



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Seno, inutile la terapia tradizionale in sette casi su dieci

CHICAGO Curare il tumore del seno con una terapia chemio-free: è possibile nel 70% dei casi per le donne colpite da questa neoplasia in fase iniziale. Una vera svolta, che permetterà ad un grande numero di pazienti di poter evitare la chemioterapia ed i suoi effetti collaterali, resa possibile da un test diagnostico su 21 geni che è in grado di individuare quali siano le pazienti che non necessitano di chemio.

Lo studio relativo alla sperimentazione del test, denominato Tailor-x, è stato presentato al 54° Congresso mondiale dell'American Society of clinical oncology (Asco) in sede plenaria, proprio per il grande impatto che si prevede determinerà nella pratica clinica e nella cura delle pazienti. Condotto su 10.273 donne con la forma più comune della malat-

tia, ossia con recettori ormonali positivi e Her2-negativo, lo studio «avrà un impatto immediato, risparmiando dopo l'intervento chirurgico, a migliaia di donne - affermano i ricercatori - gli effetti collaterali della chemio». Non è stato infatti rilevato alcun miglioramento in termini di sopravvivenza libera dalla malattia quando la chemio era aggiunta all'ormonoterapia. Il test misura, con un punteggio da 1 a 100 sulla base dell'espressione di 21 geni, il rischio di recidiva a 10 anni e individua quali pazienti possono trarre beneficio dalla chemio: le donne con punteggio basso (0-10) dovrebbero ricevere solo ormonoterapia e quelle con punteggio alto (26-100) ormonoterapia più chemio.

Prima del test, spiega il responsabile dello studio Joseph Spara-

no, dell'Albert Einstein Cancer Center di New York, «c'era incertezza su quale fosse la giusta terapia per le donne con punteggio intermedio 11-25. Ora lo studio dà una risposta definitiva: in un periodo di follow-up dello studio di 7,5 anni, si è evidenziato che la sola ormonoterapia non era meno efficace della chemio più ormonoterapia, nelle pazienti con punteggio 11-25, in termini di sopravvivenza e ricomparsa della

malattia».

Secondo gli autori della ricerca la chemio è quindi inutile nelle pazienti over-50 con punteggio 0-25 e le pazienti con meno di 50 anni e punteggio 0-15. Per il presidente Asco, Bruce Johnson, si tratta di un grande passo avanti che avrà un impatto su «un larghissimo numero di persone e cambierà l'approccio dei medici». Opinione condivisa dal direttore dell'Unità oncologia dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, Francesco Cognetti, che però rileva come il test - sperimentato anche in uno studio italiano da lui coordinato - ha ad oggi un problema di costi. Attualmente, afferma, «costa circa 3mila euro anche se si va verso degli accordi delle regioni con l'azienda per ridurne il prezzo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UN TEST GENETICO
È IN GRADO DI EVITARE
CURE INVASIVE
COME LA CHEMIO
MA LO STUDIO COSTA
3MILA EURO**

quotidianosanita.it

Sabato 02 GIUGNO 2018

Tumore polmonare ALK-mutato. Il futuro della terapia si chiama alectinib

I dati di ALEX, lo studio che ha rivelato le performance salvavita di alectinib, ALK inibitore di nuova generazione, sono definitivi incredibili dagli esperti: la progressione libera di malattia è triplicata (la mediana è di quasi 35 mesi) rispetto al crizotinib. Alectinib inoltre attraversa la barriera emato-encefalica ed è molto attivo contro le metastasi cerebrali, per le quali finora c'era solo la radioterapia. Fondamentale però, per arrivare al trattamento, fare il test molecolare, che in Italia richiede ancora solo il 60% degli oncologi

Si chiama ALEX ed è già una pietra miliare nel campo degli studi oncologici. Questo Studio di fase III, randomizzato, multicentrico, aperto, ha messo a confronto due terapie a bersaglio molecolare, alectinib e crizotinib, nel trattamento di 303 pazienti (arruolati in 31 Paesi) con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) ALK-positivi, naive al trattamento.

L'endpoint primario di ALEX era la sopravvivenza libera da progressione (PFS); tra gli endpoint secondari considerati ci sono il tempo di progressione a livello del sistema nervoso centrale (gli NSCLC con traslocazione ALK danno frequentemente metastasi cerebrali), il tasso di risposta obiettiva (ORR), la durata della risposta (DOR) e la sopravvivenza globale (OS).

I risultati parziali di ALEX (il dato della sopravvivenza globale non è ancora disponibile, poiché al momento nello studio sono stati raggiunti solo un terzo degli eventi), dimostrano che l'impiego di alectinib come trattamento di prima linea nei pazienti con NSCLC metastatico ALK-positivi, riduce in maniera significativa il rischio di progressione di malattia o di mortalità del 57%, rispetto allo standard di terapia attuale, il crizotinib. La mediana di sopravvivenza libera da progressione nei soggetti trattati con alectinib risulta insomma più che triplicata rispetto a quelli trattati con crizotinib (34,8 mesi contro 10,9 mesi).

I tumori polmonari non a piccole cellule con traslocazione ALK, rappresentano una 'nicchia', appena il 5% di tutti i tumori polmonari (gli adenocarcinomi), ma sono particolarmente aggressivi, colpiscono per lo più persone giovani, con un passato da fumatori 'leggeri' o che non hanno mai fumato. L'avvento degli inibitori di ALK (crizotinib è stato il primo) ha rappresentato una rivoluzione per questi pazienti a prognosi infausta.

Ma per essere certi che quel paziente sia portatore di un riarrangiamento ALK è necessario effettuare un **test di diagnostica molecolare** che viene effettuato sul DNA delle cellule del tumore polmonare o delle sue metastasi. "Purtroppo in Italia questo test viene effettuato ancora troppo poco – afferma la professoressa **Marina Garassino**, responsabile della Struttura Semplice di Oncologia Medica Toraco-Polmonare presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – Una recente *survey* ha infatti dimostrato che solo il 60% dei pazienti vengono sottoposti a questo test. Ma se gli oncologi non richiedono questo test, si preclude a questa tipologia di pazienti (circa 1.500 nuove diagnosi l'anno in Italia) la possibilità di effettuare queste terapie altamente efficaci".

L'identikit del paziente con NSCLC con mutazione ALK è quello di un giovane, poco o per nulla avvezzo alle sigarette, con un tumore particolarmente aggressivo che dà versamenti polmonari recidivanti (questo è un dato che deve far sorgere il sospetto) e frequenti metastasi cerebrali (fino al 50-60% dei pazienti).

"Con crizotinib – prosegue la professoressa Garassino – non riuscivamo ad affrontare il problema delle metastasi

3/6/2018

Tumore polmonare ALK-mutato. Il futuro della terapia si chiama alectinib

Il farmaco inoltre ha un eccellente profilo di sicurezza, fatto che ci permette di proseguire il trattamento con questo farmaco orale (il paziente prende 4 compresse al mattino e 4 la sera) fino a progressione di malattia, senza particolari effetti indesiderati. E' una terapia che può essere fatta per anni, senza problemi (in qualche paziente si assiste ad un movimento delle transaminasi).

Alectinib sta dando risultati insperati in questa tipologia di pazienti. A 65 mesi l'80% di loro è ancora vivo, contro il 20% dell' epoca della chemioterapia. Ma non è tutto. Stanno arrivando una serie di altri ALK-inibitori che funzionano dopo il fallimento di alectinib. Quello che si sta prefigurando per il futuro del trattamento di questa malattia insomma è una sequenza di farmaci".

L'EMA ha già approvato alectinib lo scorso dicembre e in Italia è in corso la rimborsabilità da parte di AIFA. Nel frattempo Roche, l'azienda produttrice, ha deciso di rendere disponibile il farmaco per uso compassionevole.

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Sabato 02 GIUGNO 2018

Sindrome di Lynch. Colpisce una persona su 300 e aumenta il rischio di tumore. Quando sospettarne la presenza e cosa fare

Un studio genomico presentato all'ASCO dimostra che i tumori correlati alla sindrome di Lynch, condizione ereditaria presente nello 0,3% della popolazione, sono molti più di quanto si pensasse. Se in un paziente con tumore si sospetti questa sindrome, sulla base di una marcata instabilità dei microsatelliti e di alterazioni dei geni di riparazione del DNA, è necessario testare tutti i suoi familiari per sindrome di Lynch così da intensificarne la sorveglianza o avviarli a chirurgia preventiva, se ne risultassero affetti.

Tra i tanti misteri che circondano ancora il genoma umano, ci sono i cosiddetti **microsatelliti**, sequenze ripetute di DNA non codificante, che pur rappresentando non più del 3% di tutto il genoma umano, si presume possano avere una funzione importante nel determinare la struttura dei cromosomi. Sono già ampiamente utilizzati in medicina forense, in quanto il loro studio consente di effettuare il *profiling* del DNA, cioè l'impronta genetica che consente di individuare una persona.

La cosiddetta **'instabilità microsatellitare' (MSI)** rappresenta la differenza in lunghezza di queste brevi sequenze ripetitive di DNA a livello del tumore, rispetto al tessuto normale ed è una caratteristica peculiare dei tumori associati alla cosiddetta **sindrome di Lynch**, una sindrome a trasmissione autosomica dominante che conferisce un rischio molto elevato di sviluppare un tumore (soprattutto tumori del colon e dell'endometrio) nell'arco della vita. La sindrome di Lynch è causata da mutazioni della linea germinale a livello dei **geni della riparazione degli errori di appaiamento del DNA (MMR)** ed è responsabile del **3% circa di tutti i tumori del colon e dell'endometrio**. Per questo motivo, l'analisi dell'instabilità microsatellitare (MSI) e /o della colorazione immunostochimica per le proteine MMR (entrambi marcatori della sindrome di Lynch) dovrebbe essere effettuata di routine nei pazienti con tumore del colon e dell'endometrio.

L'approvazione da parte dell'FDA l'indicazione all'impiego del **pembrolizumab** (un immunoterapico anti-PD-1) per tutti i tumori con elevato tasso di instabilità micro satellitare (MSI-H) ha dato grande impulso al test MSI in tutti i tumori in fase metastatica, che potrebbero trarre beneficio dalla terapia con il pembrolizumab.

Lo studio presentato all'ASCO

Al congresso annuale dell'ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) è stato presentato un enorme studio genomico, effettuato su oltre 15 mila campioni di tessuto, prelevati da pazienti con 50 tipi di tumore diverso (tutti seguiti presso il *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* di New York), che ha utilizzato un test genomico completo, l'**MSK-IMPACT**. Il test sfrutta il sequenziamento di nuova generazione (NGS) per ricercare mutazioni a livello di centinaia di geni correlati a diversi tumori e altre alterazioni molecolari, quali appunto la MSI. I ricercatori americani hanno inoltre effettuato su campioni di sangue la ricerca di altre mutazioni ereditarie coinvolte nella riparazione del DNA (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 e EPCAM) e che causano la sindrome di Lynch.

Sulla base dei risultati dell'analisi genomica, i campioni di tessuto tumorale sono stati suddivisi in tre gruppi: MSI-stabili (MSS), MSI-indeterminati (MSI-I, livello moderato di MSI), MSI-H (elevata instabilità). Il 93,2% dei campioni sono risultati MSI-stabili, il 4,6% ricadevano nella categoria MSI-I e solo il 2,2% sono risultati MSI-H.

I marcatori genetici di sindrome di Lynch

Le mutazioni ereditarie nei geni associati alla sindrome di Lynch sono state riscontrate nel 16% dei pazienti con tumori MSI-H, rispetto all'1,9% di quelli MSI-I e allo 0,3% di quelli MSS (percentuale che non si discosta dalla prevalenza di sindrome di Lynch nella popolazione generale). Come previsto, il **25% dei tumori MSI-H e MSI-I erano a carico del colon retto o dell'endometrio**: tuttavia la metà dei pazienti MSI-H e MSI-I

3/6/2018

Sindrome di Lynch. Colpisce una persona su 300 e aumenta il rischio di tumore. Quando sospettare la presenza e cosa fare

quali **mesotelioma, sarcoma, tumore della corticale del surrene, melanoma, prostata e tumore dell'ovaio a cellule germinali**. Di tutti questi pazienti, il 45% non presentava i criteri diagnostici genetici per sindrome di Lynch, basati su un'anamnesi familiare o personale di tumore. "Questo – spiega **Zsofia Kinga Stadler**, direttore del *Clinical Genetic Service* e oncologa presso il *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* di New York (Usa) – suggerisce che la sindrome di Lynch è correlata ad un ventaglio di tumori, molto più ampio di quanto ritenuto finora e che **uno status MSI-H/MMR-D è predittivo di sindrome di Lynch**, a prescindere dal tipo di tumore".

Nell'ultima parte dello studio, su 57 campioni tumorali MSI-I/MSI-H è stata effettuata anche la ricerca di proteine di riparazione del DNA anomale; in quasi tutti questi tumori (**98,3%**) è stata riscontrato un **deficit della MMR (MMR-D)**.

Il take home message dello studio

"Questi risultati – sottolinea **Zsofia Kinga Stadler** – suggeriscono che tutti i pazienti con tumori caratterizzati da una elevata instabilità micro satellitare (MSI-H) o da deficit di MMR (MMR-D) dovrebbero essere testati geneticamente per la sindrome di Lynch, visto che questa diagnosi ci dà un'opportunità unica di aiutare non solo i pazienti ma anche gli altri membri della loro famiglia. I familiari ai quali dovesse venir diagnosticata la sindrome di Lynch potrebbero infatti essere sottoposti ad un'**augmentata sorveglianza** (ad esempio colonscopia e gastroscopia tutti gli anni) o addirittura a **chirurgia preventiva** (es. rimozione dell'utero e delle ovaie nei tumori ginecologici), prima che un tumore si sviluppi".

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Sabato 02 GIUGNO 2018

Regioni benchmark. Ecco la classifica delle cinque tra cui scegliere le tre per il riparto 2018. Umbria al primo posto

Il ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni la nota metodologica che ha selezionato Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto come Regioni tra cui scegliere le tre benchmark per il calcolo del costo medio standard, ottenuto come media ponderata dei costi delle prescelte per ciascuno dei tre livelli di assistenza. [LA NOTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE.](#)

Umbria al primo posto, seguita nell'ordine da Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. E' la classifica basata sui dati 2015 delle scelte delle cinque Regioni tra cui andranno selezionate le tre benchmark (un'alta certezza per l'Umbria in quanto prima in classifica e quindi automaticamente selezionata) per determinare i parametri di riparto del fondo sanitario 2018.

La Toscana, che a fine dicembre [era in testa alla classifica basata però sui dati 2014](#), è la prima delle escluse. Questo dopo che il Veneto (che nella lista secondo i parametri 2014 non era tra le prime cinque Regioni) ha formalmente protestato con una [lettera del suo assessore alla sanità, Luca Coletto](#), scritta al ministro della Salute per sottolineare che la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012 per la formulazione della graduatoria; sulle scelte metodologiche e le modalità di calcolo dei ricoveri; sulla necessità di un aggiornamento degli indicatori utilizzati per la formulazione di una graduatoria, dava indicazioni circa l'utilizzo dell'ultimo anno i cui dati sono disponibili e che questo, appunto, è il 2015 e non il 2014.

L'esclusione della Toscana è dovuta alle performance sulla spesa in base alle quali la Regione sulla base di quanto rilevato nel corso delle riunioni del Tavolo tecnico, registra per l'anno 2015 un disavanzo di gestione che la rende ineligibile, anche se nella classifica, invece, degli adempimenti secondo la griglia dei Lea è in realtà la prima in classifica con 212 punti.

La nota metodologica con tabelle e criteri di scelta è stata appena trasmessa dal ministero della Salute alle Regioni che ne avevano fatta esplicita richiesta dei governatori dopo una serie di rinvii da dicembre a oggi legati prima alla richiesta del Veneto e poi della stessa Toscana per verificare gli accertamenti 2015.

La nota tecnica del ministero indica che gli indicatori in base ai quali si calcola l'IQE, indicatore di qualità ed efficienza e sono state selezionate le Regioni sono:

- punteggio della "Griglia Lea" 2014;
- incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario;
- degenza media pre-operatoria;
- percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni;
- percentuale dimessi da reparti chirurgici con Drg medici;
- percentuale di ricoveri con Drg chirurgico sul totale ricoveri (solo ricoveri in degenza ordinaria, togliendo quelli relativi ai 108 Drg a rischio di in appropriatezza);

3/6/2018

Regioni benchmark. Ecco la classifica delle cinque tra cui scegliere le tre per il riparto 2018. Umbria al primo posto

- percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni;
scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5%);
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51%);
- scostamento dallo standard previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44%);
- spesa pro capite per assistenza sanitaria di base;
- spesa farmaceutica pro capite;
- costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria;
- costo medio per ricovero post acuto;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio;
- spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica strumentale.

L'elaborazione degli indicatori – il documento consegnato alle Regioni li esamina tutti con risultati e relative tabelle -, una volta normalizzati come previsto dalla delibera sui costi standard, ha portato alla definizione della graduatoria finale delle 5 Regioni risultate eleggibili tra cui scegliere le tre su cui si basa il benchmark per il calcolo del costo medio standard, ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni benchmark per ciascuno dei tre livelli di assistenza.

Sulla base dei risultati comunicati dal ministero, le Regioni hanno già deciso che nella prossima riunione (che dovrebbe essere il 7 giugno) si delibereranno le tre Regioni benchmark utili al riparto 2018.

Graduatoria finale per la selezione delle Regioni eligibili ai fini del riparto 2018

Regione	IQE	2015	Regione Eligibile	Rango effettivo
Piemonte			NO	
Valle d'Aosta			NO	
Lombardia	0,2	4		4°
Prov. Auton. Bolzano			NO	
Prov. Auton. Trento			NO	
Veneto	0,0	5		5°
Friuli Venezia Giulia			NO	
Liguria			NO	
Emilia Romagna	4,2	2		2°
Toscana			NO	
Umbria	10,0	1		1°
Marche	3,5	3		3°
Lazio			NO	
Abruzzo			NO	
Molise			NO	
Campania			NO	
Puglia			NO	
Basilicata			NO	
Calabria			NO	
Sicilia			NO	
Sardegna			NO	

Risultato di esercizio determinato secondo la metodologia adottata dal "Tavolo adempimenti"

Regioni	2015	Finanziamento complessivo al netto entrate proprie effettive	Entrate proprie effettive	TOTALE Finanziamento complessivo al LORDO entrate proprie effettive	Incidenza % disavanzo su finanziamento ordinario	
010	PIEMONTE	5.779	7.795.925	343.528	8.139.453	0,1%
020	VALLE D'AOSTA	-25.474	223.765	17.823	241.588	-10,5%
030	LOMBARDIA	21.432	17.239.139	742.519	17.981.658	0,1%
041	P.A. BOLZANO	-217.954	873.327	75.566	948.893	-23,0%
042	P.A. TRENTO	12.432	921.110	238.977	1.160.087	1,1%
050	VENETO	3.546	8.488.509	373.245	8.861.754	0,0%
060	FRIULI V.G.	1.949	2.167.551	160.227	2.327.778	0,1%
070	LIGURIA	-98.462	2.958.629	140.473	3.099.102	-3,2%
080	EMILIA R.	10	7.765.841	608.934	8.374.775	0,0%
090	TOSCANA	-21.778	6.616.588	356.112	6.972.700	-0,3%
100	UMBRIA	2.862	1.589.274	64.091	1.653.365	0,2%
110	MARCHE	61.991	2.745.103	92.985	2.838.088	2,2%
120	LAZIO	-332.588	10.133.622	396.825	10.530.447	-3,2%
130	ABRUZZO	-5.773	2.336.766	62.564	2.399.330	-0,2%
140	MOLISE	-14.676	555.156	10.807	565.963	-7,9%
150	CAMPANIA	49.821	9.919.409	182.054	10.101.463	0,5%
160	PUGLIA	-4.061	6.998.150	182.873	7.181.023	-0,8%
170	BASILICATA	-7.726	1.021.363	33.515	1.054.878	-0,7%
180	CALABRIA	-58.531	3.410.694	96.555	3.507.249	-1,7%
190	SICILIA	13.666	8.677.240	187.976	8.865.216	0,2%
200	SARDEGNA	-327.957	2.887.154	100.358	2.987.812	-11,0%
TOTALE NAZIONALE		-1.021.491	105.324.616	4.468.007	109.792.623	-0,9%

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Codice regione	Regione	Punteggio Griglia LEA	Incidenza % interventi severo	Incidenza % spesa assistenza collettiva	Incidenza % spesa assistenza distrettuale	Incidenza % spesa assistenza ospedaliera	Degenza media pro operatoria (*)	Percentuale interventi chirurgici femore entro 2 giorni	Percentuale dimessi reparti chirurgici con DRG medio (*)	Percentuale dimessi reparti chirurgici totali di dimessi	Percentuale ricoveri ordinati con DRG alto rischio maggior pericolosità (*)	Percentuale ricoveri di tipo diagnostico con DRG medio (*)	% di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >= 65 anni sul totale dei ricoveri su pazienti con età >= 65 (*)	Costo medio ricoveri ordinari per acuti (severità) (*)	Costo medio per ricovero post acuto (*)	Spesa per prestazioni e assistenza specialistica Ambulanza clinica (*)	Spesa per prestazioni e assistenza specialistica di laboratorio (*)	Spesa per prestazioni e assistenza specialistica di diagnostica strumentale (*)	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base (*)	Spesa pro capite per assistenza farmaceutica (*)
030	Piemonte																			
030	Valle d'Aosta																			
030	Lombardia	-0,06306	-0,4550	0,851204	-0,36533	-1,31600	-0,41649	-0,51464	-0,53743	-1,85528	-1,34444	-0,18863	-0,42267	-0,25272	-1,29628	-0,21169	0,253139	0,395179	1,617256	-0,45814
041	Prov. Auton. Bolzano																			
042	Prov. Auton. Trento																			
050	Veneto	-0,883951	-0,54986	-1,41587	-0,51638	0,053966	-1,29363	0,295024	-1,09479	-0,15938	1,134188	0,429058	-1,42789	0,23721	-0,78953	0,030235	0,410088	-2,02466	-0,47062	1,102365
060	Friuli Venezia Giulia																			
070	Liguria																			
080	Emilia Romagna	1,335718	-0,58721	-0,118	-0,61027	-0,64683	1,508499	1,749024	1,333902	0,032573	0,169137	-0,31512	1,489138	-1,53745	1,534975	0,97776	-1,51974	-1,13403	-1,58504	1,050132
090	Toscana																			
100	Umbria	-1,10655	-0,29192	1,351181	1,380741	1,670446	-0,50820	1,222658	-0,72423	-0,05131	-0,94808	1,587914	1,067223	1,443700	0,54316	1,878112	-0,61936	1,562377	-0,471671	-0,29253
110	Marche	-1,00891	1,794082	-0,06403	0,209004	0,235119	0,716896	-0,9067	1,104176	-1,02526	0,889119	-1,48084	-0,42586	-0,210661	-0,01371	1,424875	0,22081	0,187422	-1,58236	
120	Lazio																			
130	Abruzzo																			
140	Molise																			
150	Campania																			
160	Puglia																			
170	Basilicata																			
180	Calabria																			
190	Sicilia																			
200	Sardegna																			
Min		-1,10655	-0,58721	-1,41287	-0,56533	-1,31600	-1,29363	1,222658	-1,09479	-1,02526	-1,34444	-1,48084	-1,42789	-1,63745	-1,29628	-0,97776	-1,51974	-1,13403	-1,58504	-1,58236
Max		1,335718	1,94882	1,351182	1,850941	1,670446	1,508499	1,749024	1,333902	1,85028	1,134188	1,587914	1,09238	1,443700	1,534975	1,878112	1,424875	1,562377	1,427256	1,102365

(*) Per gli indicatori con l'asterisco il punteggio della graduatoria è determinato prendendo il valore di segno opposto. Quindi per questi indicatori il punteggio è inverso e il risultato è il valore opposto.

quotidianosanita.it

03 GIUGNO 2018

Pembrolizumab: funziona in monoterapia anche nei pazienti con tumore polmonare a bassa espressione di PD-L1

Lo studio KEYNOTE-042 ha dimostrato che, nei pazienti con tumore polmonare in fase avanzata, il pembrolizumab in prima linea riduce del 20% la mortalità rispetto alla chemioterapia, anche nei pazienti con scarsa espressione di PD-L1. Al momento il farmaco è approvato per questa indicazione solo nei pazienti con elevata espressione di PD-L1. Si allarga così la platea di quanti potranno beneficiare di questo immunoterapico. Rimborsabilità permettendo.

E' una bella giornata per le 42 mila persone alle quali ogni anno viene diagnosticato in Italia un tumore del polmone, uno dei grandi *big killer* e in assoluto quello che più contribuisce al fardello di mortalità per cancro in generale.

I risultati dello studio KEYNOTE-042, presentati in sessione plenaria al congresso dell'*American Society of Clinical Oncology*, dimostrano infatti che il pembrolizumab, un immunoterapico, somministrato in monoterapia, in prima linea di trattamento, in una popolazione di pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC), riduce del 20% la mortalità rispetto alla tradizionale chemioterapia. Al prezzo di effetti collaterali decisamente ridotti.

"E' un doppio punto a favore dei pazienti quello segnato da questo studio – commenta **Gilberto Lopes**, oncologo presso il Sylvester Comprehensive Cancer Center, University of Miami Health System, Florida e primo autore del KEYNOTE-042 - Questi risultati dimostrano infatti che i pazienti trattati con pembrolizumab hanno guadagnato in media (nel corso di un *follow up* di 12,8 mesi) 4-8 mesi di vita rispetto a quelli trattati con chemioterapia e presentano meno effetti collaterali (18% dei pazienti contro il 41% di quelli trattati con chemio)".

Che il pembrolizumab fosse efficace come trattamento di prima linea nei NSCLC si sapeva già, ma l'indicazione per ora, anche nel nostro Paese, riguardava solo i pazienti con un'elevata espressione tissutale del PD-L1 ($\geq 50\%$). Il KEYNOTE-042 ha dimostrato invece che il pembrolizumab funziona anche nei pazienti con espressione del PD-L1 uguale o superiore all'1%, allargando così in maniera significativa la 'platea' di quanti possono trarre beneficio dal trattamento con questo immunoterapico (circa il 60% di tutti i pazienti con NSCLC in fase avanzata).

Lo studio KEYNOTE-042 ha arruolato 1.274 persone con NSCLC localmente avanzato o metastatico, assegnandole in maniera randomizzata al trattamento con chemioterapia (paclitaxel + carboplatino o pemetrexed + carboplatino) o a quello con pembrolizumab; sono stati inclusi sia pazienti con istologia squamosa, che non squamosa. In tutti è stata determinata l'espressione del PD-L1 nel tessuto tumorale, e questo ha consentito una lettura dei risultati di **sopravvivenza globale mediana**, stratificati per livello di espressione del PD-L1:

- PD-L1 $\geq 50\%$: 20 mesi con pembrolizumab vs. 12,2 mesi con la chemioterapia
- PD-L1 $\geq 20\%$: 17,7 mesi con pembrolizumab vs. 13 mesi con la chemioterapia
- PD-L1 $\geq 1\%$: 16,7 mesi con pembrolizumab vs. 12,1 mesi con la chemioterapia

E' evidente che il farmaco funziona meglio laddove vi sia un'elevata espressione di PD-L1, ma i risultati del KEYNOTE-042 dimostrano che il pembrolizumab, rappresenta comunque una valida opzione terapeutica, in questa categoria di pazienti, a prescindere dall'espressione di PD-L1. Una piccola rivoluzione questa, visto che al momento, per accedere al trattamento con questo farmaco in prima linea è necessario dimostrare un'espressione di PD-L1 $\geq 50\%$ nel tessuto tumorale.

3/6/2018

Pembrolizumab: funziona in monoterapia anche nei pazienti con tumore polmonare a bassa espressione di PD-L1

approvato in Italia dal marzo dello scorso anno, ma solo nei pazienti con elevata espressione di PD-L1. Questo studio dimostra invece che anche i pazienti con bassa espressione del PD-L1 possono avere un guadagno di sopravvivenza del 20% con il pembrolizumab, rispetto alla chemioterapia. Nel nostro Paese purtroppo il test si fa ancora molto poco e anche dove viene effettuato, spesso i risultati non sono del tutto confrontabili con quelli ottenuti presso altri laboratori. Una realtà che crea un *bias* importante e che preclude questa terapia a tanti pazienti che potrebbero trarne beneficio.

Tanti sono i problemi che andrebbero affrontati – prosegue De Marinis - per ottimizzare il test e arrivare ad effettuarlo a tappeto. Innanzitutto è fondamentale che tutta la 'filiera' di chi è implicato nella diagnosi e nella terapia di questi pazienti comprenda appieno l'importanza di fare questo test.

Poi è urgente un adeguamento del DRG che al momento, a livello di rimborso, non fa distinzioni tra diagnosi istologica, molecolare e test per espressione del PD-L1. I nuovi test comportano un aggravio dei costi, che non viene coperto dall'attuale DRG.

Ci sono poi i problemi tecnici – prosegue De Marinis - Per la determinazione dell'espressione di PD-L1 è necessario disporre di una discreta quantità di tessuto tumorale; non sempre quello ottenuto con una biopsia è sufficiente per diagnosi istologica, molecolare e espressione di PD-L1. E ovviamente non è facile sottoporre il paziente ad una seconda indagine biotica. Gli studi sulla cosiddetta biopsia liquida, che permetterà di fare questi diagnosi sul sangue, sono di certo molto promettenti. Ma è necessario restare con i piedi per terra. Per ora l'unica diagnosi possibile è quella sul pezzo operatorio o sulla biopsia tessutale”.

La chemioterapia andrà in soffitta?

È ancora presto per archiviare la chemioterapia. Su questo gli esperti sono tutti concordi, nonostante le straordinarie *performance* dell'immunoterapia. E questo perché non è chiaro ad esempio se associare il pembrolizumab alla chemioterapia rappresenti un'opzione terapeutica migliore della sola immunoterapia, visto che finora non sono stati effettuati dei *trial* testa-a-testa (pembro+chemioterapia o pembro da solo) per rispondere a questa domanda. "Comunque, stiamo vedendo da alcuni risultati preliminari con il pembrolizumab e altri immunoterapici– afferma il professor De Marinis – che c'è una quota di pazienti che va meglio con l'associazione chemioterapia - immunoterapia”.

Lo studio KEYNOTE-407. Sempre all'ASCO sono stati presentati i risultati dello studio KEYNOTE-407 su 559 pazienti; la ricerca ha dimostrato per la prima volta l'efficacia del pembrolizumab in associazione alla chemioterapia nei pazienti con NSCLC metastatico a istologia squamosa (è la forma più resistente alla terapia). Un'analisi ad interim dello studio dimostra che l'associazione pembro+chemioterapia migliora in maniera significativa sopravvivenza globale (OS) e sopravvivenza libera da progressione (PFS). In particolare, l'associazione in questo studio ha ridotto il rischio di mortalità del 37%, rispetto alla sola chemioterapia.

Insomma, comunque la si guardi, l'aggiunta dell'immunoterapia a tutte le altre terapie tradizionali, aggiunge una marcia in più ai risultati. E alla vita dei pazienti.

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Sabato 02 GIUGNO 2018

Governo. Nasce il nuovo Ministero delle Disabilità. Si occuperà di oltre 3 milioni di persone con almeno una limitazione funzionale. Ma la sua istituzione divide le associazioni

Secondo quanto rilevato dall'Istat, ci sono 1,5 milioni di persone con limitazioni fisiche, 2 milioni con alcune limitazioni nelle loro funzioni quotidiane, 900 mila con difficoltà nella comunicazione e 1,4 milioni costrette a letto o nella loro abitazione. Oltre 1,8 milioni sono i disabili gravi. La metà di questi con meno di 65 anni non riceve aiuti dai servizi pubblici. Il nuovo dicastero, riunendo competenze ad oggi suddivise tra diversi ministeri, si occuperà di tutto questo. Ma la sua istituzione divide le associazioni

Insieme al "governo del cambiamento" nasce anche il nuovo ministero della Famiglia e delle Disabilità. L'istituzione di questo nuovo dicastero era stata richiamata dalla Lega, nei mesi scorsi, ed inserita prima nel loro programma elettorale e poi nel contratto di governo. A guidarlo sarà il leghista **Lorenzo Fontana**. Ad oggi le competenze sulla materia sono suddivise tra diversi ministeri.

Il nuovo dicastero, stando ai più recenti dati rilevati dall'Istat (2013), dovrà occuparsi di **almeno 3,2 milioni di persone di età superiore ai sei anni con almeno una limitazione funzionale, di cui 2 milioni e 500 mila anziani** (nell'indagine Istat si sottolinea come una stessa persona possa riferire di soffrire di più di una limitazione funzionale). La quota risulta essere significativamente più alta tra le **donne, 7,1%** contro il **3,8% degli uomini**. Dal punto di vista territoriale nel Sud e nelle Isole la quota di persone con limitazioni funzionali si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali.

Si parla di persone con limitazioni funzionali per riferirsi alla popolazione che presenta difficoltà in una o più di queste dimensioni:

- **dimensione fisica**, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione, circa **1,5 milioni di persone**, pari al 2,6% della popolazione di sei anni e più;

- **sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane**, quasi **2 milioni di persone**, il 3,4%, (ci si riferisce alle attività di cura della persona, come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.);

- **ambito della comunicazione**, che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola, circa **900 mila persone**, l'1,5% della popolazione;

- vi sono infine **1 milione e 400 mila persone** (il 2,5% della popolazione di sei anni e più), che riferiscono di essere costrette a stare a letto, su una sedia o a rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico.

Nel corso degli anni duemila, il fenomeno risulta in declino: il tasso standardizzato per età passa dal **6,1% del 2000 al 5,5% del 2013** e un analogo andamento si osserva per la popolazione anziana (dal 22,0% al 19,8%).

Persone con disabilità grave. Ad oggi non si dispone ancora di una puntuale quantificazione della platea delle persone con disabilità grave. Ricorrendo all'archivio dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche Inps, è

3/6/2018 Governo. Nasce il nuovo Ministero delle Disabilità. Si occuperà di oltre 3 milioni di persone con almeno una limitazione funzionale. M...
puntuale dei dati.

Al momento sappiamo che circa **269 mila persone vivono come figlio con uno o entrambi i genitori (49,9%)**. Tra questi, un gruppo per il quale si evidenzia una situazione critica è quello dei figli fino a 64 anni che vivono con genitori anziani, circa **89 mila persone**. Circa il 36% delle persone con disabilità grave con meno di 65 anni (192mila) vive con il partner e/o con i figli, mentre 52 mila (il 9,6%) soggetti vivono soli. **La maggior parte di coloro che vivono soli, il 73%, non ha più i genitori.**

Per quanto riguarda l'assistenza e gli aiuti ricevuti, circa **la metà dei disabili gravi con meno di 65 anni non riceve aiuti dai servizi pubblici**, non si avvale di servizi a pagamento, né può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. **Il carico dell'assistenza grava dunque completamente sui familiari conviventi.**

Focalizzando l'attenzione sulle circa 52 mila persone che vivono sole, **il 23% usufruisce di assistenza erogata da servizi pubblici** (sanitaria o socio- sanitaria), **il 15,5% paga l'assistenza a domicilio** (non sanitaria per le attività di cura della persona). In caso di necessità, il 54% ricorre solo all'aiuto di familiari non conviventi (28 mila persone). **Una quota del 19%, pari a circa 10 mila persone, non può contare su alcun aiuto.** Si tratta di un segmento di disabili gravi per i quali il **"dopo di noi"** è già iniziato.

Una legge, quella sul "dopo di noi", che sembra però essere non pienamente apprezzata dal neo ministro Fontana: "Modificheremo la legge sul 'dopo di noi'. Voglio analizzarla prima bene per capire cosa c'è di positivo e cosa si può invece migliorare".

Intanto l'istituzione del nuovo ministero divide le associazioni. Piace alla **Fand:** "Apprendiamo con estremo piacere la nascita nel nuovo Governo del ministero della disabilità e della famiglia – commenta il presidente di Fand, **Franco Bettoni** - Per noi è certamente un segnale positivo e nutriamo massima fiducia nell'operato di questo nuovo ministero dedicato alla tutela della disabilità e della famiglia: due aspetti che, in molti casi, si intersecano e si sovrappongono, questo dunque rappresenta per noi un fatto certamente positivo. Bisognerà capire quali saranno le specifiche competenze attribuite al nuovo dicastero: da sempre abbiamo espresso la necessità di una figura di raccordo fra i vari ministeri per fare sintesi fra i diversi ambiti delle politiche in materia di disabilità. Pertanto l'istituzione di questo nuovo ministero potrà rappresentare l'occasione giusta per armonizzare ed uniformare le tutele esistenti".

Viene invece così bocciata da Anffas: "Il recente congresso Fish aveva già sollevato perplessità, da noi condivise, in ordine alla previsione di uno specifico ministero, tra l'altro, senza portafoglio, per le disabilità – dichiara il presidente nazionale di Anffas, **Roberto Speziale** -. Temiamo infatti che tale scelta, pur nelle buone intenzioni, possa essere 'potenzialmente categorizzante' di un mondo che, invece, ha necessità di politiche trasversali ed inclusive. Il nostro auspicio è che non si tratti di un fatto puramente 'estetico', ma che l'intento sia quello di creare un collegamento e un coordinamento interministeriale e con le Regioni, che garantisca che le norme vengano concretamente attuate, a tutti i livelli, e che i diritti delle persone con disabilità e dei loro familiari siano resi realmente e pienamente esigibili nei vari ambiti (salute, lavoro, scuola, inclusione sociale). Colmando così rapidamente un 'vulnus' non più sostenibile e tollerabile tra ciò che le norme prevedono e la vita materiale delle persone con disabilità e dei loro familiari".

Giovanni Rodriguez

«Bersaglio» da zecca? Rischio morbo di **Lyme**

La comparsa di una tipica eruzione cutanea a cerchi concentrici è un segno della malattia che talvolta può causare problemi gravi

Il Congresso
L'informazione
e la prevenzione
sono armi in più

Il 9 giugno si terrà a Milano (Auditorium Gaber, Palazzo Pirelli) il 6o Congresso nazionale sulla malattia di Lyme. L'evento accreditato ECM, coinvolgerà medici, veterinari, biologi, infermieri, medici ospedalieri e medici di famiglia, con l'obiettivo di sottolineare l'importanza di una corretta azione di informazione e prevenzione, ponendo l'attenzione sulle nuove sfide in campo diagnostico e terapeutico che il trend in aumento della diffusione della malattia di Lyme potrebbe

richiedere. Alla manifestazione, realizzata con il patrocinio di Regione Lombardia, Università San Raffaele e Università degli Studi di Milano, interverranno anche alcuni dei massimi esperti sulla malattia di Lyme tra cui Richard I. Horowitz (Usa), Eva Sapi (Usa), Wolfgang Kleemann (Germania) e altri specialisti provenienti da tutta Italia. L'ingresso è libero, ma occorre registrarsi (www.associazionelymeitalia.org/).

A.S.

Il meccanismo

Il morso può trasmettere all'uomo batteri che hanno infettato il parassita

Il periodo che va dalla primavera all'autunno è quello in cui è più facile avere incontri ravvicinati con le zecche, parassiti che vivono nei prati in grado di causare infezioni potenzialmente gravi. Tra queste la più nota è senz'altro la malattia di Lyme, più volte giunta agli onori della cronaca per aver dato filo da torcere a diversi personaggi famosi, dalla top model Bella Hadid ad attori come Richard Gere e Ben Stiller. Negli Stati Uniti conta più di 300 mila nuovi casi ogni anno e in Italia è in aumento. Se in passato le zone a rischio erano l'Emilia Romagna, il Trentino, il Veneto, il Friuli e la Liguria, ora la patologia è presente in tutto il Paese e la possibilità di contrarla esiste persino nelle aree verdi in zone urbane.

A segnalargli è l'Associazione Lyme Italia e co-infezioni che, in collaborazione con il Gruppo italiano per lo studio della malattia Lyme, ha organizzato per il prossimo 9 giugno il sesto Congresso nazionale interamente dedicato a questa infezione.

Ma perché l'incontro con una zecca può talvolta rappresentare l'inizio di un incubo? «Il morso della zecca non è di per sé pericoloso, i rischi dipendono dalla possibilità di contrarre infezioni trasmesse da questi animali in qualità di vettori. Le zecche possono infatti essere infettate con alcuni batteri e quindi trasmetterli all'uomo nel momento del morso» spiega Stefano Veraldi, direttore della Scuola di specializzazione in dermatologia e venereologia dell'Università di Milano.

In Italia, come in tutta Europa, sono presenti tre malattie umane trasmesse da zecche: la malattia di Lyme (causata da batteri appartenenti al genere *Borrelia*), la meningoencefalite da zecche e la febbre bottonosa del Mediterraneo. «La malattia di Lyme e la meningoencefalite da zecche sono trasmesse da *Ixodes ricinus*, la zecca dei boschi, che ama il clima

umido. La febbre bottonosa del Mediterraneo è trasmessa da *Rhipicephalus sanguineus*, la zecca del cane, che predilige i climi caldo-asciutti ed è piuttosto comune al centro-sud, soprattutto in Sicilia».

Se è vero che le zecche possono trasmettere infezioni, è anche vero che non basta un semplice morso per ammalarsi, come precisa Veraldi: «Non è detto che la zecca sia infettata da un batterio e nel caso lo fosse potrebbe anche non trasmetterlo all'uomo o trasmetterlo in quantità limitate, tali da non causare manifestazioni cliniche. Inoltre, in buona parte dei casi, l'infezione viene neutralizzata dal sistema immunitario dell'organismo e passa senza dare sintomi. Solo in una minoranza di casi si hanno sintomi evidenti».

Le zecche non saltano e non volano sulle loro vittime, ma si appostano all'estremità delle piante aspettando il passaggio di un animale o di un uomo. Quando il parassita individua un ospite vi si «attacca» conficcando il suo rostro (apparato boccale) nella cute e comincia a succhiare il sangue. Il morso di solito non è doloroso e non causa prurito, per cui può passare inosservato.

La strategia migliore per proteggersi dalle zecche è quindi mettere in atto alcuni accorgimenti, come non avvicinarsi troppo agli animali che si possono incontrare passeggiando in montagna, visitare le zone a rischio ben protetti (camicie con le maniche lunghe, pantaloni lunghi, calze) e applicare su quelle non protette prodotti repellenti degli insetti. «In Italia esiste un vaccino per la meningoencefalite virale, ma ha una copertura parziale, mentre per la malattia di Lyme non sono disponibili vaccini (in realtà esiste un vaccino negli Stati Uniti, ma non è utilizzabile nel nostro Paese, dal momento che protegge contro l'agente patogeno più diffuso negli Usa, diverso dalle specie presenti in Italia)» puntualizza Veraldi.

Se si viene morsi da una zecca, bisogna toglierla il prima possibile perché il rischio contaminazione è pressoché nullo se la si stacca dalla cute prima di 12 ore dal momento del morso e massima se non si stacca entro le 36

ore. La zecca va rimossa molto delicatamente, possibilmente con delle pinzette, cercando di imprimere un leggero movimento di rotazione e facendo attenzione a non schiacciarne il corpo. Poi è utile disinfettare la zona e tenerla sotto osservazione per un mese.

«Se nei 30-40 giorni successivi alla puntura dovesse comparire un alone rossastro che tende ad allargarsi (eritema migrante) oppure febbre, mal di testa, debolezza, è importante rivolgersi al proprio medico curante per iniziare una terapia mirata, mentre non è indicato alcun trattamento preventivo nel periodo di osservazione».







Il trattamento della malattia di Lyme si basa sulla somministrazione di antibiotici (in genere doxiciclina o amoxicillina). Purtroppo a volte può capitare, soprattutto se la diagnosi e il trattamento non sono stati tempestivi, che si verifichi la cosiddetta sindrome della malattia di Lyme post-trattamento (PtlDs), che provoca sintomi importanti in assenza di infezioni clinicamente rilevabili. Questo disturbo, definito anche malattia di Lyme cronica, può causare alterazioni a carico dell'apparato muscoloscheletrico, del sistema nervoso, alterazioni sensoriali, comportamentali e dell'apparato cardiovascolare, come ricorda anche uno studio della Johns Hopkins University, pubblicato di recente sulla rivista *Frontiers in Medicine*. Dalla ricerca è emerso che circa la metà dei pazienti con PtlDs riporta affaticamento, il 32 per cento disturbi del sonno, il 28 dolori diffusi intensi e il 23 disturbi cognitivi.

Antonella Sparvoli

© R. PRODUZIONE RISERVATA

I consigli

Che cosa si può fare per evitare di contrarre la malattia? Si raccomanda di visitare le zone a rischio ben protetti (camicie con le maniche lunghe, pantaloni lunghi, calze). Le aree scoperte possono essere trattate con spray insetticidi a base di derivati della vitamina B. Inoltre, è opportuno stare lontani da animali (mucche, cervi, lepri) che potrebbero essere infestati da zecche e al rientro accertarsi dell'assenza di zecche su corpo e vestiti

<p>CHE COS'È</p>  <p>La malattia di Lyme è un'infezione causata da un batterio del genere Borrelia, trasmessa attraverso il morsò delle zecche</p>	<p>COME SI TRASMETTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Le zecche si appostano all'estremità delle piante, aspettando il passaggio di un animale o di un uomo Quando il parassita individua un ospite vi si «attacca», conficcando il suo rostro nella cute e comincia a succhiame il sangue
<p>I SEGNI E I SINTOMI</p> <p>I segni e i sintomi legati alle infezioni trasmesse dalle zecche sono in genere poco specifici e comprendono</p> <ul style="list-style-type: none">  Febbre leggera, più raramente, elevata  Mal di testa  Dolori muscolari e articolari  Malessere generale  Eruzione cutanea a forma di bersaglio, intorno al morsò 	<p>CHE COSA FARE</p>  <ul style="list-style-type: none"> Togliere la zecca molto delicatamente, possibilmente con delle pinzette Se avete rimosso la zecca, ma il capo è rimasto attaccato, provate a rimuoverla con un ago sterile (<i>operando come per togliere uno scheggia</i>) Disinfettare la zona e tenerla sotto osservazione per un mese Alcol, acetone, trielina, ammoniaca, olio o altre sostanze sono meno efficaci per rimuovere quel che rimane del corpo della zecca Consultare il medico se nella settimana successiva alla puntura compaiono febbre, malessere o un'eruzione sulla pelle <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Galleria della Sera / Milano, Biglierini</p>

I sintomi

*Febbre leggera
mal di testa e
dolori muscolari
sono i più comuni*

I sintomi legati alle infezioni trasmesse dalle zecche sono in genere poco specifici e comprendono febbre leggera o, più raramente, elevata, mal di testa, dolori muscolari e articolari e malessere generale. «La malattia di Lyme, di solito, si presenta con un'eruzione della pelle che compare intorno alla morsicatura della zecca e si presenta come una piccola chiazza rossa che tende ad allargarsi formando veri e propri anelli. Si possono poi sviluppare anche disturbi articolari, cardiovascolari e neurologici. L'encefalite può essere in alcuni casi una delle manifestazioni neurologiche della malattia di Lyme, altre volte è invece il risultato di un'infezione virale a sé stante trasmessa direttamente dalla zecca» spiega Stefano Veraldi, direttore della Scuola di specializzazione in dermatologia e dell'Università di Milano. Per chi desidera avere maggiori informazioni sulla malattia di Lyme, l'Associazione Lyme Italia e co-infezioni ha messo a disposizione un numero di telefono (3381843725), attivo il sabato dalle 10 alle 13, un indirizzo email (infoassociazionelyme@gmail.com) e una pagina Facebook.

A.S.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, i nodi

Asl 1, tetti di spesa superati: si pagano le visite e gli esami

Il budget per gli ambulatori specialistici esaurito a maggio

Tutte le cure in convenzione riprenderanno il primo luglio

IL CASO

Ettore Mautone

Asl Napoli 1, tetti di spesa esauriti per le cure in convenzione. Fatta eccezione per la Radioterapia, che ha benzina fino a metà giugno, da metà dello scorso maggio il budget, e i correlati volumi di prestazioni sono esauriti per gli ambulatori specialistici. Tutte le attività in accreditamento (visite, esami di laboratorio e indagini diagnostiche) potranno riprendere, con costi a carico del Servizio sanitario regionale, solo dal 1° luglio laddove oggi sono a pagamento per cittadini e utenti. In alternativa funzionano i distretti delle Asl e gli ospedali pubblici.

IL DETTAGLIO

Vediamo nel dettaglio le date sensibili: la prima a fermarsi, dal 4 maggio, è stata la branca di Cardiologia. Controlli e visite sono da questa data a pagamento. Il 9 maggio è toccato alla Diabetologia, il 10 alla Medicina di Laboratorio. A seguire, il 18 maggio, ha tirato il freno la Radiologia, quindi dal 25 maggio il semaforo rosso è scattato le attività di Medicina nucleare. Dal 27 maggio l'esaurimento delle risorse ha riguardato tutte le altre specialità. I dati di attività sono stati calcolati dalla Asl Napoli 1 al netto delle quote ticket e delle quote ricetta. Il monitoraggio delle attività cosiddette lettera "R" (relative ai settori specialistici dei laboratori di analisi tra cui la genetica), rivela poi che tali analisi sono già

completamente esaurite per tutto il 2018 (23.500 prestazioni con la soglia limite raggiunta il 10 maggio). Uno stop che riguarda in misura diversa, e per tempi diversificati, anche le altre Asl provinciali.

IL RIPARTO

Come annunciato due settimane fa dalla Regione la programmazione in questo settore (analisi di laboratorio e radiodiagnostica su tutti), prevede in mantenimento del criterio del riparto mensile del budget e dei controlli ogni trimestre che provoca uno stop & go ogni trimestre al posto del lungo digiuno dopo l'estate fino a

gennaio dell'anno successivo. D'altro canto la Regione ha annunciato la riduzione di risorse nel piatto per circa 5 milioni per l'area dei laboratori di analisi e altrettanto per la Radiodiagnostica (Tac, Risonanze e altre indagini nel privato accreditato) a fronte di un potenziamento (in corso) nelle aziende pubbliche. Previste, invece, quote aggiuntive per le analisi "salvavita" di dialisi e radioterapia e per l'alta specialità delle Case di cura (35 milioni). In realtà pazienti fragili e malati di tumore possono avere bisogno sia di prestazioni di laboratorio (per controlli riguardo alle conseguenze di chemio e radio) sia di

indagini diagnostiche per misurare l'andamento della terapia spesso richieste agli accreditati per la facilità di accesso e la mancanza di attesa.

L'OBIETTIVO

La Regione vuole comunque «tendere ad avvicinarsi quanto più possibile a livelli di prestazioni coerenti con i bisogni di salute della popolazione e tendenti agli standard nazionali, senza ulteriori tagli, effettuando una redistribuzione ragionata, anzi aumentando il plafond totale per il 2018 di circa 5.500.000,00 e per il 2019 di oltre 2.200.000».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SOLTANTO
LA RADIOTERAPIA
HA FONDI
PER ANDARE
AVANTI FINO
A META' MFSE**



LO STOP La prima a fermarsi è stata la Cardiologia

Lo stop delle prestazioni

Secondo trimestre 2018



4 maggio

È stata la branca di Cardiologia



9 maggio

È toccato alla Diabetologia



10 maggio*

Alla Medicina di Laboratorio



18 maggio

La Radiologia



25 maggio

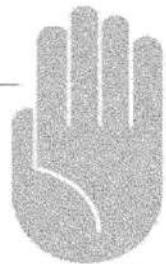
Il semaforo rosso è scattato
le attività di Medicina nucleare



27 maggio

L'esaurimento delle risorse
ha riguardato tutte le altre specialità

*10 maggio stop 2018 attività cosiddette lettera "R",
23.500 prestazioni (settori specialistici dei laboratori
di analisi tra cui la genetica)



La sanità, la sentenza Posti letto e laboratori la Consulta bocchia le scelte della Regione

►Le cliniche non possono rimediare ►Sono vietate ulteriori proroghe al fabbisogno della rete ospedaliera le strutture vanno subito accorpate

DISCO ROSSO

Ettore Mautone

Assistenza e governo della Salute, Ambiente e tutela delle acque, Piano di rientro e legislazione concorrente tra Stato e Regioni: la Corte costituzionale con la sentenza n. 117 del primo giugno bocchia il cuore della legge regionale campana n. 10 approvata lo scorso anno. Si tratta del collegato al Bilancio licenziato il 31 marzo 2017. A capitolare sotto la scure della Consulta quattro commi (10, 1, 8 e 30) della norma. I no sono pronunciati per l'utilizzo dei posti letto destinati al Policlinico di Caserta negli ospedali della Asl nelle more della realizzazione della cittadella universitaria. Pollice verso anche alla disciplina delle attività estrattive di combustibili fossili per la tutela delle acque in quanto materia di competenza statale. E poi freno tirato alla programmazione ospedaliera laddove i posti letto carenti sono attivabili nelle strutture private accreditate (provvisoriamente accreditate o solo in esercizio anche se rispettose del limite minimo di 60 posti letto fissato dalla legge). Infine il semaforo rosso ad altre proroghe per gli accorpamenti dei laboratori di analisi collocati sotto la soglia minima di attività di 200 mila prestazioni annue.

IL POLICLINICO DI CASERTA

Partiamo dal comma 10: stabilisce che in attesa del via al Policlinico di Caserta (dove troverà sede quello del centro storico dell'Università Vanvitelli) i Lea (Livelli di assistenza) possano contare sui 400 posti letto programmati da gestire in convenzione tra Asl e Ateneo. Un po' quello che avviene da decenni al Monaldi ovvero al Ruggi con la facoltà di Medicina di Salerno. Come mai la Consulta dice no? Perché ci sarebbe un incremento dei Lea in Provincia di Caserta in violazione dei rigidi binari fissati dal Piano di rientro.

LA TUTELA DELLE ACQUE

Il comma 30 riguarda la tutela

delle acque superficiali e sotterranee esistenti sul territorio regionale, destinate al consumo umano. La norma vieta attività di ricerca, estrazione e stoccaggio di idrocarburi liquidi e gassosi. In pratica tira il freno a progetti di utilizzo di combustibili fossili nell'ambito del Distretto idrografico dell'Appennino meridionale.

POSTI LETTO

C'è poi il comma 4 secondo cui il fabbisogno di posti letto della rete ospedaliera, in caso di sussistenza di ulteriore fabbisogno non destinato alle strutture pubbliche, andrebbe soddisfatto prioritariamente tramite strutture private provvisoriamente accreditate, poi da quelle autorizzate già in esercizio e infine da quelle di nuova realizzazione. Una griglia che rimanda alla legge di riforma che nel 1992 ha aziendalizzato la Sanità. Ma qui inapplicabile perché viola le prerogative

**NEL MIRINO
DELLA CORTE
COSTITUZIONALE
IL COLLEGATO
AL BILANCIO
APPROVATO NEL 2017**



LABORATORI La Corte Costituzionale chiede di procedere rapidamente con gli accorpamenti

di programmazione del commissario e perché potrebbe non avere copertura economica. In pratica le stesse obiezioni opposte ai punti precedenti.

GLI ACCORPAMENTI

Infine c'è la bocciatura, da parte della Consulta, del comma 8 della legge regionale che rimanda alla proroga, concessa dall'organo legislativo campano (e di recente ratificata anche dal commissario ad acta) al programma di riordino e accorpamento della rete dei piccoli laboratori di analisi, quelli collocati sotto soglia minima di efficienza di 200 mila prestazioni annue. Un nervo scoperto della programmazione che vede marciare divise anche le associazioni di categoria. La legge impugnata prevede che, su istanza dei laboratori e nell'ambito del riassetto della rete, la Asl, acquisito il parere del Commissario ad acta, può prorogare i termini per gli adempimenti intermedi fino al 30 giugno 2018. Un codicillo capitolato sotto l'accusa di "genericità", "di-

screzionalità della Asl" e "incoerenza" con i piani di programmazione regionale, con la Finanziaria del 2007 e l'accordo Stato-Regioni del 2011. Norme che ribadiscono la previsione di una soglia minima di attività nei criteri di accreditamento, al di sotto della quale non si può riconoscere "la prevista idoneità di produttore accreditato e a contratto". Una dilazione che sarebbe in contrasto anche col crono-programma del Piano di rientro che ha previsto le aggregazioni, per almeno la metà dei laboratori, entro il 30 giugno 2017 e per il totale dei laboratori entro il 31 dicembre 2017.

La scure della Corte Costituzionale

- Assistenza e governo della Salute**
- Ambiente e tutela delle acque**
- Piano di rientro e legislazione concorrente tra Stato e Regioni**
- Cancellati quattro commi (10, 1, 8 e 30) della norma**
- Il policlinico di Caserta**
- Posti letto e privati accreditati**
- Gli accorpamenti dei laboratori**
- La tutela delle acque: cancellato stop alle attività di ricerca, estrazione e stoccaggio di idrocarburi (liquidi e gassosi)**
- Sentenza n. 117 del primo giugno boccia parte della legge regionale campana n. 10 del 2016: il collegato al Bilancio licenziato il 31 marzo 2017**

Il privato sociale che funziona

APRE IL VILLAGGIO ALZHEIMER DI ROMA

di Paolo Bricco

Il Villaggio Alzheimer di Roma è, insieme, tante cose. È una iniziativa di privato sociale che sceglie di replicare in Italia il modello olandese. È una struttura in grado di garantire un accudimento che anticipa e stempera, condiziona beneficamente e (quasi, in parte) sostituisce le cure mediche. Ed è, anche, una vicenda civile che, nonostante le patologiche difficoltà collegate alla realtà italiana, è arrivata, alla fine, al lieto fine.

Il Villaggio Alzheimer che a Roma sorge alla Bufalotta ospiterà dal 5 giugno i suoi primi ospiti. «Residenti, non pazienti», chiarisce il presidente della Fondazione Roma Emanuele Emanuele, ispiratore del progetto.

Venire qui, alla Bufalotta, a quaranta minuti dal centro di Roma - le dignitose case popolari che si alternano ai palazzoni senza armonie del sacco della capitale degli anni Cinquanta, l'uscita per Settebagni e il Grande Raccordo Anulare - e trovarsi in questo Villaggio è come entrare in una dimensione insieme nordica e mediterranea, razionale e intima.

«Nel 2012 - dice Emanuele - visita il villaggio De Hogeweyk a Weesp, nei sobborghi di Amsterdam. L'ambiente era particolarmente favorevole e amico per l'ospite, il quale era messo nella condizioni di sperimentare una buona vita. Una buona vita costruita su due sentieri. Il primo sentiero era composto da oggetti, quadri e fotografie che l'ospite portava con sé dalla sua precedente vita, quella della piena salute, in questa nuova vita, in cui la malattia avanzava. In questa nuova vita, appunto, tali cose rappresentavano una sorta di argine alla degenerazione mentale e nervosa. Il secondo sentiero era rappresentato dalle attività condotte ogni giorno: la musica e l'arte, le letture e le esperienze teatrali. Il risultato era il rallentamento dell'espansione irrefrenabile della malattia».

Nel 2012, è iniziata la ricerca del terreno. L'operazione è stata realizzata in sei anni. Una durata su cui ha inciso, naturalmente, il fattore Italia. «Sulla carta, sarebbero bastati due anni», osserva Emanuele. In realtà, ne è servito il triplo, per assorbire appunto la complessa e irrazionale - talvolta fantasiosa e vessatoria - iper regolamentazione italiana. In tutto, sono state necessarie 45 autorizzazioni burocratico-amministrative. Per esempio, a un certo punto il Consorzio Bonifica Tevere ed Agro Romano ha chiesto agli autori di questo progetto una certificazione che attestasse che il Tevere non sarebbe esondato nei successivi duecento anni investendo con le sue acque l'intero Villaggio Alzheimer. Peccato che il Tevere, qui, non sia visibile nemmeno ad occhio nudo. Tanto che è dovuta intervenire l'Avvocatura del Comune di Roma

per sancire che la richiesta del Consorzio Bonifica Tevere ed Agro Romano andava rivolta soltanto agli insediamenti nelle immediate vicinanze del fiume. «Finché si hanno problemi con un museo o con una mostra, pazienza. Ma quando si gioca con la sorte dei meno fortunati...», nota Emanuele.

In questa struttura sono stati investiti 19 milioni di euro. Un tassello che rientra nel più ampio mosaico della Fondazione Roma che ha un patrimonio da 1,4 miliardi di euro e che, in questi anni, ha realizzato interventi - fra arte e cultura, sanità e ricerca scientifica - per circa 900 milioni di euro. Un patrimonio costruito e interventi generati a partire dalla scelta di uscire dalle banche e di rimanere lontana dalla politica compiuta dalla Fondazione Roma ai tempi della legge Amato-Ciampi.

Superate le "normali" Malebolge italiane, siamo arrivati qui, a ridosso dell'apertura di una struttura ispirata fedelmente al modello De Hogeweyk di Eloy van Hal - certificata dallo stesso come prima e unica in Italia - e costruita ricalcando esattamente i principi architettonici e organizzativi dello studio dell'architetto Frank van Dillen, il Dva (Dementia Village Architects). Fra pochi giorni, inizieranno ad arrivare gli 84 ospiti residenti (in case arredate secondo i tre stili diversi tradizionale, cosmopolita e urbano), a cui si aggiungeranno 40 ospiti diurni su due turni. Ospiti che, personalmente, non pagheranno alcuna retta: è tutto a carico del Villaggio Alzheimer e della Fondazione Roma che lo ha creato e che lo sostiene. Intanto, si sta ultimando la selezione dei 98 operatori socio-assistenziali che vigileranno su chi vive il dramma dell'Alzheimer: più di uno per ogni ospite fisso. Tutti i residenti faranno la spesa nel negozio interno al Villaggio e cucineranno i cibi acquistati, si dedicheranno al giardinaggio e dipingeranno, suoneranno lo strumento preferito e reciteranno: insomma, proveranno a ridurre e a contrastare il rinsecchirsi e l'affievolirsi della Vita, nelle loro vite.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il test del sangue che scopre il cancro

Lo studio finanziato da Gates e Bezos. Esperimenti positivi su una decina di tumori

di **Adriana Bazzi**

Gli esperti la chiamano «biopsia liquida». L'idea è quella di trovare un test «universale» — con un prelievo di sangue — capace di intercettare i tumori anni prima che diano sintomi. Ci stanno lavorando in tanti, compresi i ricercatori finanziati dal fondatore di Microsoft Bill Gates e dal ceo di Amazon Jeff Bezos. Incoraggianti i primi risultati: risposte certe nel 95% dei casi.

a pagina 22

Il test del sangue scova il cancro «Funziona in 9 pazienti su 10»

Lo studio di Grail, la società di Gates e Bezos. L'oncologo: va migliorata l'affidabilità

dalla nostra inviata
Adriana Bazzi

CHICAGO L'idea è quella di trovare un test «universale» capace di intercettare i tumori anni prima che diano sintomi. Ci stanno lavorando in tanti, compresi i ricercatori finanziati dal fondatore di Microsoft Bill Gates e dal ceo di Amazon Jeff Bezos con il loro progetto Grail. Questi ultimi stanno ottenendo risultati incoraggianti: hanno appena sperimentato, con successo, un esame capace di intercettare almeno dieci tipi di tumore diversi con un'accuratezza che arriva fino al 95%. È quella che gli esperti chiamano biopsia liquida: si può eseguire semplicemente su una goccia di sangue, invece che ricorrere al prelievo di tessuti dai vari organi o ad altri esami, ed è in grado di identificare piccoli frammenti del Dna di cellule tumorali, liberati nel circolo sanguigno (in particolare, nel progetto sostenuto dai due tycoon americani, l'esame va a dosare quello che i tecnici chiamano cfDna o Dna libero circolante).

Il test, Grail appunto (una

curare i tumori al loro esordio e migliorare la sopravvivenza dei pazienti) è stato oggetto di uno studio presentato al meeting annuale dell'Asco, l'American Society of Clinical Oncology in corso a Chicago e condotto su 878 pazienti con il cancro e 749 persone scelte come controlli sani, mostrando una notevole capacità di identificare precocemente la presenza di tumori, appunto fino al 95% dei casi, anche se con un'accuratezza variabile a seconda del tipo. Per esempio, è risultato più efficace nell'intercettare tumori come quelli del pancreas, ovaio, fegato e cistifellea; meno, invece, per il cancro della prostata, della tiroide, del rene, dell'utero e il melanoma.

La ricerca è stata coordinata da un team americano, guidato da Eric Klein del Cleveland Clinic's Taussing Cancer Institute, Ohio che partecipa al progetto Grail. Klein ha commentato: «Il test potrà permettere di diagnosticare neoplasie con largo anticipo e quindi di poterle curare al meglio. Troppi tumori, infatti, vengono diagnosticati quando già si sono diffusi nell'organismo». Occorrono,

me non potrà essere disponibile per i pazienti prima di 5 anni. Ma sono ottimisti.

«Il test è interessante — commenta Giordano Beretta, presidente eletto dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e oncologo a Bergamo — anche se, al momento, poco affidabile. Il rischio è che, se viene usato come screening (su persone sane, alla ricerca di eventuali tumori ndr), può comportare falsi positivi, cioè diagnosi di tumore in persone che, invece, non ce l'hanno e aumentare così il ricorso a inutili esami; oppure falsi negativi, cioè situazioni in cui non vede la malattia laddove c'è e quindi dare false rassicurazioni».

È più vicino, invece, l'impiego della biopsia liquida nelle persone a cui è stato già diagnosticato un tumore perché permette di studiarne le caratteristiche genetiche, di

pianificare meglio le terapie, di verificare se una cura funziona e di valutare la prognosi. La ricerca va avanti nell'ottica della medicina di precisione, cui è dedicato il meeting dell'Asco, il più grande congresso di oncologia al mondo che vede la partecipazione di oltre 30 mila specialisti da tutto il pianeta.

«Fare ricerca — conclude Beretta — è indispensabile per trattare al meglio i pazienti e garantire sopravvivenze sempre più lunghe, anche se costa. Richiede grandi investimenti, al momento, ma alla lunga può far risparmiare i sistemi sanitari nazionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Bill Gates, fondatore di Microsoft, 62 anni, è cofinanziatore della startup Grail

Chi è

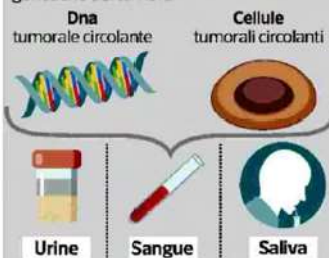


● Jeff Bezos, 54 anni, ceo di Amazon e cofinanziatore di Grail. La startup ha raccolto 1,5 miliardi di dollari

Che cos'è

BIOPSIA LIQUIDA

Esame che, con la raccolta di sangue, urine o saliva, **consente l'analisi di cellule del tumore** che si staccano dalla massa principale o frammenti di materiale genetico per avere informazioni sulle caratteristiche genetiche del tumore



Fonte: Liquid Biopsy in Cancer Patients, Springer, New York (di A. Russo)

A CHE COSA SERVE

Pianificare trattamenti adeguati per ciascun paziente



Verificare se la cura sta funzionando



Fornire dati sulla prognosi individuando i pazienti ad alto rischio e i pazienti con una malattia meno aggressiva



I VANTAGGI DELL'ESAME DEL DNA TUMORALE CIRCOLANTE

Verifica la presenza di specifiche alterazioni, non sostituisce l'esame su cellule o tessuti tramite la biopsia tradizionale, che rimane essenziale per la diagnosi del tumore

Biopsia dei tessuti	A confronto	Biopsia liquida
Consente di fare diagnosi istologica e stadiazione del tumore		È complementare, ma non ancora sostitutiva per la diagnosi
È una procedura molto invasiva e non sempre praticabile		È una procedura minimamente invasiva e facilmente ripetibile
Il risultato dell'esame è circoscritto alla massa tumorale prelevata		Il risultato dell'esame riguarda tutte le cellule tumorali presenti in circolo
Offre informazioni «istantanee» della malattia, limitate nel tempo e nello spazio		Offre un monitoraggio dinamico dell'evoluzione della malattia nel tempo

Corriere della Sera

DECRETO IN GAZZETTA

Abilitazione più veloce per i medici

DI MICHELE DAMIANI

L'abilitazione alla professione medico-chirurga diventa più rapida. Aumentano le sessioni di esame e il tirocinio obbligatorio potrà essere svolto anche durante la laurea. Inoltre, il test consisterà in una prova unica e non più divisa in due parti, e saranno previste una serie di domande multiple. Queste le principali novità contenute nel decreto del ministero dell'istruzione 9 maggio 2018, n. 58 «Regolamento recante gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo», pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 126 di ieri (si veda *ItaliaOggi* del 6 aprile 2018). Il provvedimento sostituisce il decreto 445/2001 contenente il regolamento per l'esame post laurea e rende più rapido l'iter di abilitazione per poter esercitare la professione medico-chirurgica, le prove di esame passano da due a tre e il tirocinio potrà essere svolto durante il percorso accademico e non esclusivamente dopo il conseguimento della laurea. La prova di esame sarà unica e non più divisa in due parti e sarà composta da una serie di domande multiple senza che le stesse siano estratte dall'archivio pubblico come previsto dalla vigente normativa. Un'ulteriore modifica riguarda l'attribuzione dei punteggi: il nuovo regolamento prevede l'equiparazione di punti per una risposta non data e per una errata, mentre il precedente regolamento prevedeva un -0,25 al verificarsi di un errore.

Scoperto il Santo Graal della ricerca: dall'esame del sangue diagnosi precoce Il test che individua 10 tipi di tumore prima di ammalarsi

■ ■ ■ GIUSEPPE SPATOLA

■ ■ ■ Una scoperta destinata a rivoluzionare la medicina e la prevenzione in campo oncologico. Le semplici analisi del sangue, infatti, permetteranno di individuare geni tumorali prima che la malattia si possa diffondere e mettere a rischio i pazienti. Tutto succede negli Usa dove i ricercatori avrebbero scoperto il "Santo Graal della ricerca". Così basterà un semplice test del sangue per individuare 10 tipi di cancro prima di ammalarsi. «Il test funziona rilevando piccoli frammenti del Dna rilasciati nel sangue dalle cellule cancerose», hanno spiegato i ricercatori americani. «Potrebbe arrivare in Italia entro cinque anni».

La scoperta è opera di un gruppo di ricercatori del Taussig Cancer Center della Stanford University: un esame del sangue che identifica i frammenti di Dna rilasciati da alcuni tipi di cancro e che quindi permetterebbe di individuare la malattia ancor prima del suo manifestarsi. Una novità importante che, non a caso, gli scienziati statunitensi hanno definito «il Santo Graal della ricerca sul tumore».

La rivoluzionaria scoperta e i risultati dello studio sono stati presentati alla conferenza annuale dell'American Society of Clinical Oncologists a Chicago. L'esame è risultato attendibile nel 90% dei casi analizzati, tanto che il National Health Service (Nhs), il servizio sanitario inglese, lo adotterà per ottenere diagnosi precise e tempestive. Nello studio americano che ha dato eccellenti risultati sono state coinvolte 1.600 persone, 749 sane e 878 a cui da poco era stato diagnosti-

cato un tumore. Le rilevazioni più accurate sono state quelle del carcinoma delle ovaie e del pancreas, a seguire del fegato e della cistifellea, e ancora di linfoma e mieloma, cancro intestinale e infine cancro a polmone, testa e collo, prostata, stomaco e utero.

«La maggior parte dei tumori viene rilevata in una fase avanzata, ma questa "biopsia liquida" ci dà l'opportunità di trovarli mesi o anni prima che qualcuno sviluppi sintomi e venga diagnosticata - ha dichiarato il dottor Eric Klein del centro di Cleveland. - Speriamo che quest'esame possa salvare tante vite».

Diagnosticare la malattia con questo test, che dovrebbe costare intorno alle 500-1000 sterline e dare un risultato entro 15 giorni, non solo permetterebbe di evitare esami biopsici più invasivi, ma anche di essere più tempestivi e dunque garantire al paziente una più alta possibilità di guarigione.

Ogni giorno in Italia si scoprono circa mille nuovi casi di cancro. Si stima che nel nostro Paese vi siano nel corso dell'anno più di 365 mila nuove diagnosi di tumore (esclusi i tumori della pelle, per i quali è prevista una classificazione a parte a causa della difficoltà di distinguere appieno le forme più o meno aggressive), circa 189.600 (52%) fra gli uomini e circa 176.200 (48%) fra le donne. Lo affermano i dati dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum) relativi al 2016. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo ancora dopo le cure tradizionali. Ora il test sarà una nuova arma di prevenzione.

© RIFORMAZIONE RISERVATA

■ ■ ■ LA SCHEDA

LO STUDIO

Lo studio americano del Taussig Cancer Center della Stanford University ha coinvolto 1.600 persone, 749 sane e 878 a cui da poco era stato diagnosticato un tumore. E ha dato esito positivo nel 90% dei casi

I NUMERI

Si stima che nel nostro Paese vi siano nel corso dell'anno più di 365 mila nuove diagnosi di tumore (esclusi i tumori della pelle, per i quali è prevista una classificazione a parte), circa 189.600 (52%) fra gli uomini e circa 176.200 (48%) fra le donne. Negli ultimi anni sono migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo ancora dopo le cure tradizionali. Ora il test sarà una nuova arma di prevenzione.

IL DIBATTITO E LE IDEE

Ma bastano due aliquote al 4 e 18,5%: si eviterebbero 5 miliardi di evasione

Vincenzo Visco > pagina 8

Il dibattito e le idee /2. Si eviterebbero così circa 5 miliardi di evasione

Bastano due aliquote al 4 e al 18,5%

di Vincenzo Visco

Nelle Considerazioni finali del 29 maggio scorso è contenuto il suggerimento di non avere «pregiudizi nei confronti dell'aumento delle imposte meno distorsive». Questa affermazione è stata interpretata, correttamente, come un'indicazione a favore di un intervento sull'Iva anche attivando le clausole di salvaguardia. Molti economisti concordano ignorando completamente il fatto che gli effetti di un aumento dell'Iva sarebbero regressivi, e che l'Iva è l'imposta più evasa dell'intero ordinamento tributario italiano, e che quindi un suo incremento aumenterebbe nel complesso le distorsioni esistenti anziché ridurle.

Altri economisti hanno sostenuto che un aumento dell'Iva sarebbe comunque preferibile rispetto all'alternativa di ulteriori tagli alla spesa pubblica sia da un punto di vista distributivo che in relazione ai suoi effetti macroeconomici che sarebbero in concreto quasi trascurabili.

Con l'attuazione della clausola di salvaguardia relativa all'Iva le aliquote sarebbero tre: 4%, 11,5% e 24,2%. Il gettito atteso sarebbe di 12,5 miliardi. Tuttavia l'incremento delle aliquote, soprattutto di quella ordinaria al 24,2% comporterebbe un aumento dell'evasione dell'imposta che può essere valutato in circa 5 miliardi, il che significa che il carico dell'imposta dovrebbe crescere non solo per garantire il gettito desiderato, ma anche per compensare questa perdita di gettito.

In realtà il gettito desiderato potrebbe essere ottenuto in modo molto meno invasivo e distorsivo ristrutturando le aliquote dell'imposta in modo da ridurre in misura consistente

l'evasione attuale.

Le modalità di evasione dell'imposta sono molteplici: mancata fatturazione, mancata dichiarazione di costi c/o ricavi fatturati, ricorso a fatture false..., ma un altro meccanismo ampiamente usato consiste nell'uso strumentale del ventaglio delle aliquote esistenti, dichiarando preferibilmente le vendite soggette alle aliquote ridotte, e gli acquisti ad aliquota ordinaria.

L'esistenza di tale arbitraggio è evidente se si confronta l'evasione della base imponibile con quella dell'imposta. Se si confronta l'imponibile complessivo assoggettabile all'Iva in base ai dati della contabilità nazionale con quello effettivamente dichiarato, si nota che quest'ultimo è inferiore al primo di circa il 25% (oltre 200 miliardi). Ma se si compie la stessa operazione in relazione al gettito dell'imposta, si verifica che l'evasione dell'imposta è molto più elevata: poco meno del 30%, si tratta di un ammontare complessivo di 7-8 miliardi che scomparirebbero se l'aliquota Iva fosse una sola.

Infatti in presenza di una sola aliquota, la possibilità di arbitraggio verrebbe meno, e quindi scomparirebbe questa particolare forma di evasione che diventerebbe impossibile, e lo stesso gettito attuale potrebbe essere garantito da un'aliquota inferiore al 16%.

In tale contesto con un'aliquota unica intorno al 16,5% sarebbe possibile ottenere il gettito necessario per l'eliminazione della clausola di salvaguardia essenzialmente a carico dell'evasione e in misura limitata a carico dei consumatori. Questo si sarebbe un intervento "non distorsivo".

Tuttavia tale soluzione sarebbe politicamente di difficile attuazione, so-

prattutto in relazione all'aumento dell'aliquota del 4% che si applica oggi al 95% dei beni alimentari, all'acquisto di abitazioni, alle prestazioni sanitarie e all'editoria. In conseguenza sarebbe utile adottare una soluzione intermedia mantenendo l'aliquota del 4% che continuerebbe ad applicarsi come adesso, e unificando le restanti aliquote ad un livello prossimo al 18,5% che assicurerebbe il gettito necessario finanziato, anche in quest' caso, per una quota rilevante da una riduzione dell'evasione da arbitraggio.

Le cifre indicate possono essere del tutto esatte, ma i dati a disposizione dell'amministrazione consentirebbero di verificarle e soprattutto di quantificarle con ragionevole precisione.

Gli effetti dell'operazione non sarebbero nel complesso regressivi, grazie alla consistente riduzione dell'incidenza sui beni ad aliquota ordinaria e al mantenimento dell'aliquota del 4%; l'impatto macroeconomico sarebbe trascurabile, e non vi dovrebbe essere un particolare impatto sui prezzi. Naturalmente coloro che ritengono utile utilizzare l'aumento delle aliquote a fini di riduzione del consumo dei beni importati resterebbero delusi. Ma il punto importante è che le clausole di salvaguardia potrebbero essere assorbite in modo non traumatico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA