



RASSEGNA STAMPA

11/02/2016

1. AVVENIRE Tumori, la speranza in 15 nuovi farmaci
2. PHARMA KRONOS Alcuni antibiotici e medicinali cuore efficaci contro cancro
3. CORRIERE.IT Tumore all'ovaio, algoritmo per più facile diagnosi
4. FARMACISTA ON LINE Cancro alla prostata. Valutare per ogni caso opportunità screening
5. ILTEMPO.IT Cancro prostata: ecco la corazza trasformista
6. STAMPA "I miei Sogni di chemio graffiti contro il cancro"
7. MESSAGGERO Sanità, un "tesoretto" da 1,5 miliardi
8. AVVENIRE Il ministro Lorenzin: trovato un tesoretto
9. REPUBBLICA "Tesoretto Sanità di 1,5 miliardi"
10. ITALIA OGGI Amianto, il bonus richiesto entro il 29/2
11. UNITA' Le sigarette, lo Stato e la salute
12. AVVENIRE La proposta Una nuova Agenzia per rilanciare la ricerca
13. TEMPO Influenza, è arrivato il picco stagionale
14. GIORNALE Meningite, la Toscana in fila per il vaccino
15. PANORAMA Gli anticorpi contro l'emicrania
16. AVVENIRE «Epidemie, specchio d'ineguaglianza»
17. REPUBBLICA Rimini Zika, si ammala dopo una vacanza "Allarme elevato"
18. METRO Per la lotta contro l'obesità sono in arrivo nuovi farmaci
19. QUOTIDIANO SANITÀ Farmaceutica. Istat: "Nel 2015 produzione industriale +5,4%"



Tumori, la speranza in 15 nuovi farmaci

In arrivo 15 preparati biologici

La chiave di volta

è nel sistema immunitario

Novità

per seno, rene, colon retto

e melanoma

di Vito Salinaro

Abbiamo più armi contro il cancro. Dal 2009 al 2013 sono state introdotte 37 nuove molecole, nel 2014 ben 10, e tra pochi mesi 15 farmaci lasceranno il laboratorio per essere a disposizione degli oncologi italiani. Alcuni tumori, tra i più diffusi, sono più investiti di altri dalla "rivoluzione biologica" che promette svolte epocali in pochi anni: quello alla mammella, al colon, al rene e il melanoma.

◆ I numeri

Nel 2015 sono state 363.300 le nuove diagnosi di tumore in Italia. I casi aumentano ma si guarisce di più: sei pazienti su dieci ce la fanno. Escludendo i carcinomi della cute, il tumore più frequente è quello della mammella (14%), seguito da colon retto (13%), prostata (11% solo nel sesso maschile) e polmone (11%). Nel 2012 i decessi sono stati quasi 177.000. I più recenti studi confermano che nel 70% dei casi, questa patologia può essere prevenuta o diagnosticata in tempo.

Filippo de Braud, ricercatore di fama, docente universitario e direttore del Di-

partimento e della Divisione di Oncologia medica dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano (Int), è restio ai facili entusiasmi. Ma non nasconde ottimismo quando si parla delle imminenti novità che vengono coniate in ambito biologico. Perché se 2 milioni di italiani oggi possono affermare di aver sconfitto la malattia, significa che i nuovi preparati stanno facendo la differenza.

◆ I nuovi farmaci biologici

De Braud ci aiuta a conoscere i farmaci anti cancro e a capire cosa bolle in pentola. Nei tumori solidi, spiega, «sono sempre più efficaci gli anticorpi che riattivano il sistema immunitario spento dal tumore». Tra quelli in commercio l'ipilimumab, per il melanoma, consente il 20% di lunga sopravvivenza (cioè un periodo superiore ai due anni) per pazienti già metastatici. «Questo farmaco - dice il direttore dell'Oncologia medica dell'Int - ha cambiato l'evoluzione della malattia». Altre molecole con nuovi bersagli sono il nivolumab e il pembrolizumab. «Già approvati e riconosciuti per tumori polmonari non a piccole cellule - afferma de Braud -, presto diventeranno strumenti terapeutici per altri tipi di tumore: come quelli renali e per il distretto testa e collo. Questi farmaci consentono di raggiungere una lunga sopravvivenza, in percentuale tra il 20 e il 40%». Nivolumab ha da poco ottenuto il semaforo verde, mentre pembrolizumab sta per essere approvato per i tumori polmonari e presto anche nella lotta al melanoma.

Ancora, ecco una serie di farmaci inibitori degli anticorpi, capaci di riconoscere l'angiogenesi e quindi lo sviluppo di vasi sanguigni, "cibo" per le cellule maligne. «Il ramucirumab - evidenza de Braud - è stato approvato per la seconda linea di trattamento dei tu-

mori polmonari e dello stomaco. Ma sarà utilizzato anche per il colon retto».

In termini di sopravvivenza, hanno un impatto minore rispetto agli anticorpi monoclonali ma in pazienti con un cancro avanzato la malattia viene arrestata per alcuni mesi. Tra le novità, anche il cabozantinib, altro inibitore, che verrà approvato per la seconda linea del tumore del rene, dove comunque, ammette de Braud, «esistono molti farmaci già efficaci mentre nuovi preparati immunologici saranno disponibili a breve». Inoltre, sempre per le neoplasie renali, «risultano efficaci i farmaci che bloccano il sistema ormonale come l'abiraterone». Anche per la grande varietà di opzioni, le neoplasie renali oggi fanno meno paura e la sopravvivenza è in genere molto elevata.

Un'altra "classe" di prodotti sfornati in gran numero dalle aziende farmaceutiche sono i biologici a bersaglio molecolare che interagiscono con l'Egfr, cioè bloccando la funzione del recettore del fattore di crescita dell'epidermide quando è mutato. «Uno si usa per il tumore polmonare, il necitumumab - osserva ancora de Braud -; l'altro è attivo contro una mutazione resistente e si chiama osimertinib, è un inibitore».

◆ La svolta

La grande novità, sottolinea l'oncologo, è che si stanno sviluppando molecole



che possono ovviare ai meccanismi di fallimento di alcuni farmaci. Tanti progressi di oggi sono dovuti «alla ottima classificazione biologica, già molti anni fa, del tumore del seno. Fu una rivoluzione», dichiara il professore. «Da allora una serie di trattamenti hanno finalmente aumentato le probabilità di guarigione, anche grazie alla chemioterapia che non andrà in pensione». Insomma, anche grazie a quelle terapie contro il tumore del seno, oggi i pazienti, quando non avviati a una vera e propria guarigione, sopravvivono per molti anni e vedono cronicizzarsi una malattia altrimenti mortale: solo per citare i tumori solidi, succede per seno, colon, rene, prostata, polmone, per i sarcomi e le malattie della cute, fino ai tumori dell'ovaio, per i quali, sottolinea de Braud «si utilizzano per la prima volta farmaci detti Parp inibitori che, in combinazione con i chemioterapici, cercano di ridurre le resistenze dovute ai meccanismi di riparazione del danno cellulare». Insomma, «guariremo sempre più persone - conclude l'esperto -. In tutto il mondo la nuova frontiera per battere il cancro è l'immunoterapia. Stiamo cercando di capire perché ancora non ci dà risposte in alcuni tumori. In tanti altri casi abbiamo preso le misure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



adnkronos
salute

○ 11 febbraio 2016

○ NUMERO 24 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Antibiotici e farmaci cuore contro cancro

Farmaci normalmente utilizzati per il trattamento di insufficienza e aritmia cardiaca e contro le infezioni potrebbero rappresentare nuove 'armi' anticancro. "Abbiamo identificato una dozzina di farmaci che riattivano geni oncosoppressori attraverso un meccanismo epigenetico che non era mai stato osservato prima", ha dichiarato Noël Raynal del Chu Sainte-Justine Hospital Center dell'università di Montreal, che con i suoi colleghi ha pubblicato uno studio su 'Cancer Research'. Tutti i farmaci identificati sono approvati dalla Food and Drug Administration (Fda) americana, cosa che rassicura perlomeno sulla loro sicurezza nell'uso umano. Per quanto riguarda l'efficacia contro i tumori, hanno iniziato a dimostrarla gli esperti canadesi: il cancro - spiegano - si verifica quando il patrimonio di cellule genetiche ed epigenetiche viene alterato. "Ma le cellule del corpo umano hanno una difesa naturale, chiamati geni oncosoppressori, che sono messi a tacere da meccanismi epigenetici innescati dal cancro", spiega Raynal. "Abbiamo voluto provare a verificare se alcuni trattamenti già disponibili contro altre malattie possano invertire questo fenomeno". Per raggiungere il loro obiettivo, i ricercatori hanno studiato più di 1.100 farmaci approvati dalla Fda. Da questo numero, hanno scelto i 14 più promettenti, che sono stati rivelati utilizzando un modello cellulare creato in laboratorio alla Temple University di Philadelphia. Tra i farmaci scelti per la convalida in vari tipi di cellule tumorali c'erano i glicosidi cardiaci e alcuni antibiotici, i cui effetti epigenetici erano sconosciuti. Tutti i prodotti candidati avevano in comune una capacità di avere un effetto antitumorale, cosa che per i farmaci per il cuore, sottolineano gli autori, "è coerente con gli studi epidemiologici che mostrano come ci siano meno casi di cancro nei pazienti trattati con glicosidi cardiaci".

<http://www.corriere.it/salute/>

Tumore all'ovaio, un algoritmo rende più facile la diagnosi e quindi la cura

Subdolo e letale, in 8 donne su 10 viene scoperto in fase già metastatica. Ricercatori europei hanno messo a punto un nuovo metodo che perfeziona gli esiti dell'ecografia

di Vera Martinella



Finalmente un passo avanti nella diagnosi precoce del tumore all'ovaio, una patologia che purtroppo ancora oggi si diagnostica nell'80 per cento di casi quando è ormai in fase avanzata e le probabilità di guarigione diventano molto basse. Non a caso i termini più ricorrenti per definirlo sono «subdolo», perché cresce spesso in fretta e senza dare sintomi specifici, e «letale», visto che a fronte di una scoperta tardiva della malattia la sopravvivenza a 5 anni delle pazienti è solo del 35 per cento. Da anni i ricercatori cercano strumenti di prevenzione (come il pap test per il tumore all'utero) o di diagnosi precoce (come la mammografia per quello al seno) e «ora per la prima volta s'intravede una luce in fondo al tunnel: servono conferme, ma è stato messo a punto un test che potrebbe essere di grande aiuto», dice Giovanni Scambia, direttore del Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e del Bambino al Policlinico Gemelli di Roma, commentando gli esiti di uno studio appena pubblicato sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Lo studio

Un gruppo di ricercatori europei dell'*Imperial College* di Londra e dell'Università di Leuven in Belgio è infatti riuscito a mettere a punto un metodo che aiuta a quantificare il rischio di carcinoma ovarico. Le cisti ovariche sono lesioni molto frequenti e benigne, che possono essere curate con un semplice intervento mininvasivo (e spesso non richiedono alcuna operazione). Mentre i carcinomi maligni necessitano una chirurgia radicale, non di rado assai complicata, a cui le pazienti dovrebbero sottoporsi il più rapidamente possibile per asportare la massa tumorale e aumentare così le probabilità di sopravvivenza. Piuttosto frequentemente, distinguere le lesioni benigne da quelle maligne non è semplice e il pericolo è quello di perdere tempo prezioso contro un eventuale tumore aggressivo. Dopo aver analizzato i dati di quasi 5mila donne, raccolti in 22 centri ospedalieri nel corso di 13 anni (dal 1999 al 2012), il nuovo metodo ha identificato correttamente tra l'89 e il 99 per cento dei casi di carcinoma ovarico.

Regole semplici per avere una diagnosi precisa

«Prima di procedere con la terapia, è fondamentale una veloce e corretta classificazione della massa ovarica – spiega Dirk Timmerman, docente di Ginecologia all'Università di Leuven e autore principale dello studio -. L'ecografia è lo strumento diagnostico principale, ampiamente utilizzato, sia per rilevare le cisti sia per classificarle come benigne o maligne. La sola ecografia, però, non era risolutiva per circa il 20-25 per cento delle pazienti e ora siamo riusciti ad affinarla, in modo tale che si arrivi rapidamente in tutte le donne ad una diagnosi precisa, che sappia dire se la lesione di cui soffre è benigna o maligna». In pratica, il gruppo *International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)*, guidato da Timmerman, ha progettato e convalidato un facile algoritmo in grado di standardizzare e semplificare l'interpretazione dei risultati ecografici. Sono quelle che gli addetti ai lavori chiamano "Simple Rules" (ovvero regole semplici), create con un linguaggio e dei criteri utilizzabili sia in centri oncologici specializzati che in strutture più piccole, dove spesso le persone si recano per fare i primi test diagnostici.

Fattori di rischio e campanelli d'allarme

In attesa di nuovi sviluppi, è importante che le donne imparino a riconoscere i primi possibili campanelli d'allarme: «Dolori e gonfiore addominale, stitichezza o difficoltà digestive non vanno trascurati - dice Giovanni Scambia -: sebbene molto vaghi, devono destare preoccupazione se perdurano per settimane e, soprattutto, se non sono mai stati presenti. Particolare attenzione è poi richiesta alle donne con una familiarità, più a rischio di ammalarsi. In questi casi basta rivolgersi subito al ginecologo che deciderà gli accertamenti da fare, tra i quali i nuovi test genetici, che vanno alla ricerca di mutazioni del Dna (quelle dei geni Brca) che predispongono all'insorgenza di questa forma di cancro e che stanno aprendo scenari fino a pochi anni fa impensabili per la prevenzione, la diagnosi e la cura di questo tumore». Ciò che è poi noto è che un certo numero di fattori aumentano il rischio di sviluppare questa forma di tumore. Innanzitutto bisogna tener presente che la maggior parte dei casi viene identificata dopo l'ingresso in menopausa, tra i 50 e i 69 anni (ma alcuni tipi di tumore dell'ovaio possono presentarsi in donne più giovani). Inoltre circa il 15 per cento dei tumori all'ovaio ha come principale fattore di rischio la familiarità: donne con madre, sorelle, figlie con tumore dell'ovaio, della

mammella o dell'utero hanno maggiori probabilità di sviluppare la neoplasia. Inoltre le alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 di origine ereditaria possono portare a una predisposizione più o meno importante. Va anche considerata la storia riproduttiva della donna: ovulazioni ripetute sembrano essere associate ad un rischio maggiore di contrarre la malattia mentre la gravidanza sembra giocare un ruolo importante come fattore protettivo del tumore dell'ovaio proprio per la riduzione del numero di ovulazioni. «Lo stesso vale per un prolungato allattamento che, da studi effettuati, sembra incidere positivamente nel proteggere dalla malattia – conclude Scambia -. Alcuni studi hanno anche mostrato un'incidenza maggiore di tumore all'ovaio in donne soggette a menarca precoce (prima mestruazione) o menopausa tardiva. Al contrario l'assunzione prolungata della pillola anticoncezionale è associata a un rischio minore di contrarre la malattia. Infine, gli stili di vita: obesità, il fumo, assenza di esercizio fisico sono ulteriori fattori che aumentano il rischio di sviluppare questa neoplasia».

Giovedì 09 FEBBRAIO 2016

Cancro alla prostata. Usa, valutare caso per caso l'opportunità di screening

Alla fine del 2011, la Preventive Services Task Force (USPSTF) degli Stati Uniti – l'associazione di medici indipendenti sostenuta dal governo – ha dato parere contrario all'impiego dei test di routine per lo screening universale del cancro alla prostata. Un'analisi retrospettiva, che si estende dal 2010 al 2012, sembra avvalorare la bontà della scelta caso per caso.

(Reuters Health) - Alla fine del 2011, la Preventive Services Task Force (USPSTF) degli Stati Uniti – l'associazione di medici indipendenti sostenuta dal governo – ha dato parere contrario all'impiego dei test di routine per lo screening universale del cancro alla prostata. Questa opposizione era motivata dal fatto che lo screening di massa ha spesso evidenziato tumori innocui che non hanno bisogno di trattamento e portato a procedure inutili, con effetti collaterali gravi come impotenza e incontinenza. Dopo questo pronunciamento della Preventive Services Task Force, nel 2012 il tasso di richieste del test per il cancro alla prostata tra gli uomini di età compresa tra 50 e 74 anni era sceso a circa il 16% tra i medici di medicina generale (da circa il 37% nel 2010).

Ma tra gli urologi, il test del PSA (Prostate Specific Antigen) sierico risultava diminuito solo di circa 4 punti percentuali, fino a circa il 35% nello stesso periodo, come riportato da *JAMA Internal Medicine*. “Ci sono molte prove che gli uomini con un'aspettativa di vita limitata non beneficino del test PSA, e penso che gli esperti siano d'accordo su questo - ha detto l'autore principale dello studio, **Quoc-Dien Trinh**, urologo presso il Brigham and Women's Hospital di Boston -. Il resto è una questione di opinioni e di gruppi di esperti - ha aggiunto -. Mi sento fortemente responsabile del fatto che alcuni uomini siano esposti a un maggior rischio di cancro alla prostata e sono preoccupato per ciò che accadrà a questi uomini, date le attuali raccomandazioni USPSTF e le tendenze osservabili nel declino osservato per il PSA test”.

Sia l'American Cancer Society che l'American Urological Association raccomandano che gli uomini debbano discutere i vantaggi e i danni dello screening con i medici per prendere una decisione congiunta. Tra le altre cose, i pazienti dovrebbero prendere in considerazione che gli uomini neri e quelli con una storia familiare di carcinoma della prostata sono a maggior rischio.

L'analisi retrospettiva

Per verificare che tipo di pazienti potesse influenzare il medico, Trinh e colleghi hanno analizzato i dati rappresentativi a livello nazionale di un'indagine su 64 uomini che andavano dall'urologo per le visite e la cura preventiva e 1.100 che si recavano dai medici di base. Nessuno aveva una storia di tumori o altri problemi alla prostata. Il campione rappresenta circa 800.000 visite dagli urologi e 26 milioni di visite dai medici di base, a livello nazionale, nel 2010 e nel 2012. Il calo limitato dagli urologi nella fase del test del PSA probabilmente riflette la convinzione tra gli specialisti che stanno facendo ciò che è meglio per i pazienti.

“Gli urologi possono anche visitare un numero più elevato di pazienti con procedure aggressive, mentre i medici di base possono visitare più uomini anziani o uomini con molteplici patologie che non sono buoni candidati per lo screening - ha commentato **Alexander Kutikov**, uno specialista di urologia oncologica del Fox Chase Cancer Center di Philadelphia, non coinvolto nello studio -. Indipendentemente da quali possano essere gli approcci specialistici, per discutere lo screening di routine con il PSA, i pazienti devono capire che le decisioni riguardanti lo screening sono estremamente personali – ha detto Kutikov – Sebbene la maggior parte degli uomini moriranno con e non di cancro alla prostata, alcuni medici e pazienti possono ancora esitare a rinunciare allo screening perché la

malattia è curabile solo quando è il cancro è diagnosticato prima che si diffonda. Una decisione che si rivela giusta per una persona non è detto che lo sia per un'altra", ha concluso.

Fonte: JAMA Internal Medicine, online February 8, 2016

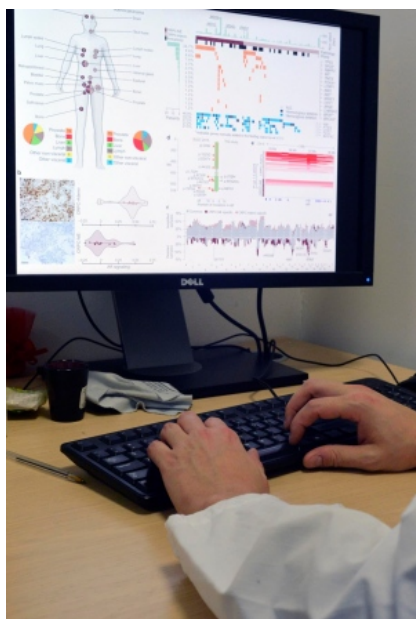
Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

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

Cancro prostata: ecco la corazza trasformista

Un esame del sangue rileva la trasformazione delle cellule tumorali neuroendocrine



Stendere al tappeto il tumore “trasformista” e intelligente che cambia pelle per resistere al trattamento terapeutico si può. Come? Lo hanno scoperto dei ricercatori dell’Università di Trento e della Weill Cornell Medicine University di New York e il Dana Farber Cancer Institute di Boston. E potrebbe aumentare l’efficacia nella diagnosi e nel trattamento del cancro neuroendocrino alla prostata.

TERAPIE - Perché alcuni pazienti affetti da cancro alla prostata allo stadio avanzato ad un certo punto della cura smettono di rispondere alle terapie? Attorno a questa domanda si è sviluppato lo studio condotto. La loro analisi ha condotto ad un’importante scoperta, pubblicata oggi da Nature Medicine, la rivista di medicina sperimentale in assoluto più prestigiosa al mondo. Una scoperta che apre a nuove possibilità terapeutiche per questi pazienti ma che potrebbe permettere anche di aumentare l’efficacia nella diagnosi del cancro neuroendocrino alla prostata.

Il carcinoma prostatico è il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali e la terza causa di morte per tumore. Nel 2015 sono stati diagnosticati in Italia circa 35,000 nuovi casi (dati AIRC sul 2012).

SVOLTA - Per trattare pazienti con tumore allo stadio avanzato oggi si impiegano solitamente terapie farmacologiche (che attaccano l’ormone androgeno o il suo recettore). Benché inizialmente efficaci, queste terapie a lungo andare si rivelano spesso inutili; alcuni pazienti sviluppano una resistenza al trattamento in seguito alla trasformazione di un classico cancro alla prostata (detto adenocarcinoma) in un cancro detto neuroendocrino. Come e perché avvenga questa trasformazione, sono aspetti su cui la comunità scientifica finora si è interrogata. La svolta nella comprensione di questi meccanismi arriva da questo nuovo studio, frutto di un lavoro

interdisciplinare tra scienziati di varie università. I ricercatori hanno messo in campo le più avanzate tecnologie di sequenziamento del dna, dell'rna e dello stato biochimico delle sequenze per esaminare il fenomeno della resistenza ai farmaci in un ampio gruppo di oltre un centinaio di pazienti dell'Englander Institute for Precision Medicine e hanno scoperto le peculiarità genetiche, epigenetiche e molecolari del cancro neuroendocrino alla prostata. Al Centro di Biologia Integrata (Cibio) dell'Università di Trento è stata condotta l'analisi computazionale che sostiene lo studio.

EVOLUZIONE - «Abbiamo utilizzato la genomica per comprendere meglio come si sviluppi il cancro neuroendocrino alla prostata» – spiega Himisha Beltran, assistant professor of medicine at Weill Cornell Medicine e responsabile delle attività cliniche presso il Caryl and Israel Englander Institute for Precision Medicine. «Questi tumori sembrano originarsi per evoluzione clonale da un tipico cancro alla prostata».

TRASFORMA - «Proprio così: per sfuggire al successo del trattamento farmacologico, un tumore letteralmente si trasforma in un altro», spiega Francesca Demichelis, professoressa al Centro di Biologia Integrata (Cibio) dell'Università di Trento che ha diretto lo studio. «L'adenocarcinoma evolve in un tumore neuroendocrino e il modo in cui questa evoluzione avviene, questa capacità di trasformarsi per resistere ai trattamenti farmacologici, ci ha colpito. Alcune cellule cambiano natura e prendono il sopravvento sulle altre. Al microscopio appaiono diverse dalle altre per forma e per dimensione. Il loro contenuto è marcatamente diverso. È come se si fossero costruite una sorta di corazza e nuove modalità di sostentamento per sopravvivere. Imparano cioè a fare a meno del loro sostentamento primario precedente. In sostanza, è come se cambiassero dieta per difendersi. Per frenarle, l'unico modo è interrompere il trattamento e cambiare protocollo farmacologico. I dati che abbiamo generato possono aiutare l'identificazione di molecole in grado di attaccare queste cellule finora intoccabili».

SFIDA - Una sfida per la medicina di precisione: poter mettere a fuoco le caratteristiche della malattia permetterà infatti ai ricercatori di sviluppare biomarcatori (molecole che permettono di individuare e isolare un particolare tipo di cellule) in grado di indicare tempestivamente il momento in cui inizia la resistenza alle terapie. Questa vasta banca dati di informazioni generata dallo studio inter-istituzionale potrà ora essere a disposizione di tutta la comunità scientifica per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici nei pazienti resistenti alle cure previste dagli attuali protocolli medici.

ESAME SANGUE - Ma non basta. Grazie ai recenti studi sulla diagnostica non invasiva del tumore alla prostata condotti dal gruppo di ricerca trentino si crede possibile rilevare la trasformazione delle cellule tumorali neuroendocrine con un esame del sangue ed evitare di sottoporre il paziente ad una biopsia dolorosa e talvolta non praticabile. I ricercatori stanno lavorando per evidenziare la trasformazione utilizzando direttamente il dna che circola liberamente nel sangue ed ottenere indicazioni utili su come procedere nel caso del singolo paziente.

«Questa scoperta ci rende orgogliosi – commenta il direttore del Cibio, Alessandro Quattrone. - È una "storia di fantasmi", questa, che ci racconta quanto può essere difficile riuscire a curare una malattia trasformista come il tumore. Ci fa capire quanto siano concreti i vantaggi di scommettere sullo sviluppo della medicina di precisione, alimentata da competenze diverse: biologia, medicina, fisica, informatica». Insieme a Francesca Demichelis lavorano al Cibio un gruppo di ricercatori con competenze diverse. Come Davide Prandi, informatico, e Matteo Benelli, fisico, che hanno seguito le fasi cruciali dello studio.

“I miei Sogni di chemio graffiti contro il cancro”

Laura Fratangelo: la bellezza antidoto al male

LUCA BERGAMIN

«**D**atemi un muro di ospedale e ne farò un giardino, una foresta, un mare per far sorridere i malati di tumore». Laura Fratangelo, in arte Luvi, 28 anni, street artist emergente, conosce bene sia i reparti di chemioterapia che la malattia. «Vivo a due passi dall'Ospedale fiorentino di Careggi e ho avuto tanti famigliari che hanno dovuto affrontare quel calvario, tra cui una zia che accompagnavo sempre nei cicli di cura. Parlando con lei, gli altri pazienti, i loro familiari e anche con chi ha perso una persona amata per colpa del cancro, ho scoperto che molti di essi sognano spesso durante la chemioterapia che il male sia simboleggiato da un animale. Mi hanno parlato di pescecani, grossi pellicani, fenicotteri giganteschi, balene che spalancano fauci e becchi. A questa immagine di paura che prende forma nel loro subconscio, si accompagna quella di prati pieni di fiori di campi, giardini di piante rigogliose, paradisi subacquei abitati da pesci colorati, luoghi mentali in cui i malati trovano un po' di pace. Così ho cominciato la serie di pitture murali intitolata *Sogni di Chemio*, sperando che possa contribuire un poco ad alleviare la sofferenza».

Il primo art work «curativo» si trova nei pressi di Certaldo, nella campagna toscana, sotto un viadotto e rappresenta una ragazza che abbraccia una grande oca, porta sul capo la cuffietta che si indossa duran-

te la chemioterapia, dalla quale spuntano pesci bianchi e rossi. Nel murales realizzato da Luvi alla Polveriera di Firenze fa la sua comparsa quel pellicano che l'artista molisana è solita ingrandire a dismisura e accostare a figure femminili rinascimentali. «Il mio scopo è rappresentare la bellezza anche in una situazione di dolore perché penso che possa aiutare. Dai dialoghi coi malati - prosegue Laura, che è una dei pochissimi street artist diplomata in pittura, nel suo caso all'Accademia di Belle Arti di Firenze - ho capito che un'iconografia meno tragica non sminuisce la gravità della malattia. Dà loro speranza vedere che il tumore è un fenicottero candido o un pappagallo esotico perché così immaginano che la bellezza del vivere, anche in un momento così duro, non li ha abbandonati del tutto, ma li sta aspettando, è presente anche in quella fase». Per questo Luvi vorrebbe «che gli ospedali mi dessero la possibilità di rappresentare le mie opere sui muri esterni e le pareti interne. Potrei farlo illegalmente, ma il messaggio sarebbe più forte se potessi lavorare alla luce del sole, davanti a tutti, specie ai malati e ai loro familiari. L'opera di street art, infatti, è una grande responsabilità perché ti sbatte addosso la sua verità, sta lì davanti agli occhi di tutti, appartiene alla collettività, quindi non puoi mentire. E poi c'è il contatto con la gente che ti osserva mentre lavori trasmettendoti entusiasmo».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



L'artista

Laura Fratangelo, in arte Luvi, 28 anni, molisana, è una street artist diplomata all'Accademia di Belle Arti di Firenze

Le opere

«Molti malati - dice la Fratangelo - sognano durante la chemioterapia che il male sia simboleggiato da un animale. Ho provato a disegnarli»



Sanità, un "tesoretto" da 1,5 miliardi

- Il fondo potrebbe essere utilizzato per sbloccare il turn over e per i farmaci innovativi di alto prezzo
- Il ministro **Lorenzin**: «Cifre ancora non ufficiali Sono destinate al 2017, collegate alla risalita del Pil»

**IL MINISTRO LORENZIN:
«ABBIAMO FATTO CALCOLI
CON LA RAGIONERIA
DELLO STATO, ED ECCO
LE RISORSE A SORPRESA
PER L'ANNO PROSSIMO»
IL CASO**

ROMA **Beatrice Lorenzin** dice che «sono cifre ancora non ufficiali». Parole che sanno di scaramanzia. Il **ministero della Salute** e la Ragioneria dello Stato hanno fatto dei calcoli scoprendo che, per il 2017, ci potrebbero essere 1,5 miliardi in più da spendere per la sanità. Un sorpresa.

I MEDICI

Fondi, a parole, già destinati. A sbloccare il turn over che ingessa ambulatori, corsie e sale operatorie e a dire sì ai farmaci innovativi ad alto costo. «Sono cifre ancora non ufficiali - precisa **Beatrice Lorenzin** - ma, se non accadrà nulla di drammatico, abbiamo al netto del budget già deciso nella Stabilità per il 2017 di spendere questa cifra». Le inaspettate risorse si dovrebbero, secondo il ministro, «al buon andamento dell'economia, alla risalita del Pil».

Una boccata d'ossigeno che, improvvisamente, va a sovrapporsi alle polemiche dei giorni scorsi. Quelle che hanno visto i sindacati medici in prima linea. Protestavano contro, a loro avviso, mancanti linee guida di applicazione del decreto appropriatezza negli ospedali. Quello rivede che modifica l'erogazione di 203 prestazioni da parte del sistema sanitario per evitare sprechi di analisi ed esami per immagini. «I medici sono fortemente preoccupati per le conseguenze delle disposizioni del governo in materia di prescrizioni e per l'assenza di indicazioni sulle modalità di applicazione del decreto» scrivevano qualche giorno fa i medici dell'Ordine di Roma.

«Ad Acerra stiamo conducendo lo screening sulla popolazione, ma ora i nostri medici non potranno più prescrivere esami di approfondimento in caso di sospetto» ha tuonato il sindaco di Acerra, Raffaele Lettieri, che ha partecipato all'incontro all'Ordine dei medici di Napoli sul decreto **Lorenzin** e sui suoi effetti nella Terra dei Fuochi. Situazioni diverse proteste uguali. Da qui, un incontro domani al **ministero della Salute** con Regioni, sindacati e associazioni di cittadini sul testo. «

LE MEDICINE

La notizia del "tesoretto" potrebbe permettere, il prossimo anno, di sostituire il personale che è andato in pensione e anche permettere ai pazienti italiani di avvicinarsi alle nuove terapie senza troppi ostacoli. Proprio per oggi il ministro **Lorenzin** ha in agenda una riunione sulla governance farmaceutica anche con il collega dell'Economia Padoan. Con loro, i rappresentanti delle Regioni e dell'Agenzia italiana del farmaco. Per discutere, oltre che del tetto di spesa generale, anche del budget da destinare alle diverse aree di cura. Come la cardiologia, l'oncologia, le malattie infettive (è recente la questione del sì o no ad un nuovo farmaco anti-epatite C) e quelle autoimmuni.

I medici, sul tesoretto, sperano poco. Sono convinti che, da oggi al prossimo anno, la somma verrà "deviata" per emergenze economiche che spunteranno. Costantino Troise, segretario Anaa-Assomed, sindacato autonomo degli ospedalieri, pensa che si ripeta ciò che è già accaduto per il 2016: «Il fondo doveva essere di 115 miliardi secondo il Patto della salute e poi alla fine è arrivato a 11 miliardi». «Spero non sia l'ennesimo annuncio smentito dai fatti» sentenzia Massimo Cozza segretario di Fp Cgil medici.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Sanità

Il ministro Lorenzin:
trovato un tesoretto
I medici: alti ai tagli

DALOISO A PAGINA 10

Sanità, ora spunta un "tesoretto" I medici: stop ai tagli sugli esami *Il ministro annuncia: abbiamo un miliardo e mezzo in più*

Resta al centro delle polemiche il Decreto appropriatezza: domani il tavolo coi sindacati

VIVIANA DALOISO

Metti, un "tesoretto" della sanità. E non qualche briciola: un miliardo e mezzo di euro in più, spuntati all'improvviso grazie ai miglioramenti dell'economia e alla crescita del Pil. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin è soddisfatta: «Abbiamo fatto dei calcoli con la Ragioneria dello Stato: sono cifre ancora non ufficiali, ma se non succede niente di drammatico abbiamo al netto del budget già deciso nella Stabilità per il 2017 circa 1,5 miliardi in più da spendere». L'annuncio, fatto in tv martedì sera, secondo la Lorenzin dovrebbe cogliere persino il premier Renzi di sorpresa: «Ancora non lo sa. Ora cerchiamo di non farcelo portare via», continua sorridendo.

Il punto, in effetti, quel tesoretto è poterlo usare per sanare almeno una delle molte piaghe della sanità italiana, stretta tra sprechi, tagli, precariato. Il ministro pensa di agire «sul turn over del personale sanitario e sui farmaci innovativi». I medici invece sono critici e chiedono una marcia indietro sul cosiddetto Decreto appropriatezza, cioè sui tagli previsti per 203 prestazioni specialistiche (tra cui risonanze e test allergologici): «Il ministro non è nuovo ad annunci sul finanziamento della sanità, puntualmente però poi smentiti dai fatti. Ricordiamo quanto accaduto per il fondo sanitario 2016, che doveva essere di 115 miliardi secondo il Patto della salute e poi alla fine è arrivato a 111 miliardi. Ci au-

guriamo stavolta abbia ragione - ha commentato Costantino Troise, segretario dell'Anao Assomed, il sindacato dei medici e dirigenti del Servizio sanitario nazionale - . Nel frattempo speriamo in un suo ripensamento su merito e metodo del provvedimento "taglia-esami": l'appropriatezza clinica non si può ottenere da norme amministrative». Proprio sulle criticità del Decreto appropriatezza, d'altronde, la Lorenzin ha aperto a un confronto coi medici convocando per domani un vertice al ministero di Lungotevere Ripa con Regioni, sindacati e rappresentanti delle associazioni di

cittadini. «Io non sono innamorata di nessuna norma - ha precisato la Lorenzin - . Dobbiamo cercare di far funzionare la macchina e se i medici non ci aiutano o non sono messi in condizione di farla funzionare, la macchina non può marciare. Voglio vedere caso per caso, ma credo che

se l'obiettivo dell'appropriatezza è lo stesso, eliminare sprechi e furbate, nel giro di qualche giorno il problema lo risolviamo».

Il tesoretto da 1,5 miliardi di euro? Deve essere utilizzato per aumentare i posti letto, insiste invece il Codacons: «Basta vedere cosa accade nei pronto soccorso degli ospedali, dove i pazienti sono costretti ad attese estenuanti prima di essere visitati e a sostare anche per giorni su barelle in attesa di un posto letto» sentenza il presidente Carlo Rienzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO/ L'ANNUNCIO DEL MINISTRO LORENZIN

“Tesoretto Sanità di 1,5 miliardi”

ROMA. Il 2017 potrebbe essere l'anno buono per «sbloccare il turn over dei medici» e finanziare l'introduzione di «farmaci alternativi». Dalle pieghe del bilancio è apparso un insperato tesoretto da un miliardo e mezzo di euro. Lo ha detto **Beatrice Lorenzin**, ministro della Salute. «Abbiamo fatto dei calcoli con la Ragioneria dello Stato, sono cifre non ufficiali - ha ammesso - ma se non succede niente di drammatico all'economia italiana, abbiamo al netto del budget già deciso per la Stabilità 2017 circa 1,5 miliardi da spendere». Una cifra, ha precisato, «dovuta al buon andamento dell'economia e alla crescita del Pil».

Non si sono fatte attendere le repliche dei sindacati di categoria e delle associazioni. Il Codacons, per esempio, chiede che le risorse vengano utilizzate «per aumentare i posti letto e compensare i tagli lineari degli ultimi anni». Fra i sindacati prevale la cautela. Il segretario di Fp Cgil Medici, Massimo Cozza, spera che l'annuncio «non sia l'ennesimo smentito dai fatti, come già accaduto negli ultimi anni». Costantino Troise, segretario dell'Anao Assomed, fa notare che già per il 2016 il fondo «doveva essere di 115 miliardi e poi si è arrivato a 111». Sul tema i medici hanno già proclamato uno sciopero per il 17 e 18 marzo. Quanto annunciato dalla **Lorenzin** potrebbe rimettere in moto una trattativa per



Beatrice Lorenzin

scongiurarlo.

L'annuncio del tesoretto si aggiunge ad altre questioni importanti nell'agenda del **ministro della Salute** che ieri ha risposto alle domande dei lettori nel video forum di *Rep Tv*. Si inizia oggi con una riunione per la governance farmaceutica assieme al ministro dell'Economia Padoan. Al tavolo siederanno i rappresentanti delle regioni e dell'Agenzia italiana del farmaco. Il tema dell'incontro sarà non solo il tetto di spesa per la farmaceutica, ma tanti tetti quante le macroaree di cura: oncologia, il settore cardiovascolare, le malattie infettive e quelle autoimmuni. Altro tema caldo è il decreto «taglia esami». **Lorenzin** ha chiesto ai sindacati dei medici di medicina generale e alle regioni un confronto sulle criticità che stanno caratterizzando il debutto del provvedimento sull'appropriata: «L'obiettivo dell'incontro è ridurre gli sprechi e fare una corretta assistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Amianto, il bonus richiesto entro il 29/2

C'è tempo fino al 29 febbraio prossimo per presentare all'Inps le domande di riconoscimento dei benefici per esposizione all'amianto. Lo ricorda l'Inps nel messaggio n. 587/2016 di ieri, in cui annuncia peraltro la messa online di un'apposita procedura.

Bonus previdenziale. La possibilità di richiedere il bonus pensionistico è stata introdotta dalle legge di stabilità per il 2016 (legge 208/2015). Al comma 277 dell'unico articolo, infatti, ha disposto l'estensione dei benefici previdenziali di cui all'art. 13, comma 8, della legge n. 257/1992 ai lavoratori del settore della produzione di materiale rotabile ferroviario che hanno prestato la loro attività nel sito produttivo, senza essere dotati degli equipaggiamenti di protezione adeguati all'esposizione alle polveri di amianto, per l'intero periodo di durata delle operazioni di bonifica dall'amianto poste in essere mediante sostituzione del tetto. Il citato art. 13 stabilisce che, per i lavoratori che siano stati esposti all'amianto per un periodo superiore a dieci anni, l'intero periodo lavorativo soggetto all'assicurazione contro le malattie professionali derivanti dall'esposizione all'amianto gestita dall'Inail, è moltiplicato, ai fini delle prestazioni pensionistiche, per il coefficiente di 1,25.

Domande e decadenza. I benefici sono attribuiti per il periodo corrispondente alla bonifica, dietro presentazione di apposita domanda all'Inps, a pena di decadenza, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di stabilità, ossia entro il prossimo 29 febbraio come ricorda l'Inps. Nell'istanza, aggiunge l'istituto, va indicato il sito produttivo e il periodo temporale di esposizione. I benefici, inoltre, sono soggetti al limite delle risorse assegnate e che ammontano a 5,5 mln di euro per l'anno 2016, 7 mln di euro per l'anno 2017, 7,5 mln di euro per l'anno 2018 e 10 mln di euro annui a decorrere dall'anno 2019. Infine, è previsto che un apposito decreto del ministro del lavoro, di concerto con il ministro dell'economia, da adottare entro lo stesso termine di sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di stabilità 2016, vengano stabilite le modalità di attuazione dell'agevolazione, in particolare per l'assegnazione dei benefici le modalità di certificazione.

Carla De Lellis



Le sigarette, lo Stato e la salute

Paolo Liberati

UNIVERSITÀ DI ROMA TRE E CEFIP

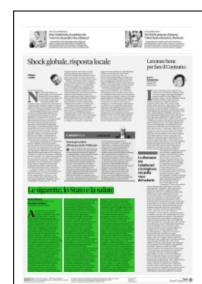
Massimo Paradiso

UNIVERSITÀ DI BARI E CEFIP

Abbiamo letto con interesse l'intervento del professor Spallone, pubblicato dall'Unità nei giorni scorsi. L'attuale sistema di tassazione delle sigarette è, senza dubbio, il risultato di una riforma che procede nella giusta direzione, di sostegno alle politiche sanitarie ed al gettito erariale. Ma si tratta solo di un primo passo. Rallentare o sospendere il cammino vanificherebbe gli effetti della riforma stessa. Per discuterne occorre muovere dall'aumento annuale dell'onere fiscale complessivo sulle sigarette collocate nelle classi di prezzo alto (causato dall'aumento automatico del prezzo medio di mercato). Un automatismo che rende il sistema di tassazione meno neutrale e soprattutto incoerente con gli obiettivi di gettito e di politica sanitaria dello Stato. L'onere fiscale minimo ha infatti funzioni di tutela sanitaria, poiché evita che siano disponibili sul mercato sigarette a prezzi eccessivamente bassi. Questa tutela deve essere garantita nel tempo: l'aumento dell'onere fiscale complessivo sulle sigarette ad alto prezzo dovrebbe essere accompagnato da un incremento dell'onere fiscale minimo su quelle a basso prezzo (accessibili soprattutto a giovani e giovanissimi). Secondo nostre stime, per mantenere invariati i rapporti tra il peso fiscale nelle

diverse classi di prezzo, sarebbe necessario aumentare l'onere fiscale minimo a 175 euro per kg (dai 170 euro per kg attuali). Ciò è peraltro già opportunamente previsto dalla riforma fiscale del 2014, insieme alla possibilità di aumentare la misura dell'accisa specifica e l'incidenza complessiva della tassazione attraverso la delega fiscale già approvata e attualmente nelle mani del ministero dell'Economia. Combinando questi parametri, e tenendo conto che, al contrario di quanto afferma il professor Spallone, l'elasticità della domanda di sigarette rispetto al prezzo tende a essere piuttosto bassa, ci sarebbero ottime opportunità per lo Stato per raccogliere gettito, per stabilizzare le dinamiche concorrenziali sul mercato e, soprattutto, per non compromettere il raggiungimento degli obiettivi sanitari. E ciò senza che si abbiano effetti apprezzabili in termini di aumento del contrabbando, come è stato pure osservato anche dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). L'idea che non facendo nulla il Governo non distorca le dinamiche della concorrenza è quindi quantomeno discutibile, proprio perché l'assenza di interventi avrebbe l'effetto di ampliare il divario nel trattamento fiscale delle diverse classi di prezzo, favorendo possibili tendenze al ribasso: una pratica priva di stabilità in termini di gettito già nel 2016. È importante ricordare che l'Italia è il Paese in cui il peso dell'accisa specifica (sulle quantità) rispetto a quella ad valorem (sul prezzo) è tra i più bassi in

Europa. E ci sono molte buone ragioni affinché le entrate fiscali dipendano sempre meno dai prezzi. Come l'onere fiscale minimo, anche l'accisa specifica contribuisce infatti al raggiungimento di obiettivi sanitari e di gettito. L'Oms, non a caso, da tempo sostiene un aumento delle accise specifiche, individuando nella tassazione sulle quantità il principale strumento di intervento. Perché allora non procedere in questa direzione? Riteniamo ci siano due principali motivazioni. La prima è storica e risale al tempo del monopolio pubblico, in cui il soggetto che determinava l'imposta era lo stesso che fissava il prezzo, e questo consentiva naturalmente di massimizzare il gettito. Cessato il regime di monopolio pubblico, questo modello ha finito tuttavia per rendere meno conveniente per i produttori privati aumentare i prezzi delle sigarette nel tempo, così favorendo pericolose rincorse al ribasso e una maggiore instabilità del gettito. La seconda motivazione rimanda all'obiezione che l'accisa specifica incida maggiormente sui prezzi più bassi. Si tratta di un argomento che travisa la funzione stessa dell'imposta. Le accise devono infatti condurre ad un prezzo delle sigarette che, per fini sanitari, ne scoraggi il consumo. E poiché i danni alla salute dipendono dalle quantità e non dai prezzi delle sigarette, la tassazione di tutte le classi di prezzo dovrebbe essere coerente con questo obiettivo. Non si tratta di un obiettivo da "Stato paternalista", come suggerito da qualcuno, ma della salute dei conti pubblici, e soprattutto di quella dei cittadini.



La proposta

Una nuova Agenzia per rilanciare la ricerca

ROBERTO I. ZANINI

Un convegno al Cnr. Garattini: «Serve una terapia subito»
Nicolais: «Tocca alla politica rinnovare la "governance"»
De Vincenti: «Il governo riordinerà gli enti di ricerca»
E intanto l'Italia resta al 27° posto per investimenti nella ricerca, al 35° per numero di ricercatori e al 18° per attività brevettuali

«**S**enza investire in ricerca, aumentare i ricercatori, pagarli meglio, rafforzare le fonti di finanziamento competitivo e indipendente, l'Italia resterà un bel Paese di geni isolati, ma destinata al declino». È la frase che chiude l'indagine sullo stato della ricerca scientifica italiana presentata ieri a Roma nella sede del Cnr, a conclusione del convegno "Il futuro della ricerca in Italia. Una riforma indispensabile", al quale avevano parlato economisti, manager e, fra gli altri, ricercatori come Luigi Nicolais, presidente del Cnr, e Silvio Garattini dell'Istituto Mario Negri. A quest'ultimo è stato affidato l'appello al governo a nome di tutto il settore: «La ricerca in Italia è gravemente ammalata. Siamo in coma e serve una terapia decisiva, subito». Riguardo alla terapia il convegno è tornato a proporre la ricetta formulata in un analogo incontro da "ultima spiaggia" datato 2003: realizzare un'Agenzia italiana indipendente per la ricerca scientifica, che coordini tutte le iniziative del settore rendendole efficienti a cominciare dalla certezza e dalla brevità delle procedure di concorso, di accertamento della qualità della ricerca e di finanziamento. Insomma, ha detto Nicolais, «serve una nuova *governance* e l'unica domanda che a questo punto la politica deve porre a se stessa è: vogliamo fare ricerca o no?». In questo senso, ha aggiunto Garattini, così come in Francia, Germania, Regno Unito e via dicendo «l'Agenzia diventerebbe un punto di riferimento intorno al quale costruire l'intero edificio. Perché la politica non comprende le vere necessità della ricerca scientifica e preferisce raccogliere facilmente alcuni voti piuttosto che prendere la strada dello

sviluppo». Il primo obiettivo dell'Agenzia, ha spiegato Nicolais, è quello di mettere ordine nel processo decisionale. Oggi, infatti, ben nove ministeri hanno competenze a riguardo e spesso con sovrapposizioni plurime. Intervistato in coda al convegno il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti non ha nascosto di essere in accordo con la proposta di istituire un'Agenzia, anche se su questo «il governo non ha ancora una decisione... L'occasione per discuterne potrebbe essere la cosiddetta "delega Madia" [affidata al ministro per la Semplificazione Marianna Madia, ndr] nella quale è previsto anche il riordino degli enti di ricerca». Ma quali sono i numeri che caratterizzano la ricerca in Italia? L'indagine che li propone uno per uno è significativamente intitolata "Una ricerca da tre soldi". L'ha presentata Luca Carra ed è da ieri sera consultabile sul sito della rivista *Scienzainrete*, nata dal convegno del 2003. Il richiamo all'opera di Bertold Brecht vuole proprio indicare una situazione «comica e tragica insieme». Niente che già non si sappia o non si immagini, ma che a parlo in sequenza fa sempre un certo effetto. L'Italia è ancora l'ottava economia mondiale, ma è al posto numero 27 per investimenti nella ricerca, al 35 per numero di ricercatori al 18 per attività brevettuali. I cosiddetti brevetti triadici, cioè quelli che richiedono registrazione in Europa, negli Usa e in Giappone, i più significativi del grado di applicazione industriale della ricerca, sono da dieci anni meno di 700 in media (in calo costante), contro i 5.500 della Germania, i 2.500 della Francia, gli oltre 1.700 del Regno Unito. Nel 2013 la spesa pro capite per la ricerca è stata di 460 euro, molto distante dai 1.490 della Svezia, 1440 degli Usa e i 1.250 della Germania, i 908 della media Ocse. In termini reali spendiamo 19 miliardi (8 pubblici) contro i 48 della Francia e i 31 del Regno Unito. Un'azienda come Samsung ne spende 12,5. In Italia i ricercatori pubblici sono 4,9 per ogni mille occupati, in Francia 9,8, in Germania 8,5, in Gran Bretagna 8,7 e 6,9 in Spagna. Anche la cosiddetta ricerca competitiva o di qualità vede l'Italia ampiamente distaccata con 92 milioni di euro l'anno a fronte dei 3.900 della Gran Bretagna, i 2.300 della Germania, gli 800 della Svizzera e i 400 della Francia. Una delle conseguenze è che abbiamo un 16,2% di ricercatori che vanno all'estero contro meno del 3% che dall'estero viene in Italia. E la situazione risulta ancor più paradossale se si considera la produttività media dei nostri ricercatori (rapporto fra ricercatori e risultati) che ci colloca prima di Germania e Francia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Influenza, è arrivato il picco stagionale

■ Continua a crescere la curva epidemica delle sindromi influenzali e, probabilmente, è stato raggiunto il picco stagionale. A rilevarlo è la rete Influnet dell'Istituto superiore di sanità. Il numero di casi stimati nell'ultima settimana di rilevazione dal 1 al 7 febbraio, è infatti pari a circa 331.000, per un totale, dall'inizio della sorveglianza, di circa 1.975.000 casi. Il livello di incidenza in Italia è dunque pari a 5,45 casi per mille assistiti. Le fasce di età maggiormente colpite secondo i rilievi statistici sono quelle pediatriche dei bambini al di sotto dei 14 anni in cui, in questa settimana, il numero di casi è aumentato maggiormente. Marche, Provincia autonoma di Trento, Piemonte e Basilicata le regioni maggiormente colpite. Febbre, stanchezza, tosse secca e dolori muscolari sono i principali sintomi della sindrome influenzale 2016.



l'allarme

Dopo il dodicesimo caso di contagio registrato da inizio anno

Meningite, la Toscana in fila per il vaccino

Le scorte comprate anche all'estero. Costo dell'operazione, 30 milioni

Marco Gemelli

■ Neanche il tempo di formalizzare la campagna vaccinazione intensiva contro la meningite - per la fase operativa sarà necessaria una delibera di giunta, prevista la prossima settimana - che nella Toscana centrale è già boom di prenotazioni: solo martedì, quando è stato reso noto il piano di intervento di massa contro il meningococco C, sono arrivate ai centralini delle Asl di Firenze, Prato e Pistoia ben 2.647 richieste. Il telefono ha continuato a squillare ininterrottamente anche ieri. Si calcola che potrebbero essere un milione le persone interessate. Per il momento le dosi ancora disponibili vengono riservate a coloro di età compresa tra i 18 e i 45 anni, per i quali era già stato previsto il vaccino gratuito. In attesa del nulla osta della regione Toscana, intanto, i tecnici sono al lavoro su due fronti: da un

lato la «chiamata alle armi» per medici di base e pediatri, che hanno già dato la loro disponibilità a somministrare i vaccini (forse anche nelle giornate festive); dall'altro la contrattazione con le aziende farmaceutiche italiane e internazionali per spuntare prezzi sostenibili. È stato confermato che le dosi verranno reperite anche sui mercati extraeuropei entro pochi giorni. La Toscana, insomma, si prepara a una campagna senza precedenti per allontanare lo spettro dell'epidemia: quando la vaccinazione sarà operativa, verranno adottate misure straordinarie co-

me l'apertura di tutti i centri di prelievo nelle ore pomeridiane. «Ci stiamo attivando per fare fronte a una richiesta superiore - spiega l'assessore regionale alla Salute, Stefania Saccardi -. Non dovremmo avere crisi di mancanza di vaccini, le nuove quantità ci consentiranno di risolvere le liste di attesa».

Uno dei punti cruciali della macchina organizzativa dovrebbe riguardare la diffusione a tappeto della «terapia», un aspetto su cui l'opposizione di centrodestra chiede spiegazioni: «Chiediamo che la Regione effettui un report dettagliato su eventuali disservizi - tuona il consigliere regionale Giovanni Donzelli (FdI) - perché ci risultano situazioni di Comuni in cui il vaccino non sarà disponibile. Ad esempio, sembra che a Scandicci il vaccino non si possa fare, e che sia necessario andare a Firenze». Le tutele proseguono anche fuori dai confini regionali: la vaccinazione sarà possibile ai residenti de La Spezia, in Liguria, che si recano in Toscana per motivi di lavoro o studio. In quanto ai quattro pazienti già stati colpiti da meningite e ancora in cura - gli altri otto sono deceduti o guariti - tre sono giovani e stanno bene, così come migliora anche l'unico 75enne, compatibilmente con le complicazioni dovute all'età. Da una media di 15-16 casi l'anno, la Toscana è passata ai 38 casi nel 2015 (di cui 31 di meningococco C) e agli attuali 12, concentrati nella zona di Empoli. La causa è un ceppo molto aggressivo, ST11, riscontrato anni fa anche nel Veneto e in Provenza.



Gli anticorpi contro l'emicrania

Una nuova classe di farmaci promette di bloccare il mal di testa. Basta un'iniezione al mese.

L'Oms la classifica tra le prime venti cause di disabilità, responsabile di milioni di ore di lavoro perse in tutto il mondo: è l'emicrania, che con i suoi attacchi invalidanti, spesso con nausea e vomito, mette ko il 15 per cento della popolazione. Ora, per la prima volta nella storia, in vista ci sono nuovi farmaci la cui efficacia è giudicata molto promettente, con un meccanismo d'azione completamente diverso da quelli attuali. La rivista *Science* vi dedicò un articolo intitolato «A shot at migraine», «un colpo al mal di testa» (o una puntura, visto che si tratta di farmaci iniettabili) che non nasconde il tono entusiasta.

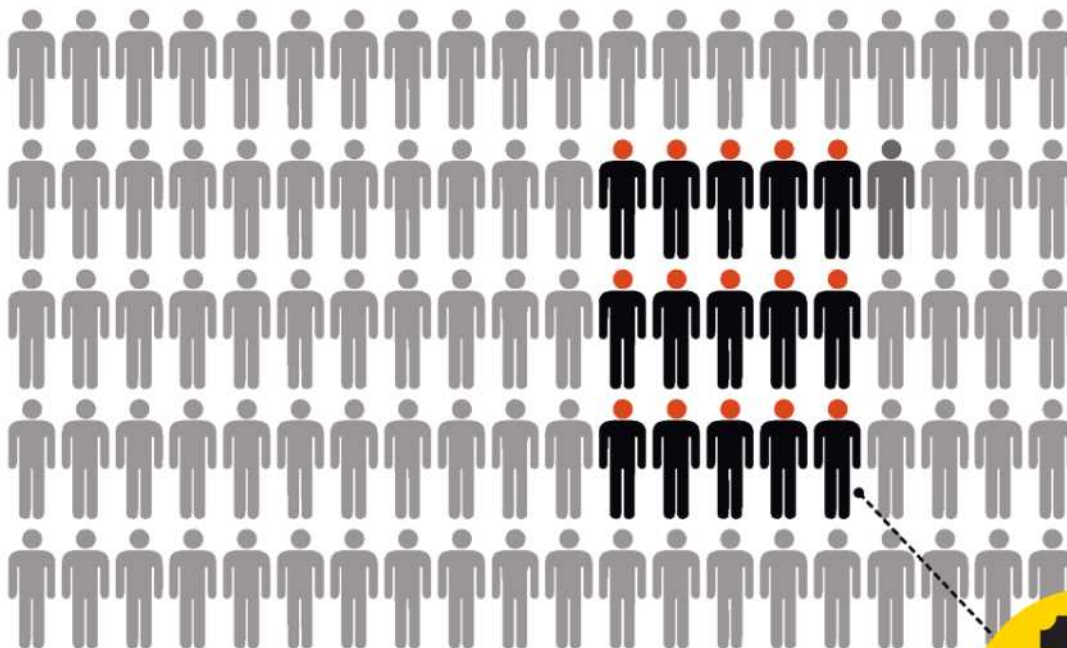
Vent'anni fa si scoprì che durante un attacco di emicrania nel sangue aumentano i livelli di una particolare molecola: il cosiddetto peptide correlato al gene della calcitonina (in sigla Cgrp), che svolge un ruolo di primo piano nel mal di testa. E partì la ricerca per intervenire sul circuito della molecola e bloccarne gli effetti.

Dopo vari tentativi a vuoto, la strada giusta si è rivelata quella degli anticorpi monoclonali: molecole in grado di legarsi al peptide, come una chiave fa con la serratura, e neutralizzarlo. «È una novità molto promettente» commenta Massimo Leone, responsa-

bile della struttura di neuromodulazione del dolore all'Istituto neurologico Besta di Milano. «Agisce su un meccanismo di azione del dolore su cui finora non era stato possibile mettere le mani; verrebbe somministrato una volta al mese, oppure ogni due settimane, evitando i pesanti effetti collaterali dell'uso prolungato di medicinali».

Altro aspetto positivo è che questi farmaci «paiono in grado di bloccare il circuito dell'infiammazione che scatena l'emicrania in modo mirato» spiega Carlo Lovati, responsabile del Centro cefalee all'Ospedale Sacco di Milano. A oggi questi anticorpi, sviluppati da quattro aziende farmaceutiche in corsa per l'approvazione, sono in fase II di sperimentazione, quella che testa sicurezza ed efficacia. Un test degli stessi farmaci, cui partecipa l'Istituto Besta con altri centri all'estero, è poi appena partita su pazienti con cefalea a grappolo. I primi risultati sono assai incoraggianti. Alcuni pazienti, con attacchi gravi, si sono liberati dell'emicrania. Resta da vedere quanto efficaci si riveleranno i farmaci per la maggioranza dei pazienti, quanto dura l'effetto, e quanto sia tollerabile il trattamento. (Ch.P)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



15%
della popolazione mondiale soffre di attacchi di emicrania

«Epidemie, specchio d'ineguaglianza»

**Dossier Caritas
in occasione della
Giornata del malato:
come nel caso di
ebola, l'accesso alla
sanità resta ancora
negato in troppe
«periferie del mondo»**

«**S**alute negata. Epidemie, specchio delle disuguaglianze del mondo. La lezione di ebola». È il titolo di un dossier Caritas che sviluppa una riflessione sull'accesso alla sanità, ancora negato a gran parte della popolazione nelle «periferie del mondo» e sottolinea la necessità di agire sulle cause delle fragilità, di un maggiore impegno politico e sociale, di costruire sistemi sanitari resilienti, di puntare sulla formazione.

A ridosso della Giornata mondiale del malato di oggi, proprio mentre l'Oms ha appena dichiarato il virus zika nuova emergenza internazionale di salute pubblica, la pubblicazione ricorda come «la salute è un diritto umano fondamentale, strettamente legato allo sviluppo dei popoli e alla pace. Non c'è pace senza diritti, non c'è sviluppo senza salute. È una questione di giustizia. E di umanità». Inoltre a due anni dall'inizio dell'epidemia di ebola in Africa occidentale, la più grave al mondo con oltre 28.000 casi e

11.000 vittime, viene presentata un'analisi delle cause e delle conseguenze. Con una convinzione: per rispondere a crisi complesse sono necessari interventi multisettoriali e di lungo termine. Dai dati di un'indagine nel nord della Sierra Leone sugli interventi della Camillian Task Force e della diocesi di Makeni a favore di 390 famiglie più vulnerabili colpite da ebola, si conferma inoltre in modo evidente lo stretto legame tra epidemie e povertà. Attraverso il lavoro di animatori e facilitatori locali, sono state effettuate visite periodiche nelle famiglie.

L'indagine ha coperto quattro distretti della regione, due dei quali tra i più colpiti dall'epidemia a livello nazionale, Bombali e Port Loko. Ne risulta che ebola ha direttamente colpito più dell'80% delle famiglie intervistate, causando la morte di uno o più membri. L'importanza di conoscere i contesti e la cultura locale e il ruolo cruciale degli attori locali si confermano elementi chiave per un intervento mirato ed efficace, così come la prevenzione e la ricerca.

Il Dossier segue gli 11 già pubblicati a partire dallo scorso anno e dedicati i temi della crisi in Grecia, del conflitto in Siria, della condizione dei carcerati ad Haiti, dello sfruttamento lavorativo in Asia, della condizione giovanile in Bosnia ed Erzegovina, delle migrazioni nel Corno d'Africa, dei cristiani perseguitati in Iraq, dello sfruttamento ambientale nella Repubblica del Congo, sulla salute mentale e dignità dei malati nei paesi balcanici, sullo sviluppo sostenibile in Asia, America Latina e Africa e su povertà e disuguaglianza ad Haiti.



RIMINI

Zika, si ammala dopo una vacanza “Allarme elevato”

RIMINI. Un caso di virus Zika a Rimini. A contrarlo un trentenne riminese rientrato da una vacanza a Santo Domingo. È il primo caso in Emilia Romagna. L'uomo era rientrato a fine gennaio e dopo pochi giorni aveva accusato sintomi come febbre alta, congiuntivite e dolori articolari. Si è rivolto al suo medico di base che gli ha prescritto accertamenti al dipartimento di microbiologia del Sant'Orsola di Bologna. Le analisi del sangue hanno confermato che ha contratto il virus Zika, trasmesso attraverso il pizzico di una zanzara. Il caso allarma la Regione. «La vigilanza resta alta, i servizi sono attivati. La situazione, in Emilia-Romagna, è comunque assolutamente sotto controllo», afferma l'assessore alla sanità Sergio Venturi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per la lotta contro l'obesità sono in arrivo nuovi farmaci

In Italia il fenomeno mostra un aumento preoccupante. Pronte medicine smart che "spengono" l'appetito

SALUTE Italia terra di santi, poeti, navigatori. E anche di obesi. Che ogni anno aumentano: oltre 100 mila persone lo diventano e quasi 200 mila sono in sovrappeso. Un totale che supera i 27 milioni, che significa quasi il 60% dei concittadini adulti. E che ci costa 9 miliardi di euro tra spese sanitarie, calo di produttività, assenteismo, mortalità precoce. È l'allarmante fotografia scattata dal documento "Il burden of disease dell'obesità in Italia" realizzato da Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation presentato qualche giorno fa a Roma in un incontro promosso da Novo Nordisk.

«La questione è seria, perché nonostante nel comune sentire si tenda a considerare l'eccesso di peso, è persino l'obesità, ancora come condizione estetica, l'obesità è una



L'obesità può provocare gravi danni fisici e psicologici. /METRO

Ostacoli fisici quotidiani

1 obeso su 3 non riesce a chinarsi o a salire una rampa di scale, uno su 5 percorre con difficoltà 200 metri a piedi.

vera e propria malattia - ha sottolineato Antonio Caretto, presidente dell'Associazione italiana di Dietetica e nutrizione clinica - l'obesità è causa di aumentato rischio di diabete, di malattie cardiovascolari

e di alcune forme di tumore; essere sovrappeso od obesi riduce il benessere psicologico, determina un impatto negativo sulla funzionalità fisica, con diminuzione della capacità di compiere anche le più semplici attività quotidiane, e sulla funzionalità sociale, con depressione, distress, cattiva qualità di vita».

Ora arrivano nuove cure in grado di combattere un problema molto serio. «Sino ad oggi l'obesità è stata una malattia piuttosto

Una vera malattia

L'eccesso di peso è la causa principale di diabete tipo 2, con un elevato rischio di malattie cardiovascolari.

- **L'obesità** è una malattia sociale, che riduce il benessere psicologico. Da sottolineare che una donna con basso livello di scolarità presenta un rischio di sovrappeso tre volte maggiore rispetto a una donna con maggiore scolarità.

sto orfana di cure - ha commentato Paolo Sbraccia, presidente della Società italiana dell'Obesità - erano più di 10 anni che si attendeva un nuovo farmaco, ora finalmente disponibile. Liraglutide è un analogo del GLP-1 che si è dimostrato efficace nel trattamento del sovrappeso e dell'obesità. È un farmaco "intelligente", che interagisce con uno specifico interruttore presente nel cervello che regola l'appetito».

LUISA MOSELLO

Mercoledì 10 FEBBRAIO 2016

Farmaceutica. Istat: "Nel 2015 produzione industriale +5,4%"

Nel suo report mensile l'Istituto di Statistica rileva la crescita del comparto nell'ultimo anno. In totale la produzione industriale è cresciuta nel 2015 dell'1% rispetto all'anno precedente. A dicembre però si registra un calo dell'1% rispetto allo stesso mese del 2014. [IL REPORT](#)

Publicato il bollettino mensile Istat sulla produzione industriale che nel 2015 è cresciuta dell'1%. I dati evidenziano le performance del comparto auto e mezzi di trasporto (+9,2%) e quello della fabbricazione di coke e prodotti petroliferi raffinati (+4,6%), in crescita anche la fabbricazione di prodotti chimici (+1,1%). Le diminuzioni maggiori si rilevano nei settori della metallurgia e fabbricazione di prodotti in metallo, esclusi macchine e impianti, (-7,4%), dell'attività estrattiva (-5,5%) e della fabbricazione di macchinari e attrezzature n.c.a. (-4,3%).

La produzione farmaceutica è registra un aumento del +5,4% nell'anno 2015. Si registra però un calo dell'1,7% nel mese di dicembre 2015, mentre è aumentata del +0,8% nell'ultimo trimestre 2015. Nel mese di dicembre 2015 rispetto al mese di dicembre 2014 si registra una flessione del -0,4%. Flessione che si registra su tutti i comparti (-1%).