



## **RASSEGNA STAMPA**

**13-11-2016**

1. QUOTIDIANO SANITÀ Lancet rilancia la politica dei farmaci essenziali. Sono 201 quelli indispensabili e dovrebbero essere garantiti a tutti
2. HEALTH DESK Tumore al seno: via libera Europa e palbociclib
3. HEALTH DESK Il paziente tra riforma del sistema sanitario e internet
4. ANSA Lea e nomenclatore protesiti alle Camere, un mese per ok definitivo
5. CORRIERE DELLA SERA Quando serve davvero il robot in sala operatoria
6. CORRIERE DELLA SERA La gente vuole sapere e lottare
7. LIBERO QUOTIDIANO Remuzzi e Veronesi, geni fra scienza e coscienza
8. CORRIERE DELLA SERA L'Europa dei pazienti stenta a decollare
9. LIBERO QUOTIDIANO Sardegna: nessuno sa usare la radioterapia costata 3 milioni
10. REPUBBLICA Cannabis legale la lobby dei contrari riparte all'attacco
11. STAMPA L'allarme ludopatìa. Aumentano i malati, a rischio anche i più giovani

13 NOVEMBRE 2016

**Lancet rilancia la politica dei farmaci essenziali. Sono 201 quelli indispensabili e dovrebbero essere garantiti a tutti. Anche perché il costo non è più un problema solo dei Paesi poveri**

***Con una politica accurata di contenimento dei costi potrebbero essere offerti a tutti per una spesa annua complessiva di 77-152 miliardi di dollari l'anno. La Commissione istituita da Lancet ha fatto il punto: dai problemi manifatturieri e distributivi, ai mancati investimenti in R&D da parte delle aziende in alcune aree di unmet need, ai costi mirabolanti dei farmaci innovativi, proibitivi non solo per i Paesi a basso e medio reddito, ma sempre più spesso anche per le nazioni ricche. [LA LISTA DEI FARMACI ESSENZIALI](#)***

Le medicine sono essenziali. Alcune però certamente più di altre. Una commissione di esperti riunita da [Lancet](#) ha fatto il punto sulle lezioni imparate negli ultimi 30 anni sulle politiche di sviluppo dei farmaci essenziali e sulla loro implementazione all'indomani della Conferenza di Nairobi sull'Uso Razionale dei Farmaci (1985).

Questo ha rappresentato il punto di partenza per scrivere l'agenda per i prossimi vent'anni. Un punto importante che gli esperti hanno tenuto a sottolineare è che per troppo tempo l'argomento 'accesso ai trattamenti' è stato riferito come criticità unicamente alle nazioni a basso e medio reddito, mentre al contrario è ormai evidente che rappresenti un problema globale, che investe anche le nazioni più ricche.

La raccomandazione centrale del rapporto è di fare dei farmaci essenziali un pilastro centrale dell'agenda della salute globale e di tradurre le politiche ad essi inerenti in un concreto e sostenibile guadagno di salute per le popolazioni di tutto il mondo.

Cinque le aree principali affrontate dalla Commissione:

- Assicurare la copertura economica di un 'pacchetto' di farmaci essenziali
- Rendere disponibili i farmaci a prezzi accessibili
- Assicurare la qualità e la safety dei farmaci
- Promuovere farmaci di qualità
- Sviluppare nuove terapie soprattutto nelle aree di unmet need

Assicurare la copertura economica di un 'pacchetto' di farmaci essenziali

Il costo del 'pacchetto' calcolato dalla commissione è di 13-25 dollari pro capite, l'anno. Una cifra che complessivamente a livello mondiale ammonterebbe a 77-152 miliardi di dollari l'anno, per l'acquisto di un 'pacchetto' base di 201 farmaci essenziali per i Paesi a basso e medio income.

Attualmente molte nazioni a basso reddito e almeno 1/3 di quelle a medio income, spendono meno dei 13 dollari pro capite minimi calcolati per l'acquisto del 'pacchetto base' di farmaci essenziali.

Ciò significa che sono ancora troppe le persone al mondo che non hanno accesso neppure ad un pacchetto limitato di farmaci essenziali. Le raccomandazioni della commissione sono dunque indirizzate a Governi e servizi sanitari nazionali affinché stanino finanziamenti adeguati per assicurare l'accesso a questi farmaci, riducendo al contempo la spesa out-of-pocket per i farmaci essenziali. Laddove questo non fosse possibile, viene raccomandato che la comunità internazionale si adoperi per colmare questo gap.

Rendere disponibili i farmaci essenziali a prezzi accessibili

"L'affordability dei farmaci – ricorda Andrew Grey, condirettore della Commissione e Divisione di

Farmacologia, Università di KwaZulu-Natal, Durban (Sud Africa) – è un argomento spinoso che interessa tutti i Paesi del mondo, non solo quelli a basso e medio reddito”.

Una case history esemplificativa al riguardo è quella dei nuovi farmaci anti-epatite C. L'arrivo di queste nuove molecole così potenti ed efficaci è stato visto come il Santo Graal della terapia di questa condizione. “Purtroppo il costo di questi farmaci – afferma Grey - è semplicemente impossibile da sostenere. Esistono solo due possibilità: razionare l'accesso a queste terapie, trattando solo i pazienti che mostrano già segni avanzati di danno epatico; oppure fare pressione sulle aziende produttrici per ridurre questi costi, assicurando così il trattamento ad un maggior numero di persone”.

La Commissione raccomanda dunque che Governi e servizi sanitari effettuino un monitoraggio continuo dell'accessibilità ai farmaci essenziali, sia sul fronte dei prezzi, che della disponibilità, nei settori pubblico e privato. E' necessario che i Governi implementino delle politiche in grado di raggiungere dei prezzi accessibili per i farmaci essenziali. Governi, servizi sanitari e industria farmaceutica dovrebbero promuovere la trasparenza, condividendo le informazioni relative a salute e farmaci.

Assicurare la qualità e la safety dei farmaci per evitare danni ai pazienti

Nonostante i grandi progressi fatti, soprattutto nelle nazioni a basso e medio reddito, permangono ancora problemi di qualità e safety dei farmaci. Questo si verifica quando le aziende producono farmaci al di sotto degli standard o in caso di pratiche non sicure, quando non truffaldine, nella catena di distribuzione.

Tra le raccomandazioni emanate dalla Commissione c'è che venga fatto del tutto a livello globale per promuovere un'armonizzazione degli sforzi volti ad assicurare la qualità, attraverso l'uso di un dossier regolatorio standard internazionale. Viene inoltre suggerito che le agenzie regolatorie incoraggino il coinvolgimento di altri stakeholder e del pubblico nel promuovere qualità e safety dei farmaci essenziali. Si raccomanda infine che l'OMS e i Governi nazionali stabiliscano dei target concreti e un meccanismo di valutazione pubblica delle performance delle autorità regolatorie nazionali.

Promuovere il buon uso dei farmaci essenziali

Le medicine sono strumenti preziosi solo quando i pazienti assumono il giusto farmaco per la loro patologia, al giusto dosaggio, al tempo giusto e per la corretta durata.

Se non vengono soddisfatte tutte queste condizioni, il problema è dietro l'angolo: dosaggi eccessivi (ad esempio con gli oppiacei), sottoutilizzo (sempre nel caso degli oppioidi, in alcune nazioni vengono sottoutilizzati per la terapia del dolore), errato impiego (ad esempio quando si utilizzano gli antibiotici per una patologia virale), spesa eccessiva (ad esempio quando si continuano ad usare farmaci branded, anche in presenza di un generico a costo più contenuto). Un cattivo uso dei farmaci può provocare insomma una vasta gamma di problemi, dall'antibiotico-resistenza, al rischio di far saltare il budget dei servizi sanitari.

La Commissione raccomanda di focalizzarsi su strategie che assicurino la collaborazione tra pazienti, medici, assicurazioni, distributori, industrie farmaceutiche, per incentivare e supportare un corretto impiego dei farmaci. In questo modo sarà possibile individuare e dare una priorità ai problemi di un cattivo uso dei farmaci a livello locale, individuando i fattori causali e sviluppando interventi di lungo termine, sostenibili e multiformi.

Sviluppare nuove terapie soprattutto nelle aree di unmet need

Secondo la Commissione di esperti l'attuale sistema di ricerca e sviluppo dei farmaci è in crisi, in particolare perché non riesce a offrire dei farmaci necessari che riguardano la salute di milioni di persone nel mondo. I prezzi dei nuovi farmaci essenziali sono a volte talmente elevati da creare problemi anche alle nazioni più ricche. Le aziende del farmaco sono inoltre spesso riluttanti nel fare investimenti in mercati poco proficui. Con l'attuale sistema di innovazione con copertura brevettuale è dunque a rischio il raggiungimento e il mantenimento di una copertura universale.

I Governi dovrebbero redigere una lista di farmaci essenziali mancanti da fornire secondo gli schemi della copertura universale; Governi, NGO e industrie dovrebbero inoltre rendere disponibili per queste aree scoperte i necessari investimenti per R&D. Solo in questo modo, secondo la Commissione, il prezzo dei nuovi farmaci essenziali potrà essere sganciato dai costi di sviluppo e i farmaci resi ampiamente disponibili attraverso accordi di licenza non esclusiva.

La Commissione raccomanda dunque che siano i Governi e l'OMS ad assumere la leadership pubblica internazionale per definire le priorità di R&D, soprattutto in relazione alle necessità sanitarie dei Paesi a basso e medio income. E' necessario trovare nuovi meccanismi di finanziamento per assicurare che i farmaci

essenziali mancanti vengano sviluppati e resi disponibili. Viene raccomandato inoltre che la comunità internazionale crei un Pool di Brevetti per i Farmaci Essenziali. Infine la raccomandazione per l'industria farmaceutica è che allinei meglio le sue priorità R&D con i fabbisogni sanitari globali e che sviluppi delle strategie di accesso per rendere le innovazioni mediche importanti realmente disponibili a tutti quanti ne abbiano bisogno.

La Commissione riunita da Lancet raccomanda infine che vengano monitorati i progressi nell'implementazione delle politiche sui farmaci essenziali attraverso un set di 24 indicatori core. Fondamentale sarà poi stabilire dei target per ogni indicatore e per far questo sarà necessario coinvolgere tutti gli stakeholder rilevanti.

Maria Rita Montebelli

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

## FARMACI INNOVATIVI

# ***Tumore al seno: via libera in Europa a palbociclib per il trattamento del carcinoma mammario metastatico***

Il via libera è arrivato, la nuova e promettente arma è disponibile, la battaglia contro il tumore al seno può proseguire ma con una innovativa strategia. L'approvazione di palbociclib da parte della Commissione europea annunciata da Pfizer ha dato il via libera anche in Europa alla rivoluzione terapeutica promessa dalla nuova classe di farmaci a bersaglio molecolare, gli inibitori delle chinasi ciclina-dipendenti (Cdk) 4 e 6. Questo tipo di farmaci bloccano l'azione delle proteine Cdk che sono coinvolte nella riproduzione delle cellule cancerogene rallentando il progresso di alcuni tipi di tumori. È una felice prospettiva per le pazienti con tumore metastatico. In presenza di metastasi infatti, quando la cura non è possibile, gli obiettivi della terapia diventano altri: evitare che il tumore peggiori, mantenere sotto controllo i sintomi della malattia e garantire una buona qualità di vita alle pazienti il più a lungo possibile.

Palbociclib intende fare proprio questo. E, in particolare, si candida a diventare un nuovo trattamento standard per le donne con carcinoma al seno metastatico o localmente avanzato Hr+/Her2 (positivo al recettore ormonale e negativo al recettore di tipo 2 del fattore di crescita epidermico umano) che rappresentano circa il 60 per cento di tutti i casi con di tutti i casi di cancro al seno metastatico.

«L'approvazione in Europa di palbociclib - dichiara Andreas Penk, M.D., regional president, International Developed Markets, Pfizer Oncology. rende disponibile un'opzione terapeutica innovativa di cui si avvertiva un rilevante bisogno per decine di migliaia di donne con carcinoma mammario metastatico Hr+/Her2». La novità era attesa da tempo : palbociclib è il primo farmaco, da dieci anni a questa parte, a venire approvato per il

trattamento di prima linea delle donne con questo tipo di carcinoma mammario metastatico.

### **Gli studi**

La decisione della Commissione europea, che riguarda l'uso di palbociclib in combinazione con un inibitore dell'aromatasi e anche con fulvestrant in donne che hanno ricevuto una precedente terapia endocrina, si basa sui risultati degli studi Paloma 1, 2 e 3 di fase II e III. Tutti e tre gli studi randomizzati hanno dimostrato i vantaggi del farmaco: palbociclib in combinazione con una terapia endocrina prolunga significativamente la sopravvivenza libera da progressione (Pfs) rispetto alla sola terapia endocrina o alla terapia endocrina con placebo.

«Le evidenze di efficacia e sicurezza su palbociclib sono forti - commenta Paolo Marchetti, Professore Ordinario di Oncologia Medica, Direttore Uoc. di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma - lo studio Paloma-3 di fase 3 ha messo in evidenza che le pazienti trattate con una terapia antiormonale, come fulvestrant, se trattate con palbociclib in aggiunta presentavano un miglioramento dei parametri con una riduzione del rischio di ripresa di malattia di oltre il 50 per cento e con una tollerabilità molto buona, in quanto i pochi effetti collaterali sono ben gestibili e non particolarmente invalidanti per la donna».

### **Come cambierà la terapia**

«Le pazienti con carcinoma metastatico della mammella in Europa hanno bisogno di avere a disposizione nuove opzioni terapeutiche - dichiara Kathi Apostolidis, sopravvissuta due volte al cancro al seno e Vice Presidente della European Cancer Patient Coalition - Il carcinoma mammario metastatico ha un impatto molto pesante sulla vita delle pazienti e delle loro famiglie, ma grandi speranze sono riposte nei nuovi trattamenti che hanno il potenziale per migliorare la qualità di vita e i risultati clinici».

Il cancro al seno è il tumore invasivo più comune tra le donne in Europa, con più di 464.200 nuovi casi e 131.260 decessi ogni anno. Fino al 30 per cento delle donne diagnosticate e trattate per carcinoma mammario in fase iniziale svilupperà un cancro al seno metastatico, che si verifica quando il tumore si diffonde oltre il seno ad altre parti del corpo. È a quel punto, quando le armi tradizionali della medicina cominciano a scarseggiare, che i nuovi aiuti diventano più che mai preziosi.

«Anziché trattare con la sola terapia antiormonale - spiega Marchetti - non appena palbociclib sarà disponibile anche in Italia avremo un trattamento aggiuntivo con notevoli vantaggi, che rallenta la progressione del carcinoma mammario avanzato sensibile agli ormoni femminili, raddoppiando la sopravvivenza senza progressione di malattia. Anche in

prima linea in associazione ai farmaci antiormonali come gli inibitori delle aromatasi, palbociclib si è dimostrato efficace nel ridurre la probabilità di una ripresa di malattia (studio di fase 3 Paloma-2); questo rende possibile offrire alle donne un trattamento efficace e con un profilo di tossicità gestibile con indubbi vantaggi nel controllo di una malattia che in passato aveva spesso avuto un'evoluzione negativa. L'efficacia della inibizione delle Cdk 4/6 sia in prima linea sia in seconda linea di trattamento rende disponibili per le nostre pazienti risultati che in passato non riuscivamo ad ottenere, con un prolungamento del controllo di malattia e una buona qualità della vita».

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

**S@LUTE**

## ***Il paziente tra riforma del sistema sanitario e internet***

L'81% degli italiani dichiara di cercare sul web informazioni sulla propria malattia; i più attivi sono i giovani al di sotto dei trent'anni (il 55% consulta il web con più facilità rispetto ad altre classi d'età); nel 58% dei casi le ricerche su internet soddisfano le esigenze degli internauti e solo il 9% di chi si informa sul web si confronta poi con il proprio medico.

Sono alcuni risultati di una rilevazione condotta da Medipragma su un campione rappresentativo della popolazione italiana, presentati alla seconda edizione di **S@lute**, Forum dell'innovazione per la salute, che si è chiusa sabato 12 novembre a Milano.

Dal sondaggio è risultato inoltre che le fonti di informazione più consultate sono i social network (24%), seguiti da portali di informazione specializzati (19%), siti istituzionali (16%) e Wikipedia (12%). Agli ultimi posti blog e siti di industrie farmaceutiche (con l'8%) e siti di associazioni pazienti (4%). L'88% degli italiani intervistati afferma peraltro di non essere sufficientemente informato circa le prestazioni sanitarie cui ha diritto, tanto che solo il 23% dichiara di essere a conoscenza dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea); di questi solo il 38% reputa l'aggiornamento come migliorativo della situazione attuale, mentre per la restante parte, il 62%, il sistema sanitario rimarrà immutato o peggiorerà ulteriormente.

«Chiunque abbia quotidianamente a che fare col Pianeta Salute ha un sacco di buoni motivi per far parte della Community **S@lute**» assicura Paolo Colli Franzone, direttore scientifico **S@lute** 2016. «L'innovazione nella filiera della salute non è una possibilità, ma una necessità. Solo con l'innovazione possiamo coniugare tre esigenze fondamentali per il futuro del Paese: garanzia dei diritti per tutti, soprattutto per i più deboli, e universalità della tutela della salute; sostenibilità del sistema con una grande attenzione alla lotta agli sprechi e alle spese improduttive; attenzione al grande ruolo che questo settore può avere come fattore di sviluppo economico equo e sostenibile per un Paese che ha disperato bisogno di ricerca, di innovazione, di occupazione qualificata. Questa edizione di **S@lute** dimostra che

questo è possibile, ma non assicurato: serve il lavoro di tutti e serve una direzione comune» commenta Carlo Mochi Sismondi, presidente di Fpa.

Nella giornata conclusiva, il Forum ha approfondito il tema della comunicazione scientifica in sanità, con il corso di formazione organizzato in collaborazione con l'Ordine dei giornalisti della Lombardia.

<http://www.ansa.it>

## Lea e nomenclatore protesivi alle Camere, un mese per ok definitivo

*Gallo (Coscioni), stralciare 12 dispositivi dal nomenclatore*



Entro meta' dicembre i Lea assieme al nuovo nomenclatore tariffario completeranno il loro iter. Il provvedimento aggiorna l'elenco dei Livelli essenziali di assistenza che e' la lista delle cure assicurate gratuitamente in tutta Italia dopo 15 anni dall'ultimo aggiornamento e i livelli di assistenza protesica dopo 17 anni. Il Dpcm e' arrivato infatti alle Camere mercoledi' scorso, gia' fornito della bollinatura da parte della Ragioneria Generale dello Stato, posto, come previsto, prima ancora dell'intesa con le Regioni. Lunedi' prossimo comincera' l'esame nelle commissioni parlamentari. Il parere deve essere espresso, per legge, entro 30 giorni. Dopo il parere delle commissioni parlamentari c'e' solo l'atto di firma del Dpcm da parte dei ministri Lorenzin e Padoan e del premier Renzi, poi la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Intanto Filomena Gallo, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni, si è rivolta al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ai Presidenti di Commissione Luigi Manconi e Emilia De Biasi e, per conoscenza, al Presidente del Consiglio Matteo Renzi, per chiedere che 12 tipologie di ausili per persone disabili siano stralciate dalla procedura di messa a bando prevista dal progetto di nomenclatore fermo da 2 mesi a Palazzo Chigi. Seguendo tale procedura, infatti, la persona disabile non potrebbe personalizzare il proprio ausilio, come invece è fondamentale ad esempio per le carrozzine. L'elenco dei 12 dispositivi inviato da Gallo a Lorenzin è stato predisposto dalla Società scientifica dei medici fisiatri, ed è lo stesso oggetto della richiesta che il co-Presidente dell'Associazione Luca Coscioni Marco Gentili e il Tesoriere Marco Cappato avevano rivolto al Presidente del Consiglio all'interno del servizio de "Le Iene" che avrebbe dovuto andare in onda stasera.

"Visti i precedenti, non comprendo le ragioni della mancata messa in onda dell'intervista a Renzi - ha aggiunto Filomena Gallo- ma in ogni caso spero che il servizio, che sarà pubblicato oggi su Facebook, possa contribuire a smuovere l'attenzione anche del Ministro Lorenzin sull'importanza di modificare il nomenclatore e portarlo velocemente all'approvazione definitiva".

# CorriereSalute

## Quanto serve davvero il **robot**

### in sala operatoria

Questa tecnologia viene utilizzata per un sempre maggior numero di interventi. Ma nel bilancio fra vantaggi e svantaggi pesa molto l'esperienza del chirurgo. Il nostro è fra i Paesi in cui i dispositivi sono più numerosi, ma per ammortizzarne i costi sarebbe necessaria una loro distribuzione più razionale sul territorio

## Mani e occhi «**robotici**» utili se il chirurgo è esperto

Uno studio mette in discussione la superiorità degli interventi eseguiti con l'ausilio del robot in urologia. Ma in Italia, dove c'è una notevole esperienza in merito, gli esperti non sono d'accordo: lo strumento può fare la differenza, a patto di essere utilizzato da professionisti preparati

**L**

a tecnologia è il mantra dei tempi moderni. Ma è sempre così o rischiamo a volte di innamorarci del nuovo a sproposito?

La domanda circola fra gli urologi dopo la pubblicazione, poche settimane fa, del primo studio randomizzato e controllato, pubblicato su *The Lancet*, che ha messo a confronto la chirurgia classica "aperta" e la chirurgia robotica per la rimozione di un tumore alla prostata: i dati, ottenuti su più di 300 uomini, dicono che a 3 mesi di distanza dall'operazione il chirurgo in carne e ossa e quello robotico garantiscono gli stessi risultati. A ben guardare con il robot si riducono gli eventi avversi durante

l'intervento (2% contro 8%) e le complicanze postoperatorie (4% anziché 9%), ma in termini di rimozione del tumore, funzionalità urinaria e sessuale i due approcci parrebbero più simili del previsto. Gli autori



ammettono che servirà altro tempo per capire se davvero i risultati siano sovrapponibili, ma intanto invitano i pazienti a non scegliere una tecnica chirurgica o un'altra ma, in generale, un bravo chirurgo.

Una frenata agli entusiasmi non del tutto condivisa nel nostro Paese, dove l'esperienza con il robot-chirurgo, il famoso da Vinci, è fra le maggiori. «Se a operare in modo tradizionale è un luminare il risultato è ugualmente buono, ma nella media la chirurgia aperta provoca sequele con un impatto sulla qualità di vita del paziente, come il rischio di impotenza e incontinenza — osserva Ottavio De Cobelli, direttore della Divisione di Urologia all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, al primo posto in Italia per numero di interventi robot-assistiti sulla prostata —. Con il robot la probabilità scende perché lo strumento consente di ingrandire varie volte l'immagine del campo operatorio, che risulta nitido e pulito, e di compiere movimenti impossibili per la mano umana». «L'intervento robotico è rapido e così preciso da ridurre moltissimo il rischio di recidive, perché grazie a una visione amplificata del campo operatorio ci si as-

sicura che venga asportato tutto il tessuto malato — conferma Vincenzo Mirone, segretario della Società Italiana di Urologia —. Accanto agli ottimi risultati in termini di sopravvivenza senza malattia, la tecnica robotica evita l'incontinenza, che è un problema per il 5% dei pazienti operati a cielo aperto. Inoltre, grazie a una maggior capacità di risparmiare i fasci nervosi che regolano l'erezione, è molto utile nei pazienti con tumore alla prostata che hanno un'erezione efficiente e vogliono conservarla per una buona vita sessuale anche dopo l'intervento, per esempio gli uomini più giovani; con la chirurgia standard la probabilità di deficit erettivi arriva al 60% nel primo anno dall'operazione». Il robot da Vinci, che è una sorta di evoluzione della chirurgia laparoscopica, ha quattro "braccia" che vengono inserite nel corpo tramite piccoli fori: uno porta la telecamera 3D ad alta definizione, gli altri servono per gli strumenti operatori e sono "mani" che possono ruotare di 360 gradi, guidate dal chirurgo in carne e ossa seduto alla console di comando.

Come gli interventi in laparoscopia, il robot garantisce una riduzione delle perdite di

sangue e del dolore post-operatorio, cicatrici poco visibili e una degenza breve; in più però consente un'esecuzione tecnica migliore, grazie alla tridimensionalità del campo visivo e alla mano robotica che può fare movimenti più ampi e fini di quella umana, e senza alcun tremore. Con il robot perciò si possono operare per via mininvasiva, e con migliori risultati, pazienti che prima non potevano essere trattati in questo modo ed è indicato soprattutto nei casi ad alta complessità.

Resta il neo della spesa elevata. Il robot costa da 1,5 a 2,7 milioni di euro a cui si aggiungono decine di migliaia di euro per la manutenzione annuale; per i materiali d'uso di ogni intervento servono 4-5 mila euro a cui si sommano i costi ospedalieri. «Non poco, ma dobbiamo paragonarli al costo di tutto il percorso del paziente — spiega De Cobelli —. Perciò è sensato che ogni Regione abbia 2-3 centri di riferimento con un grosso volume di interventi: ciò garantisce massima esperienza, migliori risultati e un rapporto costo-beneficio ottimale».

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'analisi

La chirurgia robotica è sempre più usata per vari tipi di tumore al polmone ed è di pochi giorni fa la revisione di tutti gli studi sul tema, condotta da medici dell'Humanitas di Rozzano: il robot, che negli Usa è usato in circa il 10% dei casi di cancro polmonare, rispetto agli interventi laparoscopici «normali» comporta meno complicanze, minor uso di antidolorifici, e una miglior possibilità di valutare i linfonodi

**2,7**  
milioni

Il costo massimo di un robot chirurgo a cui si aggiungono decine di migliaia di euro per la manutenzione annuale

**Punti a favore**  
L'intervento riduce il rischio di recidive, evita l'incontinenza e dà ottimi risultati in termini di sopravvivenza senza malattia

## Ma le «macchine» sono mal distribuite

**S**ulla teoria ci sono pochi dubbi: l'ideale è avere un giusto numero di robot, ben distribuito in centri di eccellenza dove eseguire tanti interventi per ammortizzare il costo della macchina e rendere sostenibile ed efficiente l'alta tecnologia. I dati della Società Italiana di Urologia appena presentati al congresso nazionale raccontano un'altra realtà: «In Italia ci sono 82 robot-chirurghi, che basterebbero. I problemi sono la distribuzione a macchia di leopardo e la differenza fra Nord e Sud del Paese — spiega Vincenzo Mirone, segretario SIU —. Al Nord i robot sono 44, al Centro 25 di cui 11

in Toscana, al Sud e nelle isole 15, di cui 9 fra Campania e Puglia. In Lombardia ce ne sono 21, in Molise neppure uno; in Sicilia uno, la Calabria attende il suo primo a breve. Una situazione simile favorisce la migrazione sanitaria dei malati per i quali il robot è più indicato, con un aggravio considerevole di costi». Ma la soluzione non è un robot in ogni reparto: «L'installazione ha senso solo se si possono eseguire come minimo 350 interventi l'anno. Una redistribuzione, in modo che ogni Regione abbia uno o più centri d'eccellenza, sarebbe la soluzione migliore».

**E.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'origine

Serviva a operare a distanza nei teatri di guerra

robot-chirurghi sono nati come "chirurghi di guerra", per operare negli ospedali da campo durante i conflitti: in queste situazioni difficilmente c'è l'esperto necessario, così si era pensato a chirurghi-robot manovrabili a distanza dal medico, lontano dal teatro di guerra. Applicazioni tuttora sperimentali, perché la trasmissione dei segnali a distanza può essere imprecisa e pregiudicare i risultati, i costi sono troppo alti e serve comunque un chirurgo reale

accanto al tavolo operatorio. Negli ospedali civili l'uso del robot è approvato dal 2000 e l'Italia fin dagli albori è stata in prima fila: fra i membri fondatori della *Clinical Robotic Surgery Association* internazionale gli italiani sono secondi solo agli statunitensi e l'italiano Pler Cristoforo Giulianotti è considerato uno dei pionieri della chirurgia robotica mondiale.

**E.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# I costi al momento non giustificano l'estensione a patologie benigne

**Q**uasi 12 mila studi, condotti in tutto il mondo su migliaia di pazienti. A tanto ammonta l'esperienza con il robot-chirurgo, ma nella maggioranza dei casi si tratta di interventi in oncologia: è sulla rimozione del tumore che i costi della robotica sono più giustificati perché la precisione garantisce di risparmiare le zone vicine massima efficacia e minimo danno.

Pian piano, però, i robot stanno entrando in sala operatoria anche per patologie benigne: succede per ora solo nei grandi centri, ma non è escluso che con il diffondersi della tecnologia non accada più

spesso. Negli Stati Uniti, per esempio, alcuni grossi ospedali usano la chirurgia robotica anche per l'ipertrofia prostatica benigna.

«A oggi, nella pratica dei nostri centri, può avere un senso solo se la prostata è molto grande, al di sopra dei 150 grammi, per evitare la chirurgia a cielo aperto. Con volumi inferiori esistono altre tecniche endoscopiche con accesso dall'uretra che non comportano "buchi" e sono efficaci e meno costose del robot — puntualizza l'urologo dello Ieo di Milano Ottavio De Cobelli —. Esistono tuttavia patologie urologiche benigne che possono trarre vantaggio

dal robot, come il restringimento del passaggio fra rene e uretere o la sospensione della vescica in donne anziane con un prolasso dell'organo che provoca incontinenza». Nelle donne, il robot potrà avere ulteriori impieghi in un prossimo futuro, come spiega Angelo Maggioni, direttore della Divisione di ginecologia allo IEO: «Al di là dell'oceano, il robot è usato spesso per le isterectomie benigne. Ciò che impedisce di farlo anche in Italia è il costo elevato ma, quando sarà paragonabile a quello della laparoscopia, la nuova tecnica sarà più utilizzata».

**E.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# CorriereSalute

## Il ricordo

di **Umberto Veronesi**

### LA GENTE VUOLE SAPERE E LOTTARE

**U**mberto Veronesi a Corriere Salute ha lasciato un'eredità speciale: Sportello Cancro. Un'iniziativa da lui fortemente voluta e che Fondazione Umberto Veronesi e Corriere.it hanno portato avanti fino a oggi. Riportiamo qui stralci di quanto scritto dal professore il 21 aprile 2004, giorno di presentazione di «Sportello cancro».

*(...) Ai primi del '900 una persona su 30 si ammalava di tumore. Oggi si ammala 1 persona su 3 e fra 10 anni si ammalerà 1 persona su 2. Ma c'è anche una buona notizia: la mortalità ha iniziato a diminuire e continua a farlo, soprattutto perché si è infranta la barriera della comunicazione. L'informazione della popolazione e la presa di coscienza dei medici di famiglia ha permesso di effettuare molte diagnosi nel momento in cui il cancro è ancora una malattia guaribile, che si può trattare con più efficacia e meno invasività; la graduale percezione del concetto di rischio individuale ha condotto a stili di vita che aiutano a prevenire l'insorgere della malattia. Finalmente il cancro non è più uno spettro oscuro e misterioso che si aggira fra di noi come una maledizione divina; è una malattia che abbiamo cominciato a capire, a conoscere, e soprattutto a individuare e curare in una percentuale non indifferente di casi.*

*Per questo non dobbiamo fermarci nella comunicazione; anzi dobbiamo porci nuovi obiettivi, comunicare ancora di più e meglio. La tecnologia ci aiuta in questo. I media, i nuovi media — Internet in testa — sono strumenti straordinari per sensibilizzare, informare, formare e aggiornare in tempo reale la comunità civile e scientifica. E possono anche aiutare concretamente a non sentirsi come «una barca alla deriva» di fronte ad una diagnosi di cancro. Per questo, attraverso la Fondazione che porta il mio nome, ho sposato con entusiasmo l'iniziativa del Corriere della Sera «Sportello Cancro»: una guida su web ai centri di diagnosi e terapia più adeguati per ciascun paziente oncologico. Un'idea coraggiosa che presuppone un'analisi della reale offerta di cura del nostro paese e la capacità di trasmetterla in modo facile e comprensibile. Uno strumento importante che, non dovrà snaturare il rapporto «sentimentale» medico-paziente, quel legame fortissimo e imprescindibile fra la persona che ha bisogno e l'altra che cerca di aiutarla. Anzi, se capito e utilizzato con coscienza, lo rafforzerà. Medico e paziente devono cogliere le opportunità di un mondo tecnologicamente sempre più avanzato (...).*



Remuzzi e Veronesi

## Soltanto i veri geni ti lasciano libero di avere dei dubbi

Ritratti di gente straordinaria

# Remuzzi e Veronesi, geni fra scienza e coscienza

*L'uno, cattolico, re della nefrologia, indaga il Dna. L'altro, modello laico tra oncologia e nucleare  
Le vite parallele di due grandi scienziati che studiano il reale con la curiosità dei bambini*

di VITTORIO FELTRI

La domenica è anche il giorno delle domande. Non solo quelle sul referendum, spero. Ma quelle che vorremmo evitare e ci saltano addosso. C'è bisogno di dire quali? Mi vergogno persino a esprimerle, tanto sono sopra il mio mestiere di gazzettiere ormai attempato. Mica sono Scalfari, che ha il Papa a disposizione.

Constato che il mondo è pieno di maestri che si atteggiavano a profeti in grado di fornirci il bigliettino con la risposta sul futuro nostro e dell'umanità. Non mi riferisco qui ai preti, i quali sono dotati di Vangelo, ma a chi si sente più intelligente persino (...) (...) di Gesù Cristo e non ammette i limiti connessi al nostro essere "pulvis et umbra" come scriveva di noi umani Orazio ma anche la Bibbia. Invece per fortuna al mondo esistono alcuni che non dimenticano questa sentenza inesorabile, ma nello stesso tempo non si accontentano (Icaro). Eviterò altre citazioni libresche. Ma un paio di nomi di chi ha incarnato e incarna questa essenza del genio umano li ho in mente. Li dico subito: Remuzzi e Veronesi. Qualche volta consola appartenere alla razza uma-

ba, e rende le 44 lezioni di Remuzzi un pascolo fecondo per una piccola mente come la mia.

Veronesi è famoso, spendo per lui poche parole. Era noto fosse ateo. Lo pensavo pure io. Sapevo che era uno studioso coltissimo di Sacre Scritture: le sue domande non si sono mai fermate a riposare. Ammiro la sua umiltà. Trascrivo la sua definizione di Ateo: «Io non sono credente, e rispetto al problema di Dio mi considero agnostico. Sono però profondamente convinto che esista una morale laica valida quanto la fede in Dio. È un'etica della responsabilità, che ogni persona può e deve costruire dentro di sé, e che deve servire da timone per dirigere le proprie azioni. Ateo è un termine che non amo, perché vuol dire "senza Dio", e io non ho le prove per negare l'esistenza di Dio». Non è vero che senza Dio allora tutto è permesso. Anche perché non è poi così sicuro che Dio non esista.

Cito un altro passo del breviario di Veronesi. *N come Nucleare*. Il suo pensiero sul punto era ben noto. Ma è oscurato, perché tabù. Non lo è più, per fortuna, l'eutanasia, che pure è tema delicato. Invece lo è l'energia nucleare. Un pregiudizio che ci rovina la vita, e tutti accettano come dogma, e dicono: vietato! Veronesi da grandissimo scienziato annienta questa balordaggine, associandosi in questo al pensiero del Nobel della Fisica Carlo Rubbia e del mio amico Pietro Lunardi: «Personalmente ri-

ba, e rende le 44 lezioni di Remuzzi un pascolo fecondo per una piccola mente come la mia.

Ho tra le mani il volume *Siamo geni. Uno straordinario viaggio nel corpo umano in 44 brevi lezioni* (Sperling & Kupfer, p. 198, €16). L'autore è Giuseppe Remuzzi, un medico-scienziato che è tra gli uomini più colti e sapienti in circolazione. Vi invito a ripetere questa mia esperienza. Frequento questo professore bergamasco, assoluto asso mondiale nel campo della nefrologia, da tempo, ma queste sue spigliate comunicazioni di profondità e semplicità stupefacenti, mi hanno richiamato alla mente la figura e l'insegnamento di un altro come lui, Umberto Veronesi, scomparso pochi giorni fa. Remuzzi non si offenderà se rivelo il suo cattolicesimo, vissuto senza bigottismi. Veronesi faceva professione di laicità. Ma l'ha professata fino all'ultimo senza alcuna ombra di sacerdotaria o presunzione di superiorità razionalistica sugli uomini di fede. Di lui ho letto e bevuto subito il *Sillabario laico*, uscito proprio ieri in allegato al *Corriere della Sera*. E ho riscoperto questa comune attitudine e sensibilità che accompagna i veri grandi sapienti: non solo non si atteggiavano a guru con la verità in saccoccia, ma sostengono persino che esistono domande in cui l'intelligenza umana e la scienza sviluppata fino al suo diapason non saranno mai in grado di dare una risposta. Non hanno pregiudizi. Sono come bambini, cercano. Ma sono anche come i saggi: dopo aver rivelato pozzi di conoscenza a noi profani, sanno di non sapere. E non è falsa modestia. Questa cosa ha fatto sì che a quasi 91 anni il nostro massimo oncologo fosse fragrante come una michetta all'al-



tengo che per l'Italia sia grave rinunciare alla possibilità di far fronte alla futura insufficienza energetica anche con il nucleare. Ne sono tanto più convinto se considero che i Paesi avanzati del mondo, anche dopo l'incidente alla centrale nucleare giapponese di Fukushima che nel marzo 2011 ci ha tenuti per settimane con il fiato sospeso, danno priorità assoluta al prossimo scenario del dopo-petrolio, e stanno studiando metodi di produzione di energia atomica più efficienti e più sicuri». Forza Renzi, forza Berlusconi: fatte un *Patto del Veronesi* per il nucleare: sarà più interessante e utile per l'Italia di quello del Nazareno.

Anche Remuzzi nel suo libro si palesa come nemico dell'oscurantismo, e da cattolico non esita a schierarsi con la ricerca che vada a fondo all'enigma del Dna, e dell'origine della vita. Questo non ruba il campo alla fede, anzi. Sin dalle prime righe non resiste a obbedire al "gene" dell'onestà che in lui è dominante: «C'è qualcosa che non arriveremo mai a capire». Neppure un Einstein alla centesima potenza potrà. Detto da un grande scienziato, che più di tutti noi messi insieme è arrivato a osservare i segreti biologici e ingegneristici che ci fanno essere quello che siamo, è per me consolante. Vuol dire che esiste il margine del libero arbitrio, non è possibile un lavaggio del cervello che preceda addirittura la

nostra nascita. Non perché qualcuno non possa provarci, ma perché è impossibile riuscirci. C'è un nocciolo di mistero nella vita umana che non è pre-ordinabile. Ho capito giusto, Professore?

Ho già usato il termine "gene" che dà il titolo al libro: «Siamo geni». Remuzzi lo è, di certo, un genio, nel senso della eccezionalità, noi in quello della normalità: siamo costituiti da queste particelle di vita che portano in sé la memoria di chi ci ha preceduti. Il medico-filosofo bergamasco non ha paura di violare chissà quale sacrario, e sostiene l'utilità di rimediare ai difetti che stanno nel Dna cambiando ne dei pezzi. Si chiama gene-editing. Correggere la grammatica e la sintassi del libro che noi siamo. C'è un problema: i medici lo fanno senza il permesso dell'embrione perché non è ancora in grado di darlo. È giusto? Del resto tutti nasciamo senza nostra autorizzazione. Di certo con questa pratica di gene-ed-

ting si eviteranno malattie ereditarie. Remuzzi non ritiene affatto che questo costituisca una manipolazione dell'essenza umana, né teme che questo predisponga alla creazione di esseri umani "perfetti", come nelle società omogeneizzate fatte da robot. Sicuri? Finché si resta al lato fisico, poche obiezioni sono possibili. Ma se si interviene sull'aspetto morale? Mah. Si è scoperto ad esempio che esistono predisposizioni genetiche a comportamenti delittuosi o all'uso di droghe. Che si fa? Remuzzi dice: non lo decido io, non tocca a me. Io come scienziato devo fare in modo che «questa tecnica funzioni e non si associ eventualmente a problemi più gravi della malattia che vogliamo guarire». Non si permette di insegnare a nessuno il giusto e lo sbagliato. Qui interviene la coscienza, che non è in possesso esclusivo degli scienziati. E che nessun progresso (o regresso) relativo al maneggio del Dna potrà cancellare. Resterà sempre il margine della libertà. Citando un professore di Harvard, Remuzzi prevede con mio sollievo: i miei nipoti verranno da embrioni selezionati e modificati geneticamente, e per l'umanità non cambierà nulla, sarà come vaccinarsi. Purché - aggiungo io - non inventino il vaccino contro il dubbio e la curiosità. Insomma, fateci restare un po' bambini, come Remuzzi e Veronesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Giuseppe  
Remuzzi**



**Umberto  
Veronesi**

# CorriereSalute

● Pensa la salute



di Riccardo Renzi

## L'Europa dei pazienti stenta a decollare

**F**unziona male l'Europa dei migranti, ma non guadagna terreno neanche quella dei pazienti. Nel rapporto UE sulla sanità transfrontaliera nel 2015 (primo anno di piena applicazione della direttiva del 2012) i numeri di chi sceglie di farsi curare in un altro Paese UE sono, salvo qualche eccezione, miseri. Colpa di poca informazione, barriere burocratiche, scarso sostegno politico, secondo la commissione che ha stilato il rapporto. Quasi 100 mila europei sono stati curati in un anno fuori del proprio Paese, ma solo mille l'hanno fatto chiedendo l'autorizzazione a curarsi all'estero, e solo la metà l'hanno ottenuta. Lussemburghesi, slovacchi e irlandesi i più esterofili, ma al quarto posto ci sono gli italiani per lo più diretti in ospedali tedeschi e austriaci. Le richieste sono state 194 e le autorizzazioni 73, in 127 hanno chiesto il rimborso per terapie d'urgenza, ma solo 66 l'hanno ottenuto. E quanti europei hanno scelto l'Italia per curarsi? In un anno solo 10, dei quali 4 romeni. Da questo punto di vista, il Belpaese non ha molta attrattiva. Ma forse gli europei si sbagliano.



## In Sardegna

### Nessuno sa usare la radioterapia costata 3 milioni

■■■ Costato 3 milioni di euro, finanziati dall'assessorato alla Sanità della Regione Sardegna, non è utilizzabile perché mancano i tecnici specializzati che possano farlo funzionare. L'ennesimo caso di sperpero di denaro pubblico riguarda un acceleratore per radioterapia per curare i tumori maligni, che è stato acquistato qualche mese fa dalla Asl numero 3 di Nuoro, finanziato dalla Regione Sardegna, che si trova in un reparto dell'ospedale "San Francesco" di Nuoro, ma che fa bella mostra di sé senza che possa essere messo in funzione e che quindi possa essere di pubblica utilità per i malati di tumore di tutta la provincia, ma anche del resto dell'isola. Un'apparecchiatura all'avanguardia, inaugurata in pompa magna nello scorso mese di agosto alla presenza dell'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru e che non è presente in nessuna altra struttura sanitaria dell'isola, ma che va catalogata per ora come l'ennesima beffa nei confronti dei malati tumorali.

«In tutta l'isola non ci sono medici o tecnici radiologi all'altezza - denuncia il sindaco di Irgoli (Nuoro), nonchè in cura presso questo ospedale, Giovanni Porcu - Addirittura ora la Asl di Nuoro ha annunciato che per essere abilitati al suo utilizzo i radiologi dovranno frequentare un corso di specializzazione nella penisola, con ulteriore perdita di tempo, perché in Sardegna ahimè i corsi non si possono frequentare. E quindi hanno promesso comunque che nel giro di qualche mese l'apparecchiatura potrà essere messa in funzione».

PAOLO CABONI

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Mario Calabresi

NON BASTANO QUASI 60MILA FIRME

## La lobby che ostacola la legge sulla cannabis

MONICA RUBINO

**H**ANNO firmato anche Vasco Rossi e Roberto Saviano, la sindaca di Torino Chiara Appendino, il primo cittadino di Napoli Luigi De Magistris e quello di Parma Federico Pizzarotti. Alla fine i Radicali sono riusciti a raccogliere 57.500 firme a sostegno della legalizzazione della cannabis, 7.500 in più di quelle necessarie a presentare una legge di iniziativa popolare. Ma un'agguerrita pattuglia di parlamentari si dichiara pronta a smontare punto per punto tutti gli argomenti degli antiproibizionisti.

A PAGINA 19

**La proposta.** Quasi 60 mila firme, tra cui Saviano e Vasco Rossi, raccolte dai Radicali per la legge popolare. Ma alla Camera c'è chi prepara il binario morto

# Cannabis legale la lobby dei contrari riparte all'attacco

Gasparri e Giovanardi contro il commissario della fiction di Rai2, Rocco Schiavone, "che si fa una canna ogni mattina"

MONICA RUBINO

ROMA. Hanno firmato anche Vasco Rossi e Roberto Saviano, la sindaca di Torino Chiara Appendino, il primo cittadino di Napoli Luigi De Magistris e quello di Parma Federico Pizzarotti. Alla fine i Radicali sono riusciti a raccogliere 57.500 firme a sostegno della legalizzazione della cannabis, 7.500 in più di quelle necessarie a presentare una legge di iniziativa popolare. Sono state depositate venerdì alla Camera. Ma adesso la sfida del comitato promotore, composto anche dall'associazione Luca Coscioni e dalle principali organizzazioni antiproibizioniste italiane, è di ottenere in tempi più o meno brevi la calendarizzazione del provvedimento in Aula.

Le premesse non sono rosee: una precedente proposta di legge trasversale, presentata da 220 deputati e 80 senatori raccolti nell'intergruppo "cannabis legale", dopo l'approdo nell'aula di Montecitorio è stata rispedita velocemente nelle commissioni Giustizia e Politiche sociali, dove ri-

schia di essere affossata per sempre sotto una pioggia di emendamenti. Il fronte del "no" annuncia battaglia anche contro la nuova iniziativa. E mentre i senatori di Idea Gaetano Quagliariello e Carlo Giovanardi e il forzista Maurizio Gasparri annunciano un'interrogazione parlamentare della nuova fiction di Rai2 che «si droga facendosi una canna ogni mattina», l'agguerrita pattuglia di parlamentari centristi, capitanati da Maurizio Lupi e Paola Binetti, si dichiara pronta a smontare punto per punto tutti gli argomenti degli antiproibizionisti. Per i quali, invece, i tempi sono ormai maturi per superare le barriere ideologiche e ammettere che liberalizzare le droghe non ne aumenta il consumo ma riduce invece la criminalità collegata alla produzione e allo spaccio. Seguendo l'esempio degli Usa, dove nel recente voto quattro Stati - California, Nevada, Maine e Massachusetts - si sono espressi anche su quesiti referendari, decidendo di legalizzare la cannabis a scopi "ricreativi".

Sono quasi 50 anni che in Italia si fumano spinelli. Secondo il Centro europeo per il monitoraggio delle droghe (Emcdda) l'Italia è al terzo posto in Ue per uso di cannabis, dopo Danimarca e Spagna. E i dati dell'ultima relazione annuale (2015) al Parlamento del Dipartimento sulle politiche antidroga dicono che il 32% degli italiani ha provato la cannabis almeno una

volta nella vita: poco più di 12 milioni e mezzo di persone fra i 15 e i 64 anni, di cui circa 5 milioni di età compresa fra i 15 e i 34 anni.

«Rispetto alla proposta già presentata, la nostra è più avanzata - spiega Riccardo Magi, segretario dei Radicali italiani - perché permette di coltivare fino a cinque piante di marijuana senza chiedere nessuna autorizzazione e di possedere fino a 15 grammi di sostanza per uso personale». La legge dei radicali si spinge fino a proporre la depenalizzazione dell'uso di tutte le droghe, comprese quelle pesanti, «sul modello Lisbona», sostiene Magi. Il Portogallo, infatti, quindici anni fa ha depenalizzato il possesso di qualunque tipo di stupefacente, una decisione che all'epoca provocò sconcerto nel mondo. Ma oggi il bilancio è positivo: nel paese iberico sono in calo sia consumatori di eroina che i detenuti



per reati legati alla tossicodipendenza.

Ma non bastano questi dati a convincere il fronte del no: «Non è dimostrato che legalizzare le droghe serva a combattere la criminalità – afferma Lupi, capogruppo di Ap alla Camera – e anche all'interno della magistratura il dibattito è aperto». Mentre la Binetti (medico di professione) rimarca «i danni al cervello provocati dalle droghe leggere, specie nei più giovani». Eppure anche l'oncologo Umberto Veronesi, scomparso di recente, aveva commentato positivamente la bocciatura, due anni fa, da parte della Consulta, della legge Fini-Giovanardi, che equiparava droghe pesanti e leggere e prevedeva pene fino a 20 anni di reclusione. E contestava la tesi che lo spinello sia l'anticamera di sostanze più pericolose.

«I contrari alla legge sono una minoranza in Parlamento, ma fanno leva sul loro potere di ricatto nei confronti del governo. E sono una minoranza anche nel Paese», sottolinea Magi. In verità, stando ai sondaggi, i sì non sono ancora la maggioranza anche se crescono: «Negli ultimi vent'anni i favorevoli alla legalizzazione della cannabis sono raddoppiati, passando dal 20 al 42 per cento» spiega Roberto Weber, sondaggista di Ixè.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IDATI

### TERZO POSTO IN UE

L'Italia è al terzo posto in Ue per uso di cannabis, dopo Danimarca e Spagna. Dati del Centro per il monitoraggio delle droghe (Emcdda)



### IL 32% L'HA PROVATA

Secondo i dati del Dipartimento sulle politiche antidroga il 32% degli italiani ha provato la cannabis almeno una volta nella vita

### CONSENSI RADDOPPIATI

Negli ultimi 20 anni sono raddoppiati gli italiani a favore della legalizzazione della cannabis, passando dal 20 al 42% secondo i dati Ixè



### LO SPINELLO DEL COMMISSARIO SCHIAVONE

Marco Giallini è il commissario Rocco Schiavone nella fiction di Rai2. A destra la manifestazione di ieri dei Radicali

## L'allarme ludopatia

# Aumentano i malati, a rischio anche i più giovani

I pazienti sono duecentomila. Gli esperti: bisogna spezzare gli orari

**NOEMI PENNA**  
TORINO

Sono 17 i milioni di persone che hanno tentato la fortuna almeno una volta nella vita. Oltre 2,4 milioni di loro sono a rischio dipendenza e per duecentomila il gioco è già un problema.

L'ultima indagine sul gioco d'azzardo in Italia, realizzata dal Cnr, afferma che la percentuale dei giocatori problematici è cresciuta negli ultimi anni e che la possibilità di accedere alle scommesse in rete ha contribuito in maniera determinata all'escalation. Nei primi sei mesi di quest'anno le giocate, al netto delle vincite, hanno raggiunto la soglia dei 208,9 milioni di euro, con una crescita del 36% rispetto ai 153,6 milioni dello stesso periodo del 2015. E il dato più preoccupante si riferisce ai giovani: tra i 15 e i 17 anni, il 41% dei maschi e il 30% delle femmine gioca d'azzardo.

«Nel 2015 si era raggiunto il massimo storico dell'espansione del fenomeno, ma quest'anno rischiamo di far peggio», afferma il dottor Paolo Jarre, uno dei maggiori esperti di gioco d'azzardo in Italia, nonché direttore del Centro di riferimento per il Piemonte, «unica regione d'Italia ad essersi coordinata per realizzare un'area dove slot e videolottery sono accese solo otto ore al giorno, fuori dagli orari più frequentati da giovanissimi e anziani».

Negli anni è cambiato sostanzialmente il modo di scommettere. «Oggi i casinò rappresentano appena l'1% dell'indot-

to, e a fare la parte del leone è internet: la moneta virtuale fa perdere il contatto con la realtà e appassiona in particolare i giovani. Ma è solo una faccia del fenomeno: la maggior parte dei malati di gioco ha un rapporto quasi fisico con le macchinette. Una dipendenza mentale che si trasforma in una pulsione materiale».

Le restrizioni in Piemonte coinvolgono 110 Comuni, «la maggior parte dei quali si è adeguato alla Legge regionale solo nell'ultimo periodo, arrivando a tutelare oltre 2,4 milioni di persone - spiega Jarre -. Nel resto d'Italia ci sono altri duecento Comuni con restrizioni di orario, ma solo con azioni coordinate e congiunte si possono ottenere risultati. Gli orari ridotti, infatti, non servono tanto a risolvere il problema di chi è già dipendente, quanto ad evitare che i predisposti entrino nel tunnel». Anche la Diocesi di Torino ha avviato un centro di ascolto e orientamento per il contrasto del gioco d'azzardo patologico, ma a farsi curare oggi è meno del 10% di chi ne avrebbe bisogno: «Aspettiamo l'approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza previsti dal Ministro, fermi a Palazzo Chigi, che per la prima volta prevedono anche la cura delle dipendenze d'azzardo. Con i Lea, insieme ai 50 milioni di Fondo per le cure già promesso, si potrà fare la differenza».

© BY NC ND AL CUNIDIRITTI RISERVATI

Un corso di formazione sui rischi della ludopatia tenuto in un esercizio commerciale che ha deciso di non ospitare macchinette da gioco d'azzardo

