



RASSEGNA STAMPA

28/02/2016

1. MESSAGGERO Ricetta rossa addio: arriva quella on line valida in tutta italia
2. CORRIERE DELLA SERA Addio ai fogli rossi, la ricetta dei medici diventa digitale
3. CORRIERE DELLA SERA Intervista ad Andrea Vitali - Andrea Vitali: la carta non sparisce, aumenterà solo la burocrazia
4. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Intervista a Giacomo Milillo - i medici: noi schiavi del computer «avremo meno tempo per le visite»
5. SECOLO XIX GENOVA Addio carta, la ricetta ora è solo elettronica - visite e medicine, il tramonto della carta
6. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Picchi di diossina all'Ilva di Taranto il giallo dei dati nascosti per due anni
7. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Ora i pazienti si confrontano grazie alle "online communities"
8. CORRIERE DELLA SERA Terapie anti-mutazione nella leucemia mieloide
9. CORRIERE DELLA SERA Chemio e anticorpi monoclonali , gli «alleati» già utilizzati
10. SOLE 24 ORE Itel lavora al progetto anti-cancro
11. CORRIERE DELLA SERA Lo spunto - ricerca più affidabile se i dati sono condivisi
12. CORRIERE DELLO SPORT Intervista a Carmelo Rizzo - a tavola tra scelte e allergie

Sanità

Ricetta rossa addio: arriva quella on line valida in tutta Italia

Carla Massi

Non più la ricetta rossa. Ma solo un tagliandino nel quale saranno segnati i numeri della prescrizione elettronica e il codice fiscale. Con questo, da martedì 1 marzo, potremo ritirare i medicinali "mutuabili" in farmacia. È l'inizio di una piccola grande rivoluzione che porterà a far sparire la carta (ogni foglietto costa circa 40 centesimi), a bloccare i falsi e permettere maggiori controlli sulle spese.

A pag. 16

Ricetta rossa addio: arriva quella on line valida in tutta Italia

► Dal 1 marzo il medico prescriverà le medicine solo al computer
Al paziente sarà dato un tagliando da consegnare al farmacista

**LA PRESCRIZIONE
ELETTRONICA
PER FERMARE I FALSI
E CONTROLLARE LE SPESE
SARÀ ADOTTATA
ANCHE PER GLI ESAMI
SANITÀ**

ROMA Non più la ricetta rossa. Ma solo un tagliandino nel quale saranno segnati i numeri della prescrizione elettronica e il codice fiscale. Con questo, da martedì 1 marzo, potremo ritirare i medicinali "mutuabili" in farmacia.

LA CARTA

È l'inizio di una piccola grande rivoluzione che porterà a far sparire la carta (ogni foglietto costa circa 40 centesimi), a bloccare i falsi e permettere maggio-

ri controlli sulle spese. O meglio, sui possibili sprechi. Il medico, nel suo studio, si collegherà ad un sistema informatico, lo stesso che può vedere il farmacista.

Sarà una ricetta, è la prima volta, che supera i confini regionali. Questo significa che se un medico di famiglia di Milano prescrive un farmaco questo potrà essere ritirato anche in una farmacia di Roma. Medicinali "senza frontiere" per agevolare la vita dei pazienti e far sì che, almeno con la ricetta, il paese sanitario si avvicini all'uguaglianza da Nord a Sud.

LE VISITE

Al momento la carta non sarà del tutto abolita. Anche perché si parte con la prescrizione dei medicinali e, solo in un secondo momento, si passerà alla totale digitalizzazione anche per la richiesta di visite specialiste, ana-

lisi ed esami. Per ora riceveremo un tagliandino con il quale il farmacista potrà rintracciare l'elenco delle medicine che ci sono state prescritte. Fino al 2017 saranno esclusi dal nuovo metodo alcuni farmaci come gli stupefacenti e l'ossigeno. Con il tempo, tra medico di famiglia e paziente, sparirà qualsiasi residuo di carta. Solo di carta che, oggi, costa al servizio sanitario circa 400 milioni di euro all'anno. Ammontano ad una cifra che sfiora i 160 milioni le ricette, so-



lo la carta, che finiscono nella spazzatura perché errate o scadute.

«L'elenco dei vantaggi di questo cambiamento - commenta il segretario nazionale della Fimmg, i medici di famiglia, Giacomo Milillo - sono parecchi ma non possiamo dimenticare il rovescio della medaglia. Qualcuno ha confuso gli studi medici con quelli dei Caf vista la mole dei dati anagrafici e codici di esenzione. E adesso anche quelli di erogabilità e appropriatezza. Una semplificazione delle procedure è ancora possibile».

IL VIDEO

Mentre i medici di famiglia alzano la voce per il sovraccarico di burocrazia che obbliga anche il computer i farmacisti parlano di «successo». «Abbiamo contribuito in modo fattivo nel processo di informatizzazione del paese - spiega Annarosa Racca presidente Federfarma che riunisce i titolari di oltre 17mila farmacie - Così i cittadini possono ormai ritirare i medicinali prescritti dal proprio medico su ricetta elettronica in qualsiasi località del territorio nazionale. Un vantaggio per tutti. In questo modo tutte le spese farmaceutiche del servizio sanitario saranno monitorate in quelle zone in cui la digitalizzazione stenta ad arrivare. Da anni le farmaci forniscono tutti i dati delle ricette alle istituzioni sanitarie».

LA FUSTELLA

Ci vorrà ancora del tempo perché venga cancellata anche la vecchia fustella da attaccare nei riquadri rossi della ricetta. Anche se i codici della confezione sono inseriti nel computer non è stato ancora possibile determinare un meccanismo che annulli il "ruolo" identificativo del talloncino con prezzo.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

160

In milioni: le ricette errate che vengono eliminate

46.000

I medici di base che lavorano nel servizio sanitario

150

Le ricette che un medico di base emette ogni giorno



Beatrice Lorenzin

Lo scrittore ex dottore di famiglia**Andrea Vitali: la carta non sparisce, aumenterà solo la burocrazia**

(e.teb) «Ridurre i costi della carta per le prescrizioni mi sembra ridicolo: è un rimedio da Pollicino. Sarebbe meglio incentivare la funzionalità del sistema». Andrea Vitali, 60 anni, scrittore e fino a 3 anni fa medico di base (ora fa il volontario in una comunità terapeutica), è scettico sulla ricetta elettronica.

All'estero è in uso da tempo: non le sembra che ci metta al passo coi tempi?

«La carta non sparirà e a me l'andazzo generale sembra quello di una maggiore burocratizzazione. Si vedrà se la ricetta elettronica la farà aumentare, come teme qualcuno...».

Da dove viene questa tendenza, secondo lei?

«Si sono talmente affinate le procedure diagnostiche specialistiche che si è ridotto lo spazio per il medico di famiglia».

Non ha più l'importanza di un tempo?

«Non è detto: quando c'è la fiducia del paziente, il medico di base torna a essere tale: consulente, consigliere, indirizzatore. Cioè fondamentale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Autore**

Andrea Vitali



I medici: noi schiavi del computer «Avremo meno tempo per le visite»

Il segretario della federazione chiede burocrazia digitale più semplice

VANTAGGI E RISPARMI

**Milillo: «Più difficile stilare prescrizioni fasulle»
Ma la carta non scomparirà**

■ ROMA

«**LA RICETTA** elettronica comporta grossi vantaggi, il risparmio sulla stampa delle vecchie ricette in filigrana e il controllo sulla falsificazione delle ricette stesse o sugli abusi conseguenti il furto dei ricettari, ma qualcuno deve aver confuso i nostri ambulatori con un centro di assistenza fiscale – avverte Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg (la federazione che riunisce i medici di famiglia) – alludo alla mole di dati anagrafici da caricare, codici di esenzione dai ticket, adesso si aggiungono anche i parametri di appropriatezza e di erogabilità, tutti elementi che dovremo verificare ogni volta che prescriviamo una terapia».

Ma tablet e smartphone non vi hanno semplificato la vita?

«Il fatto è che il medico non può più contare sul supporto dell'assistente di studio, la collaboratrice che aiutava a preparare le ricette

da timbrare e firmare. Tutti gli oneri della compilazione ricadono sul medico titolare, significa tempo tolto alle visite e attese più lunghe per gli assistiti. Per questo chiediamo di semplificare le procedure, è ancora possibile».

Il nuovo sistema vi mette al riparo dai pirati informatici?

«Nel collegamento iniziale sì, per effettuare una prescrizione elettronica il medico deve collegarsi a un portale da connessione protetta (si stabilisce un protocollo utilizzato per garantire trasferimenti riservati di dati nel web, simile a quello delle transazioni bancarie, ndr). Compilando la ricetta sullo schermo otterrà un numero di serie che verrà associato al codice fiscale, aggiungendo in automatico anche eventuali esenzioni».

E a questo punto che cosa succede?

«I dati e il codice a barre vengono stampati su un foglio di carta comune, il farmacista recupera la prescrizione direttamente online e consegna i medicinali che erano stati prescritti».

La carta non è sparita del tut-

to, ma in un prossimo futuro sarà superata definitivamente...

«Ci vorrà ancora del tempo, ma la direzione è quella della smaterializzazione. C'è ancora la vecchia fustella, il bollino attaccato alla confezione di medicinale. Non è ancora stato possibile determinare un meccanismo che annulli la fustella, necessaria per identificare i farmaci erogati dal Servizio sanitario nazionale e distinguerli da quelli che vengono pagati direttamente dal cittadino».

Questo sistema elettronico è operativo ovunque?

«La ricetta elettronica ha valore in tutte le farmacie del territorio italiano, sia pubbliche che convenzionate. Una rivoluzione, una comodità soprattutto per chi viaggia spesso, lavora o studia lontano da casa. In questa prima sono ancora esclusi dall'innovazione alcuni farmaci come gli stupefacenti, l'ossigeno, e terapie speciali secondo le direttive Aifa, l'Agenzia del farmaco. E in futuro la procedura si diffonderà anche per le prescrizioni di esami e visite specialistiche da eseguire presso ospedali, poliambulatori e cliniche».

Alessandro Malpelo

Cure rincarate, pagano gli assistiti «Aumento annuo dell'1,3 per cento

Continua ad aumentare la partecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, che sfiora 1,4 miliardi (+1,3% su base annua). In pratica i pazienti, secondo dati Aifa, lasciano di più i farmaci



OBBLIGATORIA DAL 1° MARZO

Addio carta, la ricetta ora è solo elettronica

ROSSI >> 17

DAL 1° MARZO A REGIME IL SISTEMA DELLE PRESCRIZIONI "DIGITALI" MA I PAZIENTI AVRANNO ANCORA UN FOGLIO

Visite e medicine, il tramonto della carta

Per tutti i medici obbligo della ricetta elettronica: «In Liguria mille l'hanno già adottata»

L'ALTERNATIVA

Il vecchio ricettario usato in caso di visite domiciliari o blocco del sistema

LE ECCEZIONI

Esclusi dal nuovo metodo pochi farmaci, tra cui gli stupefacenti e l'ossigeno

EMANUELE ROSSI

DALLA rete alla realtà. La ricetta dematerializzata dal primo marzo diventa realtà in tutto il territorio nazionale, con il sistema delle farmacie agganciato a quello dei medici di base e delle Asl. Ci sono voluti tre anni di sperimentazioni, ma adesso il sistema che dovrebbe mandare in soffitta i blocchetti rossi del nostro dottore sarà operativo in tutto il territorio nazionale. Liguria compresa. «I nostri medici sono più che pronti - conferma l'assessore regionale alla Salute Sonia Viale - e nel corso degli ultimi mesi sono stati attrezzati con il supporto informatico della regione. La ricetta elettronica è già una realtà quotidiana per molti di loro». In attesa di varare la rivoluzione del "Fascicolo sanitario elettronico" per ogni paziente, una delle promesse del piano digitale della Regione messo a punto da Liguria Digitale e previsto per la metà del 2016.

Iter lungo

La legge che istituisce è in realtà del dicembre 2015 ma re-

cepisce un decreto di più di tre anni fa, applicato a macchia di leopardo dalle regioni italiane: in Liguria le prime sperimentazioni di ricette elettroniche sono del 2011. Dopo un po' di blocchi informatici ora ci siamo: per prescrivere un farmaco, un accertamento o una visita, il medico si collega a un sistema informatico, lo stesso visibile al farmacista che ci consegna pillole o sciroppi.

La carta non sparisce

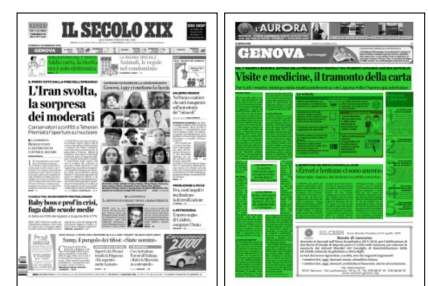
Ricetta elettronica non è ancora sinonimo di abolizione della carta. Per ora si riceve dal dottore un piccolo promemoria da consegnare al bancone della farmacia, che permette di recuperare la nostra prescrizione anche in caso di malfunzionamenti del sistema o assenza di linea internet. Inoltre, in caso di visite domiciliari o di impossibilità di usare il sistema informatico, il medico potrà ancora utilizzare il vecchio ricettario. In questa prima fase di avvio, fino a fine 2017, sono poi ancora esclusi dal nuovo metodo alcuni farma-

ci come gli stupefacenti, l'ossigeno, le prescrizioni per erogazione diretta in continuità assistenziale, i farmaci con piano terapeutico Aifa.

Lo stato dell'arte

In Liguria sono circa un migliaio i mutualisti e i pediatri (su un totale di 1.350) che si sono già adeguati alle nuove direttive, oltre alla maggior parte dei camici bianchi che lavorano nelle Asl e negli ospedali. Già dal primo gennaio 2016 i medicinali di fascia A, dispensati dal Servizio sanitario nazionale e soggetti al pagamento del ticket (sono sempre valide le esenzioni per reddito e per patologia) possono essere ritirati in tutte le farmacie italiane, pubbliche e private convenzionate, se il paziente-cliente presenta il "promemoria" della ricetta elettronica.

Ora, grazie al sistema tessera sanitaria le farmacie po-



tranno applicare il ticket della regione di residenza dell'assistito: starà poi alle stesse regioni scambiarsi le informazioni sui medicinali prescritti e, quindi, procedere ai relativi rimborsi compensativi.

Sono valide le esenzioni (indicate nella ricetta dematerializzata) e di conseguenza le persone che ne hanno diritto ritirano, anche fuori dai confini regionali, le medicine senza dover pagare un centesimo. La farmacia che ha venduto i medicinali - prescritti su ricetta dematerializzata - chiederà poi il rimborso alla Asl in cui risulta residente il cliente.

Non cambia niente inoltre sul fronte dei controlli: la Regione deve verificare che le ricette siano state compilate nel rispetto delle regole e delle condizioni (economiche e di salute) previste nel territorio in cui risiede il paziente. Ma per le Asl dovrebbe essere più facile e rapido tenere sotto controllo la spesa farmaceutica derivante dalle prescrizioni.

emanuele.rossi@ilsecoloxix.it

©BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

La scheda

| Come funziona | |
|--|---|
| I dottori, per effettuare una prescrizione, si connettono dal proprio pc a un apposito portale |  |
| Compilano la ricetta sullo schermo, identica a quella cartacea, un Nre (numero ricetta elettronica) viene associato al codice fiscale del paziente |  |
| Le eventuali esenzioni (regionali) si aggiungono in automatico |  |
| Il sistema stampa il promemoria, con il quale possiamo andare in farmacia |  |
| Attraverso i codici a barre stampati sul piccolo foglio A5, il farmacista recupera la prescrizione direttamente on-line e consegna la medicina |  |
| La ricetta elettronica vale in tutte le farmacie del territorio nazionale, sia pubbliche che convenzionate | |
| <h3>I prossimi passi</h3> <p>Il procedimento nei prossimi mesi si diffonderà anche per la prescrizioni di esami e visite</p>  | |
| <p>Tutte le informazioni saranno recuperabili con la sola tessera sanitaria (senza nemmeno il promemoria)</p>  | |

IL SEGRETARIO DEI MEDICI DI FAMIGLIA LIGURI

«Errori e lentezze ci sono ancora»

Stimamiglio: «Spesso i dati da Roma in conflitto con la Asl»

IL SISTEMA sarà anche più moderno, elettronico, intelligente, controllabile. Ma le perdite di tempo non sono scomparse, anzi. E nemmeno gli errori. «E in più ci troviamo a fare un lavoro di compilazione e di attese davanti al computer», spiega Andrea Stimamiglio, medico di famiglia, ex consigliere regionale e segretario regionale della Fimmg, il maggior sindacato dei camici bianchi. «Il vero passo avanti si avrà quando tutte le informazioni

saranno sul sistema e basterà avere la tessera sanitaria per andare in farmacia, come avviene già in Trentino». Mentre ora «Per l'utente cambia poco o nulla: invece che il foglio rosso gli viene dato il promemoria con cui andare in farmacia. Ma per noi medici si tratta di una procedura un po' più complicata: si invia la ricetta al server ma dobbiamo attendere l'ok dal sistema centrale, che tarda 6-7 secondi. Sembra poco, ma moltiplicato per

centinaia di ricette...». Senza contare i casi di "conflitto" tra le informazioni dell'anagrafica nazionale e quelle della Asl, che a volte non coincidono. «Quando il sistema rileva qualche problema io posso comunque procedere, ma mi prendo una responsabilità. Senza contare le volte che il paziente perde il promemoria e io non posso verificare se è vero o se invece il farmaco è stato acquistato. Insomma, il sistema è sicuramente migliorabile».

DOMANDE E RISPOSTE?

1 **Le ricette rosse verranno abolite?**

Le ricette rosse continueranno ad essere utilizzate per gestire pochi casi particolari quali: prescrizioni di farmaci stupefacenti e sostanze psicotrope che necessitano di registrazione di entrata/uscita in farmacia, oppure prescrizioni al domicilio degli assistiti qualora il medico non abbia sistemi mobili, in caso di indisponibilità del sistema, etc.

2 **Il promemoria deve essere firmato?**

Il promemoria non è una ricetta quindi non deve essere firmato dal medico; non vi deve essere riportato il ticket, non vi deve essere riportata alcuna annotazione, non vi deve essere apposto il timbro o la data della farmacia.

3 **Cosa succede se il sistema segnala un errore al medico?**

Il promemoria non è una ricetta quindi non deve essere firmato dal medico; non vi deve essere riportato il ticket, non vi deve essere riportata alcuna annotazione, non vi deve essere apposto il timbro o la data della farmacia.

4 **Una ricetta dematerializzata si può annullare?**

E' annullabile solo dal medico che l'ha prescritta e solo nel caso in cui non sia già stata prenotata o erogata.

5 **Cosa succede se nella farmacia non va la connessione?**

Fa fede il promemoria. Pertanto il medicinale si eroga con i dati riportati.

INQUINAMENTO LA VERIFICA OPERATA DALLA STESSA AZIENDA TRA 2013 E 2015 ORA ALL'ATTENZIONE DELLA MAGISTRATURA

Picchi di diossina all'Ilva di Taranto il giallo dei dati nascosti per due anni

MIMMO MAZZA

● **TARANTO.** Tanti nodi da sciogliere e tanti dubbi da chiarire. L'ultimo allarme diossina ha fatto ripiombare Taranto e tarantini nell'incubo vissuto nel 2008, quando oltre 500 capi di bestiame, allevati in una masseria non distante dallo stabilimento siderurgico Ilva, furono abbattuti in quanto contaminati dalla diossina.

Stavolta a trovare la diossina, potente micr inquinante, non sono stati come allora gli ambientalisti, né tantomeno gli organi di controllo, ma addirittura l'Ilva. Che a valle - visti i tempi di reazione, in verità, molto a valle - di uno studio riguardante il periodo compreso tra l'agosto del 2013 e il febbraio del 2015, ha consegnato mercoledì scorso ai dirigenti dell'Arpa Puglia una relazione firmata dal professor Maurizio Onofrio, docente del politecnico di Torino, per cercare di spiegare gli anomali picchi registrati nei depositi posizionati in via Orsini, al rione Tamburi. Valori - pari a novembre 2014 a 790 picogrammi per metro quadro - mai registrati in Italia, se non forse in occasione dell'incidente di Seveso dove però i metodi di campionamento furono diversi.

I problemi da risolvere sono essenzialmente due, sui quali sia il presidente Emiliano che ieri il leader dei Verdi Bonelli hanno chiesto lumi anche alla Procura. Il primo riguarda la data dei dati: ovvero, come è possibile che risultati così allarmanti e gravi come quelli relativi in particolare ai mesi di novembre 2014 e di febbraio 2015, siano stati resi noti soltanto ora? Tanta diossina meritava sicuramente lo studio affidato al professor Onofrio, peraltro tutt'altro che esauriente quanto alle origini, ma anche un avviso immediato alle autorità competenti per avviare tutte le at-

tività previste in casi del genere, a partire dalla prevenzione di rischi per la salute. Il secondo invece rimanda alle origini della diossina. Il professor Onofrio scrive nel suo studio, che le cause della contaminazione siano da ricercare in apporti di origine diversa da quelli riferibili all'area Ilva. Anzi, nel caso di novembre 2014, il consulente della gestione commissariale esclude non solo l'Ilva ma tutta l'area industriale nel suo complesso dopo aver analizzato la provenienza dei venti.

Di parere diverso è il professor Giorgio Assennato, direttore generale dell'Arpa, secondo il quale «sarebbe una buona cosa se Ilva fosse in grado di dichiarare che cosa è successo. Perché oggettivamente per Ilva, piuttosto che per enti di controllo esterni, è molto più semplice riuscire a scoprire che cosa si è verificato in quei due mesi. Nutro una serie di perplessità anche sul fatto che Ilva dopo aver riscontrato un valore così elevato non l'abbia comunicato a nessuno. Questa è una cosa che lascia oggettivamente senza parole. L'Ilva ha preferito cambiare il laboratorio che ha fatto quelle analisi, che è uno dei migliori d'Italia, ma non ha avvertito nessuno. In quei due mesi è successo qualcosa di anomalo che non è legato all'ordinaria produzione che potrebbe teoricamente essere legata a una qualche disinvoltata gestione di rifiuti o di polveri di elettrofiltri o di polverio di cokerie che c'entra poco con l'ordinaria produzione industriale dell'acciaio».

Esclude provvedimenti urgenti contro il siderurgico il sindaco di Taranto Ezio Stefano: «Sono disorientato, mai come in questo caso attendo di capire sul serio cosa è accaduto. Abbiamo avuto i dati troppo in ritardo, impossibile ricorrere ora ad una ordinanza sindacale».



SALUTE 2.0 FORUM, BLOG E SOCIAL: SONO SEMPRE PIÙ DIFFUSI I CENTRI DI AGGREGAZIONE VIRTUALI CHE RIUNISCONO PAZIENTI CON LE STESSA PROBLEMATICHE, MA BISOGNA ESSERE PRUDENTI

Ora i pazienti si confrontano grazie alle "online communities"

Il "passaparola" è spesso positivo, ma occorre sempre conoscere il proprio interlocutore

di Eugenio Santoro*

Da sempre il confronto tra "pari" è un meccanismo che il paziente (indipendentemente dalla patologia di cui soffre) mette in atto. Ogni volta che ci ammaliamo cerchiamo persone come noi alle quali chiediamo come hanno affrontato la malattia, quali rimedi hanno adottato, a quali ospedali o medici si sono rivolti, come hanno risolto anche i più piccoli problemi causati dalla malattia. E lo facciamo per trovare conforto, per affrontare più preparati la malattia e la convalescenza, o solo per non sentirci soli nel momento del bisogno (materiale o psicologico).

Fino a ieri il passaparola e l'associazionismo sono stati i veicoli principali per entrare in contatto con i propri "pari".

Oggi a queste vie, grazie a Internet, si sono aggiunte le cosiddette *Health Online Communities*. Si tratta di social network, forum e blog dedicati alla salute, nuovi "luoghi" di aggregazione che, soprattutto nei paesi anglosassoni, stanno modificando l'atteggiamento delle persone nei confronti delle malattie, delle cure e dei medici stessi.

Attraverso questi spazi virtuali le persone che soffrono delle stesse malattie possono scambiarsi opinioni, raccontare la propria storia, discutere delle ultime novità provenienti dalla ricerca, confrontarsi con altri malati e ricercare/offrire sostegno (anche psicologico), rispondendo così a bisogni a cui le istituzioni non sempre prestano sufficiente attenzione. Gli strumenti su cui queste piattaforme si basano sfruttano i concetti di partecipazione e di condivisione propri dei social network e hanno il pregio di creare un forte senso di appartenenza tra i malati e/o tra i loro familiari e di aumentare il proprio "empowerment" (il senso di responsabilizzazione).

D'altra parte, è dimostrato che quando le persone colpite dalla stessa malattia, specialmente se cronica, si ritrovano a condividere osservazioni e punti di vista, la loro "saggezza collettiva" può produrre conoscenze cliniche che vanno ben oltre quelle del singolo paziente o del singolo medico e impattare su specifici esiti (come per esempio la riduzione di livelli di ansia e stress).

Lo hanno capito per primi tre ingegneri del MIT (*Massachusetts Institute of Technology*), accomunati da una simile storia familiare toccata dalla sclerosi laterale amiotrofica, che nel 2004 hanno dato vita a *PatientsLikeMe* (www.patientslikeme.com), la health online com-



munity più importante al mondo a cui oggi aderiscono oltre 400mila pazienti colpiti da oltre 2.500 patologie. Le dimensioni di questa community sono tali da raggiungere numeri decisamente interessanti anche per le patologie più rare, come dimostra proprio il caso della sclerosi laterale amiotrofica con gli oltre 8mila pazienti che soffrono di questa malattia che la frequentano. Accanto a PatientsLikeMe, per dimensioni e importanza assunta a livello internazionale (conta oltre 150mila pazienti), vale la pena citare *Inspire* (www.ispire.com), la preferita dalle associazioni mediche americane che qui hanno trovato un nuovo modello di collaborazione e di partecipazione tra i propri iscritti.

Anche in Italia non mancano esempi di online community tra pazienti, spesso organizzati su Facebook nella forma di gruppi chiusi. Una tra le prime nate è quella sul Glioblastoma multiforme che conta oltre 4mila membri, mentre particolarmente diffuse sono oggi quelle che riguardano le malattie croniche come il diabete. Tra i blog, particolarmente significativi sono quelli dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla denominato "Giovani oltre la SM" (<http://www.giovanioltreasm.it/>) e quello di *Repubblica* dedicato al tumore al seno metastatico (<http://lottare-vivere-sorridere-d.blogautore.repubblica.it/>) dove giovani pazienti si ritrovano a parlare delle loro malattie dal proprio punto di vista e a confrontarsi tra loro, ognuno seguendo le proprie passioni.

La condivisione di informazioni e pareri tuttavia non è solo una prerogativa di blog e social network promossi dai cittadini. Lo testimonia l'esperienza di NHS-Choices (www.nhs.uk), il portale sviluppato dal servizio sanitario inglese attraverso il quale qualunque cittadino britannico può esprimere giudizi sugli ospedali dove è stato curato. I giudizi, insieme agli indicatori di "performance" di ciascun ospedale resi disponibili dal **Ministero della Salute** britannico, contribuiscono a creare un giudizio "mediato" sul quale il cittadino potrà poi basare la propria scelta quando necessiterà di cure.

Frequentando online communities, forum e blog è bene però ricordare che occorre essere molto prudenti nel seguire i consigli "postati" ricordando che sono frutto di utenti non sempre competenti sull'argomento. Occorre poi cercare di capire chi c'è dietro un blog o una community e se dietro ai "post" e alle opinioni espresse si celano degli interessi particolari. Bisogna sempre e comunque tenere presente che i pareri che si ricevono sono accettabili solo se non entrano nella modifica della terapia o nella modifica della diagnosi, per le quali non si deve mai aggirare il rapporto con il proprio medico. Occorre inoltre fare attenzione alla privacy e non postare informazioni che possano ledere alla nostra e all'altrui riservatezza. Internet e i social network, ricordiamolo sempre, hanno una buona memoria!

Eugenio Santoro

Twitter @eugeniosantoro

Email: eugenio.santoro@marionegrif.it

Laboratorio di Informatica medica

IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

SALUTE

Terapie anti-mutazione nella **leucemia mieloide**

Una nuova cura si aggiunge al mix standard di farmaci per combattere l'alterazione del gene FLT3 con buoni risultati sul tasso di ricadute

Il trattamento base

Lo schema abituale prevede infusioni di un farmaco per 3 giorni e di un altro per 7

La cura standard per la leucemia mieloide acuta ha circa 40 anni. Si basa su una combinazione di chemioterapici che gli ematologi chiamano «3+7», perché prevede la somministrazione di un farmaco per tre giorni e poi quella di un altro per una settimana.

«In questo modo — spiega Fabrizio Pane, presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE) — nei malati più giovani si ottengono tra il 60 e l' 80 per cento di remissioni complete (cioè l'apparente scomparsa della malattia, ndr) e una guarigione in circa il 30-40 dei casi. Ma la maggior parte dei pazienti ha più di 65 anni d'età, per loro la prognosi resta molto severa e da anni si cercano cure efficaci, in grado almeno di prolungare la sopravvivenza che in molti casi non supera purtroppo i 12 mesi».

Durante l'ultimo congresso della Società Americana di Ematologia (ASH), tenutosi a Orlando, però, è stata finalmente presentata una novità. L'annuncio è stato ritenuto così importante da meritare una presentazione durante la sessione plenaria del convegno, quella riservata ai progressi più significativi.

«È un passo avanti importante — prosegue Pane — frutto di una migliore conoscenza genetica e molecolare della malattia. Grazie ai progressi fatti negli ultimi anni, nella conoscenza del Dna umano, abbiamo appreso che esistono diverse mutazioni genetiche che causano e regolano l'andamento di questo tumore e questo ha permesso di trovare nuove terapie in grado di contrastare la malattia».

Al centro dell'attenzione degli esperti c'è infatti una specifica mutazione, quella del gene FLT3, responsabile di un cattivo andamento della neoplasia, ma contro la quale è ora disponibile un farmaco che migliora la sopravvivenza dei malati.

«Per capire la novità occorre fare un passo indietro — dice Giovanni Pizzolo, vicepresidente della SIE —. Ad oggi, i pazienti che dopo lo schema «3+7» ottengono la remissione completa devono sottoporsi a una terapia di consolidamento, che si basa sull'impiego di farmaci simili a quelli utilizzati nella cura standard, ma con dosaggi differenti. Lo scopo è eradicare la malattia, per consentire alle cellule staminali (cellule con alta capacità di replicazione e diffe-

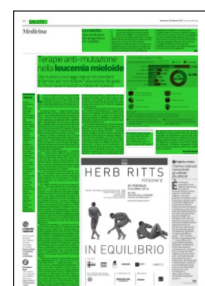
renziamento) di ripopolare il midollo osseo con cellule normali. Successivamente, se necessario e solo nei pazienti più giovani (generalmente sotto i 60 anni e in buone condizioni generali di salute), si procede con un trapianto di cellule staminali, l'unica arma in grado di offrire una speranza di guarigione anche nelle forme più aggressive».

Stando alle statistiche, i pazienti con età superiore ai 60 anni in buone condizioni generali possono essere trattati con chemioterapia intensiva standard e hanno dal 40 al 60 per cento di probabilità di ottenere una remissione completa, mentre le probabilità di guarigione si aggirano soltanto intorno al 5-10 per cento. È in questo quadro che s'inserisce la sperimentazione presentata all'ASH in Florida: per i pazienti più sfortunati, quelli con il gene FLT3 mutato, si riesce a prolungare la sopravvivenza associando allo schema standard «3+7» un nuovo medicinale, la midostaurina, una molecola che appartiene alla famiglia degli inibitori di tirosin-chinasi.

«Negli anni erano già stati fatti diversi tentativi aggiungendo uno o più farmaci alla chemioterapia di base — aggiunge Pizzolo —, ma senza ottenere miglioramenti significativi. In questo vasto trial, condotto su oltre 3.200 pazienti arruolati in 17 Paesi (tra i quali l'Italia ha avuto un ruolo di primo piano, l'aggiunta di midostaurina ha dimostrato di essere efficace». Tutti i partecipanti, appena ricevuta la diagnosi di leucemia mieloide acuta, sono stati sottoposti al test genetico per la mutazione FLT3: oggi, infatti, di fronte ad una diagnosi di leucemia è diventato indispensabile verificare la presenza di alterazioni genetiche e molecolari che connotano forme più o meno gravi, più o meno sensibili a certe terapie. In caso positivo, i pazienti sono stati divisi in due gruppi, uno trattato solo con lo schema 3+7, l'altro con l'aggiunta di midostaurina.

Entrambi i gruppi hanno ricevuto la successiva terapia di consolidamento. I risultati mostrano che l'aggiunta del nuovo farmaco fa diminuire il tasso di ricadute e fa aumentare quello di pazienti candidabili al trapianto, allungando complessivamente la sopravvivenza dei malati di diversi mesi.

La speranza degli esperti è quella di arrivare presto ad altri risultati simili con differenti medicinali. «Com'è stato evidenziato in un'altra importante presentazione all'ASH — conclude Sergio Amadori, direttore dell'Ematologia al Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma — nella leucemia mieloide acuta sono coinvolte



centinaia di mutazioni differenti, tutte più o meno importanti. E ora abbiamo imparato a riconoscerle, a capire come funzionano. Nel 2008, il genoma di questo tumore è stato il primo ad essere sequenziato per intero. Ad oggi abbiamo compreso che non esiste un solo gene alterato o una variazione predominante ed è per questo motivo che gli innovativi farmaci "intelligenti", quelli mirati contro uno specifico bersaglio non funzionano: perché qui i geni coinvolti sono tanti, in combinazioni diverse. Stiamo quindi testando farmaci con meccanismi differenti, sperando che si rivelino efficaci nel diminuire le ricadute o allungarne i tempi, in modo da far guadagnare mesi di vita, magari anni, ai pazienti».

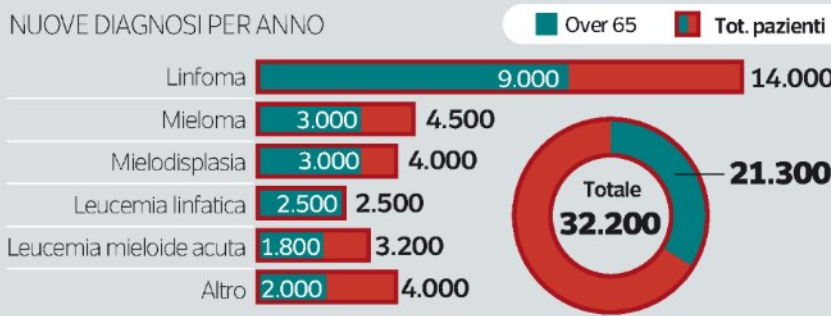
Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I sintomi

Grande stanchezza a causa dell'anemia, emorragie, febbre da infezioni, dolori ossei, perdita di peso, sudorazioni profuse: sono questi i sintomi iniziali più frequenti fra i malati di leucemia mieloide acuta. Quando, in caso di sospetto, si procede con i normali esami del sangue, questi rivelano irregolarità nell'emocromo (anemia, riduzione del numero delle piastrine, globuli bianchi aumentati o ridotti di numero) e una successiva verifica al microscopio mostra la presenza di cellule anomale definite "blasti". Per avere la certezza diagnostica occorre esaminare il sangue aspirato dal midollo osseo.

I tumori del sangue in Italia



I SINTOMI

- Grande stanchezza a causa dell'anemia
- Dolori ossei
- Emorragie
- Perdita di peso
- Febbre continua
- Sudorazioni profuse

GLI ESAMI

In caso di sospetto, si procede con i normali esami del sangue. Qualora emergessero irregolarità, si passa ad ulteriori analisi:

- ♥ In caso di leucemia, il microscopio mostra la presenza di cellule anomale definite "blasti"
- ♥ Per avere la certezza diagnostica occorre esaminare il sangue aspirato dal midollo osseo

Fonte: Società Italiana di Ematologia

CdS

La malattia

Una condizione
che progredisce
con rapidità

La leucemia mieloide acuta è la forma di tumore del sangue più frequente (dopo i linfomi non Hodgkin). Può manifestarsi anche in età infantile e giovanile, ma è tipica dell'età adulta e più frequente in quella avanzata: ogni anno ci sono circa 3.200 nuovi casi diagnosticati in Italia, di cui più o meno due terzi riguardano persone ultra 65enni. A cinque anni sopravvive soltanto il 20 % dei malati, non solo perché si tratta spesso di una patologia che

progredisce con rapidità, ma anche perché i pazienti anziani non possono tollerare i pesanti trattamenti necessari per ottenere una guarigione. Le cause scatenanti della malattia sono in gran parte ancora sconosciute, ma è noto che benzene e derivati, radiazioni ionizzanti e alcuni farmaci (i cosiddetti alchilanti) aumentano sia la probabilità di ammalarsi, sia quella di svilupparne forme particolarmente aggressive.

V.M.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

● **Linfatica cronica**

Chemio e anticorpi monoclonali, gli «alleati» già utilizzati

E considerata inguaribile, ma la sopravvivenza media dei malati di leucemia linfatica cronica supera i 10 anni dalla diagnosi. Non tutti i pazienti necessitano di cura immediata e quando arriva il momento l'aggiunta di rituximab alla chemio ferma l'avanzare del tumore in media per 5 anni. Poi, in base alla singola situazione, si decide come procedere. Questa strategia non funziona in due casi: nei pazienti (circa il 10%) con una forma caratterizzata da mutazioni genetiche sfavorevoli e negli anziani che non tollerano questa cura piuttosto aggressiva. «Ci sono però diverse novità — dice Giovanni Pizzolo, vicepresidente SIE —, come l'efficacia di alcuni inibitori specifici (ibrutinib e idelalisib) in chi ha alterazioni del cromosoma 17P o del gene P53, con controllo della malattia anche per diversi anni. Anche gli anticorpi monoclonali di nuova generazione obinutuzumab e ofatumumab, combinati con chemioterapici poco tossici, sono poi risultati ben tollerati e utili a prolungare la sopravvivenza libera da malattia nei pazienti anziani ».

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Ruvo di Puglia. Una novantina di giovani studia l'acceleratore lineare di protoni

Itel lavora al progetto anti-cancro

L'uomo che balla con i protoni nella sua azienda-laboratorio sprofondata nella Murgia, da giovane fu l'uomo dei ponti radio. Etichette e destini s'incrociano prima con la Snam, per cui costruisce la rete radio da Capo Saint Bon, in Tunisia, a San Donato Milanese, e poi con Adriano Galliani, attuale amministratore delegato del Milan, che lo ingaggia per installare 63 ripetitori di Canale 5. Leonardo Diaferia ha gli occhi azzurri e i capelli biondi da putto. Ci si fida istintivamente di quest'uomo, al quale persino la Banca d'Italia affida la sorveglianza radio degli scortatissimi blindati che in incognito attraversano l'Italia per rifornire le filiali di carta moneta. Gli inizi sono dickensiani: è figlio di contadini e non riesce a completare gli studi al Politecnico di Torino («Non avevo i soldi neppure per comprarmi un gelato»). I protoni e i ponti radio sembrano inconciliabili. Ma alla fine degli anni 80 tocca a lui installare e isolare la prima risonanza magnetica nucleare che il Drake di Maranello, Enzo Ferrari, regala all'ospedale di Modena. A quella dell'ospedale di Modena ne seguiranno altre migliaia in giro per il mondo. La Itel di Ruvo di Puglia nasce così. Dalla metà del 2005 si aggiunge la produzione di farmaci con radionuclidi per la diagnostica dei malati di tumore, per i quali Diaferia crea un laboratorio bunker che ricorda i film di fantascienza.

L'uomo dei protoni non poteva fermarsi qui. Mentre vende know how in giro per il mondo (l'ultimo accordo con l'università di Gedda, in Arabia Saudita, vale cinque milioni) riunisce un gruppo di giovanissimi ingegneri e fisici nucleari per lavorare all'acceleratore lineare di protoni, l'arma letale per alcuni tipi di cancro e, almeno in teoria, il nuovo common-rail per la Puglia.

Annarita Lacalamita, fisico nucleare 27enne di Palese, è l'unica del suo corso a lavorare in Puglia: «Gli altri miei colleghi sono tutti all'estero». Le assunzioni continuano a passo di carica: nel 2014 ci sono state 14 assunzioni, e altre otto posizioni aperte nel 2016. Il cannone o la mitraglia, così lo chiamano affettuosamente i ricercatori, costerebbe 20 milioni, un quinto rispetto ai due acceleratori circolari di Pavia e Trento, gli unici esistenti in Italia. L'uomo che balla con i protoni si schermisce: «Ho solo messo insieme una novantina di giovani tra i quali ingegneri, fisici nucleari, farmacisti e biologi. Tutto il resto è merito loro».

M.Mau.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Lo spunto

di **Daniilo di Diodoro**

RICERCA PIÙ AFFIDABILE SE I DATI SONO CONDIVISI

Quando un cittadino entra in una ricerca clinica (trial) si espone a possibili vantaggi e svantaggi in termini di salute. L'esito di una ricerca è infatti per definizione incerto, per cui quello del cittadino è un gesto di fiducia nei confronti dei ricercatori.

Dei dati derivanti da ogni ricerca bisognerà quindi fare il miglior uso, proprio per rispetto di quel gesto di fiducia. E infatti ora l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), l'unione internazionale degli editori di riviste mediche, ricorda che c'è un obbligo etico per i ricercatori a condividere quanto più possibile i dati delle ricerche, per utilizzarli pienamente ai fini dell'avanzamento delle conoscenze mediche. Gli anglosassoni lo chiamano "data sharing", condivisione dei dati. Ne parla un editoriale del *New England Journal of Medicine* (NEJM) firmato dagli editor delle più importanti riviste mediche internazionali.

I dati delle ricerche dovranno essere condivisi dopo essere stati resi anonimi per proteggere la privacy dei cittadini, ma per il resto saranno completi, in modo da consentire ad altri ricercatori di rifare lo stesso percorso seguito da chi quei dati li ha raccolti sul campo. Solo così si potrà ricostruire l'intera mappa disegnata da ogni ricercatore, dai dati ai risultati, alle conclusioni. Una garanzia contro le frodi scientifiche, ma anche verso la riproducibilità, elemento fondamentale del metodo scientifico. Così si eviteranno ripetizioni inutili nella ricerca, e si potranno svelare salti ingiustificati dai dati alle conclusioni. Molti ricercatori infatti alle volte "spremono" i dati per estrarne conclusioni di dubbia correttezza scientifica. L'ICMJE propone anche che, nel momento in cui una ricerca, prima di essere iniziata, viene registrata — ad esempio nell'apposito sito *ClinicalTrials.gov* —, sia esplicitato il piano di condivisione online dei suoi dati.

Il controllo dell'adempimento spetterà poi ai Comitati Etici che approvano le ricerche e alle riviste che le pubblicano. Quando questo sistema virtuoso sarà pienamente operante sarà forse più difficile proteggere i diritti di scoperta dei ricercatori, perché altri ricercatori potrebbero cogliere nei dati implicazioni sfuggite a chi ha effettuato la prima ricerca; così come potrebbero essere meno tutelati i diritti di eventuali sponsor della ricerca, interessati alle applicazioni commerciali e al ritorno economico. Ma quello che davvero conta è che la ricerca medica sarà diventata davvero più affidabile di quanto sia oggi.



A TAVOLA TRA SCELTE E ALLERGIE

IL **VEGETARISMO** E LE INTOLLERANZE, LO **SPORT** E LE DIETE: LE ABITUDINI **ALIMENTARI** GIUDICATE DAL PROF. RIZZO, DOCENTE DI UN **NUOVO MASTER DI I LIVELLO DELLA CUSANO**

Diete e intolleranze non compromettono le prestazioni atletiche: le proteine animali, per esempio, possono essere sostituite dagli integratori di Vitamina B12

Intervista al professor Carmelo Rizzo, docente di Nutrizione clinica Università Niccolò Cusano



«Non si resta intolleranti per sempre». Ma in caso di diete particolari, per gli sportivi «l'importante è utilizzare integratori».

Il professor Carmelo Rizzo è Docente di Nutrizione Clinica molto stimato a livello nazionale e non solo. In occasione dell'imminente partenza del suo Master di I Livello in Nutrizione Clinica presso l'Università Niccolò Cusano, concede a Unicusano Up Magazine un'intervista dove spiega il rapporto fra l'alimentazione e lo sport, anche in presenza di diete limitate da disturbi alimentari, intolleranze o scelte di vita come vegetarianismo o il veganismo.

Prof. Rizzo, in una realtà in cui gli sportivi devono avere a che fare con le intolleranze alimentari o, al contrario, scelgono di privarsi di carne o addirittura di derivati animali, come si riescono a conciliare i programmi per gli atleti?

«Non è così difficile. Se uno sportivo richiede di avere dei consigli nutrizionali che vanno verso il vegetarianismo o veganismo, due cose molto diverse fra loro, è ovvio che eliminando le proteine animali bisognerà procedere con degli integratori. Parliamo soprattutto di vitamina B12».

Alla lunga, questi integratori non rischiano di fare male?

«No, non fanno male assolutamente. A parte la vitamina B12, per quanto riguarda il gruppo B in generale o la vitamina C o ancora l'acido folico, troviamo tutto nel mondo vegetale, ma possiamo anche integrare».

Non si rischia dunque di compromettere le prestazioni degli atleti?

«Forse l'atleta ha anche maggiori risultati. Intanto, eliminando la carne si guadagna una maggiore concentrazione, anche perché si tolgono gran parte delle infiammazioni. Lo scopo di una corretta alimentazione nell'atleta non deve essere quella di saziarlo e basta, o di fare massa muscolare. Se riduciamo lo stato infiammatorio l'atleta si infortuna di meno».

Che differenza c'è fra disturbo alimentare e intolleranza? E in particolare fra la celiachia e l'intolleranza al glutine?

«Sono cose diverse. I disturbi come la celiachia hanno un'origine genetica, prevedono una predisposizione. Con tutte le conseguenze negli organi: l'appiattimento dei villi intestinali e il cattivo assorbimento. Questa è la celiachia, ne soffre l'1% della popolazione italiana, circa 600mila persone. Una stragrande maggioranza degli italiani invece, dal 3 al 5%, ha una *gluten sensitivity*. In gergo si chiamano i "non celiaci", non geneticamente predisposti ma comunque persone che hanno genera-

to un'intolleranza per cui gli organi non sono danneggiati».

Si guarisce dall'intolleranza?

«Certo, ma spieghiamo bene. Intanto, se uno è intollerante o lo diventa, lo diventerà verso i cibi che mangia, verso quelli comuni. Con il reinserimento graduale a piccole dosi si riesce a ricreare la tolleranza. Non è per tutta la vita. Bisogna riesporre la persona a questi alimenti un po' alla volta».

In cosa consisterà il suo Master di I Livello in Nutrizione Clinica all'Università Niccolò Cusano?

«Innanzitutto sarà una vera e propria educazione a tavola, spiegheremo agli studenti scientificamente la corretta alimentazione. Le aree tematiche sono molteplici: dalla gastroenterologia alla dermatologia, all'allergologia classica, ma anche alla pediatria e alla ginecologia. Anche l'oncologia: l'alimentazione è preventiva ma anche terapeutica per le patologie tumorali».

© COPYRIGHT UNIVERSITÀ NICCOLÒ CUSANO

