



## **RASSEGNA STAMPA**

**12-03-2017**

1. CORRIERE DELLA SERA A caccia di tumori nelle cellule del sangue
2. CORRIERE DELLA SERA Una risonanza magnetica «speciale» scopre le metastasi
3. CORRIERE DELLA SERA Per quali organi servono gli screening oncologici
4. CORRIERE DELLA SERA Indagini sofisticate, precise e puntuali
5. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Il tumore? S'individua con un test del sangue
6. AVVENIRE Aspirina 'ok' per cuore e tumori
7. STAMPA Farmaci salvavita senza la mutua Una stangata da 3 miliardi l'anno
8. CORRIERE DELLA SERA Vale la pena di sottoporsi a «pacchetti di esami»?
9. CORRIERE DELLA SERA Meno sprechi se sanità pubblica e integrativa comunicassero meglio
10. REPUBBLICA La grande beffa dei ticket "Così i veneti pagano il quadruplo dei siciliani"
11. REPUBBLICA Int. a Luca Zaia - "Chi non riesce a incassare andrebbe commissariato"
12. REPUBBLICA Int. a Rosario Crocetta - "Sì, ci sono troppi furbi ma anche tanta povertà"
13. AVVENIRE «Prima le cure palliative C'è una norma, si applichi»
14. AVVENIRE ROMA Salute, 750mila persone l'anno viaggiano per cure di qualità
15. REPUBBLICA Gli italiani riscoprono la frutta ne mangiamo 63 kg all'anno

Sta crescendo rapidamente l'offerta di «biopsie liquide» che promettono di scoprire se nell'organismo è presente un cancro non ancora visibile. Così come è sempre più diffusa l'offerta in Rete di test genetici. Ma il ricorso a queste tecniche comporta diversi rischi

# A caccia di **tumori** nelle cellule del sangue

## Mercato fiorente

Sborsando tra i 500 e i 2 mila euro vengono offerti test del sangue che promettono di scoprire se si sta sviluppando una neoplasia

## Dati per il momento incompleti

L'efficacia dei test non è stata ancora validata attraverso studi «controllati» su un numero sufficiente di casi



**Una strada lunga**  
Capire e usare le informazioni contenute nel Dna per prevenzione, diagnosi precoce e terapia comporta tempi lunghi e costi enormi

# P

redire il rischio che ognuno di noi ha di ammalarsi di un tumore, con un semplice prelievo del sangue. La prospettiva viene oggi offerta da un sempre maggior numero di aziende che reclamizzano i propri esami.

Da quando, nel 2010, è stata data la notizia del sequenziamento del genoma umano, abbiamo scoperto che il cancro si sviluppa da un danno al Dna in una cellula che, di conseguenza, inizia a comportarsi in modo anomalo, riproducendosi senza controllo e creando uno squilibrio nell'armonia dell'organismo.

Gli scienziati stanno cercando d'individuare i geni-chiave responsabili dell'*oncogenesi* (i processi che portano alla formazione di una neoplasia) attraverso lo studio sistematico delle alterazioni che riguardano ampie porzioni del Dna (migliaia-milioni di basi del codice genetico). «L'idea — spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) — è quella di implementare un registro dei dati delle mutazioni genetiche coinvolte nello sviluppo delle diverse forme di tumori, per facilitare lo studio di nuovi farmaci e di terapie sempre più precise ed efficaci. L'obiettivo finale è poter individuare per ogni paziente le alterazioni genetiche che hanno portato alla sua patologia, in modo da dargli cure su misura, o poter misurare il rischio individuale di malattie, per giocare d'anticipo con la prevenzione "ad personam"».

Si punta, insomma, a prevenire e curare il cancro (e molte altre malattie) attraverso le conoscenze della genomica, andando alla ricerca dei geni difettosi con test economici e personalizzati. «Ma la strada è ancora molto lunga — precisa Pinto, che è anche direttore dell'Oncologia all'IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia —. Conoscere tutto il genoma è come avere un alfabeto, ma non significa saper leggere le informazioni che il Dna contiene. Per capire e usare quelle informazioni nella



pratica medica (prevenzione, diagnosi precoce, terapie) bisogna però analizzarle e comporre "parole e frasi". Questo secondo passaggio comporta tempi lunghi e costi enormi».

Ovvero: se la decodifica del genoma umano ha aperto una strada fino al Duemila inaccessibile, questo non significa che le risposte in medicina siano già tutte alla nostra portata.

Eppure il marketing è già fiorente e vengono offerti, sborsando una discreta somma (tra i 500 e i 2 mila euro), test del sangue che promettono di scoprire se nell'organismo si sta sviluppando un tumore, anche se è a uno stadio talmente iniziale che non ha ancora generato una massa rilevabile da altri strumenti, come una Tac o una Pet. Il principio su cui si basano è che il rischio di cancro potrebbe essere già scritto nel nostro Dna alcuni anni prima della diagnosi e questi esami permetterebbero di scoprirlo.

«Sono test molecolari che in persone sane cercano informazioni molto complesse — chiarisce Pinto —, come alterazioni genetiche o marcatori tumorali. E quello che trovano, per riprendere l'esempio dell'alfabeto, sono singole lettere o qualche parola, di cui non siamo in grado di spiegare il significato. Inoltre, la loro efficacia non è stata convalidata in studi controllati su ampi numeri di persone per l'applicazione, già oggi, nella pratica clinica».

Però basta un rapido giro su Internet per appurare che sono già sponsorizzati numerosi kit diagnostici, il cui valore è tutto da verificare.

E il pubblico dei potenziali acquirenti è destinato ad ampliarsi perché la genomica suscita grande eccitazione e curiosità, come testimonia gli esiti di un sondaggio internazionale su 7 mila persone: il 98% degli intervistati vuole conoscere le proprie probabilità di ammalarsi, in modo da proteggere la propria salute. Il 59% si accontenterebbe anche solo delle informazioni "grezze" sebbene queste, non inserite in un contesto strutturato, non potrebbero essere di grande aiuto perché poco comprensibili.

«Oltre alla scarsa utilità concreta di questi test oggi — aggiunge Francesco Cognetti, presidente di "Insieme Contro il Cancro" e direttore dell'Oncologia all'Istituto Regina Elena di Roma —, il pericolo maggiore è che (non capendo chiaramente il significato dei dati genetici) le persone rischino di sentirsi "condannate" ad ammalarsi e vivano nel terrore o nel fatalismo, senza invece comprenderne la potenziale parte positiva, cioè la possibilità di attuare una serie di atteggiamenti virtuosi protettivi o di controlli specifici per arginare ciò che sarebbe scritto nel futuro dei geni».

«La genetica è solo uno dei fattori che portano a sviluppare una malattia, ma conta anche altro: stili di vita, ambiente, specifici fattori scatenanti — continua Cognetti —. Certo, in futuro, potrà esserci di grande aiuto nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella scelta delle cure, nello scoprire malattie familiari ed ereditarie. Ma lo studio del genoma di una persona deve essere attentamente spiegato, non può essere considerato come un semplice test del sangue». A oggi le informazioni genetiche servono per la diagnosi precoce di alcune malattie, come distrofia muscolare, fibrosi cistica e sindromi di ritardo mentale, attraverso la diagnosi prenatale.

C'è poi un'altra categoria di test genetici efficaci per capire le probabilità di ammalarsi di

tumore riservati a persone per cui esiste un riconosciuto rischio di una sindrome ereditaria all'interno del nucleo familiare. «Si tratta sempre di esami che vanno alla ricerca di mutazioni genetiche, eseguiti con un semplice prelievo di sangue — spiega Antonio Russo, membro del consiglio direttivo Aiom —. Vengono però offerti gratuitamente, in strutture specializzate e secondo precisi protocolli, a chi soddisfa requisiti stabiliti secondo approfonditi studi scientifici: ovvero a chi ha già avuto nella cerchia dei parenti più stretti un certo numero di casi di cancro (e solo di determinati tipi di tumori: seno, ovaio e colon) che fanno supporre potrebbe esserci una ereditarietà genetica». Stiamo parlando di situazioni assai rare: nella popolazione generale, infatti, meno del 2% degli individui è portatore di mutazioni con sindromi ereditarie a rischio di sviluppare tumori.

Per ora le alterazioni genetiche associate ad aumentato rischio ereditario di tumore sono solo una manciata, perché ad oggi solo per pochi tumori solidi si conoscono i geni associati alla predisposizione genetica: BRCA1 e BRCA2 per le neoplasie mammarie e ovariche; MLH1, MSH2, MSH6, PMS6 e APC per le neoplasie coloretali; CDH1 per le neoplasie gastriche e infine CDKN2A e CDK4 per il melanoma.

«Sul totale dei casi di cancro, quindi, soltanto una minima parte (tra il 5 e il 10%) oggi viene catalogata come "ereditaria" — prosegue Russo, che è direttore dell'Oncologia al Palermo —. Le statistiche per il 2017 in Italia stimano circa 366 mila nuovi casi di tumore. Tra questi, 50 mila saranno diagnosi di carcinoma della mammella, 52 mila del colon-retto e 5.200 dell'ovaio e solamente circa 3.500 dei primi, 2 mila dei secondi e 500 dei terzi saranno a trasmissione eredo-familiare».

Quando bisogna "insospettirsi" e chiedere una consulenza genetica? «Quando esistono in famiglia, tra madre, nonne, zie o sorelle, almeno tre casi di tumore a seno o ovaio — risponde Russo —. Senza dimenticare i rari casi di tumore della mammella maschile. O anche soltanto due casi, ma che hanno colpito in giovane età. Oppure la presenza di una neoplasia in entrambe le mammelle o le ovaie. Lo stesso vale per il carcinoma del colon retto: meglio informarsi con il medico se ci sono più casi di cancro al colon nella cerchia familiare stretta, soprattutto se l'età di insorgenza è prima dei 50 anni. Per il tumore gastrico, invece, bisogna considerare famiglie con almeno due casi di questa neoplasia insorti prima dei 50 anni nello stesso ramo di parentela. Infine, è bene fare attenzione a due o più casi di melanoma (sempre nello stesso ramo familiare) o a individui con melanomi multipli».

E a chi bisogna rivolgersi? «A centri specializzati, che abbiano un team multidisciplinare dedicato — dice l'esperto —. La predisposizione eredo-familiare e il relativo rischio oncologico vengono stabiliti durante una visita specialistica, che prende il nome di counseling oncogenetico, cui partecipano l'oncologo medico, i genetisti medico e biologo e lo psicologo. Si valuta tutta la documentazione richiesta e si crea l'albero genealogico per almeno tre generazioni precedenti per stimare il rischio ereditario. Poi si propone un prelievo ematico per accertare la presenza di una mutazione nei geni che ad oggi risultano associati con la trasmis-

Dir. Resp.: Luciano Fontana

sione eredo-familiare e l'eventuale estensione del test a tutti i consanguinei della persona in ordine di generazione, nel caso in cui il risultato del test sia positivo».

Nel nostro Paese questa procedura, per chi accede al counselling oncogenetico con questi criteri, è gratuita.

Qualora il test venga esteso ai familiari, il genetista medico può assegnare anche a loro una specifica esenzione per patologia rara in modo tale che i portatori sani della mutazione genetica identificata nella famiglia possano essere sottoposti alle opportune strategie di sorveglianza o prevenzione.

«Scoprire di essere a rischio di sviluppare un tumore e dover decidere cosa fare può avere un contraccolpo psicologico enorme — conclude Cognetti —. È indispensabile che queste indagini genetiche vengano fatte all'interno di centri e percorsi specializzati, dove alle persone vengono fornite tutte le informazioni e l'assistenza necessarie».

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il registro

Gli specialisti in oncologia vorrebbero sviluppare un registro dei dati delle mutazioni genetiche coinvolte nello sviluppo delle diverse forme di tumori. In questo modo sarebbe più facile studiare nuovi farmaci e terapie sempre

più precise ed efficaci. Si punta, quindi, a prevenire e curare il cancro (e molte altre malattie) attraverso le conoscenze della genomica, andando alla ricerca dei geni difettosi con test economici e personalizzati

## L'indagine

Una «vendita» che omette i limiti del prodotto

Il marketing su Internet è già fiorente, ma il rischio di incappare in una bufala è alto. Negli Usa il mercato dei test genetici che prevedono il rischio di ammalarsi di cancro è fiorito da tempo e nel 2015 i ricercatori del prestigioso Dana-Farber Cancer Institute di Boston hanno valutato 55 siti web promossi da imprese commerciali, università, medici e organizzazioni varie che promuovono prodotti o servizi che possono essere utilizzati per ritagliare su misura della singola

persona la prevenzione o la cura di un tumore. Gli studiosi hanno analizzato sia prodotti e servizi offerti, sia la qualità dell'informazione data ai potenziali acquirenti. I risultati? Nell'88% dei casi si trattava di test che non hanno ricevuto nessuna convalida scientifica. Inoltre, l'85% dei siti Internet forniva informazioni sui benefici dei propri prodotti o servizi, ma soltanto il 27% avvisava anche dei possibili limiti di quanto veniva venduto.

**V. M.**

# Una risonanza magnetica «speciale» scopre le metastasi Ora viene proposta anche per chi è ancora sano

## In Germania

Una ricerca valuterà l'accuratezza dell'esame su 30 mila persone senza sintomi

L'esame si chiama *Diffusion Whole Body* (Dwb) e serve a scrutare l'intero corpo senza raggi e mezzi di contrasto. Usato in Italia all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) da 7 anni per la ricerca di metastasi (1.300 esami nel 2016), viene ora proposto per una finalità diversa: diagnosi precoce di tumori solidi, non indagati con screening tradizionali, in individui senza segni di malattia. Allo scopo un pool di imprenditori ha creato Asc Italia, centro privato a Castelli Calepio (Bg) gestito da specialisti formati allo Ieo. La macchina per l'indagine è una risonanza magnetica (RM) specializzata nell'identificare i tumori grazie a innovazioni di hardware e software. Prezzo dell'esame: mille euro. Poiché Asc non ha scopo di lucro gli utili serviranno per acquistare altre due macchine e per consentire a meno abbienti l'esame a 200 euro, nella quota del 10% delle indagini eseguite.

Spiega Massimo Bellomi, direttore della divisione di radiologia dello Ieo: «Questa RM rileva la "restrizione dei movimenti" delle molecole d'acqua, che, intrappolate in un tessuto ipercellulare, come quello tumorale, risultano "brillanti". Con immagini ad alta risoluzione evidenzia lesioni fino a 3-4 millimetri di diametro. La restrizione dei movimenti di molecole d'acqua, però, non è solo dei tumori, e ci sono tumori in cui accade il contrario. Perciò per valutare correttamente i risultati occorrono addestramento e molta esperienza». «La Dwb non sostituisce gli screening consolidati (per seno, colon, utero), — sottolinea Giuseppe Petralia, radiologo Ieo — perché, ad esempio, ha capacità d'analisi inferiore alla mammografia e non è efficace sul colon, ma si può aggiungere ad essi per gli altri distretti

corporei». Non ci sono ancora dati scientifici sull'accuratezza dell'esame per la diagnosi precoce in soggetti senza segni di malattia. Però, precisa Petralia: «Gli studi dicono che la Dwb in malati di tumore ha performance sovrapponibili a quelle di Tac e Pet con contrasto (circa 90%, con falsi positivi intorno al 5%). Dati verranno da uno studio in corso in Germania, che sottoporrà a Dwb 30 mila persone sane».

«È comprensibile — commenta Maurizio Tomirotti, presidente del Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri — l'ansia scientifica di trasferire nella pratica risultati preliminari, ma occorre cautela sull'uso di metodiche la cui utilità non sia ancora suffragata da dati solidi. Prevenzione primaria e diagnosi precoce sono utilissime, perché nella maggioranza dei casi consentono di migliorare l'efficacia delle cure. Però non basta anticipare una diagnosi: occorre che ciò comporti direttamente l'aumento del numero dei guariti o della sopravvivenza nelle malattie che non guariscono. Dati, questi, che si acquisiscono nel medio-lungo periodo. L'impiego in soggetti asintomatici di un'indagine i cui risultati non siano consolidati rischia di determinare un eccesso diagnostico di condizioni tumorali che potrebbero avere un decorso molto lento e non divenire mai una malattia nell'arco di vita del paziente. Complessa è, poi, la diagnosi differenziale tra localizzazioni di malattia oncologica e noduli benigni». «Lo sviluppo dell'esame, condotto per anni allo Ieo, è stato soprattutto clinico — replica Petralia —. L'imparare a capire la complessità, a distinguere i casi pericolosi da quelli che non lo sono ha costituito la maggior parte del lavoro e dell'esperienza accumulata, tanto che l'indagine è sempre più richiesta dagli oncologi dell'Ieo. Come detto, è un esame fortemente dipendente dalle specifiche capacità dell'esecutore».

**Cristina D'Amico**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Con la mappatura, terapie mirate in base alla mutazione genetica

**L**a mappatura del genoma ha già cambiato il modo di curare diversi tumori. La «rivoluzione» delle *target therapies* (o farmaci a bersaglio molecolare) è iniziata diversi anni fa e oggi i malati di cancro hanno a disposizione medicinali che sono efficaci in caso di ben definite mutazioni genetiche.

«Oltre a calcolare le probabilità di sviluppare o ereditare una certa patologia in una ristretta categoria di persone sane considerate a rischio (si veda l'infografica) — spiega Antonio Russo, del consiglio direttivo dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica —, esiste la possibilità che i pazienti oncologici che devono fare una terapia medica oggi vengano sottoposti a un test genetico per capire se è presente o meno una specifica alterazione del Dna tumorale».

È il caso del gene Her2 nel tumore al seno, per il quale esistono medicinali in grado di prolungare la sopravvivenza dei malati. Lo stesso vale con i geni BRCA1 e BRCA2 per le neoplasie di mammella e ovaio; con le mutazioni EGFR, ALK, EML4 e ROS1 per il tumore al polmone; BRAF e NRAS per il melanoma; le alterazioni KRAS e NRAS per il cancro colon-rettale; c-KIT e PDGFRA per i tumori gastrointestinali stromali; RET nel carcinoma midollare della tiroide e, infine, SMO per una forma di cancro della pelle, il carcinoma basocellulare. «Quando siamo di fronte a un malato con uno di questi tipi di cancro che necessita una cura farmacologica — chiarisce Russo — oggi, in qualsiasi ospedale italiano, a carico del Ssn, si esegue il test genetico tramite un solo prelievo dal tessuto tumorale. Sulla base degli esiti si decide quale farmaco somministrare perché, in caso quella mutazione genetica sia presente o assente, una terapia rispetto ad un'altra può avere maggiori probabilità di successo».

**V. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Per quali organi servono gli screening oncologici

## Gli studi

**G**li screening oncologici sono stati messi a punto e convalidati su milioni di persone in tutto il mondo: possono scoprire la presenza di lesioni precancerose o di un tumore agli stadi iniziali, quando è più semplice da curare e le probabilità di guarire sono maggiori. A oggi i programmi di screening in Italia prevedono che tutte le donne tra i 50 e i 69 anni ricevano ogni due anni una lettera d'invito dalla Asl a eseguire gratis la mammografia.

Inoltre, tutti i cittadini fra i 50 e i 70 hanno diritto, sempre biennialmente, a fare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Infine, ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni c'è il Pap test, che viene progressivamente sostituito dall'esame che va alla ricerca del Papillomavirus (Hpv), più efficace e da ripetere ogni cinque anni.

«L'utilità degli screening viene costantemente dimostrata da studi scientifici internazionali e da rigorose statistiche — dice Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening (Ons), con sede presso l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze —. Come

emerge anche dal nostro Rapporto 2016, fare regolarmente la mammografia riduce il rischio di morire per tumore della mammella del 40%. Eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci diminuisce del 20% il pericolo di ammalarsi di carcinoma coloretale e del 40% quello di morirne. Effettuare il Pap test fa calare del 60-70% la probabilità di un cancro della cervice, e con il test per la ricerca dell'Hpv questa protezione cresce ulteriormente».

Sebbene i tumori siano fra le malattie che incutono più paura, i calcoli dell'Ons mostrano che ben la metà degli italiani invitati agli screening rifiuta quest'opportunità che permetterebbe persino d'individuare ed eliminare in anticipo anche quelle lesioni precancerose (di utero e colon, come polipi o adenomi) dalle quali insorge la stragrande maggioranza delle neoplasie.

Molti non lo fanno per timore di scoprire qualcosa che non va, altri per pigrizia. C'è poi chi teme i possibili "effetti collaterali" dei programmi di diagnosi precoce. «Non ci sono controversie sull'utilità di Pap o Hpv test e neppure sulla ricerca del sangue occulto nelle feci — sottolinea Zappa —. Quanto alla mammografia, c'è chi sottolinea i potenziali svantaggi legati alle diagnosi in eccesso, ovvero alla scoperta di forme tumorali che senza

l'esame non si sarebbero nel corso della vita mai manifestate (poco aggressive, che non causano la morte della persona e neppure altri problemi). Sulle sue capacità come mezzo di diagnosi precoce e nel ridurre la mortalità sono tutti sostanzialmente d'accordo. I pro superano i contro, tanto che questo esame viene usato in tutto il mondo, ma per migliorarlo stiamo studiando la *tomosintesi*, cioè la ricostruzione tridimensionale del seno, che sembra essere in grado di aumentare la sensibilità del test senza ampliare il numero di falsi positivi».

Oltre a questi esami, negli Stati Uniti si raccomanda la Tac spirale, uno strumento estremamente sensibile che individua lesioni e noduli polmonari anche molto piccoli, nei forti fumatori fra i 55 e gli 80 anni e nei forti ex fumatori che hanno smesso da meno di 15 anni. «Nel 2011 un grande studio americano ha evidenziato come questo test ripetuto una volta l'anno sia stato capace di ridurre la mortalità per cancro al polmone del 20 per cento — spiega Zappa —. La sovra-diagnosi stimata è risultata abbastanza modesta. Se tra i possibili "contro" ci sono le radiazioni accumulate con il test, fra i dati a favore va ricordato che per la popolazione bersaglio (i forti fumatori) il rischio di morire per cancro polmonare è molto alto».

**Vera Martinella**

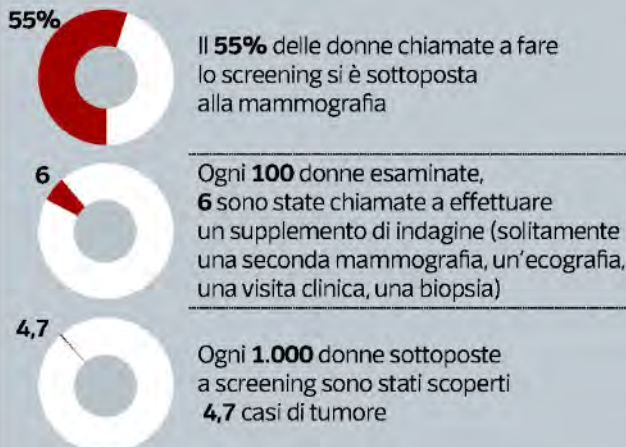


I programmi di screening in Italia prevedono che tutte le donne tra i 50 e i 69 anni ricevano ogni due anni una lettera d'invito dalla Asl a eseguire gratis la mammografia. Inoltre, tutti i cittadini fra i 50 e i 70 hanno diritto, sempre biennialmente, a fare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Ogni tre anni, per le donne tra i 25 e i 64 anni c'è il Pap test

## L'adesione ai test



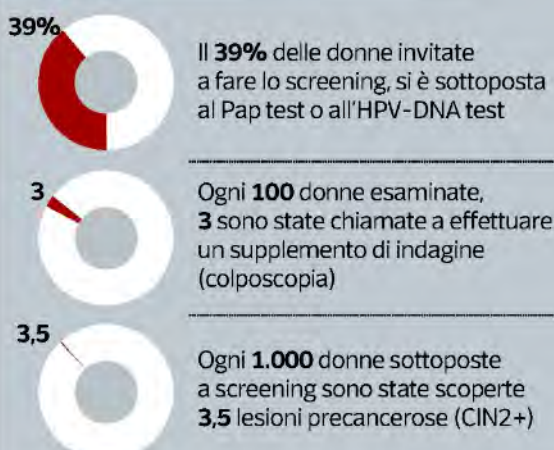
### Seno



### Colon



### Utero



FONTE: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), 2016

Corriere della Sera

**La riflessione**

## Indagini sofisticate, precise e puntuali Da gestire con intelligenza perché siano una vera risorsa

**I**n queste pagine da sempre si sottolinea l'importanza della diagnosi precoce. Ed è giusto che sia stato e che continui a essere così. Un problema scoperto in tempo si cura meglio e spesso si risolve definitivamente. Oggi per questo ci sono strumenti sempre più sofisticati e precisi: test genetici, tecniche radiologiche ad altissima risoluzione, biopsie liquide (quelle che esaminano direttamente le cellule del sangue per scoprire anomalie o malattie). Però, come tutte le ricchezze, anche questa va gestita con buon senso per evitare che crei più problemi che benessere. Quali sono i rischi? In termine tecnico il primo viene definito *overtreatment*, che si può tradurre con "eccesso di cure". Per esempio, scoprire una formazione anomala davvero molto piccola in un certo organo potrebbe indurre a esami ulteriori, più invasivi, e poi a terapie non necessarie perché la letteratura scientifica, in talune condizioni, suggerisce che certe "lesioni" hanno alte probabilità di non evolvere.

Un secondo problema è rappresentato dai rischi di alcuni tipi di indagine. Una Tac comporta un'irradiazione centinaia di volte superiore a quella di una radiografia: meglio non farla senza motivo. Un terzo aspetto da considerare è economico: ci accorgiamo di quanto costa un esame se lo paghiamo con i nostri soldi, ma ne siamo meno consapevoli se lo facciamo a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Ultimo tema è l'intasamento delle liste d'attesa. Se prenotiamo un'ecografia che non era davvero indicata a noi non deriva alcun nocumento, però facciamo aspettare senza motivo chi magari ne ha più bisogno.

Ma come facciamo a sapere quali sono gli esami giusti da fare e quando? Non dobbiamo deciderlo da soli, ma insieme al medico cui scegliamo di affidarci, in base alle nostre condizioni e alla nostra storia personale e familiare.

Gli errori che possiamo commettere sono insistere troppo nel chiedere un esame non giudicato indispensabile, oppure, per esempio, preferirne uno sofisticato e costoso a uno più semplice solo perché crediamo dia risultati più "definitivi".

Chiarito questo, gli avanzamenti sia tecnologici sia scientifici, come per esempio la verifica periodica dell'efficacia dei programmi di screening, oggi danno opportunità che possono fare una notevole differenza rispetto al passato.

**Luigi Ripamonti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**IN PILLOLE****Il tumore? S'individua  
con un test del sangue**

● È stato messo a punto dai ricercatori della university of California di San Diego (Usa) un nuovo test del sangue, che rappresenta un notevole passo avanti in confronto alle biopsie liquide sperimentate fino a ora. Infatti, mentre queste ultime riescono soltanto a indicare l'eventuale presenza di un tumore, tale esame del sangue consente anche di localizzarlo. Le cellule cancerogene uccidono quelle sane, che morendo rilasciano il proprio Dna specifico nel sangue; è proprio questo Dna che gli studiosi hanno usato per identificare i tessuti dell'organismo colpiti da neoplasia. In futuro, tale test, che dev'essere ancora perfezionato, potrebbe rendere superflue le biopsie tradizionali.



*Dal congresso di Napoli un documento di consenso della società scientifica Siprec*

# Aspirina 'ok' per cuore e tumori

*Successo della prevenzione cardiovascolare in Italia, anche grazie a questo 'asso'*

DI MARTINA BOSSI

**I** medici e gli esperti sono tutti d'accordo: l'aspirina è molto più che un farmaco. È un monumento alla prevenzione, sia in ambito cardiovascolare, che dei tumori. Come per tutti i farmaci tuttavia, è necessario valutare con attenzione il rapporto beneficio-rischio. E i rischi nel caso dell'aspirina si traducono essenzialmente nei sanguinamenti a livello gastro-intestinale e cerebrale. Mentre nel caso della prevenzione secondaria di eventi cardio e cerebrovascolari (infarti e ictus) il ruolo protettivo dell'aspirina e la sua supremazia sul rischio di sanguinamenti è indiscusso, gli studi clinici non hanno ancora dato un verdetto definitivo sull'opportunità di usare l'aspirina nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari. Anche sul fronte dei tumori, sebbene le evidenze scientifiche suggeriscano un ruolo protettivo dell'aspirina (soprattutto contro il tumore del colon), non esi-

stono ancora prove certe al riguardo. In attesa che tutti questi punti vengano chiariti, nella pratica clinica di tutti i giorni, il medico si trova a dover decidere se trattare o meno i suoi pazienti con l'aspirina, anche in prevenzione primaria, in assenza di qualunque linea guida o raccomandazione. E adottare un atteggiamento troppo prudente, cioè quello di evitare l'uso dell'aspirina in prevenzione primaria in tutti i pazienti, può portare a perdere un'occasione importante di prevenire un certo numero di infarti, ictus e forse tumori. Per aiutare dunque i medici a prendere decisioni delicate nella pratica clinica, in attesa dei risultati degli studi in corso e di linee guida dedicate all'argomento, gli esperti della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec) hanno messo a punto un documento di expert opinion, raccogliendo il punto di vista di grandissimi esperti del campo, presentato al congresso della Siprec

che si è chiuso ieri a Napoli. Gli studi clinici hanno dimostrato che l'aspirina, utilizzata in prevenzione secondaria nei pazienti che abbiano già avuto un infarto o un ictus, determina una significativa riduzione della mortalità e protegge dal ripetersi di questi eventi. Le linee guida di tutte le società scientifiche ne raccomandano dunque l'utilizzo in prevenzione secondaria. Ma l'aspirina potrebbe avere uno spazio anche in prevenzione primaria, nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare, ma che non abbiano ancora presentato un infarto o un ictus? Sulla risposta a questa domanda la comunità scientifica si divide. Il fronte del 'no' si trincerava dietro il rischio, non trascurabile, di emorragia (gastrointestinale, cerebrale, ecc) comportato dall'aspirina, del tutto accettabile nel contesto 'prevenzione secondaria' (il gioco vale la candela) ma con un peso 'rischio-beneficio' dubbio nel contesto 'prevenzione primaria'.



Parla il professor Massimo Volpe, presidente eletto della Siprec

## Calcolare il rischio 'integrato' cardiovascolare e oncologico



Massimo Volpe

Nella pratica clinica tuttavia sempre più di frequente l'aspirina viene prescritta in prevenzione primaria, in maniera 'off label'. In questa sorta di 'limbo' nel quale mancano ancora prove certe di un beneficio nettamente superiore ai rischi, la comunità scientifica suggerisce di valutare caso per caso se iniziare o meno la terapia con aspirina in un'ottica di prevenzione primaria integrata (cardiologica e oncologica). «La creazione di una carta o di un punteggiato per il calcolo del rapporto rischio/beneficio

cardiovascolare ed oncologico integrato - afferma il professor Massimo Volpe, presidente eletto della Siprec - sarebbe quindi fortemente auspicabile e potrebbe costituire uno strumento di fondamentale importanza a disposizione del clinico, in attesa che gli studi prospettici (sono 5 quelli attualmente in corso che stanno vagliando il ruolo dell'aspirina in prevenzione primaria, tra i quali ACCEPT-D, ASCEND, ARRIVE, ASPREE) siano in grado di chiarire il duplice ruolo combinato dell'aspirina nella prevenzione di patologie cardio-vascolari e neoplastiche». (M. B.)

**Inchiesta.** La spesa sanitaria sempre più fuori controllo rende inaccessibili molte terapie

# Farmaci salvavita senza la mutua Una stangata da 3 miliardi l'anno

Il dramma di migliaia di famiglie: così non possiamo curarci

— La spesa sanitaria fuori controllo rende inaccessibili alcuni farmaci e mette in difficoltà molte famiglie. La mutua non copre una serie di medicinali di fascia C con ricetta per i quali gli italiani spendono tre miliardi all'anno, in media 180 euro a nucleo familiare.

Galeazzi ALLE PAGINE 2 E 3

## Spendiamo 3 miliardi per farmaci salvavita che la mutua non passa

Il caso Tolvaptan: a carico dello Stato in Ue, non è rimborsato in Italia  
La testimonianza di una famiglia: "La terapia ci costa 20.000 euro l'anno"

GIACOMO GALEAZZI  
ROMA

**P**ossono evitare il trapianto di rene o salvare dal sovradosaggio di terapia del dolore, eppure non vengono rimborsati come il Tolvaptan o scarseggiano in farmacia come il Naloxone. Sono i farmaci di fascia C con ricetta (antinfiammatori, antidolorifici, ansiolitici) per i quali gli italiani spendono 3 miliardi all'anno, in media 180 euro a famiglia, il 36% della spesa farmaceutica privata.

Ma pagare di tasca propria a volte è insostenibile, come sperimentano i pazienti affetti dal rene policistico, una delle patologie genetiche più comuni e principale causa genetica di insufficienza renale. La terapia c'è solo per chi può permettersela. Venticinquemila italiani soffrono di questa grave malattia per la quale in Giappone è stata trovata una cura, ma in Italia il farmaco è in fascia C e per acqui-

starlo bisogna sborsare in media 20mila euro all'anno.

«Il 10% delle persone in dialisi ne è affetto dalla malattia - spiega Luisa Sternefeld, presidente dell'Airp, la onlus che assiste le persone colpite da questa patologia -. Non sono bastati due anni di battaglie: il Tolvaptan, il farmaco giapponese, resta nell'elenco dei medicinali non rimborsabili. La molecola è stata approvata dall'autorità europea (Ema) a maggio 2015, ma un anno fa l'Agenzia italiana del farmaco l'ha inserita in classe C, rendendola accessibile solo ai pazienti che possono permettersi di coprirne autonomamente il costo. Non ci fermiamo e abbiamo consegnato una petizione alle massime cariche dello Stato».

### Al Tribunale del malato

Da un comune della provincia di Torino arriva alla *Stampa* la lettera di Sabrina Cavallo. Dopo aver perso Giorgia, 5 anni, nel 2000,

per una malattia metabolica ereditaria, decide di non rischiare di mettere al mondo un altro figlio malato e a 11 mesi prende in adozione Simone, oggi studente 16enne al terzo anno dell'istituto tecnico agrario. Due anni fa il ragazzo subisce un atto di bullismo e per un pugno nello stomaco gli viene fatta un'ecografia da cui si scopre che ha il rene policistico. In pratica il formarsi di cisti provoca nel tempo la perdita totale di funzionalità renale. «È una sindrome che provoca forti dolori e rende necessari dialisi e trapianti



in età precoce - racconta Sabrina -. Dopo anni di studi, ricercatori giapponesi hanno trovato questo farmaco in grado di rallentare la crescita delle cisti. In Europa quasi ovunque i malati sono curati con il Tolvaptan, mentre da un anno in Italia è in vendita completamente a carico del paziente».

I costi, denuncia la mamma torinese, sono insostenibili. «Dover sborsare migliaia di euro ogni mese per curarsi è un'ingiustizia verso chi chiede solo una vita dignitosa». Sabrina, come le altre 25mila famiglie che affrontano la malattia, chiedono di «avere gli stessi diritti di cura degli altri pazienti europei». In Germania, Francia, Olanda, Belgio, Lussemburgo, Inghilterra, Scozia, Svizzera e - dal 1° marzo - anche in Spagna i malati di rene policistico possono accedere al Tolvaptan come terapia rimborsata dal sistema sanitario nazionale.

La molecola si è dimostrata in grado di ridurre ogni anno del 30% il declino della funzionalità renale e di far diminuire del 49% l'aumento del volume renale nell'arco di tre anni. In Italia la terapia è in fase di rinegoziazione dopo che a dicembre il Tar del Lazio ha accolto il ricorso dell'azienda produttrice contro l'inserimento in classe C del Tolvaptan, l'unico farmaco che riduce la proliferazione cellulare delle cisti e la secrezione del liquido riducendo la progressione della malattia. Una situazione limite che ha richiamato l'attenzione del Tribunale per i diritti del malato e delle associazioni di tutela dei consumatori.

### In corsia a spese proprie

«I medicinali utili per il trattamento di patologie o sintomi rilevanti dovrebbero essere sempre rimborsati dal Servizio sanitario nazionale e invece accade, per esempio in Puglia, che quando la Asl è sprovvista del farmaco il paziente, pur ricoverato, è costretto a pagarselo di tasca propria», documenta l'avvocato Antonio Tanza, vicepresidente dell'Adusbef e componente dell'Osservatorio forense sulla giurisdizione.

Pesanti i risvolti etici. «La Costituzione riconosce la salute come diritto fondamentale - evidenzia il gesuita Francesco Occhetta, teologo morale della *Civiltà Cattolica*-. Impossibile giustificare la non somministrazione gratuita del Tolvaptan, farmaco approvato dall'Agenzia europea e che ha le caratteristiche per essere inserito tra i farmaci rimborsabili». Tanto più che «a livello morale», prosegue padre Oc-

chetta, la sanità non può essere gestita come un'azienda del mercato in cui tutto risponde alla domanda «quanto costa?». Il problema è «il rapporto tra tecnica, politica del farmaco e cura umana», quindi «la mamma di Simone dovrebbe chiedere all'Aifa un provvedimento straordinario in quanto è un diritto morale per l'intera società salvare la dignità del ragazzo ammalato».

### Il no dell'Aifa

Abbiamo sottoposto il caso di Simone ai tecnici dell'Aifa che, sentito il parere di nefrologi e internisti, motivano l'inserimento in fascia C del farmaco con «la difficoltà a identificare un beneficio clinico rilevante» e con «un margine di incertezza sui suoi effetti a lungo termine e il rischio di tossicità epatica». Come possibile spiegazione, l'associazione *Altroconsumo* chiama in causa «la politica di contrattazione di prezzo e rimborso del farmaco tra Aifa e l'azienda farmaceutica» e l'ipotesi di «un rapporto tra costo ed efficacia sfavorevole al rimborso». Ma per capire se i problemi con la fascia C, (quella dei farmaci non rimborsabili) siano o meno limitati al rene policistico, occorre allargare lo sguardo ad altri ambiti sanitari. Al dipartimento Dipendenze patologiche dell'Asl di Milano, per esempio, arrivano continue segnalazioni: nelle farmacie è irrimediabile un altro medicinale di fascia C, il Naloxone.

In una grande piazza come Milano i grossisti hanno difficoltà a fornire una sostanza per l'overdose da oppiacei e da terapia del dolore. Medicine a carico del paziente o hanno costi proibitivi (Tolvaptan) o sono difficili da trovare in farmacia (Naloxone.)

### Scaffali vuoti in farmacia

L'Italia ha 18.200 farmacie con 70mila addetti. «I farmaci di fascia C, sia quelli con obbligo di ricetta sia quelli senza, sono interamente pagati dai cittadini - sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma, la federazione dei titolari di farmacia -. Ma i medicinali sono tutti necessari se utili a una terapia». Un farmaco è di fascia C per diverse ragioni. Una è il mancato accordo tra produttore e l'Aifa sul prezzo da dare al medicinale per ammetterlo alla rimborsabilità da parte del Ssn e quindi inserirlo nel prontuario in fascia A (cioè totalmente gratuito o con ticket). Altra possibilità è che l'Aifa giudichi negativo il rapporto tra prezzo e beneficio e quindi escluda il farmaco dalla rimborsabilità, cancellandolo dal prontuario e ri-

tenendo di fatto che la terapia possa essere effettuata in altro modo. E ci sono medicinali introvabili nelle farmacie nonostante i malati li paghino di tasca propria.

«I farmaci possono momentaneamente mancare o per problemi aziendali o per carenza di materie prime - ammette Racca -. Talvolta dipende dalle «esportazioni parallele», cioè dalla vendita in altri Paesi europei di farmaci che in Italia costano meno».

Molti medicinali, pur prodotti per il mercato italiano, prendono la strada di Germania e Gran Bretagna o altri Paesi europei dove costano di più e ciò crea scarsità che danneggiano i pazienti. «Il parallel trade è legale, ma è eticamente ingiusto che un malato non trovi un farmaco perché conviene di più venderlo in un altro Paese - riconosce Racca -. La situazione dei farmaci mancanti va monitorata lungo la filiera».

### Il mistero delle classi

A 11 anni dalla liberalizzazione del mercato farmaceutico, la storia di Simone dimostra quanto le norme non riescano a catalogare la realtà. Secondo la legge, i medicinali classificati in fascia C sono quelli non essenziali («salvavita») o utilizzati per patologie di lieve entità, mentre i medicinali rimborsati dal Ssn sono destinati alla cura di malattie croniche.

Al Tribunale del malato non si danno per vinti, a partire proprio dal fatto che il Tar del Lazio tre mesi fa ha accolto il ricorso contro l'inserimento in classe C del Tolvaptan, «l'unica terapia in grado di rallentare la crescita delle cisti renali e quindi la progressione della patologia». Ma da allora per i pazienti nulla è cambiato.

Abbiamo incontrato anche gli industriali farmaceutici. «Tutti i medicinali, per essere immessi in commercio, devono avere un prezzo e una classe di rimborsabilità - puntualizza Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria -. La fascia C è una classificazione assegnata a livello nazionale dall'Aifa. Le Regioni in equilibrio di bilancio (non quindi quelle sottoposte a piano di rientro per i disavanzi sanitari) possono decidere di rimborsare alcuni farmaci di fascia C con fondi propri». E «l'Aifa applica rigorosi criteri di classificazione per cui i farmaci disponibili nelle farmacie e negli ospedali e considerati essenziali sono in fascia A e H».

Alla filiale italiana dell'azienda giapponese produttrice del Tolvaptan, il direttore Diederik Huisman chiede all'Aifa di riconside-

rare l'inserimento del farmaco tra quelli a carico del cittadino. «Lavoriamo con le istituzioni per la rimborsabilità della terapia in grado di rallentare la progressione del rene policistico», dice. La mamma di Simone non si arrende. I malati creano gruppi sui social network. Si scambiano impressioni e tra loro cresce il sospetto di interessi delle aziende farmaceutiche nel favorire le remunerative dialisi a scapito della cura farmacologica sperimentale. «Il costo del kit per ciascun dializzato è di 400 euro, una fonte continua di guadagno per le case produttrici», rimbalza tra i pazienti. Per lo Stato il costo medio per un malato di rene policistico in dialisi è di 32mila euro all'anno.

«Il punto più delicato è quello politico - osserva Occhetta -. Le case farmaceutiche finanziano la ricerca, impongono i brevetti, stabiliscono i prezzi. Il convenzionamento dei farmaci genera corruzione. Ci sono medicinali come quelli per l'epatite C che da noi hanno costi proibitivi mentre altrove si comprano con poco. I pazienti di malattie rare aumentano e i costi per lo Stato sono altissimi: per la sostenibilità serve un piano industriale sanitario basato sui principi di qualità, sicurezza ed efficacia». Oggi manca.

© BY NC ND AL CUNDIRITTI RISERVATI

## Epatite C, negoziato all'Aifa sui costi

**Licenze**  
 Undici nuovi criteri di trattamento e accesso ai farmaci innovativi per i malati di epatite C cronica. L'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa)

allarga, «senza limitazioni», la platea dei pazienti in lista per ottenere le nuove terapie. La priorità sarà data ai malati più gravi. L'obiettivo è porre fine ai «viaggi della speranza» all'estero. I nuovi criteri consentiranno di trattare 240 mila pazienti in tre anni.

Attualmente, i malati di epatite C in Italia sono 300 mila. Sono già stati messi in terapia con i nuovi farmaci 70 mila pazienti. Resta il problema dei costi delle nuove cure, a carico totale del Servizio sanitario nazionale. Proprio per raggiungere dei prezzi «congrui», è in corso una

trattativa tra Aifa e le aziende produttrici. Se non verrà raggiunto un accordo, saranno applicati quelli internazionali per la cosiddetta «licenza obbligatoria», che permette a uno Stato, in situazioni di emergenza per la salute pubblica, di poter produrre il farmaco generico, ad un prezzo inferiore, pagando le royalties

**Disuguaglianze di trattamento**  
 In 9 Paesi europei i malati di rene policistico possono accedere al Tolvaptan come terapia rimborsata dal sistema sanitario nazionale. Il farmaco riduce del 30% il declino della funzionalità renale e fa diminuire del 49% l'aumento del volume renale nell'arco di tre anni

### I numeri

#### MALATTIE RARE



Per essere definita **rara** una malattia deve colpire **meno di 5 persone** su 10mila.



In Italia ci sono **dieci principali malattie rare** che colpiscono 2.000 persone ciascuna

**109.100**

pazienti iscritti nel Registro Malattie Rare per **583** patologie

**93**

**farmaci orfani** (che le case farmaceutiche non hanno interesse a produrre) approvati dall'Agenzia Europea dei medicinali

di cui **67** commercializzati in Italia

di cui **26** non rimborsati dal Servizio sanitario nazionale

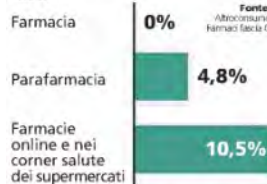
#### RIVENDITORI IN ITALIA

**18.200** farmacie



Dal **2006** in Italia i farmaci **senza obbligo di prescrizione** (Sop) e i **farmaci da banco** (Otc) sono in vendita nelle farmacie, nelle parafarmacie, nei corner salute degli ipermercati e nelle farmacie on line

#### RISPARMI MEDI



Un esempio, a seconda del punto vendita, l'**Enterogermina** (10 flaconcini da 2 ml) può costare **da 5,70 fino a 14 euro**

#### RENE POLICISTICO

**25.000** malati

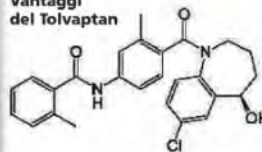
**20.000 euro**

Costo medio annuo per le famiglie del Tolvaptan

**32.000 euro**

Costo medio annuo per lo Stato di malati in dialisi

#### Vantaggi del Tolvaptan



#### Paesi in cui il Tolvaptan è rimborsato dallo Stato

- Germania
- Francia
- Spagna
- Olanda
- Belgio
- Lussemburgo
- Inghilterra
- Scozia
- Svizzera





Sempre più spesso vengono proposti gruppi di indagine «su misura», in base a sesso ed età. Ma le società scientifiche esprimono forti dubbi sulla loro reale opportunità. Meglio affidarsi al medico di famiglia che dovrebbe conoscere storia e rischi di ogni persona. E prescrivere accertamenti davvero utili

## Vale la pena di sottoporsi a «**pacchetti di esami**»?

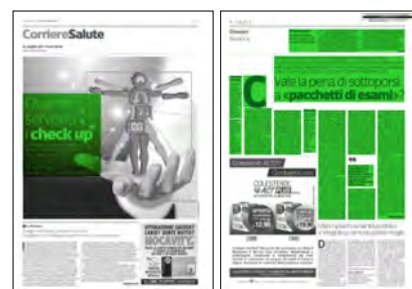
**Strategia dubbia**  
È discutibile l'uso generalizzato di indagini per diagnosi precoce in persone che non hanno sintomi o segni clinici della malattia

# C

aro «Sai che cosa ho pensato di regalarti per il compleanno? Un check-up». Questo, in sostanza, suggerisce di fare un centro medico che vende, come insolito cadeau per le persone care, “pacchetti” standardizzati di controlli medici, che, come recitano analoghe proposte di altre strutture sanitarie, consentirebbero “un’approfondita conoscenza” della propria salute.

Il mercato dei check-up si alimenta con l’offerta diretta ai singoli e con quella mediata da assicurazioni sanitarie e altre forme di sanità integrativa. A proporli, a pagamento, sono ambulatori privati più o meno grandi, ma anche strutture ospedaliere private convenzionate con il Servizio sanitario.

Ma di che si tratta esattamente? In sintesi, di serie pre-determinate, più o meno “ricche”, di prestazioni, mirate — si dice — alla prevenzione e alla diagnosi precoce. In genere si distinguono a seconda che siano destinati all’uomo o alla donna e si differenziano (ma non molto nella sostanza) per fasce di età: per esempio, sotto i 40 anni, tra i 40 e i 50, oltre i



50 anni. Tutti comprendono varie analisi del sangue e l'esame delle urine, alcuni aggiungono quello delle feci. Immane per lui è il test del Psa (indicatore di possibili malattie della prostata), per lei il Pap test (per individuare anomalie delle cellule del collo dell'utero), frequente è la mammografia. Alcuni "pacchetti" comprendono radiografia del torace, ecografia dell'addome, esami per l'occhio, elettrocardiogramma o altre indagini, ma ci sono casi in cui si offre, genericamente, un determinato numero di ecografie, di radiografie e di visite specialistiche che l'acquirente può "giocarsi" in base alle proprie esigenze. Spesso, a fare da Virgilio c'è un medico internista, cui è affidata una visita preliminare, in altri casi un medico tira le somme solo a fine percorso. Ci sono, poi, check-up più specifici, per esempio per il cuore, per l'osteoporosi, per chi fuma, per la donna in menopausa, oppure oncologici. Qualche centinaio di euro per i pacchetti un po' sostanziosi, ma si può andare ben oltre i mille euro per check-up "oncologici".

Critico verso questo tipo di proposte è Carlo Signorelli, past president della Società italiana di Igiene Medicina preventiva e Sanità pubblica.

«Iniziamo col dire che check-up non è una definizione scientifica. Non metto in discussione né le strutture, né l'abilità dei medici, né gli esa-

mi in sé — spiega —, ma la strategia dell'uso generalizzato di indagini per diagnosi precoce in persone che non hanno sintomi o segni clinici della malattia. Tutti gli esami possono essere utili, il problema è definire quali, in quali persone, in quali momenti della vita. Gli screening — come quelli offerti dal Servizio sanitario per la diagnosi precoce di tumore al seno, collo dell'utero e colon — hanno precise indicazioni (indagini da utilizzare, fasce di età in cui proporli, ricorrenza di esecuzione) sostenute da evidenze scientifiche su efficacia e utilità, anche in termini di precocità ed esiti dei trattamenti. Quando, al contrario, si impiegano indagini come una sorta di screening senza essere sorretti da evidenze scientifiche, si rischia di non ottenere alcun beneficio né collettivo, né per i singoli, nonché di generare sprechi». «Emblematico — prosegue Signorelli — è il caso del Psa. C'è sempre in questi check-up, perché costa poco e attira l'attenzione, ma gli studi scientifici non lo riconoscono quale test da utilizzare come screening di massa in persone senza sintomi. Spesso può dare, infatti, risultati positivi anche in assenza di malattia, comportando poi la necessità di ulteriori indagini, invasive e onerose. Ebbene, questi approfondimenti, che non sono certo compresi nei "pacchetti", il più delle volte sono ese-

guiti a carico del Servizio sanitario nazionale».

«La scarsa appropriatezza degli esami proposti nei check up — aggiunge Franco Perticone, presidente della Società Italiana di Medicina Interna (Simi) — può creare ulteriori problemi. Penso all'uso inappropriato della diagnostica per immagini, che comporta l'esposizione non necessaria a radiazioni e il rischio di un futuro danno biologico; penso a quanti, una volta fatto il check up e rassicurati sul proprio stato di salute, si credono autorizzati a mantenere stili di vita scorretti».

«Questi check-up, infatti, — osserva Perticone — difficilmente sono una reale "presa in carico" della persona, un percorso comune tra medico e paziente che miri alla vera prevenzione». «Allora, — conclude — è bene affidarsi al medico di famiglia, che conosce la storia dei pazienti, le eventuali patologie in atto, il rischio di eventuali eventi clinici. Poi, per tutti, in genere dopo i 40 anni, è fondamentale monitorare pressione arteriosa, circonferenza della vita e peso, glicemia a digiuno, colesterolo, funzione renale. Questi semplici controlli, più il non fumare e il camminare a passo svelto per 40 minuti al giorno, attuano una prevenzione efficace e a basso costo nei confronti di molte condizioni, a cominciare da diabete e ipertensione».

**Cristina D'Amico**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Prevenzione

La spesa privata cresce ma non tutti possono affrontarla

**S** secondo le stime dell'indagine Censis-Rbm Assicurazione Salute (giugno 2016) la spesa sanitaria privata degli italiani nel 2015 sarebbe stata di 34,5 miliardi di euro (con un incremento del 3,2% dal 2013). Ma non in tutte le regioni si può o si deve mettere mano al portafoglio in pari misura. L'ultimo Rapporto Sanità Crea-Università Tor Vergata di Roma (dicembre 2016, dati 2014), segnala che la spesa privata per prevenzione, diagnosi e cure ha rappresentato in

media il 27% della spesa sanitaria totale al Nord e al Centro (massimo in Valle d'Aosta) e solo il 19% circa nelle regioni del Sud (minimo in Sardegna). Le voci di spesa privata più cospicue sarebbero farmaci, cure odontoiatriche, visite ed esami diagnostici. Tuttavia 5 famiglie italiane ogni 100, soprattutto nelle regioni del Centro-Sud, hanno dichiarato di aver ridotto, o annullato del tutto, le spese sanitarie private negli ultimi due anni.

**C. D'A.**

Tutti i pacchetti comprendono analisi di sangue e urine, alcuni anche delle feci, test del Psa per gli uomini e Pap test per le donne. Il costo è di qualche centinaio di euro ma si possono superare i 1.000 euro per quelli oncologici

## In Europa

In percentuale sulla spesa totale sanitaria pubblica e privata, l'Italia è il Paese che in Europa spende di più per la prevenzione: il 4,2%, stando al Rapporto Meridiano Sanità 2016, elaborato da The European House-

Ambrosetti. Seguono Regno Unito (4,1%) e Paesi Bassi (3,7%); la Germania è al 3,2%, la Francia all'1,9%. La spesa pro capite però fa scendere il nostro Paese al settimo posto, con 98,4 euro all'anno

## Il rapporto Nel Sud fondi e assicurazioni poco utilizzati

**A**ttualmente il 17% circa degli italiani ha una qualche forma di sanità integrativa (dato Meridiano Sanità 2016 - Ambrosetti). Nella maggior parte dei casi (oltre il 60%) si tratta di lavoratori dipendenti. Secondo il Rapporto Sanità 2016 di Crea-Università Tor Vergata di Roma, la spesa sanitaria privata degli italiani passerebbe per un 10% del totale (spesa intermedata) attraverso assicurazioni e fondi di vario tipo. In particolare, questa quota sarebbe

intermediata per il 4% da assicurazioni e per il 6% da polizze collettive. Secondo il Crea, inoltre, le polizze collettive sono in aumento, inserite sempre più spesso nei contratti aziendali, ma anche in questo caso il Sud sarebbe penalizzato. Infatti, la spesa sanitaria privata sostenuta attraverso assicurazioni e fondi si colloca per oltre il 13% al Nord Italia, per circa il 10% nelle regioni del Centro e per il 3,3% in quelle del Sud.

**C. D.A.**

# Meno sprechi se sanità pubblica e integrativa comunicassero meglio

## Dieci milioni

Gli italiani che ricorrono a qualche forma di copertura sanitaria complementare

## Quanto vale in Italia

Si stima sia di 4 miliardi di euro l'anno la spesa sostenuta o rimborsata dalla sanità integrativa

**D**ieci milioni circa di italiani hanno una copertura sanitaria integrativa, sotto forma di assicurazioni e fondi. La spesa sanitaria direttamente sostenuta da questi organismi o rimborsata ai sottoscrittori si stima ammonti a 4 miliardi di euro l'anno. Cifre fornite da una ricerca dell'Osservatorio Ocps - Consumi privati in sanità, dell'Università Bocconi, che ha condotto una ricognizione dei programmi offerti, con particolare attenzione alle prestazioni di prevenzione primaria e di diagnosi precoce.

«La sanità integrativa — ha spiegato Mario Del Vecchio, direttore dell'Ocps, presentando l'indagine — sta cambiando, non limitandosi più al rimborso dei sinistri, ma accompagnando i sottoscrittori nei consumi sanitari privati. Ha iniziato quindi a occuparsi di prevenzione, una strategia di marketing che funziona, perché esiste una forte richiesta, soprattutto per ciò che è più difficile ottenere dal Servizio sanitario, con il rischio, però, che sia la domanda sia l'offerta non siano sempre appropriati». Di fatto, Servizio sanitario e sanità integrativa sono oggi due realtà separate, che si ignorano. Assenza di uno scambio di dati, sovrapposizioni, possibile inappropriata causano uno spreco di risorse pubbliche e private.

È possibile una collaborazione tra queste due aree? Se lo sono chiesti gli esperti della

Bocconi. E per tastare il terreno e avviare un dialogo hanno proposto un documento di consenso, coinvolgendo Società italiana di igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti), Società Italiana di Medicina del Lavoro e igiene industriale (SiMLI), Fiaso (aziende sanitarie pubbliche) e rappresentanti di importanti gruppi assicurativi e fondi.

Chi sono gli attori della sanità integrativa? L'Ocps individua, oltre alle assicurazioni, Fondi negoziali previsti da contratti collettivi di lavoro, Casse aziendali e professionali, Società di mutuo aiuto. Il 60% dei costi complessivi delle coperture è a carico delle aziende, il resto degli assistiti.

Quale prevenzione viene offerta? Nella sanità integrativa troviamo programmi organizzati di screening oncologici già previsti dal Servizio sanitario, screening oncologici al di fuori del Lea (per esempio, per prostata e polmoni), valutazione del rischio cardiovascolare, check-up e visite specialistiche mirati alla diagnosi precoce, controlli odontoiatrici, promozione di buoni stili di vita.

Sulla base di questa "fotografia", il documento di consenso sottoscritto alla Bocconi, indica alcune aree di possibile collaborazione tra "pubblico" e "privato" in tema di prevenzione. Per prima cosa, la condivisione dei dati di accesso ai programmi di screening oncologici, per evitare

inutili duplicazioni e un miglior controllo della copertura della popolazione.

La sanità integrativa dovrebbe poi focalizzarsi su aree di prevenzione poco coperte dal Servizio sanitario (quali oculistica e odontoiatria), cooperare nell'ambito delle vaccinazioni con l'offerta soprattutto agli adulti, incentivare stili di vita salutari, comunicare e promuovere le iniziative del Servizio sanitario.

Ogni collaborazione presuppone, però, un "patto". Il Servizio sanitario deve rimanere perno e garante del sistema prevenzione. Alle assicurazioni e ai fondi si chiede di impegnarsi a offrire solo interventi appropriati e basati su chiare evidenze scientifiche, di attenersi nei programmi a Linee guida, di estendere i programmi di diagnosi precoce fino alla definizione o all'esclusione di eventuali patologie, per evitare ricadute di costi sul sistema pubblico. Alla parte pubblica si chiede di "ricambiare" prevedendo migliori benefici fiscali per i premi pagati dai cittadini per assicurazioni e fondi.

**C. D.A.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Tra false esenzioni e disparità Ecco la grande beffa dei ticket

> Sanità: su analisi e visite, i veneti pagano il quadruplo dei siciliani

MICHELE BOCCI

**T**UTTI lo criticano, eppure le Regioni non potrebbero farne a meno. L'odiato ticket dà alle casse della sanità locale un po' di respiro. Il problema è che la tassa non assicura introiti uguali per tutti. I dati dell'Agenzia nazionale delle Regioni rivelano grandi differenze di incasso

per le varie realtà locali e quindi di spesa pro capite. A pagare meno sono gli abitanti delle Regioni del Sud, dove le false esenzioni sono più diffuse ma anche dove la crisi batte più duramente. I siciliani sborsano in media 8,7 euro, i veneti 36,2.

ALLE PAGINE 10 E 11 CON  
UN'INTERVISTA DI FRASCHILLA

## La grande beffa dei ticket “Così i veneti pagano il quadruplo dei siciliani”

### Gli squilibri Nord-Sud su analisi e visite specialistiche Allarme falsi esenti. Ma tra i motivi c'è anche la crisi

L'esborso pro-capite oscilla tra gli 8,7 e i 36,2 euro. In alcune zone l'80% dei pazienti è esonerato

La spesa complessiva è in calo. “Meno sprechi ma anche fuga dal servizio pubblico”

MICHELE BOCCI

**T**UTTI lo criticano, lo vorrebbero cancellare, lo accusano di allontanare i malati dal sistema sanitario pubblico, eppure le Regioni non potrebbero farne a meno. L'odiato ticket dà alle casse della sanità locale un po' di respiro, facendo entrare soldi freschi in fondi sempre più spompanti. Il problema è che la tassa non assicura introiti uguali per tutti. I dati di Agenas, l'Agenzia nazionale delle Regioni, rivelano grandi differenze di incasso per le varie realtà locali e quindi di spesa pro capite. A pagare meno sono gli abitanti delle regioni del Sud, dove

le false esenzioni sono più diffuse ma anche dove la crisi batte più duramente. I siciliani sborsano in media 8,7 euro, i veneti 36,2.

Non solo, analizzare il gettito del ticket per la specialistica (visite, analisi e esami) permette di capire quanto lavora il sistema sanitario nazionale. La risposta? Sempre meno. L'attività si è contratta: tra il 2012 e il 2015 la spesa dei pazienti italiani è calata del 9%, arrivando a un miliardo e 400 milioni di euro. E questo malgrado ogni tanto qualche Regione ritocchi verso l'alto le tariffe, spesso assai diverse da una all'altra.

Non è facile dire perché sono state richieste meno prestazioni pubbliche. Secondo alcuni osservatori, i pazienti si sono spostati nel privato puro, dove non ci sono le liste di attesa e talvolta si spende lo stesso o addirittura



ra si risparmia rispetto al costo del ticket. Però anche i dati, sempre di Agenas, sulla libera professione intramoenia, che è a pagamento, raccontano di un calo di prestazioni del 9%. E allora, a voler essere ottimisti, potrebbe esserci anche un po' più di appropriatezza nelle prescrizioni, cioè un'attenzione di medici e pazienti a evitare gli esami inutili.

L'unica grande Regione a non aver visto un calo degli introiti da ticket sulla specialistica nel 2015 rispetto al 2012 è l'Emilia-Romagna, che ha segnato un +4,8%. I suoi cittadini spendono in media quasi 36 euro l'anno per la tassa su esami e visite. Il dato pro capite è in linea con quelli di Toscana, Veneto, Friuli, Trento e Bolzano. Al Sud cambia tutto, e c'è chi non arriva nemmeno ai 10 euro, come Campania e Sicilia, o li sorpassa di poco, tipo Puglia e Cala-

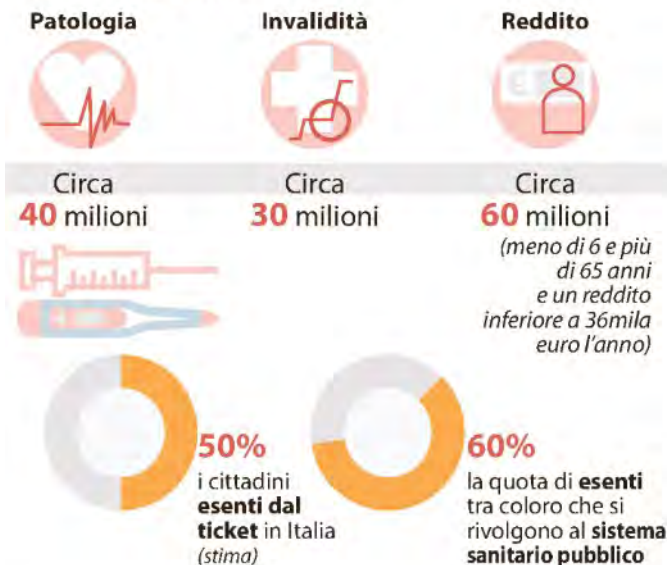
bria. Altri stanno comunque sotto ai 23 euro di media spesi in Italia. Il sospetto è che le regioni meridionali siano zavorrate dalle esenzioni, che possono essere per patologia, invalidità o reddito-età (riguardano chi ha meno di 6 o più di 65 anni e un reddito familiare sotto i 36mila euro). Si stima che in certe realtà addirittura l'80% di coloro che si rivolgono alla sanità pubblica abbiano un certificato di esenzione, un dato enorme che fa pensare a una alta diffusione di falsi esenti. Finisce così che la Campania incassi in un anno 56 milioni di euro e l'Emilia Romagna, che ha oltre un milione di abitanti in meno, 159 milioni. La Regione che più avrebbe bisogno di soldi ne vede entrare molti meno.

Tra falsi esenti, tariffe ballerine e bilanci in difficoltà si è completamente perso il significato iniziale dei ticket. «Sono nati come strumento per migliorare l'efficienza, rendere le prescri-

zioni più appropriate e dare equità al sistema», dice Francesco Bevere, direttore generale di Agenas: «Ora dobbiamo evitare che un eccesso di ticket allontani le persone dal servizio pubblico. Inoltre non dovrebbero esserci queste differenze tra i diversi territori regionali». Secondo il direttore dell'agenzia «sarebbe utile ridefinire la regolazione dei ticket, così da consentire da una parte una possibilità di applicazione differenziata a seconda delle regioni, e dall'altra, soprattutto nelle realtà in piano di rientro, stabilire tetti massimi di spesa a salvaguardia dell'accesso alle prestazioni che sono nei livelli essenziali di assistenza. Così da evitare che chi non ha reddito sufficiente si allontani da cure importanti». Ma di una riforma del ticket si parla senza arrivare a risultati ormai da troppo tempo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

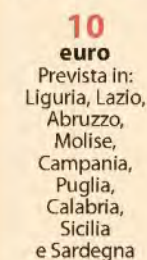
## Esenzioni, stima dei milioni di ricette all'anno



### Spesa per libera professione intramoenia



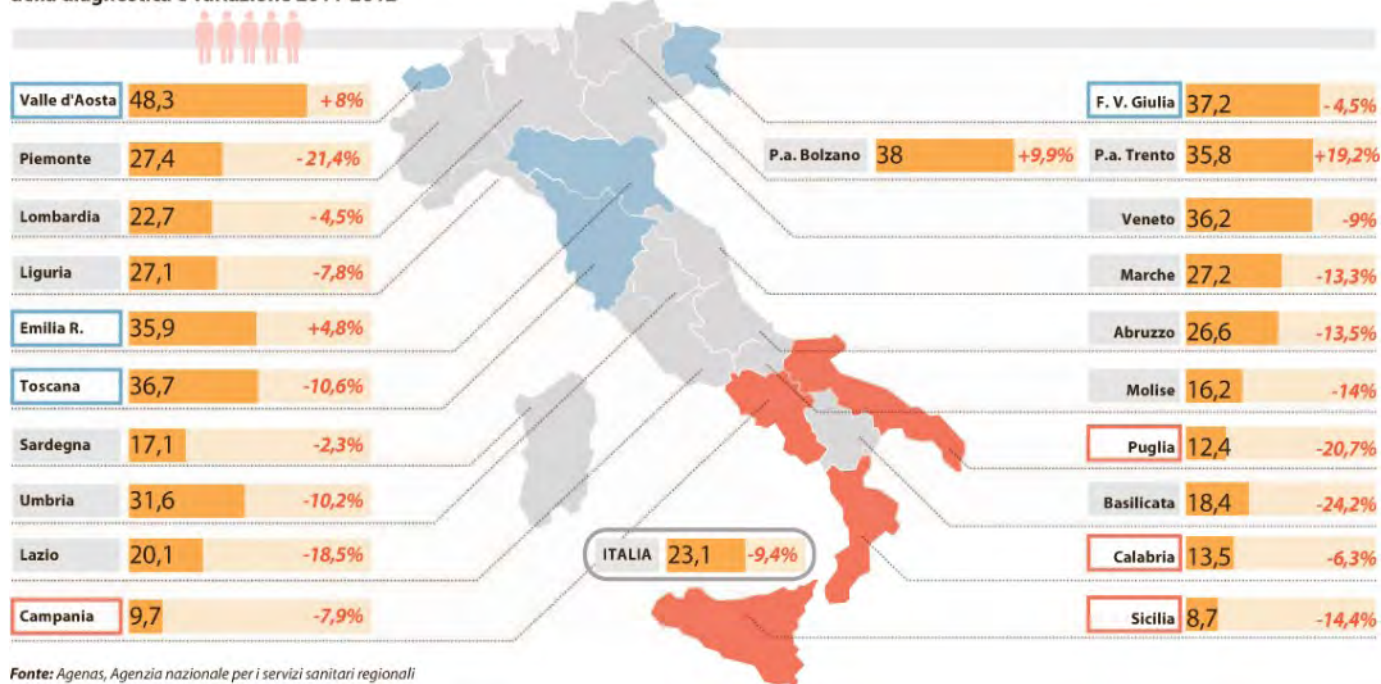
### Quota ricetta



### Quota ricetta in base al reddito



Spesa media pro capite per i ticket della diagnostica e variazione 2011-2012



L'INTERVISTA.1 / IL PRESIDENTE VENETO ZAIA

# “Chi non riesce a incassare andrebbe commissariato”

## I CONTROLLI

La sanità per funzionare deve avere controlli da grande industria



«Non sono Regioni virtuose, ecco perché incassano di meno dai ticket». Il presidente del Veneto Luca Zaia non fa sconti agli altri quando si tratta di mettere a confronto i sistemi sanitari. E se di mezzo ci sono anche i soldi i suoi giudizi diventano ancora più netti.

**Perché i vostri cittadini spendono più di quelli delle realtà del Sud per i ticket?**

«Intanto voglio far notare che questo avviene anche se noi non abbiamo mai aggiunto il superticket regionale a quello di base nazionale. I nostri numeri dimostrano la correttezza del nostro personale e dei nostri cittadini, che non fanno i furbi».

**Avrete anche voi cittadini esenti, no?**

«Certo e pure una bella fetta, circa 2 milioni di persone. Ma una regione virtuosa non può avere una spesa pro capite per il ticket di 9-10 euro. Del resto questi dati riguardano realtà con bilanci disastrosi, che esportano pazienti. Sono tanti gli indicatori che ci dicono che qualcosa non funziona».

**Cosa farebbe?**

«La sanità di quelle Regioni andrebbe commissariata. Ed è scandaloso che il Governo nell'ultima legge di Stabilità abbia tolto il divieto per il governatore di fare il commissario della sanità. Nomina così chi ha fatto il disastro a

commissariare sé stesso. Le esenzioni vanno controllate, i dati anomali sono legati a quelle false, probabilmente. Ma i problemi sono tanti. Visto Loreto Mare? Un quarto dei dipendenti non va a lavorare, vi sembra una cosa normale? Se succedesse così da noi, andrebbe a casa prima il governatore, poi tutta l'amministrazione e i direttori generali. Il problema è che questo Paese si è assuefatto a tutto».

**Come interpreta il calo degli introiti da ticket?**

«Qui da noi è multifattoriale. Da un lato di certo ha a che fare la crisi, che ha portato a un'attenzione maggiore alle spese, dall'altro però anche con l'appropriatezza delle cure. Noi abbiamo agito insieme ai medici di base, perché non si prescrivano in continuazione esami che non servono ai cittadini. Vanno responsabilizzati tutti i professionisti. Di certo, nel dato non ha un peso importante lo spostamento dei pazienti verso privato, perché da noi ci sono poche strutture non pubbliche».

**Come si superano le difficoltà, anche economiche, della sanità di questi anni?**

«La sanità per funzionare deve avere sempre al centro l'ammalato, ma intorno la gestione deve essere manageriale in modo ossessivo, con un controllo di gestione da grande industria. Noi, ad esempio, facciamo 94mila buste paga, abbiamo 68 ospedali, garantiamo 80 milioni di prestazioni sanitarie e ai nostri pronto soccorso accedono 2 milioni di persone all'anno. Con questi numeri dobbiamo controllare tutto in modo maniacale per tenere sotto controllo conti e attività. Ho invece l'impressione che in alcune Regioni la sanità abbia una gestione di manica larga».

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA.2 / IL GOVERNATORE SICILIANO CROCETTA

# “Sì, ci sono troppi furbi ma anche tanta povertà”

## ISTRUCCHI

Spesso per non pagare la gente va al pronto soccorso



ANTONIO FRASCHILLA

«Stiamo cercando di scoprire chi fa il furbo, chi trucca le carte per non pagare il ticket sanitario. Ma il vero problema è un altro: in Sicilia incassiamo poco perché c'è una forte povertà e molte persone pur di non pagare vanno al pronto soccorso». Il governatore siciliano Rosario Crocetta non è per nulla sorpreso degli scarsi incassi da ticket sanitario nell'Isola.

**Non pensa che quello siciliano sia un dato anomalo? Che ci sia chi cerca di non pagare facendo il furbo?**

«Noi gli evasori, chi cerca di non rispettare le regole, li stiamo stanando. Basta pensare al caso dei disabili gravi: prima dei controlli ne risultavano 3.600 e adesso, dopo le nostre verifiche, sono scesi a 2.400. Il tema delle esenzioni facili per legge 104, per disabilità o per malattie è inoltre un fenomeno che purtroppo riguarda tutto il Mezzogiorno. Ma i numeri bassi del ticket sono dovuti a ben altro».

**Perché allora la Sicilia s'incassa così poco?**

«Le cause vere sono la povertà e il malcostume. Mi spiego meglio: nonostante i segnali di ripresa di questi anni, è indiscutibile che la Sicilia sia ancora molto povera, con redditi bassi ed elevata disoccupazione. Ma abbiamo anche un enorme afflusso di persone nei nostri pronto soccorso. Chi non vuole pagare il ticket, o non può permetterselo,

va al pronto soccorso e si fa fare gli esami».

**Ma al pronto soccorso i medici assegnano i codici in base alla gravità dei casi e i codici bianchi pagano.**

«Certo, e qui c'è un problema sociale: molti medici di fronte ad anziani in difficoltà o a famiglie non certo benestanti assegnano dal codice giallo in su così le persone non pagano il ticket. Per certi versi li posso pure capire: non possiamo perseguire sempre chi è in difficoltà e ha problemi ad arrivare alla fine del mese».

**Ma non è comunque uno spreco per il sistema sanitario regionale non far pagare chi dovrebbe?**

«Per questo stiamo cercando di riformare tutta la rete sanitaria territoriale: vogliamo trasformare le guardie mediche in presidi territoriali sanitari, evitando l'afflusso anomalo nei pronto soccorso e dando una maggiore assistenza con controlli migliori. Attendiamo a giorni il via libera da parte del ministero alla nostra rete ospedaliera per sbloccare le assunzioni e dare una maggiore assistenza territoriale».

**Non pensa che nell'Isola ci sia anche una elevata evasione fiscale da un lato e dall'altro troppi privati convenzionati che fanno concorrenza al sistema pubblico?**

«Non penso che i privati facciano pagare meno del pubblico. L'evasione c'è, ma qui il problema vero, ripeto, è la povertà. Secondo me andrebbe cambiato il sistema di esenzione dei ticket, puntando a far pagare di più i ricchi e meno i poveri. Ma questa è una competenza dello Stato, non della Regione: noi abbiamo abolito tutti i ticket aggiuntivi regionali, di più non possiamo fare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Guido Fanelli, tra i padri della legge 38

# «Prima le cure palliative C'è una norma, si applichi»

DANILO POGGIO

**S**e l'Italia ha una legge all'avanguardia per contrastare il dolore, considerata un modello in tutto il mondo, si deve anche a Guido Fanelli. Medico e professore ordinario di anestesia, rianimazione e medicina del dolore all'Università di Parma, è stato consulente tecnico e co-autore della legge 38 del 2010. Una norma molto innovativa, che garantisce esplicitamente «il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore» parlando di un programma di cura individuale, nel rispetto dei principi fondamentali di tutela della dignità e di autonomia del malato e della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, con un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale alla persona malata come anche alla sua famiglia. In Italia il dolore, oncologico e non solo, in tutte le sue diverse manifestazioni, colpisce oltre tredici milioni di persone. «Prima di pensare alle Disposizioni anticipate di trattamento – commenta Fanelli – perché non si attua davvero e integralmente la legge 38? Con un'unica legge sul fine vita si rischia di fare di tuttata l'erba un fascio, mettendo insieme situazioni molto diverse. Fabo, Piergiorgio Welby, Eluana Englaro vivevano in situazioni cliniche molto diversificate, difficilmente accomunabili. Un'unica norma che provi a contemplare tutto è impossibile da scrivere. E non servirebbe a nessuno». Fanelli ha seguito con attenzione tutta la vicenda di Fabo e il successivo dibattito, discussione politica inclusa. E propone una distinzione: «Essere coscienti non significa necessariamente che si è in grado di intendere e volere. Chi decide di morire, a mio parere, non lo è mai del tutto: l'istinto di sopravvivenza fa parte della natura umana, così come la voglia di vivere. Credo sia intollerabile per un medico assistere una persona al suicidio, e trovo profondamente ipocrita quanto accade in Svizzera. In queste strutture ti dicono: "qui c'è il composto mortale, ma io non lo voglio fare. Decidi tu. Basta un semplice gesto, e ti uccidi". È un'ipocrisia totale, soprattutto se consideriamo la spesa che ogni malato deve affrontare: prendono diecimila euro, ma rifiutano ogni responsabilità». Secondo Fanelli, la politica italiana è alquanto impreparata sui grandi temi del fine vita, anche perché manca un'approfondita

conoscenza dei concetti-base, dall'eutanasia attiva o passiva all'accanimento terapeutico.

A suo parere sarebbe opportuno creare subito una vera commissione tecnica, composta da medici, per fornire in modo scientifico tutte le informazioni e definire in modo corretto e univoco le diverse situazioni cliniche. Un comitato di saggi che chiarisca tutte le questioni che la legge in discussione non pare approfondire adeguatamente: «Si sta parlando di Dat senza sapere bene cosa si debba dichiarare, e come dovrebbero funzionare nella pratica. È necessario fornire una corretta legenda scientifica, perché non credo possano essere solo i politici a stabilire cos'è la sospensione delle cure. Sono più di dieci anni che sento parlare di audizioni in Parlamento, ma mi pare ci sia ancora molta confusione».

Nel frattempo, si dovrebbe attuare sul serio la legge 38, che garantisce il diritto a non provare dolore. A oggi in Italia il 30% dei medici non la conosce e il 20% la considera un manifesto inattuabile, mentre tre cittadini su quattro non l'hanno mai sentita nominare. «Il **Ministero della Salute** – continua Fanelli – sull'argomento latita, per applicare questa legge sono necessarie risorse economiche. La terapia del dolore pare sia stata messa in un angolo dallo Stato, mentre fondazioni e associazioni suppliscono all'ente pubblico e gestiscono con grandi capacità le cure palliative negli ultimi mesi di vita grazie al cuore pulsante del volontariato». Nei casi di cancro, ad esempio, sarebbe necessario iniziare le cure di supporto quando ancora si sta curando il male, contribuendo a migliorare la qualità della vita anche durante la chemioterapia. E un investimento è necessario anche per le malattie neurologiche progressive, come la Sla o la sclerosi multipla: «I pazienti, nella loro lunga malattia, hanno bisogno di assistenza domiciliare. Oggi chi può permetterselo riesce a curarsi in modo corretto e con un'équipe stabile, ma come può farcela chi ha minori disponibilità economiche? Nel lungo periodo, puntando sulle cure a domicilio, risparmierebbe anche lo Stato. Ma è necessaria una programmazione seria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



in Italia

**Salute, 750mila persone l'anno viaggiano per cure di qualità**

**S**ettecentocinquantamila persone ogni anno «per i motivi più diversi scelgono di farsi curare in una regione diversa dalla loro». Si tratta del fenomeno migratorio sanitario in Italia: il Censis monitora da dieci anni questo flusso e martedì, nella Sala Capitolare del Senato, è stato presentato il rapporto «Migrare per curarsi», realizzato su incarico dell'associazione CasAmica Onlus.

Coloro che si spostano per curarsi sono pazienti oncologici o che devono sottoporsi a trattamenti chemioterapici e, nella maggior parte dei casi, residenti nel Centro-Sud. Il rapporto del Censis registra un 30% di tali migrazioni (pari a 230.000 ricoveri) «tra regioni confinanti del Centro-Nord: basti pensare che Piemonte e Lombardia si «scambiano» più di 40.000 ricoveri l'anno». La risposta che viene data al fenomeno «non è univoca», ha spiegato Giulio De Rita, ricercatore del Censis. Oltre alla questione dei pazienti, infatti, vi è anche «quella degli accompagnatori». L'85% dei malati ne ha uno, di questi circa la metà resta un giorno o due oppure va avanti e indietro fra clinica e abitazione». Si tratta di 250.000 accompagnatori che «devono trascorrere lunghi periodi fuori da casa» andando, così, a perdere l'unica fonte di reddito che posseggono: «Se il malato è un minore e l'accompagnatore è un genitore, quest'ultimo spesso perde il lavoro», ha sottolineato De Rita.

Chi affronta un viaggio, una migrazione, per curarsi deve far fronte a numerose spese e nel rapporto viene citato «il «costo monetario per ricoveri in ospedali collocati fuori regione», rappresentato dai costi di trasporto, vitto e alloggio e dal mancato guadagno per il lavoro perso». Il peso di queste spese aumenta se vengono prese in considerazione le «migrazioni» delle regioni meridionali: «In Calabria il 40% dei pazienti dichiara di aver speso più di 500 euro», mentre in Piemonte o in Veneto la cifra scende del 20%. La questione si fa più complessa per quel che riguarda i pazienti oncologici, dato che le famiglie, ha messo in luce De Rita, devono affrontare circa 7.000 euro di spese annue per quello che il Censis riporta come «costi diretti» (visite mediche, farmaci, infermieri privati e viaggi) e mediamente un

malato «perde, da mancati guadagni, circa 10.000 euro l'anno, 6.000 il familiare accompagnatore». Proprio l'accompagnatore «nel 70% dei casi riconosce che ha subito dei cambiamenti inerenti al lavoro, nel 20% dei casi lo ha proprio dovuto lasciare, nel 2% è stato licenziato e nella migliore delle ipotesi, il 37%, ha dovuto assentarsi dal lavoro».

Significativa la testimonianza di CasAmica Onlus. La realtà di accoglienza nasce a Milano trent'anni fa sullo slancio della fondatrice Lucia Cagnacci Vedani e nel corso del tempo ha vissuto una positiva espansione (da 6 mesi è stata aperta una casa anche a Roma). «Portavo i miei figli a scuola – ha raccontato la fondatrice – e vedevo persone che si svegliavano dopo aver dormito una notte su una panchina, con la testa sulla propria valigia. Volevo restituire loro la dignità». (Mar. Pi.)



Papaya, cocco, ananas & C. finiscono sempre più nelle nostre buste della spesa. Non solo l'esotico, cresce l'intero comparto. Ricco di vitamine e antiossidanti

# Gli italiani riscoprono la frutta ne mangiamo 63 kg all'anno

Ne consumiamo di più e anche in modi diversi: le nuove abitudini sono centrifughe e spremute

**CRISTINA NADOTTI**

ROMA. Da sostanza misteriosa di un bagnoschiama in voga negli anni Settanta a frutto capace di sostituire gli agrumi di Sicilia. Se Goethe viaggiasse in Italia ora, invece di ammirare «il Paese dove fioriscono i limoni» troverebbe la terra dove non c'è aperitivo senza scorza di lime.

La parabola dell'agrume dei Caraibi è emblematica del successo della frutta esotica in Italia e di come è cambiato il nostro modo di consumarla in generale. Se per levarsi il medico di turno, almeno fino all'inizio degli anni 2000, bastava una mela al giorno, adesso per preservare la salute ci vogliono almeno cinque porzioni di frutta e verdura al dì e un po' per moda, un po' per uggia gli italiani a mangiare soltanto agrumi in inverno e pesche e susine in estate non ci stanno più. Così su scaffali del supermercato e banchi nel mercato rionale vicino alla mela annurca spuntano ananas e avocado, con le cifre a testimoniare l'aumento costante dei consumi di frutta esotica: +3,8 per cento tra il 2015 e il 2016.

Papaya, cocco, mango e feijoa finiscono nelle buste della spesa grazie alle scelte di vita

salutiste, alla diffusione delle diete vegana e vegetariana e di una presenza sempre più numerosa di consumatori originari dei Tropici. Pesano anche, come sempre, globalizzazione e pubblicità, capaci di aver fatto delle banane un frutto comune ed economico quanto le mele. Negli anni '70 in una famiglia italiana dal reddito medio basso le banane erano una ricercatezza da permettersi con parsimonia, poi è arrivata la banana con il bollino, la concorrenza e ora approfittando delle offerte se ne acquista un chilo a circa un euro. Fino a qualche tempo fa l'ananas faceva parte delle rarità da servire come fine pasto nel cenone di Natale o di Capodanno, adesso è una delle tante fonti di vitamine da prevedere in una dieta equilibrata.

«Vitamina» è la parola magica, il propulsore dell'ascesa di ogni novità, serva come esempio il successo del kiwi che possiede in quantità la C. All'inizio del 2000, in pochi anni, l'Italia è diventata il secondo produttore mondiale, scavalcando la Nuova Zelanda che fino a quel momento aveva avuto la supremazia dell'esportazione in Europa.

Ci sono anche frutti italianissimi che avevamo dimenticato, ma sono tornati in auge perché non soltanto consumiamo più frutta, ma lo facciamo in maniera diversa. Il caso melograno aiuta a spiegare il fenomeno che ha convinto l'Istat a

inserire nel paniere dei prodotti che incidono sulle spese delle famiglie italiane le centrifughe e le spremute consumate al bar. Il melograno di Carducci «dai bei vermigli fior» produce frutti ricchi di antiossidanti (altra parola magica per il boom della frutta) e vitamine, ma ci vuole del tempo per preparare i bei grani rossi da mangiare a cucchiainate. Con centrifughe e spremute tutto è più facile e la vendita di melegrane secondo alcuni dati parziali si è quadruplicata nell'ultimo anno.

Non sbucciamo più la frutta, la spremiamo, non aspettiamo più maggio per avere le ciliege, compriamo melegrane da Israele e dal Cile per averle tutto l'anno. E soprattutto siamo alla costante ricerca del frutto magico che ci regali l'immortalità, o, almeno del superalimento che ci dia da solo tutti i nutrienti che aiutano a stare bene. L'incremento delle vendite di avocado, per esempio, non dipende soltanto dall'arrivo di messicani che preparano il guacamole, ma dalla necessità dei vegani di trovare proteine vegetali. Il nutrizionista però fa crollare il mito del frutto-panacea: «Nessun alimento da solo garantisce tutti i nutrienti necessari - spiega Giuseppe Morino, responsabile di dietologia clinica al Bambin Gesù - una dieta deve essere variata. Però ben vengano banane e kiwi, se aiutano i bambini, spesso restii, a mangiare più frutta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## QUANDO

Anche a fine pasto. Spuntino in diete ipocaloriche ma in alternativa ad altri alimenti, poiché contiene zuccheri

## COME

Con spremute e centrifughe non si assumono le fibre importanti per diverse funzioni dell'organismo. Meglio alternare il frutto intero ai succhi

