



RASSEGNA STAMPA

13/02/2016

1. ANSA Lorenzin, nessun super-ticket per i cittadini
2. QUOTIDIANO NAZIONALE Marcia indietro sul taglia esami
3. SOLE 24 ORE Cure inappropriate, sanzioni rinviate
4. TEMPO Le analisi? Lievitate del 130 per cento
5. UNITA' L'accesso alle medicine e alle cure sanitarie
6. FARMACISTA 33 Terapia del dolore: ancora troppa diffidenza sugli oppiacei
7. IO DONNA Tumore: da Trieste il test antirecidive
8. PHARMA STAR Tumore della prostata: sorveglianza attiva per 10mila pazienti
9. QUOTIDIANO SANITÀ Eutanasia in diretta sulla BBC. Melazzini: "Malattia e disabilità non diventino criteri di emarginazione"
10. AVVENIRE Zika. In Venezuela le prime tre vittime
11. CORRIERE DELLA SERA Zika getta panico nello sport
12. REPUBBLICA D Un placebo al giorno
13. HEALTH DESK Colpire i macrofagi per battere la leucemia
14. NAZIONE Allarme meningite "Mi figlio è salvo"

<http://www.ansa.it/saluteebenessere/notizie/rubriche/salute/>

Lorenzin, nessun super-ticket per i cittadini

Nel 'taglia-esami' non previste sanzioni ai medici

• successiva



Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin

Gli italiani non dovranno pagare alcun super-ticket per visite specialistiche ed esami ed i medici non incorreranno in sanzioni legate alle prescrizioni. Dopo accese proteste e contestazioni da parte delle organizzazioni dei camici bianchi, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin annuncia che i punti critici del decreto per l'appropriatezza delle prestazioni verranno rivisti, sottolineando che l'obiettivo resta quello di evitare esami inutili e sprechi, e non di limitare le cure ai cittadini. Con l'entrata in vigore lo scorso gennaio del cosiddetto decreto 'taglia-esami', molte erano state infatti le 'incongruenze' rilevate dai medici, che più volte hanno evidenziato l'inapplicabilità delle nuove norme ed il fatto che queste avrebbero

anche comportato un aggravio di costi per i pazienti. Criticità che sono state oggi al centro dell'incontro al ministero voluto da Lorenzin ed al quale hanno partecipato la Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo) ed il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Sergio Venturi. Circa quattro ore di confronto che hanno portato ad un'intesa sui punti più dibattuti. Innanzitutto, però, Lorenzin ha voluto sgombrare il campo da falsi timori: "Non ci saranno assolutamente super-ticket per i cittadini", ha rassicurato, dovuti alla singola prescrizione di esami su singole ricette, ognuna delle quali gravata appunto da un ticket. Tale necessità, ha chiarito, "era infatti dovuta ad un errore tecnico nella formulazione dei campi delle ricette elettroniche".

Altro punto caldo, quello relativo alle sanzioni per i medici nel caso di ripetute prescrizioni ritenute 'inappropriate': "Non ci sono sanzioni per i medici previste con il decreto", ha chiarito il ministro, aggiungendo che solo quando "il sistema sarà a regime, ci sarà un monitoraggio" e le eventuali sanzioni saranno oggetto di un futuro accordo in Conferenza Stato-Regioni. Ed ancora: sarà attivato un tavolo di confronto al fine di riformulare eventualmente i criteri di appropriatezza ed erogabilità previsti e sarà messa a punto una circolare esplicativa per garantire l'applicazione omogenea delle nuove norme su tutto il territorio. Ma fondamentale, ha sottolineato il ministro, è anche l'informazione ai cittadini: ci sarà dunque una specifica campagna di comunicazione e verrà formulato un manifesto da affiggere negli studi medici e gli ambulatori. Negli ultimi giorni, ha affermato Lorenzin, "mi sono arrivate via Whatsapp numerose segnalazioni di timori da parte di pazienti, ma va detto che le cure saranno garantite. Non ci sono limiti di accesso a cure necessarie, ed i pazienti cronici e gli invalidi sono salvaguardati dalle disposizioni vigenti".

Insomma, l'obiettivo è "evitare gli sprechi garantendo le cure, ed i risparmi che saranno così ottenuti - ha precisato il ministro - saranno tutti reinvestiti nel Servizio Sanitario nazionale e per la medicina del territorio". Un nuovo incontro con tutte le organizzazioni sindacali è in programma per la prossima settimana. Positivo il commento della Federazione dei medici di famiglia Fimmg, secondo cui "la rimessa in discussione del decreto-bavaglio sulla libertà prescrittiva dei medici è l'unica decisione che il ministro poteva assumere per porre un freno a caos e nuovi super ticket". "Parzialmente soddisfatto" si dice invece il sindacato dei medici dirigenti Anao, che annuncia: "Vigileremo sugli impegni assunti"

Marcia indietro sul taglia esami «Niente superticket e sanzioni»

Accordo tra il ministro e i medici. «Ma ora stop agli sprechi»

Gli ospedalieri restano scettici «Così crescono le liste d'attesa»

Il sindacato ospedalieri Anaa Assomed
«Non rientra tra i compiti della politica la
definizione dei criteri di appropriatezza.
Certi filtri ingrossano le liste di attesa»

MONITORAGGIO

Avvisi in tutti gli ambulatori
La prossima settimana
il summit con i sindacati



Ci interessa evitare
gli sperperi e reinvestire
i risparmi nel Servizio
sanitario nazionale

Silvia Mastrantonio
■ ROMA

È UNA MARCIA indietro. Moderata, ponderata, ma resta una marcia indietro. Il cosiddetto «decreto appropriatezza» odiato e contestato dai medici di tutta Italia e feroce di gravi preoccupazioni per i cittadini sarà rivisitato in un apposito Tavolo di confronto. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha impegnato una lunga mattina spesa ad incontrare la Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) rappresentata dalla presidente Roberta Chersevani, l'assessore alla Salute dell'Emilia Romagna, rappresentante delle Regioni, Sergio Venturi, per arrivare a comunicare tre cose fondamentali: «Non ci saranno assolutamente superticket per i cittadini» collegati a prescrizioni di esami su singole ricette ognuna gravata dal proprio balzello. «Non ci sono sanzioni per i medici previste con il decreto sull'appropriatezza delle prescrizioni». Almeno per ora. Terza e ultima: il ministro incontrerà i sindacati dei medici la prossima settimana, in qualche modo per scongiurare lo

sciopero già proclamato per il 17 e 18 marzo che fa seguito a quello del 16 dicembre.

È UN PASSO significativo che risponde all'allarme giunto dai cittadini, in ansia per le prestazioni sanitarie prescrivibili dal proprio specialista, e per i ticket moltiplicati per il numero delle ricette. Il ministro ha chiarito ieri che non sarà necessario avere una prescrizione, per visite o esami, per singola ricetta. «Ciò - ha spiegato - era dovuto a un errore tecnico nella formulazione dei campi delle ricette elettroniche». E, in aggiunta, **Lorenzin** ha sottolineato: «Il decreto non ha finalità economiche ma quelle di evitare gli sprechi e realizzare un sistema di appropriatezza insieme con i medici». Insieme, appunto. Ma è stata proprio la mancanza di confronto uno dei punti su cui hanno più insistito le critiche degli specialisti. Il fatto di essere limitati nella volontà di indagine secondo protocolli che cozzano con i principi di «scienza e coscienza», avevano fatto infuriare i sindacati. Sulle eventuali sanzioni a quei dottori che si macchinano di ripetute prescrizioni

ritenute inadeguate per visite ed esami clinici, il ministro ha detto che: «Arriveranno, eventualmente, quando tutto il sistema sarà a regime. Ci sarà un monitoraggio e ci rivedremo con le parti per capire come andare avanti su questo fronte». Comunque, ha chiuso **Lorenzin**: «Ci interessa la messa in atto di un sistema di appropriatezza, molto di più che le sanzioni». Evitare gli sprechi e reinvestire i risparmi nel Servizio sanitario nazionale, è stato garantito. Anche la lista delle prestazioni ora sotto osservazione (circa 200) potrà essere rivista. In più, per placare le ansie degli utenti, è stato deciso di stampare manifesti esplicativi da sistemare in ospedali e studi medici. Tutto questo sarà oggetto di una circolare esplicativa, come anticipato da Venturi.

C'È MATERIA, nuova, per un confronto. Ma, sostiene Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg, «è l'unica cosa che il ministro poteva fare per porre un freno a caos e nuovi super ticket». La speranza dei sindacati è che il tavolo di confronto raddrizzi «le tante distorsioni» del decreto.





I punti

208 prestazioni

Dall'estrazione dei denti a risonanze e tomografie, dalle analisi del colesterolo alla scintigrafia e genetica: sono 208 le prestazioni e gli esami che finiscono sotto stretta osservazione col decreto sull'appropriatezza voluto dal ministro [Lorenzin](#)

13 miliardi di euro

Lo scopo del giro di vite, per arginare spese che si sono dilatate negli anni, è evitare o scoraggiare la prescrizione di esami e visite a chi non ne ha bisogno, indagini inutili che costano ogni anno al Servizio sanitario nazionale circa 13 miliardi di euro

17-18 marzo

Le organizzazioni sindacali dei medici, ormai da tempo sul piede di guerra, hanno indetto uno sciopero per il 17 e il 18 marzo prossimi. Il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), li incontrerà la prossima settimana per negoziare



RISPARMI
Beatrice Lorenzin
ministro della salute
(Ansa)

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

Sanità. Fino a quando il sistema non sarà a regime

Cure inappropriate, sanzioni rinviate

LE CONTROMISURE

Dopo le polemiche dei giorni scorsi saranno messi a punto una circolare esplicativa per i medici e manifesti informativi per i cittadini

Barbara Gobbi

■ Stop alle multe per i medici che "sgarrano", altolà al rischio **superticket** che incombeva sulle tasche dei cittadini, una circolare applicativa per fare chiarezza e manifesti negli studi per informare i pazienti.

Il ministero della Salute fa retromarcia sul "decreto appropriatezza", che mette all'indice 203 prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili in ambito Ssn, indicandone condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva. La decisione di rimettere mano al decreto - pubblicato sulla Gazzetta ufficiale il 20 gennaio - è arrivata ieri dopo un vertice al ministero tra la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, una delegazione della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) guidata dalla presidente Roberta Chersevani e il coordinatore degli assessori alla Salute, Sergio Venturi. Obiettivo dell'incontro, dipanare una matassa decisamente ingarbugliata: il decreto **Lorenzin** (Dm 9 dicembre 2015) è diretta derivazione del Dl enti locali, pubblicato ad agosto scorso, che chiamava anche medici dipendenti e convenzionati a contribuire alla stretta sulla spesa sanitaria. Solo prescrizioni "appropriate", si legge nella norma, pena tagli allo stipendio.

Un'operazione contestatissima dai camici bianchi, sulle barricate da mesi contro «il tentativo di generale smantellamento della sanità pubblica». I sindacati alla riunione di ieri non hanno partecipato, perché non invitati. E per il momento confermano le due giornate di sciopero del 17 e 18 marzo.

Intanto, **Lorenzin** si è affrettata a gettare acqua sul fuoco delle

polemiche, a cominciare dal tormentone-sanzioni. «Arriveranno quando sarà tutto a regime - ha spiegato -. Ci sarà un monitoraggio e ci rivedremo, insieme anche ai medici e alle Regioni, per capire come andare avanti. L'importante è aver tutto lo stesso obiettivo e cioè curare i pazienti nel modo migliore. Questo però va fatto senza sprechi: non servono a nessuno e anzi sono dannosi». Poi, la promessa: tutto il risparmio ottenuto con l'operazione appropriatezza sarà reinvestito nel sistema sanitario. «Anche e soprattutto a favore della medicina del territorio - ha precisato **Lorenzin** - che noi abbiamo tutto l'interesse a rafforzare con i medici». E se i prescrittori hanno denunciato persino aggressioni da parte di pazienti che si erano visti rifiutare ricette consuete - è il caso emblematico del colesterolo "buono" Hdl, che in determinati casi, stando al decreto, andrebbe ripetuto non prima di 5 anni altrimenti il cittadino paga da sé - il ministero si impegna a «comunicare meglio»: manifesti in tutti gli ambulatori spiegheranno cosa è cambiato.

Mentre una circolare applicativa farà luce, a breve, su tutto il decreto. Inoltre Sogei, la società Ict del ministero dell'Economia, correggerà gli errori nei software dei medici e disinnescerà la bomba-ticket, che rischiava di far lievitare i costi per i pazienti: d'ora in poi su una stessa ricetta potranno essere prescritti anche più esami.

Tutto bene, quindi? I medici restano cauti. «Permangono le sanzioni - afferma il segretario Fimmg (medici di famiglia) Giacomo Milillo - demandate a un accordo Stato-Regioni anziché a una commissione paritetica». Sulla stessa lunghezza d'onda Costantino Troise (Anao Assomed), che aggiunge: «Resta sul tappeto il problema vero: definire i criteri di appropriatezza non spetta alla politica ma ai medici, all'interno di un'alleanza con i cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le analisi? Lievitate del 130 per cento

Il decreto sull'appropriatezza prescrittiva fa impennare i prezzi Nel Lazio alle disposizioni nazionali si aggiungono due ticket di 10 euro

78,60

Euro

Per gli esami che si prescrivono per l'ipertensione. In Lombardia si pagano, invece, 14 euro e 80 centesimi

2

Esami

Per ogni ricetta rossa. Questo prevede il decreto sull'appropriatezza prescrittiva. Così i costi lievitano oltre misura

Antonio Sbraga

■ Mentre gli esami, come diceva Eduardo, non finiscono mai, gli spazi per la loro prescrizione, invece, ora hanno un limite: il nuovo decreto sull'appropriatezza, infatti, non consente di disporre più di 2 per ogni singola ricetta rossa. Una limitazione che manda però in «rosso» i conti dei pazienti della Regione Lazio (dove sono in vigore ben 2 ticket aggiuntivi di 10 euro più 4 per ciascuna ricetta), che così finiscono per pagare più del doppio il costo finale della prescrizione degli 8 più comuni esami di controllo (transaminasi, emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, colesterolo e potassio): prima del decreto costava complessivamente 34 euro e 8 centesimi ed ora è finita a 78 euro e 60 centesimi. Un aumento del 130 per cento che suona come una beffa, sommata al danno del decreto sull'appropriatezza prescrittiva degli esami, che dal mese scorso ha impresso una stretta sull'erogazione a carico del servizio sanitario regionale di ben 203 tipi di prestazioni.

«Prima del decreto - spiega Pina Onotri, segretario del Sindacato medici italiani (Smi) - tutti gli 8 esami che solitamente si prescrivono per prevenire

sia l'ipertensione che l'ipercolesterolemia, si potevano inserire sulla stessa ricetta. Ora, invece, occorre mettere la nota del decreto per ciascun esame, tutti diversi fra loro, negli appositi spazi della ricetta, che però sono solo 2. Quindi, se prima la prescrizione della classica batteria di esami costava al paziente 34 euro di ticket, ora ne costa 78». Mentre il paziente lombardo, su cui non gravano i 2 ticket aggiuntivi in vigore nel Lazio, «per gli stessi esami paga solo 14 euro e 80 centesimi, ossia solo il ticket di base, calcolato sul valore dei singoli esami, che in Lombardia costano anche quasi un terzo di meno rispetto ai 20 euro e 80 centesimi del Lazio», aggiunge Onotri. I fin troppo pazienti del Lazio, dunque, pagano di più due volte: un terzo in più per i costi degli esami e il doppio per i 2 ticket aggiuntivi. Un aggravio riconosciuto ora anche dal coordinatore nazionale degli assessori alla Salute, l'emiliano Sergio Venturi: «C'è un problema di applicazione nel Lazio, dove ogni ricetta pesa 10 euro (il super ticket) e questo non possiamo risolverlo e non credo che lo possa risolvere in breve tempo anche il Ministero. Se bisogna fare una ricetta a parte è chiaro che i costi aumentano». Ma, ag-

giunge Onotri, «anche in qualsiasi altra Regione il costo sarebbe, comunque, assai superiore al valore effettivo degli esami e così ampie praterie vengono spalancate al privato». Dove il semplice esame dell'urina, infatti, costa meno del ticket pubblico: «Con la ricetta il paziente paga 17 euro - quantifica la segretaria dello Smi - negli ambulatori privati 7 euro». Ma il nuovo decreto sulla appropriatezza prescrittiva costa caro anche ai pazienti esenti: «La prescrizione degli esami di routine prima si faceva con 2 ricette rosse, tutte in esenzione - conclude Onotri - col nuovo decreto, invece, transaminasi, uricemia, colesterolo e trigliceridi possono essere prescritti solo su ricetta bianca, quindi a pagamento. E, nel caso del cittadino pagante, le farà tutte nel privato perché il ticket aggiuntivo farà lievitare il costo. Anche per i diabetici e le donne in stato di gravidanza il decreto confligge con i livelli essenziali di assistenza».



L'accesso alle medicine e alle cure sanitarie

● **L'austerità adottata da molti Stati membri ha ridotto le risorse destinate alla sanità pubblica**

Nelle nostre case restano tonnellate di farmaci inutilizzati

Damiano Zoffoli

L'obiettivo cardine dell'Unione europea in materia di sanità è di garantire il diritto alla salute dei suoi cittadini cioè la disponibilità, l'accessibilità e la qualità delle cure sanitarie e, di conseguenza, garantire a tutti i pazienti l'accesso ai medicinali facendo in modo che le medicine, anche quelle per le malattie rare, siano prontamente disponibili e vendute a un prezzo accessibile. Obiettivi purtroppo non facilmente raggiungibili a causa, in primo luogo, delle politiche di austerità adottate da molti Stati membri per effetto della crisi economica che negli ultimi anni ha colpito l'Unione europea con conseguenti tagli alle risorse nazionali destinate alla sanità pubblica. Nei decenni a venire i paesi dell'Unione europea registreranno un forte incremento della quota di popolazione rappresentata dagli anziani e un calo significativo delle persone in età lavorativa. Se da una parte l'allungamento dell'aspettativa di vita rappresenta un successo, dall'altra l'invecchiamento demografico pone sfide significative per le economie e i regimi previdenziali oltre a maggiori spese nel campo dell'assistenza sanitaria. A tal fine, per garantire il diritto all'assistenza sanitaria si chiede all'industria una maggiore trasparenza nel negoziare i prezzi dei farmaci, evitando accordi confidenziali e prezzi differenziati per paese. Un alto livello di trasparenza è richiesto per i costi di produzione dei medicinali, per assicurare il bilanciamento tra prezzo equo per il paziente e giusto ritorno per l'industria. Ancora, è indispensabile un aumento del finanziamento pubblico in ricerca e innovazione, considerando modelli alternativi come premi o finanziamenti condizionati all'obbligo di stabilire un prezzo accessibile a tutti. È inoltre importante che i brevetti dei farmaci siano garantiti solo per un'innovazione genuina bloccando pratiche, come quella

dell'evergreening, grazie alle quali le case farmaceutiche, apportando minime modifiche a prodotti vecchi, riescono a mantenere i brevetti per un tempo indefinito senza generare innovazione. In questa epoca di crisi a farne le spese sono stati soprattutto i trattamenti preventivi. La prevenzione delle malattie non deve più essere intesa come un costo bensì come un investimento e una priorità nel campo della sanità pubblica e perché ciò avvenga si rendono necessarie scelte politiche diverse che puntino da un lato a mettere a disposizione maggiori risorse e, dall'altro, a sensibilizzare i cittadini attraverso specifiche campagne che dovrebbero educare il cittadino a un uso più responsabile dei medicinali. Ci troviamo oggi di fronte a un fenomeno per cui larghe fasce di popolazione all'interno dell'Unione europea hanno un'oggettiva difficoltà a procurarsi i medicinali di cui hanno bisogno e dall'altra, a un progressivo aumento della resistenza agli antimicrobici, indice di un uso eccessivo di questi medicinali. Un altro grande tema è quello dello spreco. Nelle nostre case restano quotidianamente inutilizzate tonnellate di farmaci ancora validi. Si tratta di risorse che potrebbero rappresentare un bene prezioso per tutti coloro che non hanno la possibilità economica di accedere alle cure, uno spreco enorme per il nostro sistema sanitario, senza dimenticare le pesanti conseguenze negative prodotte sull'ambiente dallo smaltimento degli stessi. È quindi urgente intraprendere al più presto una serie di azioni nell'ottica di una transizione verso un'economia circolare che rappresenta una delle principali sfide che l'Unione europea è chiamata ad affrontare. Al contempo sono necessarie misure per un maggiore accesso al mercato dei medicinali generici, che, generando competizione, aiutano ad abbassare i costi e a ridurre la spesa generale in medicine. In Italia la spesa farmaceutica per prodotti generici, che mediamente costano il 20 per cento in meno rispetto ai generici, non supera il 14 per cento del totale, rispetto al 50 per cento in Germania e all'85 per cento in Inghilterra. Infine, è opportuno promuovere lo scambio di buone pratiche e la cooperazione tra stati membri sulle politiche di prezzo e di rimborso. Come si vede molto lavoro resta ancora da fare e se è vero che spetta agli Stati membri l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, è vero anche che è a livello europeo che si individuano e si promuovono le migliori pratiche. Per questo motivo un'Unione europea in buona salute è la migliore garanzia per la salute degli europei.



<http://www.farmacista33.it/>

Terapia del dolore: ancora troppa diffidenza sugli oppiacei



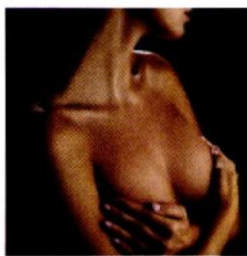
Timori ingiustificati. Barriere culturali. Cure inappropriate. Ecco le parole chiave intorno alle quali ruota oggi il dibattito sull'impiego degli oppiacei nella cura del dolore, come emerso da un incontro a Milano in occasione della presentazione di un nuovo dosaggio della combinazione ossicodone/naloxone. Secondo gli ultimi dati Efic 2015, in Europa, ogni anno si registrano circa 500 milioni di giornate di malattie legate a sintomi dolorosi e una persona su tre non riceve alcun trattamento. Il dolore cronico, in Italia, colpisce una persona su quattro con una durata media del sintomo pari a 7 anni. «Il dolore cronico è fonte di un deterioramento globale della persona, a livello fisico e psichico; nei casi più gravi, può arrivare anche a compromettere la riuscita delle terapie in corso» spiega **Vittorio Guardamagna**, direttore dell'unità di terapia del dolore e cure palliative, Istituto europeo di oncologia di Milano.

«Nei pazienti con tumore, per esempio, una condizione di sofferenza protratta e non controllata costringe a volte l'oncologo a interrompere la chemioterapia o il radioterapista a rinviare la seduta. È fondamentale, dunque, lenire il dolore, per motivi non solo etici ma anche clinici. Il problema è che, ancora troppo spesso, si ricorre a terapie poco

appropriate: nel caso dei pazienti oncologici, accade una volta su due. Nonostante diversi warning di Aifa ed Ema, è tuttora diffuso l'impiego prolungato di Fans, che non andrebbero somministrati oltre le tre settimane, per la loro tossicità a livello gastrico, epatico, renale e cardiovascolare». I farmaci oppioidi, però, fanno ancora paura. «Nonostante i cambiamenti legislativi - afferma **Enrico Polati**, direttore del dipartimento di emergenza, terapie Intensive e terapia del dolore, Aou Verona - non si risponde ancora in maniera adeguata ai reali bisogni dei malati. Permangono le vecchie barriere culturali che limitano l'accesso ai farmaci oppiacei, spesso a causa di timori ingiustificati. In realtà, i nuovi oppioidi hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore ai precedenti».

Combinazione a nuovo dosaggio

Su questo fronte, la novità di questi ultimi anni è l'associazione ossicodone/naloxone, che combina un oppiaceo al suo antagonista, consentendo, a parità di efficacia, una maggiore tollerabilità grazie all'effetto "antidoto" di naloxone a livello gastrointestinale, con riduzione di eventi avversi tipici quali stipsi, nausea e vomito. Da pochi giorni è disponibile anche in Italia la formula con dosaggio massimo giornaliero a rilascio prolungato (160/80 mg), approvata sulla base dei risultati dello studio OxN 3505 condotto su 243 pazienti con dolore severo, correlato a patologia oncologica o cronico-degenerativa. Lo studio, randomizzato in doppio cieco, prevedeva il confronto tra un primo gruppo di pazienti, trattati con ossicodone/naloxone a dosi elevate, e un secondo gruppo, che assumeva alte dosi del solo ossicodone. In una successiva fase di estensione in aperto, tutti i partecipanti sono passati a ossicodone/naloxone (fino a 180/90 mg die). L'efficacia dei due trattamenti è apparsa sovrapponibile, a fronte di una migliore funzionalità intestinale registrata nel gruppo che assumeva la formulazione oppioide/antagonista. «Questi risultati - conclude Guardamagna - hanno consentito di innalzare il dosaggio massimo a 160/80 mg/die, per trattare anche le forme di dolore più severe, permettendo d'ora in poi al clinico di seguire con più flessibilità il paziente e rispondere meglio alle esigenze antalgiche che mutano nel tempo, con l'evolvere della patologia».



Tumore: da Trieste il test antirecidive

È stato messo a punto, nell'Area Science Park di Trieste, *AlphaReal Breast*, un kit che prevede il pericolo di recidive del cancro al seno e che può essere usato in tutti i laboratori di anatomia patologica. Partendo dall'analisi dell'espressione genica dei tessuti malati, i ricercatori hanno elaborato un algoritmo che quantifica l'intervallo di probabilità di ricadute nei cinque anni post diagnosi. «Si può così eseguire un'analisi molto rapida per classificare le pazienti in base al rischio di recidive» dice Milena Sinigaglia, biotecnologa. «Il test è quindi uno strumento utile per adottare quanto prima opportune strategie terapeutiche».

Simona Regina

<http://www.pharmastar.it>

Tumore della prostata: ogni anno per 10mila pazienti basta la sorveglianza attiva

Ogni anno in Italia circa 10mila uomini colpiti da tumore alla prostata presentano una neoplasia di ridotte dimensioni e scarsa aggressività. Tutti questi pazienti potrebbero essere sottoposti a sorveglianza attiva che prevede di monitorare la malattia attraverso esami specifici e controlli periodici, in alternativa alle terapie radicali. Con importanti risparmi anche per il servizio sanitario nazionale.



12 febbraio 2016

Ogni anno in Italia circa 10mila uomini colpiti da tumore alla prostata presentano una neoplasia di ridotte dimensioni e scarsa aggressività. Tutti questi pazienti potrebbero essere sottoposti a sorveglianza attiva che prevede di monitorare la malattia attraverso esami specifici e controlli periodici, in alternativa alle terapie radicali. Con importanti risparmi anche per il servizio sanitario nazionale.

Le ultime novità scientifiche sulla sorveglianza attiva sono presentate oggi in un media tutorial nell'ambito della terza Conference "Active surveillance for low risk prostate cancer", un convegno internazionale realizzato dall'European School of Oncology con il supporto della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO).

“Nel nostro Paese ancora troppi uomini con un carcinoma prostatico ricevono cure che possono avere severi effetti collaterali a carico della sfera sessuale, urinaria e rettale - afferma il

prof. **Riccardo Valdagni**, presidente della SIUrO -. La sorveglianza attiva rappresenta una nuova opportunità e modifica l'approccio tradizionale che prevede quasi sempre un trattamento radicale dopo la diagnosi del tumore. In alternativa ad essere sottoposto a una delle terapie radicali come chirurgia, radioterapia o brachiterapia il paziente con tumore indolente è sottoposto a esami e controlli periodici. Questa vale per tutta la vita o fino a quando la malattia non modifica le sue caratteristiche iniziali. Se la patologia cambia siamo in grado di interrompere il percorso osservazionale, intervenire tempestivamente e indirizzare il paziente al trattamento”.

La SIUrO promuove la sorveglianza attiva fin dal 2009 quando è iniziato “SIUrO PRIAS ITA”, il più grande studio a livello mondiale che in Italia è coordinato dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Sotto l'egida della SIUrO ha coinvolto 850 pazienti reclutati dieci centri del nostro Paese.

“La sorveglianza attiva è riconosciuta da anni nelle più importanti linee guida internazionali e sta sempre più diventando una valida alternativa terapeutica anche in Italia - sottolinea il prof. **Giario Conti**, segretario SIUrO -. Per molti pazienti è difficile accettare l'idea che non si intervenga subito per rimuovere il tumore e di diventare invece un ‘sorvegliato speciale’. Tuttavia solo meno del 2 % degli uomini abbandona il protocollo per motivi di ansia. E' inoltre dimostrato da diverse ricerche internazionali che la sorveglianza attiva non riduce le possibilità di guarigione né la qualità di vita. E' quindi fondamentale il lavoro dell'intera equipe multidisciplinare che deve non solo assistere, ma anche assicurare il malato”.

Il tumore della prostata è la forma di cancro più diffusa tra gli uomini del nostro Paese e solo lo scorso anno ha fatto registrare 35.000 nuove diagnosi. “Nel 60% dei casi la malattia richiede invece un trattamento con le tradizionali terapie come chirurgia, radioterapia e brachiterapia - aggiunge il prof. Valdagni -. Solo ai pazienti che presentano caratteristiche ben precise e che costituiscono circa il 40% dei casi può essere proposta la sorveglianza attiva. Il carcinoma deve avere piccole dimensioni e una bassa aggressività biologica. E i pazienti devono essere disposti a seguire scrupolosamente gli esami e le visite di follow-up per monitorare la patologia”.

Alla conferenza internazionale di Milano del 12 e 13 febbraio sono presentate anche le prospettive future di questo atteggiamento osservazionale. “I prossimi punti sui quali possiamo intervenire per perfezionare i protocolli della sorveglianza attiva sono la selezione più accurata dei pazienti, la creazione di un database internazionale per il confronto dei risultati e l'individuazione di metodi di follow-up alternativi e meno invasivi della biopsia - concludono Valdagni e Conti -. E' fondamentale inoltre rafforzare l'alleanza con i patologi e i radiologi per avere diagnosi sempre più precise. La SIUrO è una società scientifica multidisciplinare che raccoglie al suo interno tutti i diversi specialisti che si occupano di tumore della prostata. Possiamo quindi contribuire a migliorare l'assistenza ai malati. Oggi oltre il 90% degli italiani riesce a sconfiggere la patologia. Il nostro obiettivo deve essere sempre più quello di non

compromettere con le cure la qualità di vita della persona dopo il cancro”.

LA SORVEGLIANZA ATTIVA

A partire dagli anni 90 la grande diffusione del PSA e l'aumento del numero delle biopsie diagnostiche hanno provocato una crescita delle diagnosi di carcinoma prostatico prima dell'insorgenza dei sintomi clinici. Questo ha portato ad individuare anche molti casi clinicamente non significativi, come i tumori indolenti, di piccole dimensioni, la maggior parte dei quali è ancora oggetto di trattamenti inappropriati perché non necessari dal punto di vista oncologico. Si può quindi parlare di sovra-diagnosi e sovra-trattamento della malattia.

Per rispondere al bisogno di appropriatezza clinica di non curare inutilmente i tumori indolenti, all'inizio degli anni 2000 è stata introdotta la sorveglianza attiva (SA). Si tratta di un atteggiamento osservazionale proposto a selezionati pazienti in classe di rischio bassa e molto bassa, quindi affetti potenzialmente da un tumore indolente e non aggressivo, che consiste nel tenere sotto stretto controllo la patologia con controlli clinici e strumentali (in genere PSA, biopsia prostatica ed esami di imaging tra cui ecografia prostatica transrettale e Risonanza Magnetica multiparametrica) che permette di evitare o di dilazionare il trattamento attivo e quindi i relativi effetti collaterali al momento della modifica delle caratteristiche iniziali della malattia.

Il presupposto su cui si basa è che l'evoluzione dei tumori a basso rischio sia così lenta e solo locale da poter evitare o rinviare il trattamento e al tempo stesso mantenere la finestra di curabilità, garantendo quindi elevate probabilità di guarigione nonostante il dilazionamento del trattamento all'eventuale modifica delle caratteristiche iniziali della malattia. Fino a circa il 40% delle attuali diagnosi di carcinoma prostatico (oltre 10.000 pazienti/-in Italia) corrisponde a tumori potenzialmente insignificanti. In questi casi le tradizionali cure (come chirurgia, radioterapia e brachiterapia) non sono solo inappropriate ma possono causare gravi effetti collaterali. Con la sorveglianza attiva si propone, alla persona colpita da tumore di piccole dimensioni e minima aggressività, una “sorveglianza periodica” costituita da controlli clinici, biochimici e biotici sistematici e predeterminati. Si interviene con una terapia quando non sono più rispettati i criteri di indolenza della patologia e non è quindi più garantita la sicurezza del paziente con il solo atteggiamento osservazionale.

Quando può essere svolta?

I pazienti che possono avvantaggiarsi oggi di un percorso di sorveglianza attiva presentano delle caratteristiche ben precise che identificano i tumori di piccole dimensioni e di bassa aggressività biologica. (PSA \leq ng/ml; Gleason Score 3+3; stadio clinico \leq cT2a).

Nel corso del trattamento devono essere rispettati dei criteri di sicurezza:

- Aderenza al programma di controlli periodici (Valutazione periodica del PSA e del tempo di raddoppiamento del PSA, controllo clinico periodico con esplorazione rettale e biopsia ad intervalli regolari a seconda del protocollo in uso)
- Aderenza alle procedure del protocollo nella fase di inclusione, esclusione, monitoraggio

Sabato 13 FEBBRAIO 2016

Eutanasia in diretta sulla *BBC*. Melazzini: "Malattia e disabilità non diventino criteri di emarginazione"

Così l'oncologo e ricercatore, malato di Sla, commenta la notizia della messa in onda, sull'emittente inglese, dell'ultima puntata di un documentario che mostrava gli ultimi istanti di vita di un uomo malato di Sla che ha deciso di sottoporsi all'eutanasia. "Bisogna chiedersi se dalla mancanza di supporto adeguato scaturiscano quelle condizioni di sofferenza e di abbandono a causa delle quali alcuni malati chiedono di porre fine alla propria vita".

"Non si può chiedere a nessuno di uccidere. Una civiltà non si può costruire su un simile falso presupposto. Perché l'amore vero non uccide e non chiede di morire". Con queste parole **Mario Melazzini**, malato di SLA, oncologo e ricercatore e da poco nominato presidente dell'Aifa, commenta la notizia della messa in onda, sull'emittente inglese *BBC*, dell'ultima puntata di un documentario intitolato "How to die" che mostrava gli ultimi istanti di vita di un uomo malato di Sla, **Simon Binner**, che ha deciso di sottoporsi all'eutanasia in una clinica a Basilea, in Svizzera.

"In questi tempi in cui si parla sempre più, con scarsa chiarezza, di diritto alla morte, del principio di autodeterminazione, di autonomia del paziente, ritengo – prosegue – che sia importante riflettere e lavorare sul riconoscimento della dignità dell'esistenza di ogni essere umano, che deve essere il punto di partenza e di riferimento di una società che si impegna affinché la malattia e la disabilità non diventino criteri di emarginazione".

"È necessario – aggiunge Melazzini, che nella sua autobiografia 'Lo sguardo e la speranza' racconta l'esperienza della malattia e il turbamento che in alcuni momenti di sconforto l'ha portato in passato a valutare l'ipotesi del suicidio assistito – chiedersi se proprio dalla mancanza di supporto adeguato alla persona malata, alla famiglia, reti efficaci di servizi sociali e sanitari organizzati, solidarietà, coinvolgimento e sensibilità da parte dell'opinione pubblica, atteggiamento e approccio culturale, scaturiscano quelle condizioni di sofferenza e di abbandono a causa delle quali alcuni malati chiedono di porre fine alla propria vita".

"Auspico l'impegno di tutti gli attori coinvolti affinché, insieme alle Istituzioni, si rinsaldi nel nostro Paese la certezza che ognuno riceverà trattamenti, cure e sostegni adeguati, che sono l'esplicita negazione dell'eutanasia, del suicidio assistito e di ogni forma di abbandono terapeutico. Senza ideologie né preconcetti, ma bisogna guardare all'altro con uno 'sguardo nuovo', con cui è possibile vedere realmente le sue necessità, e avviare percorsi di cura capaci di rispondere concretamente ai suoi bisogni e dividerne il percorso di malattia. Sguardo che dà e riceve dignità".

Zika. In Venezuela le prime tre vittime

**L'Oms ammette:
«Saranno necessari
almeno 18 mesi prima
di test su vasta scala
sui vaccini». Oggi
in Brasile giornata
nazionale
di sensibilizzazione**

PAOLO M. ALFIERI

Anche il Venezuela si trova a dover fare i conti con zika. Il presidente Nicolas Maduro ha infatti annunciato ieri le prime tre vittime causate dal virus nel Paese. Il capo dello Stato ha riferito che dal rilevamento del virus, alla fine dello scorso anno, fino all'8 febbraio sono stati 5.221 i casi sospetti, di cui 319 confermati dalle analisi successive. «Purtroppo a livello nazionale ci sono state 68 complicanze e 3 morti per zika», ha spiegato il presidente in una nota. Maduro ha sottolineato che il suo governo ha iniziato una campagna per sradicare la zanzara *Aedes aegypti*, responsabile della trasmissione di zika, oltre che di dengue e chikungunya. «Stiamo seguendo da vicino la questione. C'è stata una recente riunione tra la Celac (Comunità degli Stati latino americani e dei Caraibi) e il Mercosur cui ha partecipato il [ministro della Salute](#), Luisana Melo, che ha svolto un ruolo significativo», ha concluso il presidente.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha intanto annunciato che ci vorranno almeno 18 mesi prima di poter mettere in piedi test su vasta scala per un vaccino contro zika, mentre tra 4-8 settimane si conosceranno gli esiti delle indagini sulla correlazione tra il virus, la microcefalia e la sindrome neurologica di Guillain-Barre. Si affievoliscono così le speranze di un antidoto in tempi brevi per l'epidemia che ha colpito i Paesi sudamericani, in particolare il Brasile.

Secondo il vicedirettore per il sistema sanitario dell'Oms, Marie-Paule Kieny, 15 aziende o gruppi hanno già iniziato a lavorare su un vaccino per il virus, la cui epidemia è stata definita un'emergenza su scala globale. Attualmente esistono due vaccini che sembrano i più promettenti, uno dei quali è stato sviluppato dall'Istituto nazionale statunitense per la salute, mentre il secondo dalla indiana Bharat biotech, ha aggiunto Kieny. Zika è sospettato di provocare gravi malformazioni del feto in casi da madri contagiate durante la gravidanza, e in particolare microcefalia, anche se a riguardo non esistono ancora prove scientifiche incontrovertibili. Come misura precauzionale, l'Oms ha esortato le donne incinte a valutare di rimandare eventuali viaggi in aree colpite dal virus.

Oggi intanto in tutto il Brasile si celebrerà la Giornata nazionale di mobilitazione per la lotta all'*Aedes aegypti*. L'iniziativa, voluta dal governo della presidente Dilma Rousseff, mira a sensibilizzare la popolazione sulle conseguenze del contagio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Zika getta nel panico lo sport olimpico Il Cio invita alla calma

Alabau, oro a Londra: «Ho contratto la malattia a Rio»

Bach

Nessun Paese ha manifestato l'intenzione di rinunciare ai Giochi Dall'Oms nessun divieto

Via il 5 agosto

I Giochi della XXXI Olimpiade si terranno a Rio de Janeiro da venerdì 5 a domenica 21 agosto 2016

Città sconfitte

La sede di Rio è stata scelta dal Cio il 2 ottobre 2009. La città brasiliana ha superato Madrid, Tokyo e Chicago

Il virus

La Zika viene trasmessa attraverso la puntura di zanzare. Il rischio maggiore è quello di contagio materno-fetale

RIO DE JANEIRO Psicosi o realtà? E perché più si tenta di tranquillizzare atleti e spettatori, più si diffonde il panico Zika nel mondo dello sport? A sentire una velista spagnola, l'insidiosa febbre tropicale trasmessa dalle zanzare avrebbe già fatto una prima vittima olimpionica in Brasile. Cioè lei stessa, Marina Alabau, 30 anni, già oro nella classe RS:X a Londra 2012. È successo quando si è trovata a Rio de Janeiro per le preolimpiche. «Ho avuto la febbre, e le macchie rosse che avevo dappertutto erano simili a quelle che vengono fuori quando sei allergica a qualche alimento. Il giorno dopo avevo dolori articolari, e mi hanno detto di andare in ospedale, ma ho pensato che fosse meglio andare a casa e l'ho fatto. Mi sentivo come se mi avessero messa k.o. Certo, due mesi fa di questo virus non se ne parlava, ma il medico, e anche la dottoressa della nazionale spagnola, mi dissero che avevo contratto la Zika».

Il racconto della Alabau al giornale spagnolo *Marca* fa riferimento allo scorso dicembre, quando la velista partecipò alle regate della Coppa del Brasile che servirono come

preolimpiche. In quei giorni si parlava soltanto di un altro rischio che attenderà i velisti a Rio, le pessime condizioni delle acque della baia di Guanabara, dove si svolgeranno le regate, causa inquinamento. La spagnola racconta di essere stata a Rio con marito e figlia, unica ad ammalarsi non solo della sua famiglia, ma anche degli altri componenti della sua squadra. Non vuole drammatizzare, «ma non porterei di nuovo mia figlia», dice. Mentre rinunciare all'Olimpiade per paura della Zika «mi parrebbe una esagerazione».

La pensa così anche il numero uno del Cio, Thomas Bach. «Finora nessun Paese ha manifestato l'intenzione di rinunciare ai Giochi di Rio. Ma ciò non esclude che stiamo affrontando molto seriamente la questione della Zika. Pensiamo che per atleti e spettatori presenti in Brasile ci saranno tutte le condizioni di sicurezza e da parte dell'Oms non ci sono stati divieti». Decisamente più seccato per quelle che chiama «esagerazioni dovute a mancanza di conoscenza dei fatti» è il sindaco di Rio, Eduardo Paes. Non nega che la

Zika sia un problema serio per il Brasile (e difatti oggi il governo federale inizierà una mobilitazione casa per casa con 220 mila soldati), ma ricorda anche che durante i Giochi la diffusione del virus sarà assai limitata. «È inverno a Rio in luglio e agosto, le zanzare non si moltiplicano. In città ci sono molti più casi di dengue (l'altra febbre trasmessa dalle zanzare, innocua per le donne incinte, ndr) che di Zika, e comunque siamo ben al di sotto dei valori di epidemie di altre estati». Paes ricorda poi che al di là delle parole di qualche atleta o dirigente, come quelli di Usa e Kenia, non esiste a tutt'oggi nessuno che abbia deciso di desistere dalla partecipazione a Rio 2016. Il che non significa che la psicosi sia destinata a esaurirsi.

Rocco Cotroneo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un placebo

al giorno

**Può alleviare il dolore
quanto una medicina.
Ma non a tutti e non per
tutte le patologie. Ecco
come e quando funziona**

di Letizia Gabaglio

Claudia e Stefania sono amanti della montagna, e spesso si avventurano oltre i duemila metri. Questa passione ha però un fastidioso risvolto della medaglia: il mal di testa. Capita spesso che ad alta quota l'organismo risponda in questo modo alle condizioni ambientali: meno ossigeno e pressione rispetto a quelli a cui siamo abituati in collina o in pianura. Le due amiche possono prendere medicinali per alleviare la sofferenza, ma non è detto che avranno su entrambe lo stesso effetto. I farmaci, si sa, agiscono su ognuno di noi in maniera diversa: è questa la ragione per cui un antidolorifico che a qualcuno sembra risolutivo per altri non è molto efficace. E anche l'effetto placebo, che in qualche modo somma la propria azione a quella della terapia, non agisce sempre allo stesso modo. «Per decenni abbiamo pensato che il placebo fosse una sostanza inerte priva di proprietà terapeutiche», spiega Fabrizio Benedetti, neuroscienziato dell'Università di Torino, tra i massimi esperti mondiali in materia. «Ma le ultime ricerche ci dicono che le cose non stanno esattamente così: l'effetto placebo è composto da molti elementi. Dipende da come sono somministrati i trattamenti, dalla relazione con chi li somministra, dalle aspettative della persona, e non ultimo dalla genetica: la materia è solo agli inizi, ma alcuni studi dimostrano come alcune varianti genetiche rispondano meglio a un trattamento placebo, per esempio nell'alleviare ansia, depressione e colon irritabile».

La scienza del placebo ha subito una forte accelerazione negli ultimi anni, e le ricerche che indagano su questo meccanismo si moltiplicano. Alcune di queste hanno identificato le vie di segnalazione all'interno del cervello che si attivano in presenza dell'effetto: quelle della dopamina, della serotonina e degli endocannabinoidi. I ricercatori del Beth Israel Deaconess Medical Center di Boston hanno mostrato che una mutazione genetica in una di queste vie può modificare l'effetto placebo: le persone con un particolare assetto genetico, quindi, potrebbero essergli immuni. La possibilità di individuare chi risponde di più o di meno sol-

leva domande di carattere scientifico ed etico: le persone su cui il placebo non fa effetto dovrebbero essere scelte per i gruppi di controllo delle sperimentazioni sui farmaci? In questo modo, infatti, si potrebbe essere ragionevolmente sicuri che la differenza di risultato fra chi prende la terapia e chi il placebo sia tutta da ascrivere al principio attivo che si sta sperimentando. O ancora: dovremmo pensare di aumentare le dosi delle medicine per queste persone? Se per loro l'effetto non esiste, non potranno giovare di quella percentuale di efficacia dovuto proprio al placebo.

Ma ritorniamo a Claudia e Stefania e al loro mal di testa. Su pazienti come loro, Benedetti ha dimostrato quanto l'effetto placebo dipenda anche dal modo in cui le terapie sono somministrate. I ricercatori italiani hanno diviso in due gruppi i volontari: al primo il placebo è stato dato sotto forma di gas da inalare con una maschera, al secondo di pillola. I risultati dimostrano che i due rituali attivano vie diverse, collegate al tipo di medicinale che il paziente pensa di assumere. In particolare, coloro che respiravano il "finto" ossigeno stavano meglio degli altri. «In generale, si può affermare che qualsiasi procedura, situazione, circostanza che aumenti le aspettative del paziente di miglioramento clinico, favoriscono una risposta placebo», spiega il neuroscienziato. Claudia, Stefania e quanti come loro soffrono di mal di montagna non sono stati scelti a caso: «Le patologie più indagate sotto questo punto di vista sono il dolore, dove le aspettative positive inducono un rilascio di endorfine e cannabinoidi, e il morbo di Parkinson, dove si ha un rilascio di dopamina. Si è studiata anche la performance in ambienti estremi, dove un placebo (cioè l'aspettativa di un migliore risultato) è in grado di modulare la stessa via biochimica sulla quale agiscono l'aspirina e farmaci simili», prosegue Benedetti. Le neuroscienze hanno insomma dimostrato che l'effetto placebo esiste - nel senso che gli corrisponde un meccanismo fisiologico, che qualcosa nell'organismo cambia per davvero - scoperchiando una pentola complessa, dove geni e ambiente convivono e funzionano ognuno a modo proprio. I meccanismi principali attraverso cui agisce l'effetto

placebo sono infatti l'aspettativa e la conoscenza. Ovviamente non sono disgiunte fra loro, ma anzi si rinforzano o si depotenziano a vicenda. «L'aspettativa positiva può ridurre l'ansia, che sappiamo avere un ruolo, a seconda delle circostanze, positivo o negativo in alcuni sintomi come il dolore», spiega il ricercatore. Ma anche l'apprendimento, personale o sociale, entra in gioco, perché le precedenti esperienze positive rafforzano le convinzioni: se mi ricordo di avere preso quel farmaco e di aver ottenuto un beneficio, aumenterà l'effetto placebo.

La conoscenza e le aspettative spiegano anche il cosiddetto "effetto nocebo": alcuni pazienti quando ricevono il placebo fanno esperienza anche degli effetti collaterali legati all'azione del farmaco che pensano di assumere. Come è possibile? Gli sperimentatori, per far sembrare i due gruppi uguali fra loro e quindi non svelare chi dei due sta effettivamente prendendo la terapia, spiegano a tutti i pazienti pro e contro della sostanza che stanno sperimentando. «Gli studi clinici devono essere disegnati in modo da considerare le aspettative e le conoscenze dei pazienti, altrimenti i risultati rischiano di essere falsati», conclude Benedetti. «In generale possiamo affermare che un placebo è più efficace quando la componente psicologica gioca un ruolo importante. Il dolore, i disturbi del movimento, la performance fisica sono tipici esempi di condizioni molto sensibili al placebo. Al contrario, almeno per quanto ne sappiamo oggi, i tumori e le infezioni sono tipici esempi di condizioni dove un placebo è inefficace».

Claudia e Stefania, quindi, hanno fatto esperienze diverse, hanno ricevuto medicine per vie diverse, da persone differenti, maturando aspettative e nutrendo paure e ansie verso ambienti e situazioni differenti. Ecco perché il farmaco contro il mal di testa, su ciascuna di loro, potrebbe avere un effetto diverso.

QUESTIONE (ANCHE) DI FEELING

L'effetto delle cure, entro un certo limite, dipende anche dalla relazione che si instaura con il medico. Tanto che l'effetto placebo è un ottimo modello per studiarla e capirla. Ci sono patologie per cui questo effetto è più evidente, altre per cui lo è meno; in ogni caso, se il medico riesce a entrare in sintonia con chi gli sta davanti, il risultato sarà migliore. Ne è convinta Gabriella Pravettoni, psicologa dell'Università degli Studi di Milano e direttrice della divisione di Psicologia dell'Istituto Europeo di Oncologia, che da quest'anno accademico ha attivato un corso di umanizzazione delle cure all'interno della facoltà di Medicina, il primo in Italia. Agli studenti verrà insegnato come entrare in una relazione di cura profonda, completa ed efficace, sia sul piano fisico, sia sul piano psicologico e sociale. In un alternarsi di lezioni teoriche e simulazioni di incontri con i pazienti, i futuri medici impareranno ad ascoltarli, a mettere al centro la persona e non la malattia. «Questo processo», afferma Pravettoni, «migliora la terapia, anche perché essere ascoltati rende i malati protagonisti della loro storia clinica. Dà loro forza e li mette al centro di una relazione da cui potranno trarre il meglio».

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

Colpire i macrofagi per battere la leucemia

Da cellule deputate a difendere l'organismo, i macrofagi si trasformano in distributori di benzina per le cellule tumorali. Interrompere il loro rapporto con nuovi farmaci, però, è in grado di arginare il tumore

Dovrebbero combattere gli aggressori esterni fagocitandoli, invece i macrofagi, cellule del sistema immunitario normalmente deputate alla difesa dell'organismo dalle infezioni, alimentano le cellule tumorali nella leucemia linfatica cronica favorendone la crescita e la disseminazione.

È uno dei risultati emersi da uno studio appena [pubblicato sulla rivista Cell Reports](#) e condotto in larga parte da ricercatori dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Lo studio, finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro, ha permesso anche di identificare strategie terapeutiche innovative che mirano a colpire l'interazione dei macrofagi con le cellule leucemiche.

La leucemia linfatica cronica colpisce ogni anno 10 persone su 100 mila, specialmente dopo i 60 anni, ed è caratterizzata dall'accumulo di linfociti B maligni nel midollo osseo, nel sangue e in diversi organi. Alcuni pazienti presentano un decorso cronico e indolente, mentre altri presentano una forma molto aggressiva per la quale al momento non esistono terapie efficaci. Sebbene all'origine della malattia vi siano alcuni eventi genetici, la progressione e la malignità dipendono strettamente dai segnali forniti dall'ambiente cellulare (il "microambiente") che comprende diversi tipi di cellule, tra cui i monociti e i macrofagi.

Il gruppo, coordinato da Federico Caligaris-Cappio, già responsabile di un programma AIRC Molecular Clinical Oncology-5 per mille e ora direttore scientifico di AIRC, si è concentrata in questi anni sull'analisi molecolare e funzionale delle interazioni tra le cellule leucemiche e il microambiente, al fine di bloccare la progressione del tumore.

«Bloccare queste interazioni, solo in parte bersagliate dalle terapie convenzionali, rappresenta la chiave di volta per mettere a punto nuove terapie efficaci contro l'evoluzione del tumore», ha spiegato Caligaris-Cappio.

Il primo passo dei ricercatori è stato comprendere se i macrofagi fossero realmente in grado di sostenere la crescita delle cellule di leucemia linfatica cronica: «Abbiamo studiato lo sviluppo della leucemia in vari modelli sperimentali, osservando che la malattia non progredisce o addirittura regredisce in assenza dei macrofagi», ha illustrato Maria Teresa Sabrina Bertilaccio, ricercatrice presso l'IRCCS Ospedale San Raffaele e professore a contratto dell'Università Vita-Salute San Raffaele. «L'unicità dello studio sta nel potenziale traslazionale e terapeutico dei risultati ottenuti, poiché farmaci diretti contro i macrofagi sono attualmente in fase di sperimentazione clinica», ha aggiunto il primo autore della pubblicazione Giovanni Galletti, dottorando dell'Università Vita-Salute San Raffaele.

Il secondo step della ricerca è stata sfruttare l'interazione cellulare tra i macrofagi e le cellule leucemiche come nuovo bersaglio terapeutico, combinando dei nuovi anticorpi monoclonali.

«L'eliminazione selettiva dei macrofagi tramite l'inibizione della molecola CSF1R, presente sulla superficie di queste cellule, è in grado di migliorare la sopravvivenza in modelli sperimentali, senza causare effetti collaterali», ha aggiunto Galletti. «La nostra speranza è che i pazienti affetti da malattie linfoproliferative possano beneficiare in futuro di questi nuovi approcci terapeutici», ha concluso Bertilaccio.

L'EMERGENZA MENINGITE



«Ma stava malissimo, è stato terribile»

GUARDIA MEDICA E 118

**Il babbo del 23enne racconta
Due volte i sanitari non hanno
riconosciuto la gravità del caso**

«MIO figlio è salvo grazie alla competenza del sistema sanitario toscano e al vaccino contro il meningococco». È emozionato e commosso il babbo del 23enne di Bagno a Ripoli colpito da meningite. Dopo 10 giorni di ospedale e troppe ore vissute nel timore che non ce la facesse, ora nella casa di Antella dove vive con la sua famiglia possono finalmente dire «ce l'abbiamo fatta». Ma è stata dura, ammettono babbo e mamma. «Siamo stati fortunati per molti motivi» sottolineano. Innanzitutto perché 8 anni fa, dopo alcuni episodi di meningite avvenuti in Toscana, fu lo stesso ragazzo a chiedere di essere vaccinato. «Al tempo non capivamo l'importanza della cosa - ricorda il padre -, ma lui ne era convinto e lo abbiamo accontentato». Forse senza quel vaccino, oggi suo figlio non ci sarebbe più, dice. Sabato 30 gennaio mattina il ragazzo stava bene. «La sera gli è venuta la febbre a 39-39,5, accompagnata da vomito - ricostruisce suo babbo -. Aveva la gola rossa e la temperatura non scendeva nonostante la tachipirina. Alle 5 del mattino abbiamo chiamato la guardia medica:

ci ha risposto telefonicamente che c'è tanta influenza in giro e di continuare a somministrare l'antipiretico». Ma la febbre non calava e al mattino è arrivato anche un mal di testa fortissimo. «Abbiamo chiamato il 118. E' arrivata una dottoressa che gli ha fatto una puntura di Plasil contro il vomito e ci ha detto che non era niente di grave». Ma dopo poco il giovane ha cominciato a non rispondere bene agli stimoli esterni. «Mia moglie ha richiamato il 118 ed è arrivata l'ambulanza». Quando lo hanno messo sul mezzo, il 23 enne aveva già perso i sensi. Nel tragitto tra la casa di Antella e il vicino ospedale di Ponte a Niccheri, il personale sanitario ha cominciato a non sentire più il polso del ragazzo. «E' stato terribile, pensavamo di averlo già perso» ricorda il padre. Al pronto soccorso lo hanno subito intubato e messo in coma farmacologico, diagnosticando la meningite. Dopo qualche ora dal Meyer è arrivata la conferma che si trattava del temuto ceppo C. «Per due giorni abbiamo temuto per la

PREVENZIONE DECISIVA

**«DOPO IL RICOVERO SONO STATI
ECCEZIONALI. E GRAZIE ANCHE
A QUEL VACCINO DI 8 ANNI FA»**

sua vita - dicono i genitori -, ma tutta la sanità si è stretta attorno a nostro figlio e a noi, sia a livello clinico che umano. E quando è stato dichiarato fuori pericolo, erano tutti emozionati come noi. È stata una vittoria collettiva». Ora il giovane è a casa. Ci vorrà un po' di tempo per riprendersi da questo trauma fisico e psicologico e per recuperare le forze e le difese immunitarie. Ma è con la sua famiglia, vivo e in salute e presto tornerà a uscire. «Tutta Antella si è stretta attorno a noi, tutta Bagno a Ripoli, incluso il sindaco, ci ha dato la propria solidarietà e sostegno. Abbiamo poi testato sulla nostra pelle l'efficienza della nostra sanità. Ci hanno restituito nostro figlio: saremo grati a tutti per sempre». Il babbo si è vaccinato ieri contro i quattro ceppi di meningococco, la mamma lo farà settimana prossima. «Mio figlio si è salvato perché aveva ancora gli anticorpi del vaccino di 8 anni fa che lo hanno difeso». Invita tutti a vaccinarsi: «Potete salvare voi stessi e gli altri. Mio figlio ne è la testimonianza».

Manuela Plastina





La scheda

50 casi, nove morti

Solo nel 2016 in Toscana ci sono stati 12 casi di meningite, 10 da ceppo C. Due pazienti sono deceduti. Dal 2015 si sono verificati 50 casi e 9 sono state le morti.



Due ricoveri

Due i casi fiorentini nel 2016: il 23enne di Bagno a Ripoli, già dimesso e la studentessa americana ricoverata a S. Maria Nuova: dovrebbe essere dimessa presto

Già vaccinati ma colpiti

In due casi il batterio ha colpito chi era già vaccinato, ma 8 anni fa: il 23 enne di Bagno a Ripoli si è salvato, mentre un 13enne di Cerreto Guidi è morto un anno fa

Dove fare il vaccino

Dai medici di famiglia, prenotando al Cup (840.003003, 199.175955 da cellulare), nelle farmacie, su www.asf.toscana.it, ai Cup, nei distretti, ai totem