoli del ministero sarebbe di appena 106 milioni». Il decreto per Milillo è la classica goccia che ha fatto traboccare il vaso. «Si tratta – dice – di un provvedimento che non ha senso perché non ha alcuna base scientifica. L'appropriatezza degli esami di laboratorio deve essere valutata dalla professione medica prendendo in esame le singole persone e non sulla base di una tabella ministeriale. Si potrebbero combattere gli eccessi di spesa come si è fatto per quella farmacologica ma non accettiamo il clima di terrore che si verrebbe a creare se questo provvedimento ministeriale dovesse essere approvato». La ministra Lorenzin rassicura subito la platea dei medici con un perentorio: «Non si taglia proprio niente. Stiamo parlando di 208 prestazioni minori che non

verranno abolite perché ciascun medico potrà effettuarle quando lo ritiene opportuno. L'appropriatezza – precisa Lorenzin – viene decisa solo dal medico. Per ciascuna di queste prestazioni viene indicato cosa fare in base a determinati parametri, ma il medico può derogare e fare quello che ritiene giusto». Se con il governo i medici sono disposti a dialogare, la strada diventa difficile nel rapporto con le Regioni, diventate l'imputato principale dello sfascio sanitario. Prova ne sia l'assenza dell'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, non invitato al congresso. «Il governo non deve essere succube delle Regioni – dice Milillo alla rappresentante della Sanità – perché noi siamo disposti al dialogo con il governo ma non possiamo ragionare con 21 soggetti diversi che spesso non sanno quello che fanno. Le Regioni hanno distrutto la credibilità dei medici nei confronti degli assistiti». Il sindacato dei medici sigla con la Lorenzin una tregua, ma non abbassa la guardia. «Da oggi – annuncia Milillo – i medici sono in stato di agitazione, fino allo sciopero, se necessario». A margine del congresso, alla domanda se fosse preoccupata per i conti sanitari della regione Sardegna, Lorenzin risponde con una battuta: «Quando si parla di conti e costi della Sanità, tutte le Regioni mi preoccupano». Più fiducioso sulle sorti della Sanità sarda, Giorgio Sorrentino, commissario straordinario dell'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari. «Le risorse sono poche ed è necessario tagliare ogni spreco – afferma –. In Sardegna possiamo investire le esigue risorse a disposizione per dare maggiore qualità all'assistenza, con il coraggio, anche, di scelte che possono apparire impopolari. Luigi Arru è un assessore tecnico che può realizzare questo cambiamento. Ci vogliono tempo e risorse, perché anche il cambiamento costa». (f.t.)



Beatrice Lorenzin



Stabilità, sulla sanità partita aperta con le Regioni

I governatori devono gestire tagli delle finanziarie pregresse

Bersani contro il nuovo limite del contante: aiuta l'evasione

Aperture del governo sulle proposte di ridurre i risparmi di spesa

Bianca Di Giovanni

«Abbiamo apprezzato la disponibilità di lavorare ad un accordo su soluzioni di risparmi finanziari da noi proposte, ma che sono tecnicamente al di fuori del Fondo Sanitario Nazionale». Così Sergio Chiamparino al termine dell'incontro tra Regioni e governo ieri a Palazzo Chigi. La partita della sanità rischia di essere molto complicata in vista del varo della legge di Stabilità, confermato per domani. Si profilerebbe infatti una riduzione di circa 2,3 miliardi rispetto a quanto previsto nel Def al Fondo sanitario nazionale. Una revisione che porterebbe il fondo a 111 miliardi (lo conferma Debora Seracchiani all'uscita di Palazzo Chigi), un miliardo in più di quest'anno. Ma accanto a quei risparmi ci sono altri 2,2 miliardi di tagli già previsti dalla finanziaria Monti. Così il conto salirebbe a oltre 4 miliardi: troppo. Se la sforbiciata andasse alle altre voci di bilancio, poi, si metterebbero a rischio le politiche di welfare (libri scolastici) e servizi ai cittadini (trasporto pubblico locale). Dunque quella cifra va rivista. L'esecutivo si è detto disponibile a valutare una proposta delle Regioni, che potrebbe abbassare il taglio delle finanziarie pregresse di un miliardo attraverso operazioni finanziarie. Di qui la soddisfazione di Chiamparino. Il quale aggiunge però che al Fondo sanitario servono almeno due dei tre miliardi di aumento previsti dal Def. Insomma, ci si dovrebbe attestare almeno a quota 112 miliardi. Il fatto è che si stanno chiedendo livelli essenziali di assistenza più ampi (i nuovi Lea), oltre all'introduzione dei farmaci innovativi che pesano sui bilanci per circa 500 milioni. Nuove spese a fronte di risorse ridotte rispetto al ten-

denziale. Il presidente della Regione Toscana Enrico Rossi parla di «timide aperture» del governo. «Io spero che sanità e servizi essenziali siano salvaguardati - aggiunge - E spero che il governo si impegni a trovare le risorse anche per una buona legge contro la povertà e per gli esodati». C'è un altro fronte che ha suscitato qualche reazione polemica anche all'interno della maggioranza: la decisione di alzare il limite del contante a 3.000 euro. Plaudono gli ope-

ratori del mercato, come le organizzazione degli esercenti e le associazioni degli albergatori. Il Centro studi di Unimpresa segnala in una nota che «la misura riallineerebbe l'ordinamento italiano a quello degli altri paesi dell'Unione europea. La medesima misura, peraltro, potrebbe dare un impulso alla ripresa dell'economia sia nel settore del commercio sia in quello del turismo». Ma non la pensa così l'ex segretario Pd. «Non si dica che, alzando la soglia a 3mila euro, si favoriscono i consumi. Chi ha 3mila euro da spendere sicuramente ha la carta di credito - dichiara - Si incoraggerebbero consumi in nero, riciclaggio, evasione e corruzione come certificato da tutte le agenzie a partire dalle Entrate». Oltre le polemiche, continuano gli incontri tecnici. Il capitolo fisco, infatti, si arricchisce di un'altra voce, quella relativa alle Partite Iva che avranno un prelievo flat del 5% fino a 30mila euro, per un costo complessivo di 300 milioni. La misura è stata annunciata ieri dal sottosegretario all'Economia Enrico Zanetti. Il quale ha anche ipotizzato una partenza anticipata del superammortamento annunciato dal premier. Pier Paolo Baretta ha parlato della possibile introduzione nella Stabilità del decreto giochi inizialmente previsto nella delega fiscale. Il testo prevede un nuovo criterio di tassazione sul margine, cioè la differenza tra incassi e vincite, del settore giochi.



Papillomavirus, promettente il primo vaccino terapeutico



13 ottobre 2015

Un vaccino sperimentale si è dimostrato attivo come trattamento terapeutico per le lesioni cervicali precancerose di alto grado causate dal papillomavirus umano (HPV) in uno studio di fase IIb controllato con placebo, pubblicato da poco su Lancet.. Il vaccino, noto per ora con la sigla VGX-3100, è il primo vaccino terapeutico a dimostrarsi efficace contro tali lesioni.

Delle 107 donne a cui sono state somministrate tutte e tre le dosi del vaccino, 53 (il 49,5%) hanno ottenuto una regressione delle lesioni, documentata dalla biopsia, contro 11 su 36 (il 30,6%) nel gruppo placebo. Tra le donne trattate con almeno una dose di vaccino, 55 su 114 (il 48,2%) hanno mostrato una regressione delle neoplasia intraepiteliale cervicale (CIN) contro 12 su 40 (il 30%) nel gruppo placebo ($P = 0,034$).

Sebbene la vaccinazione anti-HPV possa proteggere contro le nuove infezioni cervicali da HPV, le donne rimangono a rischio di infezione da parte di specifici aplotipi di HPV che causano il cancro e quelle che hanno un'infezione persistente non sono generalmente aiutata da un vaccino profilattico. Inoltre, sia gli uomini sia le donne sono suscettibili alle infezioni da HPV in altre sedi, tra cui la cavità orale e l'ano.

Un'infezione può dare origine a una displasia moderata (CIN2) o grave (CIN3), che può poi essere eliminata spontaneamente dal sistema immunitario o può evolvere in cancro.

L'attuale trattamento raccomandato per le lesioni precancerose cervicali è l'asportazione chirurgica, che si traduce nell'asportazione di una porzione della cervice e può provocare un indebolimento della cervice e l'incapacità di portare a termine una gravidanza. "Un vaccino in grado di curare le lesioni precancerose potrebbe rappresentare una strada per evitare l'intervento chirurgico, che è invasivo, e può anche danneggiare la fertilità" afferma Cornelia Trimble, della John Hopkins University di Baltimora, nel Maryland, in un comunicato.

VGX-3100, sviluppato da Inovio Pharmaceuticals, è un vaccino somministrato mediante elettroporazione, costituito da due plasmidi sintetici di DNA che codificano per due proteine oncogene dell'HPV 16 e dell'HPV 18, E6 ed E7. Le due proteine vengono presentate alle cellule immunitarie in modo da poter essere riconosciute da parte delle cellule cancerose e precancerose.

Il vaccino è stato somministrato mediante iniezione nel braccio. L'evento avverso più comune è stato l'eritema nella sede dell'iniezione, leggermente più frequente nel braccio trattato con VGX-3100 rispetto al braccio trattato con il placebo (78,4% contro 57,1%). Altri eventi avversi comuni sono stati affaticamento, mal di testa, mialgia, malessere, nausea e artralgia.

Nelle pazienti le cui biopsie mostravano una regressione completa della lesione, i ricercatori hanno trovato un numero significativamente più alto di cellule T rispetto a quelle del gruppo placebo ($P = 0,001$). "Questo è un primo grande passo" ha detto la Trimble. "Abbiamo dimostrato che il vaccino può attivare una risposta immunitaria in una persona il cui sistema immunitario inizialmente non si era sufficientemente attivato ed era stato in qualche modo ostacolato, tanto da permettere lo svilupparsi della lesione".

Nella loro discussione, inoltre, gli autori dello studio affermano che i risultati forniscono un'opzione non chirurgica promettente per il trattamento delle CIN2 e CIN3 e "potrebbero cambiare l'approccio alla cura di questa malattia molto comune".

C.L. Trimble, et al. Safety, efficacy, and immunogenicity of VGX-3100, a therapeutic synthetic DNA vaccine targeting human papillomavirus 16 and 18 E6 and E7 proteins for cervical intraepithelial neoplasia 2/3: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2b trial. *The Lancet* 2015; doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00239-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00239-1)

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Allarme nelle scuole per il calo dei vaccini Il ministro: "Pronti a negare le iscrizioni"

E anche le Regioni nel nuovo piano prevederanno l'obbligo del libretto sanitario

MICHELE BOCCI

Le vaccinazioni dei bambini italiani calano al ritmo di 5 — 10 mila all'anno, negli ospedali si ricominciano a curare malattie che erano scomparse e in certi casi i medici non riescono a salvare i pazienti. Cosa fare? Tra preoccupazioni e allarmi si fa sempre più strada un'idea lanciata anche da una raccolta di firme online. «Bisogna invertire la tendenza — dice il ministro alla Sanità, **Beatrice Lorenzin** — E anche l'ipotesi di non far iscrivere a scuola i bambini non vaccinati (come avveniva prima) proposta da quella petizione, va valutata». Non è un via libera definitivo ma una riflessione che apre alla richiesta che è partita dalla rete e nel giro di pochi giorni ha già raggiunto 17 mila e 500 adesioni. «Vaccinazioni obbligatorie nelle comunità scolastiche», è il titolo della petizione lanciata su change.org dalla mamma di una bambina di Cesena che ha preso la pertosse. **Lorenzin** è la destinataria, e vede con favore l'iniziativa. Del resto anche

le Regioni si stanno muovendo sulla stessa identica strada.

Il calo nelle vaccinazioni dal 2012 al 2014 è stato marcato. Quelle obbligatorie sono scese sotto la soglia del 95%, considerata il minimo per avere una copertura della popolazione efficace. In alcune regioni ci sono aree di bassissima adesione. In Emilia Romagna i problemi sono nella provincia di Rimini, dove per difterite, tetano, pertosse, polio ed epatite B si scende all'87% di copertura. L'assessore alla Sanità Sergio Venturi, che nei giorni scorsi ha chiesto di segnalare alla procura le famiglie che non vaccinano, come tra l'altro previsto dalla legge, in aggiunta rivela. «Domani (oggi, ndr) alla conferenza delle Regioni parleremo del nuovo piano vaccinale. Nella bozza si prevede anche di valutare l'ipotesi di subordinare l'accesso scolastico alla regolarità del libretto delle vaccinazioni». Il coordinatore degli assessori alla Sanità aggiunge: «Con le percentuali di copertura in certe zone del Paese che arrivano all'85%, non possiamo più rispettare il diritto del genitore che non vuole dare il farmaco al figlio. Questo andava bene quando i tassi erano del 98-99%. Ora c'è un rischio per le comunità. Ci sono classi con 2

o 3 bambini non vaccinati che possono far circolare malattie pericolose, ad esempio, per compagni immunodepressi».

Un ruolo importante nel calo delle vaccinazioni lo hanno la rete e alcuni dottori. «Dobbiamo dialogare con pediatri e medici di famiglia — spiega l'assessore toscano Stefania Saccardi — E per chi sconsiglia la vaccinazione ai suoi assistiti si può pensare a una segnalazione da inviare all'Ordine dei medici». Puntano molto sulla comunicazione Veneto e Marche, due regioni che hanno visto in certe aree una forte flessione delle adesioni al vaccino.

Nelle Marche ci sono comuni che hanno dato il patrocinio ad associazioni contrarie ai vaccini. «Parleremo nelle scuole, negli ospedali, negli ambulatori», dice il governatore Luca Cersicoli. «Noi inizieremo dai reparti di ostetricia — spiega Luca Coletto, assessore in Veneto, dove le vaccinazioni non vengono più definite obbligatorie — per informare le mamme sulla pericolosità di non aderire alle campagne. In questo momento serve molta attenzione e bisogna contrastare le informazioni sbagliate diffuse in rete. Perché non vaccinarsi, citando Battisti, è come viaggiare a fari spenti nella notte».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



BIOUPPER

Un progetto per lanciare giovani ricercatori

Luisa Romagnoni

— Le biotecnologie orientate alle scienze mediche, strumenti digitali al servizio della salute, servizi per il paziente. Sono questi i tre ambiti nei quali sarà attivo BioUpper. La prima piattaforma italiana di training e accelerazione di startup, nel campo delle scienze della vita. Un'iniziativa in favore dei giovani e della ricerca, frutto di una partnership di due anni firmata da Novartis Italia e Fondazione Cariplo, in collaborazione con PoliHub (incubatore della Fondazione Politecnico di Milano) e Humanitas. Il progetto punta a valorizzare e finanziare le migliori idee, per convertire le eccellenze italiane in vere e proprie iniziative imprenditoriali. Più nel concreto, BioUpper aiuterà giovani startupper a elaborare, formalizzare e presentare progetti innovativi di prodotto o di processo, nel campo delle scienze della vita. I tre migliori gruppi di lavoro, selezionati da una apposita giuria di esperti, riceveranno un contributo di 50 mila euro ciascuno, che servirà per sviluppare la loro startup (www.bioupper.com per inviare la candidatura). «In Italia abbiamo

scienziati molto validi nell'ambito del settore medico-biotecnologico, ma i brevetti sono un terzo rispetto alla media Europea», afferma Guido Guidi, Head of Region Europe di Novartis Pharma, durante la presentazione del progetto, a Roma presso il [ministero della salute](#). «C'è qualcosa che non funziona: manca un ponte tra le idee e la concretezza di un progetto imprenditoriale. Per questo abbiamo puntato sull'esperimento BioUpper, per costruire questo ponte. Con questa iniziativa vogliamo sostenere la crescita di un settore, quello delle biotecnologie, che è tra i più dinamici e promettenti del panorama scientifico ed economico italiano, contribuendo a colmare il divario tra l'eccellenza della ricerca nazionale in questo ambito e la sua traduzione in attività imprenditoriali competitive e sostenibili». Il progetto si basa su un intenso programma di formazione imprenditoriale. I gruppi di lavoro più meritevoli verranno accompagnati in un percorso personalizzato e strutturato che consentirà loro di accedere a risorse, strutture e relazioni, in un settore all'avanguardia come quello medico-scientifico.



La macchina che rigenera i tessuti



PAOLO RUSSO

Una rivoluzionaria tecnica di chirurgia rigenerativa, made in Italy, per riparare pelle e ossa danneggiate da traumi o gravi malattie. La definizione è un po' ostica - «disgregazione tissutale con il sistema Rigenera» - ma l'idea è semplice quanto geniale. Si prelevano dal paziente pochi millimetri del tessuto da ricostruire, cute per la pelle, osso per l'osso. Poi una macchina ideata a Torino, «Rigenera», grazie a una serie di microlame, ottiene una sospensione acquosa che contiene frammenti vitali del tessuto, ricco di cellule staminali. «La sospensione - spiega Michele Riccio, direttore della chirurgia ricostruttiva agli Ospedali Riuniti di Ancona - viene inseminata nella zona lesionata e in uno-due mesi il tessuto si rigenera. E senza rischi di rigetto, perché si tratta di autotrapianto». Una tecnica che potrà essere usata per le ulcere diabetiche o provocate da malattie autoimmuni e per ricostruire la mammella e che ha suscitato immediato interesse: oggi una troupe tv Usa riprenderà ad Ancona un intervento e la prestigiosa rivista «Jove» pubblicherà uno studio proprio sulle tecniche di rigenerazione dei tessuti.



FINE DI UN'EPOCA Non sappiamo più mangiare correttamente

Dieta sana addio, sono italiani i bambini più grassi d'Europa

La tradizione alimentare mediterranea gettata alle ortiche: soprattutto al Sud e al Centro troppe merendine e poco sport

SPESE INUTILI

Con interventi mirati anti obesità, ogni anno 22 miliardi risparmiati

24 %

La percentuale dei bambini che sono in sovrappeso in Italia, mentre il 10 per cento è obeso

41 %

È la percentuale dei genitori secondo i quali i figli bevono spesso bevande gassate e zuccherate

Tiziana Paolucci

— Molte merendine, colazione non adeguata e troppe bevande alcoliche. Il risultato è che i bambini italiani sono i più grassi d'Europa. La magliana era il Belpaese se l'è guadagnata perché il 24 per cento dei nostri figli è in sovrappeso e il 12 per cento obeso.

«Questo perché stiamo perdendo la tradizione alimentare mediterranea», spiega Michele Carruba, del Centro studi e ricerche sull'obesità dell'università di Milano, relatore in un ciclo di incontri promossi dal **Ministero della Salute** a Expo. «Con l'industrializzazione e la tecnologia le persone continuano a mangiare la stessa quantità di cibo da un punto di vista quantitativo, ma non si muovono più e quindi non bruciano energia», continua l'esperto. In Italia, infatti, il 10 per cento della popolazione è obeso e il 46 per cento in sovrappeso. In particolare si è registrato un leggero calo nella fascia 8-9 anni, ma restano troppi i bimbi extralarge.

I dati emersi dalle ricerche effettuate dal Sistema di sorveglianza nazionale Okkio alla Salute, promosso dall'omonimo ministero, già nel 2014 evidenziavano che il fenomeno era

più marcato al Sud e al Centro e ad oggi la situazione non è cambiata. A favorire l'aumento di peso tra i piccoli sono le abitudini alimentari errate: l'8 per cento salta la prima colazione, il 31 la fa in maniera non adeguata mentre il 52 per cento fa una merenda a metà mattina troppo abbondante. Il 25 per cento dei genitori dichiara, poi, che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura e il 41 per cento che assumono abitualmente bevande zuccherate e gassate. Non tutti, poi, svolgono regolarmente attività fisica. Il 18 per cento non fa più di un'ora a settimana mentre il 35 per cento guarda la tv o resta incollato ai videogiochi più di due ore al giorno.

Interventi mirati per combattere l'obesità potrebbero far risparmiare al Ssn 22 miliardi di euro l'anno, gran parte dei quali spesi per l'ospedalizzazione. «Le cellule adipose diventano un vero e proprio organo endocrino che secreta sostanze che intaccano il funzionamento degli altri organi - dice Carruba -. Cervello, cuore, reni, ma soprattutto il pancreas, che sviluppa insulino-resistenza e quindi provoca il diabete. Oggi sappiamo che questa forma della malattia parte da un accumulo di

grasso a livello viscerale. Continuiamo però a trattare l'obesità come un problema estetico e a limitare i danni intervenendo una volta che la malattia si è manifestata». La soluzione? Far dimagrire il paziente. Una perdita di peso del 5-10 per cento sarebbe sufficiente a migliorare la qualità di vita del malato fino ad arrivare a volte alla remissione del diabete.

«Bisogna anche focalizzarsi sulla prevenzione - dichiara Gianluca Perseghin, endocrinologo del Dipartimento di scienze biomediche dell'università degli studi di Milano e di Medicina metabolica al Policlinico di Monza -. Diversi studi hanno confermato l'efficacia della dieta mediterranea arricchita con olio di oliva extra vergine e con frutta secca. Ed è importante un esercizio fisico strutturato. È dimostrato che almeno 4 sessioni la settimana da 45 minuti l'una di attività aerobica come cyclette o step aiutano nella prevenzione».



INFLUENZA

Il virus è in arrivo, è ora di decidere se vaccinarsi

I flaconi sono già in vendita nelle farmacie, la Regione stanZIA 800 mila euro Gratis per chi ha più di 65 anni, i bambini sopra i 6 mesi e le categorie a rischio

► PESCARA

Sconfiggere il fantasma della disinformazione, che lo scorso autunno portò al fallimento della campagna 2014 per il vaccino antinfluenzale. Con questo obiettivo si incontrano stamattina in assessorato alla Sanità la Regione, le quattro Asl abruzzesi e i sindacati dei medici di famiglia su convocazione del sub-commissario **Giuseppe Zuccatelli** e di **Stefania Melena**, dirigente del Servizio di prevenzione del Dipartimento salute. Per l'Abruzzo sono in arrivo circa 200mila kit di vaccinazione che saranno distribuiti tra ospedali, ambulatori dei distretti sanitari e studi dei medici di famiglia in vista dell'apertura della campagna che potrebbe partire già entro questa settimana se le scorte lo consentiranno (nelle farmacie il vaccino è già in vendita a un prezzo tra gli 8,90 e 11,50 euro). Il vaccino è gratuito per gli over 65, che in Abruzzo sono 290 mila, cui vanno aggiunti i bambini sopra i sei mesi, pazienti cronici di malattie all'apparato cardiorespiratorio, gli affetti da diabete e da asma. Si spera nell'adesione massiccia di altre categorie, come i vigili del fuoco, gli insegnanti e gli impiegati che lavorano a contatto con il pubblico. «Lavoriamo al rilancio della campagna», spiega Melena, «fidando nell'aiuto

dei media per scongiurare quanto avvenne l'anno scorso. Siamo consapevoli che, purtroppo, una comunicazione errata di tipo allarmistico andrebbe contrastata con almeno dieci comunicati ufficiali che ristabiliscano la verità. Una campagna di vaccino antinfluenzale ben riuscita, e sono l'Europa e il nostro **ministero della Salute** a confermarlo, si traduce in un vantaggio per la salute dei cittadini oltre a evitare problemi al sistema sanitario». Fimmg, Snam e Smi, insieme a altri sindacati dell'universo dei medici di famiglia, concerteranno con le aziende sanitarie e la Regione la strategia da mettere in campo. Per la Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) un punto chiave lo mette avanti il segretario regionale **Giancarlo Rossetti**: «Ci auguriamo un posticipo alla metà di novembre», spiega, «per un prolungamento fino alla primavera inoltrata della copertura del farmaco, che notoriamente si estende dai sei agli otto mesi. Il fine è intercettare quei ceppi che attraverso le mutazioni persistono fino al pieno della stagione che precede l'estate, quando l'incidenza della malattia diventa trascurabile». **Silvio Basile**, presidente della sezione abruzzese Smi (Sindacato medici italiani), rimarca che «dati completi alla mano, si è appura-

to qualche mese fa che lo stop intervenuto sulla campagna in seguito agli allarmi su presunti effetti collaterali del vaccino ha sortito un'impennata di decessi riconducibili alla mancata assunzione del farmaco. Per questo», aggiunge Basile, «quest'anno il monitoraggio sull'andamento del vaccino sarà se possibile ancora più accurato che in passato». Le segnalazioni sui problemi conseguenti all'assunzione del farmaco attraverso le schede predisposte dal ministero confluiscono in Influnet. E' proprio in Abruzzo la centrale di compilazione dei dati Influnet. A occuparsene in contatto costante anche con la rete dei "medici-sentinella" è **Lucio Zinni**, medico che presiede la sezione regionale della Simg, la Società italiana di Medicina generale. «Il nostro nemico è la disinformazione, che oltre ai media classici si è insinuata nel 2014 attraverso i social network su cui sono rimbalzati allarmi che sotto il profilo scientifico sono stati destituiti di ogni fondamento. Un vero allarme scaturisce invece, ed è fondato al di là di ogni dubbio, dalla mancata inoculazione soprattutto nei soggetti più deboli. E' vero, infatti, che si muore molto di più in assenza della copertura vaccinale.»

Francesco Blasi

©/RIPRODUZIONE RISERVATA



Occhio alla salute]

Generici o griffati:
guida ai farmaci

I medicinali equivalenti hanno la stessa efficacia e lo stesso principio attivo di quelli di marca. E fanno risparmiare: costano il 20% in meno. **Spiega l'esperta: «I pazienti possono scegliere tra gli uni e gli altri: non c'è differenza sul piano della sicurezza»**

di Anissia Becerra

Da qualche anno in farmacia si possono acquistare due tipi di farmaci: quelli di marca e i "generici" o "equivalenti": i secondi costano meno dei primi. Eppure si ha ancora il timore che uno sia meno efficace dell'altro. «I medici di base sono obbligati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a indicare il principio attivo nelle ricette dei farmaci di fascia A (n.d.r. *i mutuabili*)», spiega Patrizia Tadini, direttore del Servizio di Farmacia dell'Ospedale San Raffaele di Milano. «Una volta in farmacia, i pazienti possono scegliere se acquistare il generico o il farmaco di marca, ma in quest'ultimo caso devono pagare una differenza di prezzo perché il SSN copre solo la spesa del generico». Anche per i farmaci da banco, acquistabili senza ricetta, i consumatori possono scegliere tra farmaco di marca o generico.

In che cosa sono uguali

«Per legge, un farmaco generico deve avere lo stesso principio attivo del farmaco di riferimento, la stessa forma farmaceutica e via di somministrazione (se quello di marca è in compresse, lo sarà anche il generico) e lo stesso dosaggio unitario (ogni compressa avrà la stessa dose di principio attivo). Il generico deve essere bioequivalente al medicinale di riferimento, cioè avere la sua stessa biodisponibilità: una dose di generico deve entrare nel circolo sanguigno nello stesso tempo dell'identica dose del farmaco di riferimento». **Farmaci di marca e generici hanno quindi gli stessi effetti terapeutici e azione farmacologica.** E danno identiche garanzie di qualità e sicurezza: «Per ottenere l'Autorizzazio-



Patrizia Tadini, direttore Farmacia San Raffaele Milano

ne all'Immissione in Commercio, ogni medicinale generico deve presentare gli stessi requisiti di qualità del medicinale di riferimento e deve venir sottoposto agli identici test. Non c'è differenza sul piano della sicurezza».

In che cosa sono diversi

Farmaci di marca e generici non sono però identici. «Possono cambiare gli eccipienti, sostanze inerti che non hanno proprietà terapeutiche ma che danno colore, sapore o consistenza

al medicinale». **Per legge i generici devono costare almeno il 20% in meno.** Perché? «Il prezzo di un medicinale brevettato deve coprire sia i costi di produzione, sia quelli legati a ricerca, scoperta e sintesi del principio attivo. Una volta scaduto il brevetto, più aziende farmaceutiche possono cominciare a produrre lo stesso medicinale; tuttavia, poiché sostengono solo le spese di produzione, possono mettere in commercio quel medicinale a un prezzo più basso. Essendo meno cari, i generici fanno risparmiare il SSN e i soldi possono essere utilizzati per fornire gratis cure costose».

Nuove frontiere per i malati

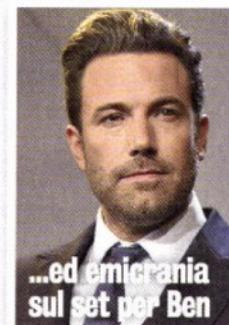
I farmaci biologici, sintetizzati a partire da organismi viventi, costituiscono il 20% dei farmaci in commercio e sono essenziali nella cura di cancro, diabete, anemia, fibrosi cistica e malattie autoimmuni. ***Oggi si stanno sviluppando anche i farmaci biosimilari,** i "generici" dei biologici: hanno stesse potenzialità terapeutiche e stessa sicurezza, ma costano meno. Nel 2016 sarà possibile metterli in commercio con un risparmio anche del 30%. Un'ottima notizia per i malati di tumore. ●



Mal di testa per la bella Macpherson...

DISTURBI DA STAR

Un farmaco generico ha la stessa efficacia di uno di marca. Se ne saranno accorti sia la modella Elle Macpherson, 51 (sopra), che ricorre qualche volta ai farmaci per combattere il mal di testa durante il lavoro; sia Ben Affleck, 43, che ha preso medicine per alleviare l'emicrania che lo ha colpito anche sul set. Al centro, la dottoressa Patrizia Tadini, direttore del Settore Farmacia dell'Ospedale San Raffaele di Milano.



...ed emicrania sul set per Ben