



## **RASSEGNA STAMPA**

**05/03/2016**

1. IL FATTO QUOTIDIANO Cancro e notizie, istruzioni per non illudersi
2. ADN SALUTE Da scienziati inglesi la strategia per scoprire il tallone d'Achille del cancro
3. PHARMASTAR Ho un tumore. In Norvegia sopravviverei di più
4. ILGIORNALE.IT Dagli anti-virali ai collutori: 1200 farmaci introvabili
5. QUOTIDIANO SANITÀ Aifa: “Rilancio ricerca indipendente priorità del mio mandato”
6. MILANO FINANZA Tante cure per la testa
7. REPUBBLICA D Ok, il nome è giusto anche se la pillola è sbagliata
8. IO DONNA Farmaci on line: le nuove regole Ue anti contraffazione
9. RESTO DEL CARLINO «Sanità, sprecati 25 miliardi di euro all'anno»
10. CORRIERE DELLA SERA L'ossitocina per combattere il dolore
11. GENTE Clic, Ecco la ricetta Foglio Rosso addio

# CANCRO E NOTIZIE, ISTRUZIONI PER NON ILLUDERSI

## SU "SCIENCE"

Un gruppo di scienziati britannici annuncia di aver scoperto il Tallone d'Achille del male. E noi speriamo sempre sia la volta buona

» CATERINA SOFFICI

**T**rovata la cura per il cancro". Quante volte l'abbiamo letta, questa notizia? Troppe per crederci ancora. Perché era sempre una bufala o comunque una notizia esagerata. Ieri sui giornali inglesi è apparso per l'ennesima volta il titolo: gli scienziati britannici annunciano che hanno trovato il Tallone d'Achille del cancro, e quindi il modo per combatterlo definitivamente. La notizia pare abbastanza attendibile, ripresa e spiegata con dovizia di particolari anche dall'autorevole Bbc, che ha schierato autorevolissimi commentatori e ha interpellato scienziati ed esperti per analizzare e sviscerare la buona novella.

**NON CI ADDENTREMO** comunque nel dettaglio, perché nessuno di noi è in grado di capire come funziona, ma a tutti interessa sapere solo se funziona.

Lo studio è stato pubblicato su *Science* ed è finanziato con i fondi della *Cancer Reserch Uk*, l'associazione benefica che sponsorizza la ricerca contro il cancro.

Gli autori sono un gruppo di ricercatori dell'UCL, University College of London, che avrebbero capito come poter sfruttare il sistema immunitario del corpo per spazzare via le cellule tumorali. La cura sarebbe efficace contro tutti i tipi di cancro, ma dovrebbe essere personalizzata su ogni individuo. Quindi,

prima magagna: molto costosa.

Poi, seconda magagna: siamo ancora lontani dalla sua applicazione, potrebbe essere sperimentata sull'uomo al più presto tra due anni.

Sarà vero? Nessuno lo sa, ma tutti siamo attratti da notizie come queste perché se fosse vera, sarebbe una svolta epocale, tipo penicillina, uomo sulla luna e invenzione del web.

Ognuno di noi quando legge queste notizie spera nel profondo del suo cuore che non sia la solita bufala, perché il cancro è la grande paura del secolo.

Il cancro è diventato il catalizzatore di tutte le nostre paure.

C'è il terrorismo, c'è la guerra alle porte. Ci sono migliaia di altre malattie e di modi più moderni di morire, ma il cancro nel nostro immaginario è un po' sinonimo di morte.

Sconfiggere il cancro è un po' come sconfiggere la morte.

Cancro: una parola che spaventa e che fino a qualche tempo fa non si poteva nemmeno pronunciare. Lo chiamavano il male incurabile.

Ognuno di noi ha avuto un amico o un parente portato via dal "male incurabile". Poi la bestia ha ottenuto il diritto di essere chiamato con il suo nome, e così ognuno di noi ha avuto un amico o un parente portato via

non più dall'innominabile, ma dal "cancro".

**ORA CERTI TIPI** di tumori sono curabili. Quindi ognuno di noi conosce anche gente che ci è finita e ne è uscita. Chi si ammala lo racconta e racconta le proprie battaglie, perché si sa che si può sconfiggere.

C'è chi affronta queste battaglie come un guerriero furibondo, pensate a Oriana Fallaci. E chi invece ne fa l'occasione di viaggio interiore e di introspezione nella vita, pensate a Tiziano Terzani. Il *coming out* sembra per tutti una via per esorcizzare la paura. Condividere per diluire il terrore.

Ma il grande male aleggia sempre sulle nostre teste e ognuno di noi sa di avere il cinquanta per cento di probabilità di beccarselo (o che se lo becchi un amico o uno di famiglia).

Perché se la scienza progredisce, regredisce anche il nostro stile di vita e i tumori aumentano. E allora ben vengano queste notizie. Non è vero ma ci credo? Forse. Ma è un modo per spingere la morte più in là.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.adnkronos.com>

## Da scienziati inglesi la strategia per scoprire il tallone d'Achille del cancro



Trovare il 'boss', il regista dell'attività criminale organizzata, messa in campo dal cancro, e **scagliargli contro i poliziotti del sistema immunitario**. E' la strategia individuata da un team di ricercatori dell'University College London e descritta in uno studio finanziato da 'Cancer Research Uk' e dal Rosetrees Trust e pubblicato su Science. Per gli autori si tratta di "**una scoperta rivoluzionaria** nella comprensione di come la complessità genetica dei tumori può essere riconosciuta e sfruttata dal sistema immunitario, anche quando la malattia è nelle sue fasi più avanzate".

I risultati, infatti, potrebbero guidare le immunoterapie del futuro e migliorare il modo in cui vengono **utilizzati farmaci immunoterapici** esistenti. Quando un tumore si sviluppa, la diversità dei suoi difetti genetici può essere contrassegnata sulla superficie delle cellule tumorali, in quanto un marchio unico, delle mutazioni uniche, appaiono in diverse parti del tumore. Analizzando i dati da centinaia di pazienti provenienti da studi precedenti, i ricercatori hanno scoperto che alcune di queste bandiere - note come antigeni - rappresentano le primissime mutazioni della malattia e vengono visualizzate su tutte le cellule del tumore, piuttosto che in un sottogruppo di cellule tumorali. Sono in altre parole le 'mutazioni madri'.

In laboratorio i ricercatori hanno poi isolato delle cellule immunitarie specializzate,

chiamate cellule T, dai **campioni di due pazienti con cancro del polmone**. Cellule in grado di riconoscere queste bandiere comuni presenti in ogni cellula tumorale. Anche se queste cellule immunitarie potenti hanno il potenziale per spazzare via tutte le cellule cancerose all'interno del tumore, purtroppo sono spente dalle difese del tumore.

La ricerca apre la strada a terapie che attivano specificamente le cellule T per aggredire tutte le cellule tumorali in una volta sola in base alla firma genetica della malattia. In futuro, gli scienziati potrebbero sfruttare questa strategia sviluppando **un vaccino terapeutico in grado di attivare le cellule T**, oppure raccogliendo, coltivando e risomministrando nel paziente le cellule T che riconoscono gli antigeni comuni a tutte le cellule del cancro.

"Il sistema immunitario del corpo agisce come la polizia quando cerca di affrontare un gruppo di criminali, il cancro - spiega Sergio Quezada, co-autore dello studio -. Diversi tumori, da un punto di vista genetico, sono come **una banda di teppisti coinvolti in diversi reati**, dalla rapina al contrabbando. E il sistema immunitario fa fatica a tenere il passo del cancro, così come è difficile per la polizia, quando c'è così tanto da fare. La nostra ricerca mostra che, invece di inseguire senza meta tutti i reati in diversi quartieri, noi potremmo essere in grado di dare alla polizia le informazioni di cui ha bisogno per arrivare al 'boss', cioè alla radice di tutta la criminalità organizzata, il tallone d'Achille del tumore di un paziente, per spazzare via il problema per sempre".

La complessità genetica del cancro, che viene contrassegnata da antigeni tumorali, sorge quando i tumori si sviluppano in maniera ramificata. Ma i primi difetti si trovano in tutte le cellule e formano il 'tronco' della malattia, mentre le mutazioni successive si presentano in alcune cellule, ma non in tutte. Sono praticamente i 'rami' che permettono alla malattia di adattarsi e diventare resistente ai farmaci.

"E' entusiasmante - commenta Charles Swanton, co-autore dello studio -. Ora siamo in grado di dare la priorità a un obiettivo e di mirare agli antigeni tumorali presenti in ogni cellula, il tallone d'Achille di questi tumori altamente complessi. Questo apre una via per guardare ai tumori individuali di ciascun paziente" portando "all'estremo assoluto" il concetto di medicina personalizzata. Un futuro in cui "ogni paziente avrebbe un trattamento su misura unico per lui".

## Ho un tumore. In Norvegia sopravviverei di più



06 marzo 2016

E' una campagna shock che fa vedere una donna segnata dalla chemioterapia che dice "Ho un tumore, In Norvegia sopravviverei di più".

Con questo messaggio l'Ordine dei Medici di Napoli e di Bari ha deciso di 'svegliare' la cittadinanza e di mettere in evidenza le disparità di trattamento medico tra Nord e Sud Europa e che vedono il Sud Italia drammaticamente penalizzato.

La campagna è stata annunciata venerdì scorso a Bari presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri nel contesto della presentazione dei dati del rapporto Eurocare 5 (European Cancer Registry), un progetto europeo di ricerca sulla sopravvivenza al cancro promosso dall'Istituto tumori di Milano e dall'Istituto Superiore di Sanità.

### Cosa dice il rapporto rapporto Eurocare 5

I dati di Eurocare 5 dimostrano che la sopravvivenza per tumore è più elevata nei paesi del Nord Europa (59.6%) e Centro Europa (58%), intermedia nel Sud Europa (54.3%) e in Irlanda e UK (50%), e ai livelli più bassi nell'Est Europa (45%).

La sopravvivenza è correlata con la spesa sanitaria nazionale totale e i maggiori incrementi di sopravvivenza si sono registrati nei paesi dove la spesa è aumentata maggiormente. Ne deriva che le probabilità di sopravvivenza per un abitante del Nord Europa colpito da tumore sono più alte di un italiano affetto dalla stessa patologia.

L'Italia spende, pro-capite 3.027\$, molto meno dei Paesi limitrofi quali Austria (4.593\$), Francia (4.121\$) e Germania (4.650\$). Dal 2009 al 2012 la spesa sanitaria pro-capite in Italia è scesa dell'1,1% (Dati Ministero del Lavoro). In rapporto al PIL spendiamo in Sanità meno della Grecia: 8,8% contro il 9,2% (OCSE Health Statistics 2015) e siamo al 22° posto nella classifica EuroHealth Consumer Index 2015.

Inoltre, si nota anche a livello nazionale una disparità territoriale nella distribuzione delle risorse investite in Sanità. La spesa sanitaria in Puglia nel 2014 è stata di 7,1 miliardi di euro, mentre a parità di popolazione una regione come l'Emilia Romagna ne ha spesi 8,7 miliardi (Dati Agenas).

Nel corso del Piano di Rientro 2011-2013 il blocco del turn over in Puglia ha determinato un depauperamento di risorse pari al 6% del personale del SSN (circa 3500 unità). Con conseguenze che erano evidenti già nel 2012: la Puglia aveva 89,6 unità di personale sanitario ogni 10mila abitanti contro i 133,5 dell'Emilia Romagna e i 135,4 della Toscana (dati Istat 2012). Se guardiamo solo a medici e odontoiatri, ogni 10mila abitanti nel 2012 erano 19,6 in Emilia Romagna e 22,1 in Toscana contro i 15,4 della Puglia.

E l'equità territoriale non è riscontrabile nemmeno se si guardano i numeri dei posti letto. I posti letto per assistenza residenziale ogni 10mila abitanti erano 16,8 in Puglia, contro i 39,9 della Toscana e i 47,9 dell'Emilia Romagna. Infine, benché elevato in termini assoluti, il costo per abitante del personale in Puglia è tra i più bassi d'Italia, dopo Lazio e Campania. Una diseguaglianza territoriale nell'accesso al diritto alla salute certificata dalla Corte dei Conti: "La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini non sembra uniforme sul territorio nazionale" (Relazione 2014, Corte dei Conti sugli andamenti della finanza territoriale).

### **Il senso della campagna promossa degli Ordini dei Medici di Bari e Napoli**

Di fronte a questi dati, gli Ordini dei medici di Bari e Napoli hanno deciso di promuovere una campagna di comunicazione rivolta all'opinione pubblica per denunciare una situazione che mette in pericolo la tutela della salute dei cittadini italiani e di coloro che abitano nelle regioni meridionali in particolare. Esiste infatti una nuova "questione meridionale" in Sanità legata ad una iniqua distribuzione delle risorse sul territorio che penalizza maggiormente le regioni del sud.

La campagna mostra un paziente oncologico, che ha perso completamente i capelli in seguito alle cure, accompagnato dall'headline "Ho un tumore. In Norvegia sopravviverei di più. La sopravvivenza cresce nei paesi che investono in Sanità. Più Risorse, più Salute".

"Abbiamo scelto un tema particolarmente delicato, cui l'opinione pubblica è sensibile e un'immagine e uno slogan forti, perché vogliamo segnalare l'emergenza" - racconta Filippo Anelli, Presidente dell'OMCeO di Bari – Il Piano di rientro prima, la nuova legge di stabilità ora stanno comprimendo costantemente le risorse investite in Sanità e penalizzando soprattutto regioni del sud come la Puglia. Esiste una correlazione diretta tra povertà e malattia. Tutte le statistiche lo dicono. Se continuiamo a effettuare tagli al sistema sanitario nazionale, non solo avremo una Sanità in cui chi può pagare si può curare e chi non se lo può permettere rinuncerà alle cure, ma potremo fare meno prevenzione e avremo nel complesso una popolazione con un'incidenza maggiore di malattie. Come Ordine chiediamo che sia applicato l'art. 3 della Costituzione italiana, secondo cui è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano l'eguaglianza dei cittadini".

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.ilgiornale.it/news>

## Dagli anti-virali ai collutori: 1200 farmaci introvabili

*Dagli antivirali agli anti-Parkinson, da radiofarmaci per la diagnostica strumentale fino al collutorio per il mal di gola, la lista delle medicine "introvabili", per cui ci sono carenze a livello nazionale o locale, è lunga 97 pagine, con oltre 1.200 confezioni*

Dagli antivirali agli anti-Parkinson, da radiofarmaci per la diagnostica strumentale fino al collutorio per il mal di gola, la lista delle **medicine** "introvabili", per cui ci sono carenze a livello nazionale o locale, è lunga 97 pagine, con oltre 1.200 confezioni.



La buona notizia per i pazienti in cura è che, per lo più, si tratta di carenze temporanee.

"All'origine possono esserci problemi commerciali o di produzione, ma anche la sospensione o lo stop della commercializzazione, distorsioni come l'esportazione parallela e accaparramenti per usi illeciti, come capitò qualche tempo fa per l'ormone della crescita. Solo per meno del 5% delle medicine in elenco non ci sono alternative disponibili". A fare il punto è Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qualità dei prodotti e contraffazione dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Cosa fare, allora, se all'improvviso il medicinale che ci occorre non si trova nelle farmacie di zona? "È importante fare una segnalazione ai Servizi farmaceutici regionali. Noi abbiamo messo a punto l'elenco delle carenze, aggiornato ogni due settimane, per dare riscontri tempestivi ai cittadini, segnalare la natura del problema e i tempi previsti per una eventuale soluzione. Nel frattempo ci si attiva per cercare di limitare il disagio, ma - sottolinea Di Giorgio all'AdnKronos Salute - non si può imporre alle aziende di continuare una produzione" se hanno deciso di interromperla. "Su questo tipo di problema - evidenzia l'esperto - c'è molta attenzione in Italia, e negli anni sono stati messi in campo interventi non standard", cose che negli altri Paesi non si fanno ancora. "Ad esempio, si autorizza una importazione eccezionale o un approvvigionamento alternativo, oppure - dice l'esperto - se alcuni medicinali sono ritenuti critici, ma non sono più di interesse per l'azienda che decide di interromperne la produzione, come è accaduto per la tiopronina, si è attivato il Farmaceutico militare di Firenze", struttura che produce anche diversi

farmaci orfani.

Non solo, l'Aifa lavora anche "con Nas e ministero della Salute per capire se ci sono distorsioni sul mercato e se i medicinali 'introvabili sono tali per fenomeni come l'esportazione parallela o accaparramenti per usi illeciti. Aspetti fondamentali, perché aumentare la produzione di un farmaco che poi viene fatto 'sparire" e finisce in canali non ufficiali "è inutile: in questi casi occorrono soluzioni differenti". E se in alcuni casi la criminalità può essere all'origine del problema, "alle volte scopriamo intoppi distributivi, che fanno diventare dei farmaci indisponibili solo in una particolare zona". L'attenzione è elevata, e sul sito dell'Agenzia del farmaco i cittadini possono monitorare l'andamento della situazione e gli interventi di Aifa per risolvere carenze che possono diventare "un problema di salute pubblica. Le soluzioni in campo sono diverse, c'è molta attenzione", conclude Di Giorgio.

# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 04 MARZO 2016

## Melazzini (Aifa): "Rilancio ricerca indipendente priorità del mio mandato"

***Così il presidente dell'Agenzia italiana del farmaco intervenuto questa mattina alla conferenza nazionale Gimbe a Bologna. "La ricerca indipendente ha un ruolo strategico per il nostro Paese e rappresenta una risorsa indispensabile per il Servizio Sanitario Nazionale e per i pazienti".***

"Rilanciare la ricerca indipendente di qualità in Italia è uno degli obiettivi strategici dell'Agenzia Italiana del Farmaco e una priorità del mio mandato. La prossima settimana porterò in Consiglio di Amministrazione le proposte per il finanziamento dei progetti già approvati con il Bando del 2012. Entro l'estate, o subito dopo, mi sono prefissato di far partire il nuovo Bando 2016 e di rispettare annualmente questa scadenza". Ad affermarlo il Presidente **Mario Melazzini**, che ha partecipato oggi alla Conferenza Nazionale della Fondazione Gimbe a Bologna.

"La ricerca indipendente – ha aggiunto il Presidente Aifa – ha un ruolo strategico per il nostro Paese e rappresenta una risorsa indispensabile per il Servizio Sanitario Nazionale e per i pazienti".

"L'Aifa ha sviluppato e condiviso con il Ministero della Salute un percorso di rilancio, attivando un'apposita Convenzione con la Direzione Generale della ricerca e dell'innovazione in sanità per valutare i progetti relativi al bando Aifa 2012. Proseguiremo poi con i nuovi bandi – ha concluso Melazzini – che saranno focalizzati su poche ma specifiche tematiche, in funzione dell'importanza strategica di alcuni filoni di ricerca, tra cui i farmaci orfani e le malattie rare, il confronto fra approcci terapeutici, la sicurezza dei medicinali e la valutazione dell'appropriatezza d'uso. I criteri di selezione saranno stringenti per garantire l'elevato livello scientifico dei progetti, e quindi ricadute significative in termini di evidenze prodotte utili e funzionali per il nostro Servizio Sanitario Nazionale, nonché maggiori garanzie in termini di avvio tempestivo e conclusione degli studi nei tempi previsti".

MEDICINA

*Allo studio un anticorpo intelligente per prevenire l'emicrania cronica*

# Tante cure per la testa

di Elena Correggia

**T**ecniche innovative di neuroimaging e simulatori hi-tech, vaccini sperimentali e nuovi utilizzi della radioterapia stanno cambiando e rendendo più efficace l'approccio terapeutico a numerose patologie del cervello.

Buone notizie per chi soffre di emicrania cronica, ovvero coloro che hanno di mal di testa almeno 15 giorni al mese per almeno tre mesi consecutivi. L'Istituto San Raffaele pisana di Roma è il primo centro in Europa a essere stato selezionato per avviare la sperimentazione clinica di un anticorpo intelligente per prevenire il fastidioso disturbo che colpisce soprattutto soggetti in età attiva, di età media fra 40 e 45 anni. «L'anticorpo intelligente, impropriamente definito vaccino, ha la capacità di individuare e neutralizzare una sostanza fisiologica vasodilatatrice chiamata Cgrp, il cui eccesso rappresenta uno dei meccanismi di scatenamento dell'attacco emicranico», spiega Piero Barbanti, responsabile del centro per la diagnosi e la terapia delle cefalee e del dolore dell'Irccs San Raffaele pisana, «si tratta di un nuovo meccanismo di azione che costituisce un grande passo avanti anche sotto l'alto profilo di tollerabilità, uguale al placebo, a differenza dei farmaci finora utilizzati per prevenire l'emicrania cronica che, dopo 6 mesi un anno, devono essere sospesi a causa degli effetti collaterali quali sonnolenza, astenia e aumento di peso». Nella fase di studio precedente l'anticorpo, somministrabile sottocute una volta al mese per sei mesi consecutivi, ha ridotto la frequenza degli attacchi di cefalea nel 62% dei pazienti.

**Il tempo è cervello.** Anche in Italia dal 14 al 20 marzo verrà celebrata la settimana mondiale del cervello, un'occasione con la quale la Società italiana di neurologia promuove incontri e convegni sulle malattie neurologiche e sui progressi della ricerca. Quest'anno in particolare con il motto «Il tempo è cervello» si vuole sottolineare l'importanza di diagnosi tempestive e soluzioni anticipatorie nelle malattie croniche.

Nuovi marker della fase prodromica della malattia sono per esempio stati individuati per il morbo di Parkinson. «La ricorrenza di disturbi del sonno, soprattutto nella fase correlata al sogno, con manifestazioni psichiche e comportamentali, sono state riportate da molti studi, soprattutto

italiani», spiega Leandro Provinciali, presidente della società italiana di neurologia e direttore della Clinica neurologica e del Dipartimento di scienze neurologiche degli Ospedali riuniti di Ancona, «in molti casi sono manifestazioni poco frequenti ma di tale intensità da richiedere un consulto specialistico. La loro identificazione avviene agevolmente sulla base di caratteristiche quali iperattivazione motoria, attività onirica intensa con comportamento correlato». Anche i disturbi olfattivi con alterazione della percezione o del riconoscimento degli stimoli sono spesso registrati nelle fasi prodromiche della malattia di Parkinson e di Alzheimer. I tentativi di proteggere chi mostra questi segni precoci sono stati realizzati con farmaci neuroprotettori, utilizzati anche nelle fasi iniziali del quadro clinico, benché il loro impiego rimanga controverso per la scarsa omogeneità di vantaggi documentati. Una fase iniziale e presintomatica dell'Alzheimer è rappresentata dal disturbo cognitivo lieve, con espressioni di compromissione cognitiva distinguibili dalla forme naturali d'invecchiamento attraverso valutazioni neuropsicologiche. In questo campo la ricerca ha anche avviato studi di neuroimaging funzionale per analizzare i disturbi soggettivi di memoria al fine di arrivare a una diagnosi presintomatica e a un trattamento precoce. «La risonanza magnetica di base per esempio fornisce un quadro morfologico distinguendo i tessuti sani da quelli malati e viene già utilizzata per la diagnosi di malattie neurodegenerative nei casi dubbi successivi alla diagnosi clinica e allo studio genetico», spiega Maria Grazia Bruzzone, direttore dell'unità operativa di neuroradiologia dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano, «con le tecniche funzionali otteniamo informazioni ulteriori sul quadro metabolico sotteso o precedente l'alterazione del segnale cerebrale, individuando per esempio i segni delle disfunzioni a livello corticale dopo aver somministrato vari stimoli».

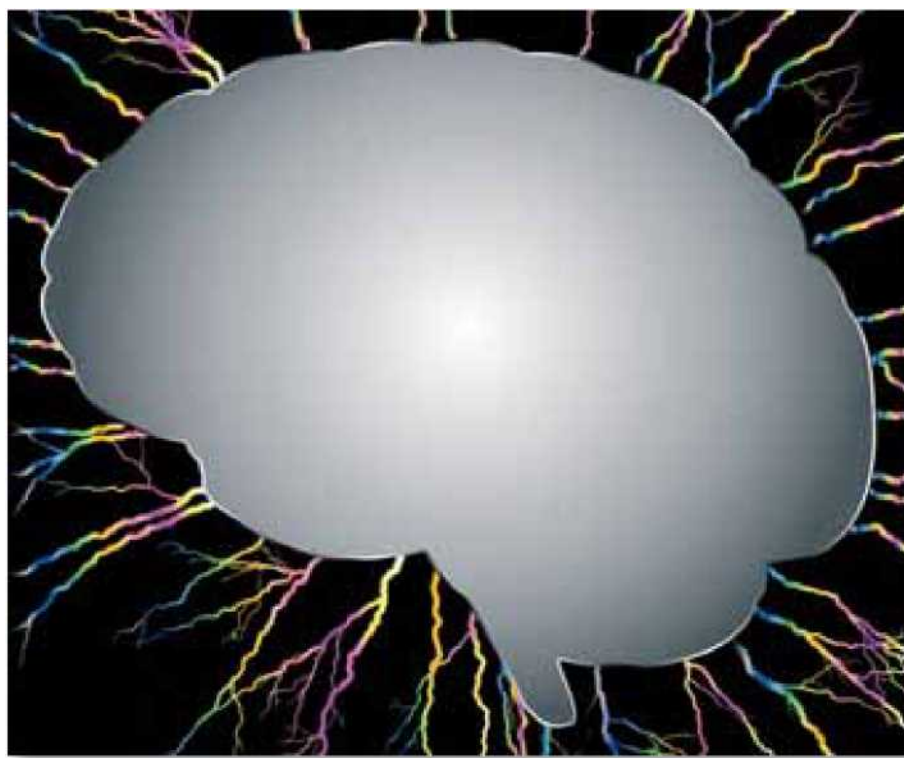
**Un viaggio in 3D.** Un importante ausilio per la formazione dei medici specializzandi in neurochirurgia e per la pianificazione di un intervento prima di entrare in sala operatoria è offerto dai neurosimulatori di cui è dotato, primo in Europa, il Centro Neurosim, che ha sede presso l'Istituto Besta. «Nella pratica operatoria sono già diffusi i navigatori, che ci informano su dove stiamo operando e ci permettono un confronto con l'immagine preoperatoria



ottenuta tramite risonanza magnetica», spiega Alessandro Perin, direttore scientifico di Neurosim, «i simulatori hanno invece una funzione simile a quella di Google maps, ci permettono cioè di studiare in anticipo la traiettoria che dobbiamo percorrere, segnalando molte informazioni fra cui la strada più veloce e gli eventuali ostacoli. Attraverso immagini personalizzate dell'anatomia del paziente rese in grafica computerizzata in 3D possiamo quindi navigare all'interno del suo cranio e simulare un intervento, per esempio per la rimozione di un tumore, valutando in anticipo i rischi, le vie più difficili e quelle più sicure». Il realismo è amplificato dalla capacità delle macchine di trasmettere al chirurgo la sensazione anche tattile percepita quando il bisturi tocca determinate superfici e strutture anatomiche del cervello e la resistenza dei diversi tessuti, grazie a un software che riproduce le caratteristiche fisiche e fisiologiche degli stessi. Infine, anche l'audio in 3D riproduce i suoni che si otterrebbero durante l'intervento chirurgico. Nello specifico il complesso di simulatori prevede NeuroTouch, che simula interventi neurochirurgici tridimensionali realizzati al microscopio, e Immersive Touch, per effettuare virtualmente sul paziente le fasi dell'intervento che non richiedono l'uso del microscopio e pianificare meglio tempi e vie d'accesso. C'è poi Surgical theater, che può essere usato anche durante l'intervento chirur-

gico reale, e in caso di trattamento di un aneurisma permette di valutare in anticipo come le clip interagiranno con i tessuti e le strutture circostanti. Infine Virtual proteins è un sistema per la visualizzazione dell'anatomia del paziente ricostruita in 3d. Il modello può essere ruotato in tutte le direzioni e analizzato da tutti gli angoli. È lo strumento che fornisce il grado maggiore di dettaglio ed è utilizzato per trattare le malformazioni vascolari perché riesce a ricostruire l'albero dei vasi sanguigni in modo preciso per distinguerlo dalle altre strutture del cranio.

**Il robot mette il dolore ko.** Per spegnere i dolori della nevralgia del trigemino, che in Italia affligge oltre 7 mila nuovi soggetti ogni anno, è possibile fare ricorso alla radioterapia tramite il robot Cyberknife. L'apparecchio è in grado di inviare con precisione 150 fasci di radiazioni di spessore millimetrico sul nervo trigemino malato. «L'energia inviata agisce da antidolorifico, anestetizzando il nervo», afferma Pantaleo Romanelli, direttore scientifico del Centro Cyberknife del Centro diagnostico italiano di Milano, «abbiamo effettuato oltre 500 trattamenti e l'efficacia della metodica è confermata dal fatto che 9 pazienti su 10 a sei mesi dal trattamento sono liberi dal dolore». Cyberknife non è invasivo, a differenza dell'intervento chirurgico, e non richiede l'utilizzo di farmaci. (riproduzione riservata)



**Vittorio Zucconi**

# OK, IL NOME È GIUSTO ANCHE SE LA PILLOLA È SBAGLIATA

**U**na rosa è una rosa è una rosa», scrisse in un poema la grande Gertrude Stein, per dire che il nome può cambiare, ma la cosa non cambia. Una semplice verità contro la quale le grandi industrie farmaceutiche, “Big Pharma”, lottano ogni giorno spendendo milioni per provare che Stein aveva torto. E che cambiando il nome alla cosa, cambia anche la rosa. O come noi la annusiamo.

È la gigantesca industria dei creatori di nomi per i nuovi medicinali. Le case spendono fortune per azzeccare quella sequenza di lettere che convincerà i pazienti a chiedere proprio quel farmaco e non un altro, magari identico, ma che suona peggio. Quando si parla di un mercato da 330 miliardi di dollari all'anno - mille a testa per ogni abitante degli Stati Uniti - si capisce che ogni dollaro speso per trovare il nome più accattivante possa essere giustificato.

Immaginiamo un signore di mezza età, con qualche problemino amoroso, andare in farmacia e chiedere una pastiglia di 1-[3-(6,7-dihydro-1-methyl-7-oxo-3-propyl-1H-pyrazolo[4,3d]pyrimidin-5-yl)-4-ethoxyphenyl]sulfonyl]-4-methylpiperazine citrato, magari scarabocchiato su una ricetta dalle famose zampe di gallina che i medici usano per scrivere. Gli sarebbe impossibile, e probabilmente rinuncerebbe a una piacevole serata. Altra cosa se potesse ordinare semplicemente il Viagra che è il nome commerciale di quell'impossibile trenino di greco, latino e algebra. La scelta è molto più di una traduzione dal “chimichese” all'inglese. Ogni nome deve cercare di colpire la fantasia, le paure, i desideri del paziente consumatore. Ci saranno dunque nomi più “maschili”. Viagra, con il suo ovvio richiamo subliminale a “vir”, virilità. Altri saranno imbottiti di lettere dure e un po' intimidenti, come la sempre popolarissima “X” che fa subito promessa di efficacia. Ecco allora Nexium, Xarelto, Xanax, Suboxone, Oxicontin, Celebrix, Zostavax, Pradaxa, Xopenex, Exforge, Relpax...

Per medicinali prevalentemente destinati alle femmine o comunque controllati dalle donne, che sono le principali acquirenti di farmaci, i consulenti, che chiedono a Big Pharma fino a 500 mila dollari per partorire un nome, tenderanno a scegliere una nomenclatura più morbida. Oggi si vendono Lunesta per dormire (Oh tu, pallida Luna...), poi Humira, Lyrica, Januvia, Namenda, Dulera, Truvada, Victoza, Cymbalta, Strattera e Invokana, che ricorda una preghiera. A volte i pro-



**Big Pharma ha un ramo di attività speciale: trovare la parola giusta per vendere più farmaci. E ci riesce fin troppo bene**

duttori cedono e ci vanno giù piatti: per raffreddori, riniti allergiche, sinusiti è disponibile il Nasonex, anche per nasini.

Ogni nuovo farmaco deve avere sempre tre nomi. Quello scientifico, come il popolarissimo L-3,3',5,5'-tetraiodothyronine sodium salt [Levothyroxine (T4) sodium], il sostituto degli ormoni della tiroide registrato anche come Levothyroxina e venduto a 30 milioni di pazienti soltanto negli Usa come Synthroid e in Italia come Euthyrox (“Eu” dal greco “bene”). Il nome commerciale appartiene alla casa che lo ha brevettato. Il nome generico serve per quando il brevetto scadrà e potrà essere prodotto da chiunque sia autorizzato.

Ma il marketing e la ricerca del nome più commerciabile non sono senza rischi per la salute. Farmaci diversissimi ma con nomi simili rischiano di creare confusione, con effetti disastrosi. In un caso di scuola sempre citato, una signora sofferente di asma acuta cercò invano di controllare gli attacchi spasmodici ingerendo compresse dal nome molto simile a un preparato contro l'ingrossamento della prostata. La signora tragicamente morì, mentre da qualche altra parte, un uomo con una prostata come un pallone da football respirava a pieni polmoni correndo continuamente in bagno.

Nel punto di congiunzione fra scienza e profitto, fra persuasione occulta ed efficacia farmacologica, il confine fra ciò che aiuta il paziente e ciò che aiuta i bilanci delle aziende tende a confondersi e sovrapporsi. E può, come la rosa di Gertrude, pungere chi cade nelle trappole del marketing della pillola.

## SALUTE

### Farmaci on line: le nuove regole Ue anti contraffazione

Sembrano identici a quelli veri, ma sono falsi e pericolosi. I medicinali contraffatti sono diffusi, ancora di più con il boom del commercio on line: un mercato in crescita nel mondo del 123 per cento negli ultimi cinque anni. Per proteggere i cittadini e smascherare i farmaci fasulli, una direttiva Ue ha appena stabilito nuove misure di sicurezza obbligatorie: ogni confezione dovrà avere un identificativo unico, con informazioni che vanno dal numero di lotto alla data di scadenza, dal codice a un numero di serie unico. «I farmaci contraffatti contengono meno principio attivo del dovuto, non ne hanno affatto o hanno qualcosa di diverso da quanto segnalato in etichetta» spiega Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano (*mario-negri.it*). «Morale, fanno sempre male. Se non c'è nulla o poco di quanto serve, il mancato effetto è dannoso. Se contengono impurità o sono di scarsa qualità, sono dannosi per i possibili eventi avversi». In Italia, dal 2015, si possono acquistare sul web medicine senza ricetta: per tutelarsi, occorre rivolgersi alle farmacie on line autorizzate dal ministero, riconoscibili da un "bollino di sicurezza" su cui cliccare per verificare la legalità del sito.

*Elena Meli*



**HOTEL CARLTON** GIMBE, CARTABELLOTTA: «CI VUOLE INNOVAZIONE»

## «Sanità, sprecati 25 miliardi di euro all'anno»

**AMMONTANO** a più di 25 i miliardi sprecati ogni anno nel settore sanitario. Ovvero circa il 22 per cento dei 111 miliardi di spesa. A gravare di più sul sistema sanitario nazionale sono l'eccessivo numero di prestazioni inefficaci o inappropriate, e i costi non standardizzati, che variano da una regione all'altra. Ma anche la disorganizzazione fra professionisti e la corruzione. Questi i dati resi pubblici nel corso dell'undicesima conferenza nazionale Gimbe (ieri al Royal Hotel Carlton), che ha finanziato un'indagine sull'argomento.

**NEL MIRINO** della fondazione: gli sprechi a discapito dell'innovazione e del benessere dei cittadini. «Se continuiamo a lavorare con le stesse modalità, anche se ci fossero risorse aggiuntive, queste verrebbero erose», si allarma il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta. «Ci vogliono innovazioni di rottura per recuperare gli sprechi, altrimenti il sistema non potrà reggere». Di questi 25 miliardi infatti, secondo la fondazione, il 30 per cento (quasi 8 miliardi di euro) è imputabile all'utilizzo eccessivo di alcune prestazioni sanitarie. Altre invece, sotto-utilizzate, causano uno spreco di oltre 3 miliardi (12 per cento). Mentre 2,5 miliardi (10 per cento) si perdono nell'inadeguato coordinamento fra ospedale e territorio. Sempre secondo Gimbe, 4 miliardi (16 per cento) di sprechi sono legati a costi eccessivi e a disparità regionali anomale. Infine, la corruzione rappresenterebbe ben 5 miliardi di euro ogni anno.

**MA** gli sprechi ci sono anche nella ricerca. Dallo studio Gimbe sulla ricerca indipendente dell'agenzia del farmaco, si evince che, sui 207 progetti finanziati dall'Aifa fra il 2006 e il 2010, per un totale di circa 100 milioni di euro, molti sono stati interrotti o comunque non pubblicati per un totale di almeno 10 milioni di euro buttati via. Chiamato in causa, il presidente dell'Aifa, Mario Melazzini ha ammesso che «alcune cose possono e devono essere modificate». Silvio Garrattini ha fatto infine presente che «c'è una grande tendenza, fra i ricercatori, a non pubblicare i dati negativi».

**Giulia Gandolfi**



Dir. Resp.: Luciano Fontana

**Humanitas e Cnr**

## L'ossitocina per combattere il dolore

Un gruppo di lavoro internazionale, al quale hanno partecipato ricercatori dell'Istituto di neuroscienze del Cnr di Milano e dell'Humanitas, ha individuato i 30 neuroni responsabili del rilascio dell'ossitocina, coinvolta anche nella percezione del dolore infiammatorio. Lo studio, pubblicato su *Neuron*, apre la strada all'utilizzo dell'ossitocina come analgesico. © RIPRODUZIONE RISERVATA



**GENTE SPECIALE** LE PRESCRIZIONI ELETTRONICHE SONO GIÀ REALTÀ. ED È SOLO L'INIZIO

**MAI PIÙ CARTA.  
ORA IL MEDICO  
SCRIVE AL  
COMPUTER  
QUALI  
PASTIGLIE  
O SCIROPPI  
DOBBIAMO  
PRENDERE.  
E IN FARMACIA  
BASTA UN  
CODICE A BARRE**



# CLIC, ECCO LA RICETTA FOGLIO ROSSO ADDIO

di Francesco Gironi

**L'**hanno ribattezzata "dematerializzazione", quasi si trattasse di una complessa operazione fantascientifica in stile *Guerre stellari*. Traducendo dal burocratese i connotati sono assai più prosaici, ma comunque rivoluzionari: scompare la ricetta, il foglietto rosso su cui il medico di base prescriveva il medicinale. Con quel foglietto rosso si andava in farmacia e ci si procurava pillole o sciroppi. Ebbene, dimentichiamo tutto. O quasi. Dal 1° marzo, infatti, la

classica ricetta è scomparsa, dematerializzata per l'appunto.

**Cosa cambia dal medico.** Varcata la soglia dell'ambulatorio non aspettiamoci cambiamenti copernicani. La visita è la stessa, salvo che, tornato alla scrivania, il medico non tira fuori dal cassetto il buon vecchio blocchetto rosso, ma va al computer e digita sulla tastiera la prescrizione del medicinale. A noi, almeno per il momento, viene consegnato un foglietto bianco sul quale ci sono comunque le indicazioni necessarie a ottenere il farmaco. Perché? Siamo in fase tran-

sitoria (dovrebbe terminare nel 2017) e quel foglietto viene utilizzato nel caso sorgano problemi (assenza di collegamento Internet in farmacia, blocco del sistema...).

**Cosa cambia in farmacia.** Qui le differenze rispetto al passato sono più sostanziali. Fino a ieri, infatti, con la ricetta del nostro medico avremmo potuto ottenere il medicinale solo nelle farmacie della nostra Regione. Se un piemontese si fosse trovato in Sicilia, avrebbe avuto davanti a sé due strade: usare la ricetta per avere la cura, ma pagando per intero il medicinale; oppure



**RIVOLUZIONE DIGITALE**  
Una farmacista verifica al computer la prescrizione di un medico. Dal 1° marzo il paziente riceve un foglietto con un codice a barre (a sinistra) che indica il farmaco necessario alla cura. Presto però anche il foglietto sparirà e tutto sarà solo online.

rivolgersi a un medico di quella Regione che avrebbe provveduto a compilare un altro "foglietto rosso": avremmo pagato la visita (15 o 25 euro), ma in farmacia l'esborso si sarebbe limitato al ticket. Oggi, invece, con la "ricevuta" fornita dal medico di base possiamo recarci in qualsiasi farmacia italiana e ottenere quanto prescritto pagando il ticket (o godendo dell'esenzione) della nostra Regione (i ticket sono diversi da Regione e Regione).

**Vale per tutti i farmaci?** Per il momento il sistema *paper-less* (senza carta) esclude alcuni medicinali come

gli stupefacenti, l'ossigeno, le prescrizioni per erogazione diretta in continuità assistenziale (l'ex guardia medica), i farmaci che necessitano del cosiddetto piano terapeutico.

#### **Ci sono problemi ancora aperti?**

«Siamo un Paese ancora poco digitalizzato, ma nel giro di qualche mese il sistema andrà a regime», tranquillizza Massimo Cascello, responsabile del progetto al [ministero della Salute](#). Se infatti in Sicilia il 99 per cento delle ricette sono già "dematerializzate", in Calabria e nella provincia di Bolzano resiste ancora il foglietto rosso. Il top

lo raggiunge la provincia di Trento: i pazienti ricevono il codice a barre con il quale avere il farmaco direttamente sul proprio telefonino. L'invio via mail del codice a barre è soluzione indicata dal ministero anche per un altro problema: «Cosa faccio se il mio paziente smarrisce la ricevuta o se dimentica di farsi prescrivere un farmaco prima di un viaggio fuori Regione?», domanda Giacomo Milillo segretario nazionale della Federazione dei medici di famiglia. Quello che i medici di base sottolineano però è un altro "problema": «Noi dovremmo curare le persone, non fare verifiche sul loro reddito per stabilire se abbiano diritto o meno a un'esenzione», polemizza Milillo. «Dovrebbe essere sufficiente inserire il codice fiscale del paziente perché la banca dati del ministero indichi a quale fascia appartenga il mio paziente. E invece...».

#### **Quali saranno gli sviluppi futuri?**

La ricetta elettronica dovrebbe essere un primo passo verso la "digitalizzazione" del sistema sanitario. Il primo passaggio sarà certamente la scomparsa anche della ricevuta che oggi ci viene consegnata: basterà fornire la tessera sanitaria al farmacista perché questo possa leggere direttamente la prescrizione e fornire la medicina. "Dematerializzate" saranno anche le prenotazioni per gli esami ambulatoriali (una radiografia, le analisi del sangue, etc.) o per le visite specialistiche (ortopedico, cardiologo, ginecologo...). Cinque Regioni (Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Sicilia) hanno raggiunto una percentuale superiore al 70 per cento di ricette *paper-less*, fanno sapere dal ministero. «Dovremmo poter effettuare le prenotazioni direttamente in farmacia e pagare qui il ticket della prestazione, senza che il cittadino debba sobbarcarsi altre code», dice Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti. Insomma, impariamo a curarci a colpi di clic. ●