



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 18 SETTEMBRE 2015

## Campania. De Luca: “Con Lorenzin mettiamo in piedi una macchina da guerra per i controlli”. Nuovi Dg Asl dopo nomina Commissario

***Sotto osservazione l'appropriatezza dei procedimenti sanitari, con controlli che vanno fatti ogni mese. Ed evitare così quegli sforamenti di spesa che mettono in ginocchio la Regione. Per le nomine dei vertici Asl in scadenza o scaduti si attenderà invece l'arrivo del Commissario straordinario per il Piano di rientro.***

"La mia idea è quella di mettere in piedi, in collaborazione con il ministro Lorenzin, una macchina da guerra che controlli in maniera rigorosa l'appropriatezza dei procedimenti sanitari, controlli che vanno fatti ogni mese, per chiudere quella che è una vergogna assoluta: negare per tre-quattro mesi l'assistenza sanitaria ai cittadini della Campania". Così il Governatore, **Vincenzo De Luca**, a proposito dello sforamento dei tetti della spesa sanitaria in Campania.

De Luca, intervenuto in provincia di Avellino alla consegna dei lavori della strada Lioni-Grottaminarda, ha annunciato che procederà al rinnovo dei manager delle Asl in scadenza o scaduti, dopo che "il Ministro della Sanità avrà nominato il commissario di governo. Superato questo ritardo - ha aggiunto De Luca - procederemo con le nomine".

Il presidente campano ha ricordato poi che la sua decisione di riaprire i termini per l'iscrizione all'albo dei direttori generali, ha l'obiettivo "di consentire la partecipazione alle migliori professionalità d'Italia e d'Europa".

Sulla gestione della Asl Napoli 1 De Luca ha annunciato l'intenzione di "cercare il manager più bravo che abbiamo in Italia nel campo della organizzazione sanitaria e di economia sanitaria".

# quotidianosanita.it

Sabato 19 SETTEMBRE 2015

## Governo approva nota aggiornamento Def 2015. Spesa sanitaria 2016 stimata a 113,3 miliardi: + 1,9% sul 2015. Di nuovi tagli per ora non si parla

***Riviste al rialzo, per la prima volta dal 2010, le stime di crescita del prodotto interno lordo: in aumento dello 0,9% nel 2015 e dell'1,6% nel 2016 (rispettivamente contro lo 0,7% e 1,4% stimato ad aprile). Fissati nuovi obiettivi di finanza pubblica in linea con la strategia di riduzione delle tasse annunciata dal Governo. Per la sanità pubblicate le stime della spesa dal 2015 al 2019. Ipotizzato un aumento annuo vicino al 2% per ciascuno degli anni in esame. L'incidenza sul Pil passa però dal 6,8 del 2015 al 6,5 del 2019. [NOTA AGGIORNAMENTO. RELAZIONE AL PARLAMENTO.](#)***

Il Consiglio dei ministri ha approvato la Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (Def 2015). "La Nota - spiega Palazzo Chigi - modifica il quadro di finanza pubblica rispetto a quello del documento programmatico presentato ad aprile scorso, e costituisce un passaggio propedeutico alla definizione della legge di Stabilità e quindi del *Draft Budgetary Plan* da presentare alle istituzioni europee entro il prossimo 15 ottobre".

"I nuovi obiettivi di finanza pubblica - sottolinea il comunicato al termine della seduta del Cdm - sono coerenti con la volontà del governo di rafforzare e accelerare la crescita economica, favorire la creazione di posti di lavoro, promuovere gli investimenti, ridurre il carico fiscale sulle famiglie e sulle imprese, secondo un piano pluriennale avviato nel 2014 (con gli 80 euro in busta paga ai lavoratori dipendenti a reddito medio basso), continuato nel 2015 (con la cancellazione della componente lavoro dell'Irap) e che proseguirà fino al 2018".

"Data la necessità di assicurare contestualmente il controllo della finanza pubblica e quindi la diminuzione dell'indebitamento delle pubbliche amministrazioni (pari al 3,0% del PIL nel 2014, stimato in calo al 2,6% nel 2015 e al 2,2% nel 2016) - spiega ancora la nota del Governo - le misure di stimolo all'economia saranno in parte finanziate da risparmi di spesa attraverso una operazione selettiva che dovrà essere finalizzata ad una più efficace allocazione delle risorse nel settore pubblico".

"Per la prima volta dal 2010 - prosegue il comunicato - vengono riviste al rialzo le stime di crescita del prodotto interno lordo: in aumento dello 0,9% nel 2015 e dell'1,6% nel 2016 (rispettivamente contro lo 0,7% e 1,4% stimato ad aprile)".

"Per il 2016 - aggiunge ancora il Governo - è confermato l'inizio della traiettoria di riduzione del rapporto debito pubblico/PIL, per la prima volta dopo 8 anni di crescita. Rispetto al quadro tendenziale (che si definisce a legislazione vigente) il rapporto deficit/PIL programmatico mostra una traiettoria in discesa più graduale perché il governo intende rafforzare la crescita al fine di accelerare l'aumento dell'occupazione e per evitare che l'indebolimento dell'economia internazionale abbia conseguenze sul nostro Paese".

"La maggiore gradualità del consolidamento di bilancio - conclude la nota - è consentita dai trattati europei, come specificato dalla Commissione europea con la propria comunicazione sulla flessibilità del 13 gennaio scorso. Il Governo utilizzerà al meglio sia la clausola per le riforme sia la clausola per gli investimenti".

**Gli obiettivi della legge di stabilità.** "In particolare - si legge nella relazione al Parlamento che accompagna l'aggiornamento del Def - nel 2016 l'azione di Governo si concentrerà su:

- i. Misure di alleviamento della povertà e stimolo all'occupazione, agli investimenti privati, all'innovazione, all'efficienza energetica e alla rivitalizzazione dell'economia anche meridionale;
- ii. Sostegno alle famiglie e alle imprese anche attraverso l'eliminazione dell'imposizione fiscale sulla prima casa, i terreni agricoli e i macchinari cosiddetti "imbullonati";
- iii. L'azzeramento per l'anno 2016 delle clausole di salvaguardia previste da precedenti disposizioni legislative".

**Per quanto riguarda la sanità,** la nota di aggiornamento, prende atto delle nuove misure approvate con il decreto di agosto, e viene pubblicata una nuova tabella sull'evoluzione della spesa a legislazione vigente che prevede gli andamenti in valori assoluti e in percentuale sul Pil. Mentre nessun accenno viene fatto a nuove misure di contenimento tant'è che la spesa stimata per il 2016 (113,372 miliardi) coincide in sostanza con gli stanziamenti previsti dal Def di aprile che, per

quello stesso anni, sono indicati in 113,1 miliardi, come risultanza proprio della recente manovra di agosto che ha ridotto i fondi previsti del Patto per la Salute di 2,35 miliardi.

### **Spesa sanitaria a legislazione corrente**

Anno	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Miliardi €	111,028	111,289	113,372	115,509	117,709	120,094
Variazioni		0,2	1,9	1,9	1,9	2,0
% sul Pil	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,5

*Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati Nota aggiornamento Def 2015*

Il fatto che nell'aggiornamento del Def non siano espressamente indicate nuove misure sulla sanità, non vuol dire ovviamente che esse non possano essere prese in considerazione nella nuova legge di stabilità che dovrà per l'appunto coniugare gli obiettivi di bilancio con le annunciate scelte del governo in tema fiscale.

**Rinnovo dei contratti pubblici.** Gli interventi programmatici del Governo comprendono altre misure con effetti espansivi: in aggiunta alle spese da rifinanziare previste nello scenario a politiche invariate, si profila il prosieguo di politiche di stimolo già esistenti, il recepimento della sentenza della Corte Costituzionale sul rinnovo dei contratti pubblici, l'introduzione di misure di stimolo per gli investimenti. Per lo sblocco della parte economica dei contratti nel Def non si fanno cifre, ma per le misure con effetti espansivi si profila, rispetto allo scenario tendenziale, un tasso di crescita di 0,1 punti a partire dal 2016.

# L'Italia invecchia, salgono i costi e c'è l'incubo delle liste d'attesa

**RENZI HA DETTO CHE NEL 2016 CI SARANNO GLI STESSI FONDI DEL 2015 MA I TAGLI NON SONO ESCLUSI. L'ANALISI DEL CENSIS: CRESCE PIÙ RICORSO AL PRIVATO A CAUSA DELLE FILE. MA A PAGARE È SEMPRE IL CITTADINO: IN EUROPA LO FANNO LE ASSICURAZIONI**

**Vito de Ceglia**

*Milano*

**D**ieci miliardi di euro di tagli alla spesa. A quanto pare è questa la cifra che il governo punta a recuperare per il 2016 dalla prossima manovra di finanza pubblica. Tagli che in parte arriveranno anche dalla «voce sanità». Questo il premier Matteo Renzi non lo ha detto chiaramente, ma lo ha lasciato intendere anticipando che «nel 2016 ci saranno gli stessi fondi del 2015».

In realtà, per il prossimo anno, era atteso un aumento delle risorse del Fondo sanitario di 3,3 miliardi di euro. Questo aumento sarà dunque congelato, dando un contributo rilevante alla spending review alla quale sta favorendo il commissario alla spesa Yoram Gutgeld. Sul tema della sanità è intervenuto a stretto giro anche il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, puntualizzando che per la salute «sappiamo che si può spendere meno e spendere meglio». Non a caso, il suo obiettivo dichiarato è di conservare in cassa non meno di altri 2 miliardi di euro per il 2016.

Quindi, sono già partite le grandi manovre per mettere a punto la nuova legge di Stabilità che sarà il vero banco di prova per capire in quale direzione il governo intende muoversi su una materia così delicata come la sanità. Un settore, questo, chiaramente in difficoltà. Soprattutto a causa dei tagli che il comparto ha dovuto subire nel corso di questi ultimi anni: nel periodo 2010-2013 la spesa sanitaria pubblica ha infatti registrato una variazione su base annua del -1%. Erano 112,5 miliardi nel 2010, sono stati 109,25 nel 2013. Per contro, quella privata si è contratta di 0,2 punti percentuali (Fon-

te Ambrosetti su dati Corte dei Conti).

Guardando i dati dell'ultimo rapporto Censis-Rbm Salute, risulta pertanto scontato che oltre il 60% gli italiani viva con grande apprensione l'evoluzione negativa della spesa sanitaria nazionale. Per due semplici motivi: nel nostro Paese, la popolazione è sempre più vecchia (al 31 dicembre 2014 l'età media è pari a 44,4 anni, risultando in costante aumento di due decimi all'anno nel periodo 2011-2014). Di riflesso, le spese dirette dei cittadini per farmaci e prestazioni sanitarie continuano ad aumentare: solo nel 2014 si è raggiunta quota 33 miliardi di euro, uno in più rispetto al 2013.

Inoltre, la ricerca Censis-Rbm Salute ribadisce che la richiesta più urgente delle famiglie è quella di un intervento rapido sulle liste di attesa. Il 54% degli italiani indica, infatti, come priorità del welfare la riduzione delle liste di attesa (il 62,6% dei 29-44enni, il 59,1% dei residenti al Sud).

Di fronte ad uno scenario di questo tipo, alla «voce sanità» si amplia così il ricorso al privato in quanto il pubblico è sempre più «intasato». Numeri alla mano: sono 22 milioni gli italiani che nel 2014 hanno fatto almeno un accertamento specialistico (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, Tac, elettrocardiogramma, pap-test), e di questi circa 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (di cui 1,7 milioni sono persone a basso reddito). Sono invece 4,5 milioni (di cui 2,8 milioni a basso reddito), rileva ancora il Censis, coloro che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione.

Tuttavia, lo studio osserva che, sebbene oggi ci sia ancora una selezione per accedere al mercato privato determinata dalle possibilità economiche, anche le classi sociali meno abbienti si avvicinano e quindi sono propense a pagare alcune prestazioni sanitarie. La conferma arriva di nuovo da numeri: sono oltre 9 milioni i cittadini che hanno effettuato nel 2014 visite specialistiche nel privato a pagamento, 2,7 milioni di questi sono persone a basso reddito.

Se il raggio d'azione si allarga anche alle spese per farmaci, il saldo ne-

gativo è ancora più salato. A riportarlo, in questo caso, sono i dati dell'Istat sulla spesa per i consumi delle famiglie. Dall'analisi si evidenzia come in media lo scorso anno ogni famiglia italiana abbia speso per servizi sanitari e prodotti per la salute una cifra stimata di 109,45 euro al mese, pari a 1.313,4 euro l'anno. Un esborso pari al 4,4% della spesa totale delle famiglie che rivela una crescita dello 0,5% rispetto al 3,9% del 2013 dove la spesa media era di 95,63 euro e quella annuale era di 1.147,5 euro.

Rispetto al finanziamento pubblico da un lato e alla spesa delle famiglie per servizi e prestazioni sanitarie dall'altro, in Italia le risorse economiche disponibili sono però nettamente inferiori rispetto agli altri principali Paesi sviluppati e non sembrano allocate nel modo più efficiente (Fonte Ocse).

Sul fronte della sanità privata viene poi rilevata l'anomalia di una spesa ampiamente sbilanciata verso i pagamenti di tasca propria (out-of-pocket) rispetto alla quota intermediata da fondi sanitari e assicurazioni private (solo il 18%, circa 4,8 miliardi di euro annui, rispetto al 67% in Francia e al 44% in Germania e Regno Unito), e di alti e crescenti livelli di compartecipazione dei cittadini alla spesa pubblica (ticket).

L'anomalia emersa dall'indagine Ocse sull'andamento della spesa sanitaria privata è ribadita anche in una recente analisi dell'Osservatorio Sanità di UniSalute, che mette in luce un fenomeno tipicamente italiano: la sanità integrativa nel nostro Paese, benché coinvolga quasi 11 milioni di assistiti per ora, è quasi esclusivamente appannaggio del settore del lavoro dipendente anche attraverso i fondi sanitari. In tale contesto, il 63% degli italiani intervistati ha però chiaro quale potrebbe essere il soggetto terzo in grado di supportare pubblico e privati cittadini: le aziende.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### ITALIA, CRESCE LA PERCENTUALE DI ANZIANI

Dati al 31 dicembre 2014

	COMPOSIZIONI %				INDICI			
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	80 anni e oltre	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza degli anziani	Età media
<b>NORD OVEST</b>	13,6	<b>63,4</b>	23,0	<b>6,9</b>	169,8	<b>57,7</b>	36,3	<b>45,2</b>
NORD EST	13,8	<b>63,7</b>	22,5	<b>6,9</b>	163,4	<b>57,1</b>	35,4	<b>45,0</b>
<b>CENTRO</b>	13,4	<b>64,0</b>	22,6	<b>7,0</b>	169,3	<b>56,2</b>	35,4	<b>45,1</b>
SUD	14,4	<b>66,1</b>	19,6	<b>5,7</b>	135,9	<b>51,4</b>	29,6	<b>42,9</b>
ISOLE	13,8	<b>65,9</b>	20,3	<b>5,9</b>	146,8	<b>51,9</b>	30,8	<b>43,5</b>
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>13,8</b>	<b>64,5</b>	<b>21,7</b>	<b>6,5</b>	<b>157,7</b>	<b>55,1</b>	<b>33,7</b>	<b>44,4</b>

Fonte: Istat

Secondo il dossier, in media lo scorso anno ogni famiglia italiana ha speso per servizi sanitari e prodotti per la salute 109,45 euro al mese, pari a 1.313,4 euro l'anno.

*SPECIALE DIABETOLOGIA. Le novità più importanti dal 51° Congresso della European Association for the Study of Diabetes di Stoccolma (EASD)*

## Diabete: "serve un'inversione di rotta"

*La crescita esponenziale della patologia richiede lo sforzo comune di ricercatori, medici e amministratori. Ma anche un cambiamento delle abitudini di vita*

DI ANDREA SERMONTI

**U**n congresso forse con meno 'fuochi d'artificio' del passato, che ha visto la partecipazione di oltre 17mila medici e ricercatori provenienti da tutto il mondo: ma tra i partecipanti al 51° Congresso della European Association for the Study of Diabetes (EASD) appena conclusosi a Stoccolma si respirava, si percepiva la sensazione concreta che nei laboratori di tutto il mondo e nelle strutture di ricerca clinica a livello planetario c'è ormai uno sforzo immane di decine di migliaia di ricercatori «per cercare di sconfiggere questa malattia che ormai in-

teressa 500 milioni di persone in tutto il mondo - dice il presidente della Società Italiana di Diabetologia Enzo Bonora - e che ha dei tassi di crescita ben superiori alle stime pur pessimistiche di 10-20 anni fa. Abbiamo raggiunto nel 2015 numeri che pensavamo di raggiungere nel 2030, e se va avanti così fra altri 15 anni veramente avremo un miliardo di persone con il diabete nel mondo. Cifre che alcuni anni fa erano state utilizzate 'provocatoriamente' e che ora si stanno drammaticamente materializzando. A questo punto bisogna 'fare squa-

dra' - sia a livello locale che con collaborazioni internazionali - per riuscire a rispondere con grandi numeri agli interrogativi che ancora abbiamo aperti sull'origine della malattia e sul modo di combatterla. Ecco perché vengono allestiti studi con migliaia di persone per analizzare quali sono i farmaci in grado di garantire risultati che fino ad ora difficilmente abbiamo visto». Scienza e politica debbono stringere i tempi e ottimizzare gli sforzi e le risorse, ma anche i pazienti debbono capire che gran parte del successo dipende dal modificare stile di vita. E questo dipende solo da noi, generare.

### «FINALMENTE UN ANTIDIABETICO CHE FA BENE AL CUORE»

Anche a livello di 'novità' qualcosa di importante c'è stato: «abbiamo assistito alla presentazione di studi - precisa il presidente della Società Italiana di diabetologia Enzo Bonora - che hanno confermato i rumors su un nuovo farmaco per il diabete (inibitore di SGLT2) che ha conseguito accanto ai vantaggi terapeutici legati alla riduzione della glicemia anche un beneficio cardiovascolare, cosa mai successa prima. Non solo prevenire le classiche complicanze specifiche del diabete a livello dell'occhio o del rene, ma anche non specifiche di questa patologia ma molto frequenti come le patologie cardiovascolari, che fino ad oggi erano rimaste un poco nell'angolo perché non si era riusciti ad ottenere risultati apprezzabili». (A. S.)

## Giornata mondiale. Pianeta Alzheimer Viaggio nel morbo «rubamemoria»

Si celebra domani la XXII Giornata mondiale dell'Alzheimer, la forma più diffusa di demenza, con un milione e 241 mila malati in Italia e quasi 47 milioni in tutto il pianeta. Stime destinate a raddoppiare ogni due anni, con un malato in più ogni 3 secondi. Il processo degenerativo, che può colpire anche in giovane età, provoca il declino progressivo delle funzioni cognitive e il deterioramento della personalità. Una patologia tuttora sconosciuta, sulla quale sono in corso molti studi relativi all'origine ma anche alla cura e al grande problema di come assistere persone ad oggi lasciate in carico alle famiglie.

Si calcola che dal 1974 oltre cento anziani italiani con Alzheimer si siano perduti

e non siano più stati rintracciati, e questo è solo uno degli "effetti collaterali". Così domani alle 17 verrà siglato al Viminale un protocollo tra i ministeri di Interni, Salute e Welfare e il Commissario straordinario del governo per le persone scomparse, per dotare i malati di un Gps, in collaborazione con le forze dell'ordine.

Intanto il Policlinico Gemelli annuncia un nuovo "Percorso clinico assistenziale", inserito entro l'Unità di Clinica della Memoria e nato da un'iniziativa congiunta della Geriatria e della Neurologia. Prevede un sistema di assistenza integrato in grado di fornire diagnosi e terapia in tempi rapidi, grazie alle tecnologie più avanzate, e offrire sostegno ai familiari. (L.B.)

### Il libro

**«Quando andiamo a casa?»  
È la domanda di tutti i malati,  
che ci sono già ma non lo  
sanno, e il titolo di un volume  
che racconta il declino di una  
madre, ma che fa anche  
sorridere e insegna molto**

**LUCIA BELLASPIGA**

**L'**Alzheimer è "una macchina del tempo: ti schiaccia nell'abitacolo di un eterno presente, ma nel giro di un secondo può scaraventarti indietro a quando eri bambino e al contempo spingerti avanti fino a farti chiedere alla donna che hai accanto da una vita: «Ma tu chi sei? Perché non ci sposiamo?»".

Vivide e sferzanti, le metafore affollano le pagine di *Quando andiamo a casa?* (editrice BUR), il libro che il giornalista Michele Farina ha dedicato a sua madre, morta nel 2004, e ai dieci anni che il morbo ha impiegato per annientarla. La morte per Alzheimer è infatti una *slow motion way*, (il "rallentatore" cinematografico, altra metafora), che in un certo qual modo avvantaggia i familiari "rispetto a chi se ne va con un *crac*, senza un saluto", ma che condanna l'intera famiglia:

quando il malato alla fine si spegne "era già morto diverse volte, chi resta ha già sofferto molteplici scomparse".

L'autore mette insieme, più per se stesso che per il lettore, i pezzi di quel "lento smantellamento", che dieci anni fa provava a rimuovere ma oggi ha sentito il bisogno di ricostruire. Come quel tassello all'inizio della malattia, nel 1994, la domenica in cui a Imola morì Ayrton Senna: "La televisione accesa sul Gran Premio, e mia madre sulla soglia della cucina che ripete disperata: «Quando andiamo a casa?». «Ci siamo già, mamma». «Andiamo a casa». «Questa è la nostra casa» rispondo io con voce da implorante a impaziente. «Dietro a te c'è la cucina. Ti ricordi...?». Nella sua memoria è tutto bruciato: la cucina, la nostra infanzia, l'appartamento dove abbiamo vissuto trent'anni: «Portami a casa, per favore»... È il titolo del libro, la preghiera comune a tutti i malati di Alzheimer, la condanna di non riconoscere più la propria casa e volervi fare ritorno.

Eppure non è un libro triste, quello di Farina, è un reportage avvincente durato due anni, è l'incontro con decine di altre storie simili alla sua, che è andato a cercare per tutta Italia e non solo, sulle tracce di sua madre ormai perduta. E infatti la ritrova in mille volti, negli stessi sguardi smarriti, nel-

le domande senza senso ma anche nei guizzi di lucidità inaspettati, e persino nelle risate. Perché ci sono anche quelle, in casa Alzheimer, purché attorno al malato si crei un'atmosfera leggera, "uno spazio *dementia friendly* però naturale, non affettato", scrive Farina. Il contrario di ciò che avviene quasi sempre nei nostri centri diurni (che oggi almeno esistono, a differenza degli anni '90), ma che assomigliano sempre troppo a degli ospedali, "inseriti nelle Rsa come anticamere fidelizzanti del ricovero definitivo". Ben diverso ad esempio il centro diurno olandese in cui si balla, "non a caso chiamato *Il club*".

La via crucis di sua madre inizia presto, a 64 anni, e non salta una stazione. Le frustate arrivano da chi meno dovrebbe infliggerle, come il neurologo dell'Inps di Monza, che ha il compito "burocratico" di stabilire la diagnosi: "Per verificare se mia madre sia già incontinente (un effetto ineludibile del procedere della malattia), le chiedo brusco: «Signora, se la fa addosso?». Immagino l'imbarazzo, la mortificazione, lei che per l'occasione era andata dal parrucchiere a farsi la piega". Pagine struggenti, in cui a tratti si piange e a tratti si sorride, ma sempre ci si sorprende: l'arrestarsi del cervello affetto da demenza "fa pensare allo spegnimento dell'altoforno dell'acciaieria di Piombino: ci vuole tempo". La malattia

"svuota con il cucchiaino dell'uovo alla coque, lasciando il malato senza tuorlo ma con un guscio privo di crepe". E se la mamma, ancora bella ed elegante alla cena di gala, improvvisamente getta gli astanti nell'imbarazzo confondendo forchetta e cucchiaio e sporcandosi tutta, ridere è ancora possibile, basta cambiare le aspettative e adeguarsi alla sua nuova prospettiva: "In fondo cos'è un coltello? Una penna per scrivere col sugo". Struggenti anche i tentativi di dare risposte a una malattia che a tutt'oggi pone troppe domande. Ad esempio le finte fermate di autobus che in Germania si trovano all'ingresso delle case di riposo più moderne: gli ospiti che tentano la "fuga" (la "deambulazione compulsiva" è un classico, sei su dieci malati di Alzheimer si perdono almeno una volta) finiscono per sedersi e aspettare un bus che non arriverà. O il treno della memoria, intuizione poetica del Camelot di Gallarate: una stanza arredata come fosse una stazione, con orari di partenze ed arrivi, Biglietto alla mano, ci si accomoda in uno scompartimento con cappelliere e valigie. Dal finto finestrino scorrono filmati di vecchi paesaggi. "In questo modo sono andato da Milano al lago di Como", sorride Farina, compagno di viaggio di due anziane ricoverate. «L'Africa! Che bella», esclama una. «Faremo in tempo a tornare indietro?», si preoccupa l'altra.

A spegnere l'altoforno di oltre un milione di italiani è un morbo dal nome tedesco noto a tutti eppure ancora così sconosciuto. Nel mondo colpisce 47 milioni di persone, fra trent'anni saranno 131 milioni. È il "lusso della contemporaneità" chiamato invecchiamento".

L'iniziativa

## Un braccialetto per ritrovare i malati di Alzheimer

**Come funziona**

Se la famiglia denuncia l'assenza del malato scatta la procedura per il ritrovamento

**ROMA** Una notizia buona e una cattiva per la Giornata mondiale dedicata all'Alzheimer di dopodomani. La buona: nasce un organismo multinazionale per rintracciare le persone scomparse con più di 65 anni. Sui circa 1.300 casi dal '74 un numero consistente riguarda pazienti anziani che hanno perso la memoria. Spesso le sparizioni finiscono in tragedia, con la morte per stenti. L'idea è allargare la sperimentazione svolta a Roma nel 2012: un braccialetto elettronico per i pazienti a rischio. Se la famiglia denuncia l'assenza scatta immediatamente un sistema collegato a una centrale e ai commissariati di Polizia capace di localizzare il «ricercato». Lunedì la firma dell'intesa tra i ministeri (Interno, Salute, Lavoro, Politiche sociali). L'annuncio è arrivato al convegno «Scienza e coscienza per una comunità amichevole», ieri al Campidoglio. C'è però anche un'altra notizia, questa volta «cattiva». L'ha raccontata Emmanuele Emanuele, presidente della Fondazione Roma. A tre anni dalla presentazione di un progetto per la costruzione alla Bufalotta del primo Villaggio Alzheimer, dove i pazienti avrebbero una vita libera, non c'è l'ok. Gli uffici competenti chiedono un documento che dica che da qui a 20 anni il Tevere non esonderà. «Trovo davvero disdicevole che si sia arrivati a una situazione del genere: negare una possibilità di assistenza ai malati di Alzheimer per colpa di una burocrazia incresciosa», ha affermato Gianni Sammarco, parlamentare e coordinatore romano di Ncd-Ap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Dal dentista all'oculista il servizio è su misura “Ora serve una legge”

IL L'INTERVISTA

SECONDO FIAMMETTA FABRIS, DIRETTORE GENERALE DI UNISALUTE, I SEGRETI SONO LA CONTRATTAZIONE E IL CONTROLLO DEL COSTO FINALE DELLE PRESTAZIONI. TUTTAVIA L'ASSENZA DI UNA NORMATIVA TRIBUTARIA È TRA LE RAGIONI DEL MANCATO DECOLLO DELLE COPERTURE INDIVIDUALI

Milano

«La sostenibilità del sistema sanitario pubblico e lo sviluppo della sanità integrativa rappresentano una delle sfide di maggior rilievo per il riassetto del nostro sistema di welfare. In particolare, la sanità integrativa è destinata ad assumere un peso sempre maggiore nel sistema di prestazioni della sanità italiana. Tale considerazione nasce da una serie di constatazioni relative sia al valore già raggiunto dalla spesa sostenuta dai cittadini “out of pocket” (di tasca propria), che dalle caratteristiche e dalle prospettive emergenti per il sistema sanitario nazionale».

Di questo è convinta Fiammetta Fabris, da poco più di un anno direttore generale di UniSalute, la più importante compagnia di assicurazione per numero di clienti gestiti (5,3 milioni) e l'unica società del settore che si dedica da 20 anni esclusivamente alla protezione della salute con piani sanitari personalizzati e integrati con un'ampia gamma di servizi.

Un modello di business — costituito al 90% nell'erogazione di polizze collettive sottoscritte con grandi aziende, Fondi sanitari di categoria, Casse e Mutue sanitarie — che ha consentito ad UniSalute di crescere in termini di ricavi anno su anno fino a realizzare 299,1 milioni di euro di raccolta premi nel 2014 (+15,9% rispetto al 2013). Oggi, la società annovera tra suoi grandi clienti brand internazionali operativi in ogni settore produttivo. Solo per citarne alcuni: da Armani, Gucci, Givenchy a Benetton, Consob, Fastweb, Ericsson, Luxottica fino a Fincantieri, Finmeccanica, Bnl e Ferrovie dello Stato.

«A differenza di altre compagnie assicurative generaliste che hanno da sempre considerato la sanità come un elemento di perdita — sottolinea Fabris —, la nostra società ha dimostrato, fin da subito, che questo comparto può invece rappresentare un elemento di crescita. Ci siamo riusciti, ad esempio, introducendo nel mercato la contrattazione e il con-

trollo del costo finale delle prestazioni».

Nello stesso tempo, UniSalute ha sempre avuto un canale diretto con le aziende, non solo quelle grandi. Ma di ogni tipo e di ogni dimensione, proponendo servizi rivolti a tutti i dipendenti ad un costo più contenuto consentendo anche a settori con bassi livelli retributivi di poter ottenere un'adeguata copertura sanitaria, sicuramente difficilmente acquistabile in forma individuale. «- aggiunge il dg —. Così come siamo stati i primi, in Italia, ad ideare nel 2011 una gamma di polizze individuali acquistabili online per costruire una copertura personalizzata in grado di integrare le coperture già in essere in forma collettiva attraverso Fondi e Casse sanitarie».

Numeri alla mano, UniSalute ha intrapreso fin dall'inizio un percorso diametralmente opposto rispetto al settore assicurativo “tradizionale”, quello per intenderci rappresentato dalle compagnie “generaliste”, che hanno scelto di continuare a presidiare prevalentemente il mercato delle polizze individuali tradizionali e con un modello che non prevedeva la gestione e il controllo delle prestazioni finali, che non può che tradursi in una continua rincorsa della dinamica del prezzo o dell'inevitabile storno della copertura.

Questo scenario, assieme alla mancanza di una legislazione fiscale che non premia il mercato assicurativo delle polizze salute, è tra le ragioni anche del mancato decollo delle coperture individuali, « In Italia solo il 18% della spesa privata (circa 4,8 miliardi di euro annui), è intermediata, una percentuale tra le più basse in Europa. Inoltre, la sanità integrativa nel nostro Paese, benché coinvolga quasi 11 milioni di assistiti, per ora è quasi esclusivamente appannaggio del settore del lavoro dipendente».

Quindi, la strada da percorrere per raggiungere gli standard europei in materia di sanità integrativa è ancora lunga. Anche se tutti gli indicatori del settore, incluso quello dell'Osservatorio di UniSalute, prevedono una svolta nel breve periodo. Un segnale, in questo senso, arriva dal mondo corporate che, di fronte alla forte richiesta di assistenza da parte dei propri dipendenti, è sempre più consapevole dell'importanza di misure integrative di welfare in grado di sopperire alle carenze del sistema sanitario pubblico.

«Tra i servizi offerti in ambito di welfare aziendale — sottolinea Fabris — quelli legati alla sanità integrativa sono tra i più apprezzati tanto da diffondersi sempre in più settori lavorativi: dal commercio al metalmeccanico,

dagli artigiani ai trasporti, passando per settori quali l'edilizia, le telecomunicazioni, la distribuzione e i servizi ambientali».

Segno che comunque le garanzie prestate in forma collettiva continuano ad essere la formula che più di tutte consente oggi importanti economie di scala e vantaggi per i sottoscrittori.

Nel corso degli ultimi anni è cambiata anche l'offerta di polizze sanitarie proposte da

UniSalute, che si è adeguata alle esigenze della popolazione: «In termini di garanzie, gli italiani vorrebbero vedersi proporre all'interno dei contratti di lavoro, le cure odontoiatriche (75%), le cure oculistiche (50%), le coperture per terapie fisioterapiche (30%) e per l'assistenza domiciliare (28%) — conclude il dg — Quindi, per le nostre coperture collettive legate al mondo del lavoro, studiamo piani sanitari personalizzati che comprendono ad esempio garanzie odontoiatriche, altre che si concentrano su programmi di prevenzione specifici per le principali patologie o piani di assistenza domiciliare in caso di non autosufficienza, inabilità post ricovero e cronicità». (v.d.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



#### [LA SCHEDA]

### Oltre cinque milioni di clienti, in Italia da vent'anni

UniSalute, fondata dal gruppo Unipol nel 1995, è la prima assicurazione sanitaria in Italia per clienti gestiti. Si prende cura della salute di 5,3 milioni di persone provenienti dalle più grandi aziende italiane, dai Fondi sanitari di categoria e dalle Casse professionali. Si dedica da 20 anni alla protezione della salute e offre piani sanitari personalizzati e integrati con un'ampia gamma di servizi e per prima ha sviluppato una gamma di polizze individuali acquistabili online. Garantisce ai propri assistiti l'accesso in tempi rapidi alle migliori strutture sanitarie in Italia e all'estero tra cui ospedali, case di cura, poliambulatori, centri diagnostici e fisioterapici, studi odontoiatrici e di psicoterapia, operatori socio assistenziali anche a domicilio. UniSalute monitora costantemente la qualità proprio network di strutture: 9 clienti su 10 consigliano la struttura in cui hanno effettuato le cure. È la prima assicurazione in Italia ad aver creato un Circuito termale al quale i clienti possono accedere a tariffe riservate.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Lunedì 21 SETTEMBRE 2015

## Alzheimer. Individuato un nuovo 'ingranaggio' della malattia

***I ricercatori del Trinity College a Dublino hanno identificato un nuovo meccanismo legato allo sviluppo dell'Alzheimer. Tale meccanismo coinvolge la proteina beta-amiloide (A-beta), uno dei principali responsabili della malattia, e il suo passaggio attraverso la barriera che regola lo spostamento di sostanze chimiche da e verso il cervello. Lo studio\* su Science Advances***

Un nuovo meccanismo alla base dell' sviluppo dell'Alzheimer è stato individuato da un gruppo di ricercatori del Trinity College Dublin, che ha pubblicato\* lo studio sulla rivista *Science Advances*. I ricercatori definiscono quanto trovato come "uno dei fondamentali meccanismi della malattia".

Lavorando alla Dublin Brain Bank (presso il Beaumont Hospital), gli scienziati hanno esaminato tessuti cerebrali di individui che durante la vita avevano avuto l'Alzheimer, comparando i risultati con quelli ottenuti mediante modelli di laboratorio.

Uno dei principali responsabili della malattia è la proteina beta-amiloide (A-beta), che, quando non viene più eliminata correttamente dal cervello, si accumula progressivamente e rappresenta uno dei principali fattori alla base della formazione delle placche tipiche della malattia di Alzheimer e dunque della patogenesi della malattia.

Attualmente, la modalità con cui questa proteina viene eliminata dal cervello non sono del tutto chiare, tuttavia essa deve essere rimossa attraverso il sangue. Inoltre, i vasi sanguigni nel cervello, al contrario dei quelli presenti nel resto del corpo, possiedono proprietà specifiche che regolano in maniera precisa ciò che entra e ciò che esce dal tessuto cerebrale, una regione estremamente delicata, costituendo la barriera emato-encefalica (BBB). Un po' come una sorta di 'cancello' che permette l'entrata e l'uscita, tale barriera regola in maniera 'rigida' lo spostamento di sostanze chimiche da e verso il cervello, in particolare lo scambio di metaboliti ed energia tra il sangue e il tessuto cerebrale.

Gli scienziati hanno "messo in luce una nuova modalità del passaggio della proteina beta-amiloide (A-beta) dal cervello al sangue", si legge nella discussione dello [studio](#).

"Il nostro risultato mostra, per la prima volta, il coinvolgimento di un [particolare percorso biologico], il *pathway paracellulare*, nel movimento autoregolato della proteina beta-amiloide attraverso la barriera BBB", si legge nello studio. Alcuni importanti componenti, inoltre, hanno un ruolo nel regolare il passaggio di sostanze attraverso questa barriera e probabilmente anche nel trasporto della beta-amiloide attraverso la barriera stessa.

"Abbiamo dimostrato che nella malattia di Alzheimer componenti distinti tra loro, chiamati 'giunzioni strette' (*tight junctions*), appartenenti a questi vasi sanguigni, risultano alterati", ha affermato il dottor **James Keaney**, ricercatore post-dottorato alla School of Genetics and Microbiology del Trinity, che ha guidato lo studio odierno. Inoltre, proprio queste alterazioni riscontrate individuano "un potenziale target terapeutico", si legge sempre nello studio, e il controllo di questi componenti delle 'giunzioni strette' presso la barriera BBB potrebbe "aumentare l'eliminazione della beta-amiloide dal cervello". Per ulteriori informazioni si rimanda allo studio.

"I nostri recenti risultati hanno messo in evidenza l'importanza di comprendere le malattie a livello molecolare. Il concetto dell'eliminazione periodica dal cervello della proteina beta-amiloide attraverso la barriera BBB potrebbe avere un potenziale eccezionale per i malati di Alzheimer nel futuro. I passi successivi consistono nel considerare in che modo [tale risultato] potrebbe essere raggiunto", ha aggiunto il Dottor **Matthew Campbell**, Research Assistant Professor in Genetics al Trinity. "Dati i recenti progressi negli studi clinici di anticorpi diretti contro la beta-amiloide, gli scienziati si augurano che i loro risultati possano "un miglioramento e un'integrazione delle possibilità terapeutiche" per la lotta all'Alzheimer.

Hanno collaborato alla realizzazione dello studio il Dottor **Matthew Campbell**, il Professor **Peter Humphries** dello Smurfit Institute of Genetics al Trinity, il Professor **Dominic Walsh** della Harvard University e il Professor **Michael Farrell**, Consultant Pathologist e Direttore della Dublin Brain Bank al Beaumont Hospital.

La ricerca è stata finanziata dalla Science Foundation Ireland (SFI) e dalla US-based charity, Brightfocus Foundation.

**Viola Rita**

\*James Keaney, Dominic M. Walsh, Tiernan O'malley, Natalie Hudson, Darragh E. Crosbie, Teresa Loftus, Florike Sheehan, Jacqueline Mcdaid, Marian M. Humphries, John J. Callanan, Francesca M. Brett, Michael A. Farrell, Peter Humphries and Matthew Campbell. **Autoregulated paracellular clearance of amyloid- $\beta$  across the blood-brain**

## La scelta degli anticoagulanti che proteggono dall'ictus e dall'embolia polmonare

**P**revenire l'ictus da fibrillazione atriale e l'embolia polmonare da trombosi venosa delle gambe (fibrillazione atriale e trombosi venosa) portano alla formazione di coaguli di sangue che poi arrivano al cervello o ai polmoni, provocando danni anche mortali) è un imperativo della pratica clinica, ma che farmaci usare?

I vecchi anticoagulanti che inibiscono la vitamina K e impediscono la formazione di trombi (il classico warfarin) o i nuovi Noacs, anticorpi monoclonali (ce ne sono tre sul mercato e uno in arrivo) che fanno lo stesso mestiere, anzi sono anche più efficaci, ma ancora non vengono ben accettati da medici e pazienti per il rischio di emorragie? Se lo domanda un editoriale del *New England* e se lo sono domandati gli specialisti a Londra in occasione dell'Esc, il congresso della società europea di cardiologia.

«I nuovi anticoagulanti sono efficaci e sicuri — commenta Riccardo Cappato, direttore del Centro di Ricerca delle aritmie cardiache all'Istituto Humanitas di Milano — e sono superiori nel prevenire ictus e embolie polmonari rispetto al warfarin. In più: non richiedono controlli della coagulazione, non interagiscono con i cibi e nemmeno con altri farmaci come il warfarin».

Tanto per dare un numero: gli inibitori della vitamina K riducono del 66 per cento il rischio di ictus nei pazienti con fibrillazione atriale, i nuovi anticoagulanti dell'80 per cento.

«I quattro nuovi farmaci (rivaroxaban, apixaban e edoxaban), che inibiscono il fattore Xa della coagulazione, e il dabigatran che inibisce la trombina — precisa Cappato — funzionano nel prevenire non solo ictus da fibrillazione atriale, ma anche embolie polmonari da trombosi venosa cronica delle gambe e il rischio di embolie in chi, per esempio, è immobilizzato dopo una frattura ossea o un intervento chirurgico».

«L'eparina per puntura sottocutanea non è più necessaria — commenta Cappato —. La possono sostituire i nuovi anticoagulanti somministrabili per bocca. Per certi versi questi sono trattamenti rivoluzionari».

Rimane il problema degli effetti collaterali, primo su tutti il rischio di emorragia. Se per il warfarin esistono antidoti specifici, per i nuovi anticoagulanti no (anche se si stanno studiando): si può soltanto ricorrere a terapie standard (come la somministrazione di fluidi o di plasma sanguigno). Comunque i dati della ricerca rassicurano. «Lo studio Xantus, il primo condotto nel "mondo reale" (ha valutato cioè le terapie prescritte dai medici al di fuori da sperimentazioni) e pubblicato sull'*European Heart Journal* — ha confermato John Camm, cardiologo alla St George's University di Londra — ha dimostrato che i rischi di sanguinamento legati alla somministrazione del rivaroxaban sono inferiori a quelli del warfarin, a parità di efficacia».

**A. Bz.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Medicina

Colesterolo alto  
«familiare»  
Nuove terapiedi **Adriana Bazzi**

## SALUTE

Se il **colesterolo alto** è familiare

Nelle ipercolesterolemie dovute a un'anomalia genetica le cure standard a volte non bastano. Per questi casi si propone una nuova (ma costosa) classe di farmaci

**Effetti**

Alla diminuzione delle Ldl consegue una riduzione di eventi cardiovascolari

**Trattamenti**

Dieta e statine restano comunque la prima linea di intervento contro il disturbo

**P**rima la dieta, poi le statine e, se il colesterolo non si riduce entro i limiti considerati normali, si può adesso ricorrere a una nuova classe di farmaci (anticorpi monoclonali) capaci di abbassare le Ldl (il colesterolo cosiddetto cattivo) di oltre il 50 per cento.

«Si sa che l'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari — spiega Maddalena Lettino, cardiologo all'Istituto Humanitas di Milano — e si sa anche che la diminuzione della forma Ldl (il colesterolo trasportato dalle lipoproteina a bassa densità, mentre le Hdl, ad alta densità, sono considerate protettive) porta a una riduzione di infarti e ictus».

Colesterolo come fattore di rischio cardiovascolare, ma anche come una vera e propria malattia.

«Il colesterolo diventa malattia — precisa Alberto Zambon, lipidologo all'Università di Padova — nelle ipercolesterolemie familiari in cui un'anomalia genetica fa sì che i livelli

di colesterolo nel sangue siano superiori ai 300-500 mg (nelle forme cosiddette eterozigoti dove è difettoso solo un gene, ndr) con valori di Ldl superiori a 200 mg. O addirittura superiori ai 400 mg nelle forme omozigoti».

Le statine, anche ad alto dosaggio, rappresentano la prima linea di intervento in queste situazioni.

«Ma con queste terapie non sempre si riesce a portare le Ldl al di sotto dei 200 mg — dice Zambon — e in almeno un caso su cinque non si raggiungono livelli ottimali».

Anche se le statine rimarranno il farmaco di prima scelta, in caso di fallimento si potrà contare sui nuovi anticorpi monoclonali inibitori dell'enzima Pcsk9: alirocumab e evolocumab.

Entrambi hanno già avuto o stanno ottenendo l'approvazione delle autorità regolatorie negli Stati Uniti e in Europa e dovrebbero essere disponibili in Italia nel giro di un anno.

E di entrambi si è parlato al congresso europeo di cardiologia (Esc), appena conclusosi a Londra, con una serie di studi che hanno analizzato benefici e rischi.

Il più ampio finora condotto è l'Odyssey (20 mila pazienti) che, in un sottogruppo di malati (oltre mille) con ipercolesterolemie eterozigoti, ha dimostrato che l'aggiunta di alirocumab alla migliore terapia standard disponibile riduce di un ulteriore 56 per cento il colesterolo Ldl. La somministrazione è per via sottocutanea, con un auto-iniettore, due volte al

mese e la dose dipende dal valore iniziale delle Ldl (le dosi sono ancora da mettere bene a punto e gli studi clinici in corso stabiliranno quelle ottimali).

Effetti collaterali? Se le statine possono provocare dolori e disturbi muscolari, per i nuovi anticolesterolo si parla di reazioni nel sito di iniezione, dolori articolari e muscolari e infezioni respiratorie e urinarie, reazioni che però non sono preoccupanti.

Per ora i nuovi farmaci hanno dimostrato di abbassare il colesterolo, ma dovremo aspettare il 2017 per capire se davvero riducono anche infarti, ictus e arteriopatie periferiche (i primi dati dell'Odyssey dicono di sì).

E qui si gioca la partita. Perché questi farmaci sono costosi e uno studio dell'Institute for clinical and economic review di Boston, segnalato dal *British Medical Journal*, ha valutato che, in base ai benefici promessi, che il loro costo dovrebbe essere un terzo rispetto a quello proposto (negli Stati Uniti per l'alirocumab è di 14.600 dollari all'anno, per l'evolocumab di 14.100).

Molti però non sono d'accordo con la metodologia adottata dall'istituto.

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'iniziativa**  
Una settimana  
di consulti gratuiti  
con gli esperti

**A**lmeno una persona su 500, nella popolazione italiana (all'incirca 120 mila individui) ha un'ipercolesterolemia eterozigote (significa che ha un gene, correlato al metabolismo del colesterolo, alterato). Ma la stima è per difetto: si pensa che questa condizione interessi almeno una persona su 200 (almeno 300 mila soggetti). Ecco perché la Società italiana per lo studio dell'aterosclerosi (Sisa) ha pensato di organizzare la Settimana Nazionale

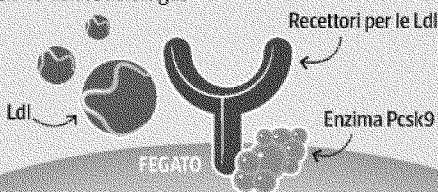
dell'ipercolesterolemia familiare dal 24 al 29 settembre (il 24 si celebra in tutta Europa la Giornata Europea dedicata alla malattia) durante la quale è prevista per i cittadini la possibilità di contattare i centri specializzati Sisa per ricevere consulti e informazioni gratuite sui problemi legati a questa condizione. Aderiscono alla manifestazione i 38 centri per lo studio delle dislipidemie che afferiscono al Progetto Lipigem: l'elenco completo è disponibile sul sito [www.sisa.it](http://www.sisa.it).

**IL MECCANISMO D'AZIONE**

La nuova classe di farmaci anti-Pcsk9 (*anticorpi monoclonali*) è indicata nei pazienti con elevati livelli di colesterolo Ldl (spesso di origine familiare) che non rispondono al classico trattamento con le statine

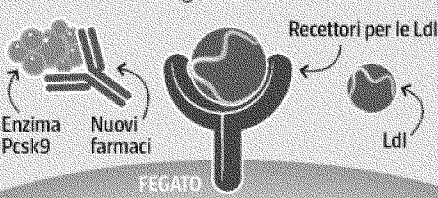
**QUANDO SI HA IL COLESTEROLO ALTO**

Normalmente il colesterolo Ldl si lega a recettori presenti sul fegato e da questo viene eliminato. In chi ha una ipercolesterolemia, un enzima chiamato Pcsk9 si lega ai quei recettori e, distruggendoli, impedisce il loro «aggancio» con le Ldl, che di conseguenza rimangono più numerose nel sangue



**QUANDO SI ASSUMONO I NUOVI FARMACI**

Il farmaco si lega all'enzima Pcsk9 impedendo a quest'ultimo di agganciarsi al recettore e di distruggerlo. Così i recettori aumentano, captano le Ldl e le tolgono dalla circolazione del sangue



Corriere della Sera / Micro Immagini

A soffrirne ogni anno è quasi una persona ogni 500 mila abitanti tra i 30 e i 45 anni

## Una rara forma di leucemia iperacuta dall'esordio improvviso

*Fondamentale è il pronto ricovero in ospedale anche in caso di sospetto clinico*

**S**ono circa 150 i malati di leucemia acuta promielocitica (LAP) diagnosticati ogni anno in Italia (poco più di una persona ogni 500 mila abitanti). «Si tratta di una rara forma "iperacuta", se così la si può definire, di leucemia acuta mieloide (LAM), – spiega Francesco Lo Coco, ordinario di Ematologia al Dipartimento di Biomedicina e prevenzione dell'Università Tor Vergata di Roma – un tumore del sangue con un profilo patogenetico, molecolare, fisiopatologico e clinico tale da renderla di fatto un'entità patologica quasi a sé». «Da un punto di vista epidemiologico l'incidenza della LAP è maggiore nella fascia di popolazione tra i 30 e i 45 anni, con un'età media intorno ai 40 anni», sottolinea l'esperto, «ma la malattia può colpire anche bambini e anziani di entrambi i sessi». L'esordio è generalmente piuttosto improvviso ed è caratterizzato dalla comparsa di una grave sintomatologia emorragica dovuta alla presenza di un ridotto numero di piastrine (il limite inferiore è 150.000 per mm<sup>3</sup>) e ad una grave alterazione del meccanismo della coagulazione. Si stima che circa il 5% di tali pazienti vada incontro ad emorragie maggiori (per esempio cerebrali), fatali ancora prima di poter essere sottoposto a trattamento.

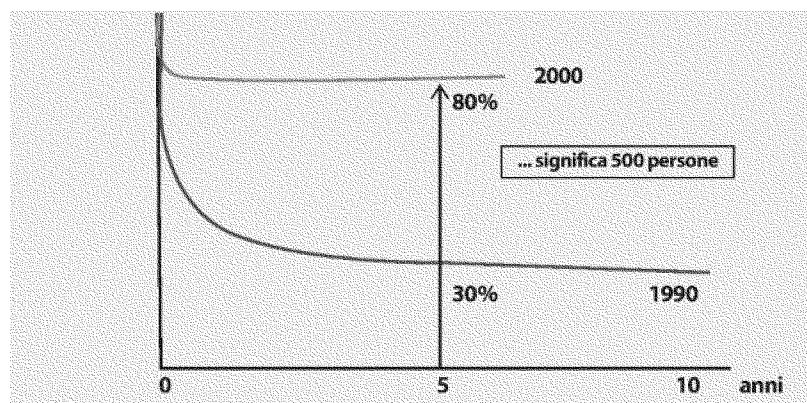
La prima evidenza di LAP risale alla fine degli anni Cinquanta del secolo scorso

grazie al medico norvegese Leif K. Hillestad, che la definì come "la forma più maligna di leucemia acuta". Successivamente fu l'ematologo francese Jean Bernard, dell'Hôpital Saint Louis di Parigi, a pubblicarne una descrizione più dettagliata dopo aver raccolto una serie di casi e sottolineato ancora una volta il decorso iperacuto della malattia con frequenti episodi emorragici. «Uno dei casi più emblematici da lui osservato, che può fornire solo un'idea della gravità della malattia, – ricorda Lo Coco – è quello di un giovane ciclista apparentemente in perfetto stato di salute che, all'indomani di una gara agonistica (una "classica" del ciclismo dell'epoca) disputata una domenica pomeriggio con ottimi risultati, accusa un po' di stanchezza; il giorno successivo compaiono piccole macchie emorragiche cutanee (petecchie) dovute al calo del numero di piastrine nel sangue, due giorni dopo si manifesta un'emorragia cerebrale massiva, alla quale purtroppo – a soli quattro giorni da una grande performance sportiva – il giovane atleta non sopravvive». Questo, in sintesi, il decorso tragicamente rapido e dall'esito infausto della malattia.

«Nonostante tutto – continua l'ematologo – la LAP è oggi una malattia che si può guarire nella stragrande maggioranza dei pazienti, grazie anche al contributo significativo della ricerca italiana e in

particolare del Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto (GIMEMA) fondato dall'ematologo Franco Mandelli. Se diagnosticata in tempo e trattata opportunamente con un'adeguata terapia di supporto, basata sulla trasfusione di concentrati piastrinici, plasma fresco congelato ed emoderivati (per esempio fibrinogeno) e le terapie specifiche più moderne, la LAP guarisce in oltre il 90% dei casi. Se al contrario la LAP non viene identificata in tempi rapidi e in centri di riferimento esperti e attrezzati per affrontarne la gestione, il rischio di mortalità precoce è molto elevato».

Fondamentale per la diagnosi di LAP è l'indagine genetica, in grado di rivelare un'alterazione cromosomica (traslocazione) caratteristica in questi malati che colpisce i cromosomi 15 e 17. «Ma ancora più importante, per affrontare con successo questa forma di leucemia, – conclude Lo Coco – è l'intervento medico precoce all'apparire dei primi sintomi o, come suggeriscono le linee guida internazionali di terapia della LAP, anche in caso del solo sospetto clinico. Il paziente deve essere prontamente ricoverato e sottoposto ad adeguate terapie di supporto e a trattamento specifico antileucemico in attesa della conferma diagnostica. Le terapie più innovative oggi a disposizione, oltre ad un elevatissimo tasso di guarigione, consentono un'ottima qualità di vita e permettono di conservare la fertilità».



**Terapia della leucemia acuta promielocitica (LAP): in soli 10 anni le possibilità di sopravvivenza dei pazienti sono passate da meno di un anno a oltre cinque anni, grazie agli studi condotti dal Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto (GIMEMA). Fonte: ALL**