



RASSEGNA STAMPA

05-07-2016

1. REPUBBLICA Cancro le regole per prevenirlo
2. IL TEMPO Tumori: i giovani congelino i gameti per diventare genitori dopo la malattia
3. REPUBBLICA Il cuore prima della chemio
4. CORRIERE DELLO SPORT Un algoritmo per tracciare le progressioni dei tumori
5. DOCTOR 33 Screening per il cancro del colon: il medico di famiglia può aumentare la partecipazione
6. PHARMA KRONOS Esperti, in Italia dipendenza da oppiacei falso problema
7. QUOTIDIANO SANITÀ Prezzo farmaci. Authority, imprese, cittadini e operatori a confronto
8. SOLE 24 ORE Con la sanità digitale attesi risparmi fino a 8-10 miliardi
9. SOLE 24 ORE SANITA' Un muro di «no» contro i nuovi Lea - Lea, l'appropriatezza «pesa»
10. REPUBBLICA Birra o vino purché sia sbalzo
11. REPUBBLICA Virus e non solo Cosa manda fuori asse il sistema
12. REPUBBLICA Una fabbrica di zanzare per battere Zika
13. QUOTIDIANO SANITÀ Responsabilità professionale. Possibile via libera dalla commissione entro 15 giorni
14. FARMACISTA 33 Cannabis terapeutica, il primo raccolto di Stato. In farmacia ad agosto
15. ADNKRONOS Ospedale Bambino Gesù, avventura in mare per baby-pazienti
16. ANSA Aumentano i bimbi nati in provetta

Tumori. L'attività fisica può abbattere i casi del 10%.

Smettere di fumare il 30. I vaccini proteggono fegato e utero

I malati aumentano e bisogna correre ai ripari. Ecco come e perché

Cancro le regole per prevenirlo

FRANCESCO COGNETTI*

ITUMORI SONO IN SENSIBILE costante aumento, che è da considerarsi in relazione alla vita sempre più lunga degli italiani, ai progressi dei sistemi di diagnosi precoce e alla loro estensione ad ampie fasce di popolazione (screening oncologici), e alla persistenza di stili di vita dannosi, infezioni, inquinamento ambientale. Inoltre nel nostro Paese il numero complessivo dei cosiddetti cancer survivors (cioè chiunque abbia avuto nel corso della vita una diagnosi di cancro) è progressivamente cresciuto: erano un milione e mezzo nel 1990, circa 3 milioni nel 2013 ed è stimato che saranno 4 milioni e mezzo nel 2020. Questo accade grazie ad una significativa diminuzione della mortalità per cancro registrata negli ultimi 40 anni: -28% tra il 1980 e il 2012, ma anche grazie a un consistente prolungamento della sopravvivenza di pazienti con malattia metastatica per effetto di sempre più efficaci e innovative terapie mediche, in particolare per alcuni dei tumori maggiormente diffusi, come quelli del seno e del colon-retto. Infatti in diciassette anni (1990-2007) i pazienti che hanno superato i 5 anni di sopravvivenza dalla diagnosi sono aumentati del 18% (uomini) e del 10% (donne). Questi numeri rendono conto dell'enorme impatto delle patologie neoplastiche dal punto di vista sanitario, ma anche del loro elevatissimo carico sociale. E impongono un'agenda nuova: occorre ridurre l'impatto della malattia e il suo peso assistenziale ma anche economico, relativo all'impiego di risorse sempre più imponenti per contrastarne l'evoluzione.

Si sono registrati in questi ultimi anni incredibili progressi nelle tecniche di diagnosi, nelle chirurgie sempre più limitate e conservative, nei trattamenti di radioterapia mirati sempre più precisi e meno gravati da effetti collaterali o conseguenze a breve e medio termine. Anche le terapie mediche - sia somministrate nella fase iniziale della malattia che a pazienti in uno stadio più avanzato - hanno contribuito a ridurre le recidive e aumentato i tempi di sopravvivenza anche dei pazienti con metastasi, favorendo in molti casi una stabilizzazione e cronicizzazione della malattia della durata anche di anni.

Ma i costi relativi all'innovazione e all'introduzione in clinica dei nuovi farmaci anti-cancro (farmaci a bersaglio molecolare nella maggior parte mirati in base alle caratteristiche genetiche del tumore e nuovissimi e potentissimi immunoterapici da somministrare un po' a tutti i pazienti affetti da determinate neoplasie) sono divenuti talmente elevati che negli Usa è sta-

to coniato un nuovo termine che descrive molto efficacemente questa situazione e cioè "Financial toxicity", ovvero la tossicità finanziaria di questi prodotti. Con gli antitumorali che costano sempre di più, i pazienti rischiano di non avere più accesso alle cure. La disponibilità di nuove terapie sempre più attive rischia così paradossalmente di aggravare in maniera insosteni-

bile il carico sociale ed economico di una massa crescente di persone, che fortunatamente vivono molto più a lungo ma a costi insostenibili anche per le economie più floride, e certamente per il nostro paese. Diventa perciò impellente capire come contenere questi costi, innanzitutto aggredendo la malattia negli stadi iniziali migliorando gli screening per una diagnosi sempre più precoce (prevenzione secondaria). Su questo il nostro Paese è in chiaro-scuro, con risultati estremamente differenti a livello geografico. Infatti, per quel che riguarda le patologie nelle quali è chiaramente dimostrato un vantaggio dei test diagnostici e di screening - le neoplasie mammarie, del colon-retto e della cervice uterina - i risultati sono molto buoni e positivi sia in termini di estensione effettiva degli inviti che di adesione agli stessi in tutte le regioni del Nord ed in qualche regione del Centro Italia, mentre sono addirittura disastrosi in altre regioni del Centro ed in tutte le regioni meridionali. Non è prevedibile, per quanto auspicato, che in breve tempo questi risultati possano essere ribaltati in assenza di un impegno serio di tutte le regioni e di un forte coordinamento governativo.

Ma oggi più che mai l'agenda di tutti deve essere quella che porta alla riduzione del carico di malattia, attraverso la prevenzione primaria intesa come la rimozione di tutte le cause modificabili che stanno alla base del processo di sviluppo e diffusione dei tumori. Infatti se alcuni fattori di rischio non sono modificabili, come l'assetto genetico di ciascun individuo e l'età avanzata, ne esistono altri numerosi suscettibili di intervento attraverso campagne di informazione ed educazione della popolazione o comunque strumenti in grado di invertire drasticamente, come è successo in altri Paesi, la tendenza alla crescita incontrollata dei casi di tumore. Le ultime conferme vengono dalla pubblicazione sulla prestigiosa rivista scientifica *JA-*

MA di due lavori. Il primo è un'indagine epidemiologica condotta su circa un milione e mezzo di cittadini negli Usa e del Nord-Europa che stabilisce una forte correlazione tra attività fisica e riduzione del-

la mortalità per 13 forme diverse di tumore: con una riduzione che si stima tra il 10 e il 42%. A questo si aggiungono i risultati di un'altra indagine che ha scoperto una forte riduzione del rischio per tumori del sistema digestivo - valutabile intorno al 37% - correlata con l'attività fisica.

Sono risultati incredibili e certamente di gran lunga superiori rispetto a qualsiasi più potente mezzo terapeutico. E si spiegano col fatto che l'attività fisica e lo sport rafforzano la funzione immune, diminuiscono i fattori infiammatori, fattori metabolici come la riduzione della resistenza all'insulina, e di alcuni ormoni sessuali circolanti.

Se noi aggiungiamo all'attività fisica anche la ridu-

zione degli effetti dannosi del tabagismo (possibile diminuzione del 30% della mortalità per cancro e non solo per neoplasie polmonari), dell'abuso di alcol, dei vaccini che proteggono dalle neoplasie ad eziologia infettiva (virus epatite B e C ed HPV, per i tumori del collo dell'utero e della testa-collo), di una corretta alimentazione e del mantenimento di un corretto peso corporeo, la correzione di fattori ambientali e lavorativi, ci rendiamo conto che si aprono scenari impensabili per la lotta contro il cancro. Certo i risultati non potranno essere ottenuti in pochi mesi o alcuni anni; occorre pertanto una visione strategica di largo respiro che sviluppi programmi che possono realizzarsi e avere effetti in un arco temporale molto lungo, ma è necessario cominciare subito con azioni decise e convincenti altrimenti saremo travolti da conseguenze irreparabili.

Gli oncologi italiani sono impegnati in campagne che vanno in questa direzione (vedi box qui a fianco), ma è necessario che il **ministero della Salute**, le Istituzioni e la Politica raccolgano la sfida e ci si impegnino per vincere così davvero la lotta contro il cancro.

*dir. Dipartimento Oncologia Medica
Istituto Naz. Tumori Regina Elena*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GIOVANI

**Ragazzi
in campo**

La prevenzione primaria (e lo dimostrano definitivamente i due lavori pubblicati su *JAMA* di cui diciamo nel servizio a fianco) passa senz'altro attraverso un'educazione dei giovani allo sport e all'attività fisica, che permette anche di evitare il sovrappeso, collegato all'insorgenza di alcune neoplasie. La Fondazione "Insieme contro il Cancro" ha avviato un percorso che porta alla diffusione della cultura della prevenzione a partire dall'età evolutiva, ragazzi ed adolescenti, con campagne di educazione ed informazione ed incontri nei luoghi che loro abitualmente frequentano (scuole, campi sportivi, palestre, e così via) e avvalendosi di importanti collaborazioni (CONI, Allenatori di Calcio, testimonial del mondo dello sport e

dello spettacolo, etc.).

Da anni, poi, gli oncologi italiani sono impegnati in progetti di grande impatto per sensibilizzare i cittadini sull'importanza della prevenzione oncologica: in sei edizioni di "Non fare autogol" i clinici sono andati in più di 100 scuole superiori insieme ai calciatori di serie A per insegnare agli studenti le regole da seguire per uno stile di vita sano; con "Meglio smettere" è stata avviata la prima campagna nazionale degli oncologi contro il tabagismo con la tennista Flavia Pennetta come testimonial e con il progetto "Allenatore, Alleato di Salute" abbiamo coinvolto i mister nel favorire corretti stili di vita fra gli adolescenti, con un ambasciatore d'eccezione, l'allenatore di calcio e campione d'Italia Massimiliano Allegri.

f.c.

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

Tumori: i giovani congelano i gameti per diventare genitori dopo la malattia



Cancro: ogni giorno 30 nuovi casi in pazienti che hanno meno di 40 anni

Tumori: i giovani congelino i gameti per diventare genitori dopo la malattia

Cancro: ogni giorno 30 nuovi casi in pazienti che hanno meno di 40 anni



Numeri da capogiro per il cancro: ogni giorno in Italia vengono diagnosticati 30 nuovi casi di tumore in pazienti che hanno meno di 40 anni. Per fortuna la buona notizia è che i giovani che sconfiggono la malattia sono in aumento, grazie ai progressi nella diagnosi e nelle terapie. La novità? Oggi possono sperare di diventare genitori grazie alle tecniche di preservazione della fertilità, cioè di congelamento e conservazione dei gameti a bassissime temperature. L'attenzione a questi temi, per troppo tempo sottovalutati, va intesa come uno dei bisogni essenziali del paziente oncologico e tutti i metodi per tutelare la fertilità dovrebbero essere fruibili attraverso il Servizio Sanitario Nazionale. Non solo. La progettualità del "dopo il cancro" è motivo di vita e recupero di energie anche durante la malattia, ma sono ancora troppo poche le persone colpite da tumore che accedono a queste tecniche.

INCONTRO - Per garantire percorsi uniformi su tutto il territorio nazionale l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), la Società Italiana di Endocrinologia (SIE) e la Società Italiana di Ginecologia e Ostetrica (SIGO) hanno stilato le Raccomandazioni sull'Oncofertilità, da proporre alle Istituzioni e ai pazienti. Se ne parla a Roma, alla Biblioteca Primoli, Via Zanardelli 1: appuntamento alle ore 11.30.

Roberta Maresci

Il caso. Capire se l'organo
è debole. Per salvarlo dalla terapia
È un primato italiano: la cardioncologia

Il cuore prima della chemio

**Due marcatori
nel sangue: il test
identifica il rischio**

AGNESE CODIGNOLA

L'ITALIA, CON l'Istituto Europeo di oncologia di Milano, è protagonista assoluta di una disciplina che sta diventando sempre più importante, via via che la sopravvivenza dei malati oncologici aumenta e che la vita media si allunga, facendo lievitare la percentuale di pazienti anziani: la cardioncologia. Perché è lì che Carlo Cipolla, direttore di quella che nel frattempo è diventata la Divisione di cardiologia, e Daniela Cardinale, direttore dell'Unità omonima, hanno iniziato a occuparsi di un organo il cui destino incrociava in senso troppo spesso negativo quello del cancro: il cuore. Fino a fondare, nel 2009, la Società internazionale di Cardioncologia.

Oggi i risultati di uno sforzo durato più di dieci anni hanno un riconoscimento ufficiale: la pubblicazione, su *Ca: A Cancer Journal of Clinicians*, di un lavoro che riassume lo stato dell'arte, e spiega in che modo proteggere il cuore per prevenire i danni d'organo futuri, e per curare i tumori anche dei cardiopatici, con la speranza che i consigli vengano adottati in tutti i reparti di oncologia.

Spiega Cipolla: «Anni fa abbiamo iniziato a verificare che cosa succedeva se si dosava nel sangue dei pazienti, a ogni ciclo di chemioterapia, la troponina

1, enzima che indica un danno alle cellule cardiache». Si possono così identificare i malati di cancro che hanno anche un rischio cardiaco. E prendere provvedimenti. «Abbiamo visto che trattando quel 15% di malati che potevano essere a rischio con farmaci noti e usatissimi come gli ACE inibitori, l'incidenza di successive malattie cardiache era molto più bassa della media. Oggi abbiamo una casistica di oltre 3.400 pazienti, e la validità di questo semplicissimo accorgimento è più che consolidata», aggiunge Cipolla.

Dato più che importante se si pensa che oggi la maggior parte dei malati di cancro sono anziani, sempre più numerosi e molto spesso affetti anche da qualche disturbo cardiaco. Spiega Cardinale: «Non abbiamo accettato il fatto che i malati cosiddetti fragili, con più malattie, non venissero curati per un tumore, come purtroppo succede ancora oggi, e abbiamo cercato di capire come si poteva affrontare la loro situazione. Abbiamo così dimostrato che dosando oltre alla troponina un altro marcatore di danno cardiaco, chiamato BNP, potevamo curare queste persone senza rischi insostenibili». I pazienti curati in questo modo negli anni allo IEO sono quasi 400, e i dati oggi disponibili (il follow up medio è di tre anni) hanno permesso di confermare la bontà dei protocolli messi a punto nel tempo. Con un comune denominatore: la multidisciplinarietà, e la presa in carico globale del malato, definizioni molto spesso piuttosto vuote, ma in questo caso concrete, e salvavita. 4

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICERCA

Un algoritmo per tracciare le progressioni dei tumori

> A PAGINA III

TUMORI, UN ALGORITMO PREVEDE LO SVILUPPO

Scoperta la formula che ricostruisce la progressione della malattia
Il nuovo metodo computazionale apre nuove prospettive per le cure

Il protocollo PiCnIC è nato grazie al lavoro del team di ricerca di Milano-Bicocca

È ora possibile dedurre come una singola mutazione possa determinare la fase successiva

Ricostruire la progressione del cancro usando il computer: è questo il risultato di una ricerca all'avanguardia che potrebbe aprire nuove prospettive sulle cause dei tumori e nuove vie per selezionare le terapie più efficaci. Come è stato raggiunto questo risultato? Grazie al nuovo protocollo informatico PiCnIC (Pipeline for Cancer Inference), in grado di suggerire modelli di progressione del cancro attraverso l'analisi delle relazioni di causa ed effetto fra i geni e le mutazioni che fanno progredire la malattia. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista scientifica statunitense PNAS - Proceedings of the National Academy of Science (Caravagna, Graudenzi, Ramazzotti, Sanz-Pamplona, De Sano, Mauri, Moreno, Antoniotti e Mishra, Algorithmic me-

thods to infer the evolutionary trajectories in cancer progression). Il nuovo metodo computazionale per lo studio del cancro è stato sviluppato dal Dipartimento di Informatica sistemistica e Comunicazione dell'Università di Milano-Bicocca in collaborazione con il professor Bud Mishra della New York University e il professor Victor Moreno dell'Istituto Catalano di Oncologia.

IL MODELLO. La domanda alla base della ricerca è la seguente: quali sono le condizioni alla base della crescita dei tumori? Il gruppo di ricerca guidato dagli studiosi del laboratorio BimiB è riuscito a ideare un nuovo modo per analizzare grandi quantità di dati relativi alla struttura genetica dei tumori - nello specifico, di oltre 120 pazienti - estrat-



ti con tecnologie avanzate di sequenziamento del DNA (NGS, Next Generation Sequencing) e presenti nel database statunitense The Cancer Genome Atlas (TCGA). Per ogni singolo paziente è stato estratto il profilo mutazionale, cioè l'elenco dei geni che risultano mutati: questi dati costituiscono una "fotografia" del tumore al momento della diagnosi. Impiegando il nuovo protocollo PiCnIc, è possibile dedurre il modo in cui una determinata mutazione potrebbe selezionarne in seguito un'altra, portando a una fase successiva nella progressione del cancro.

IL TEST. Per testare la validità del modello, i ricercatori hanno comparato le sue "predizioni" con le attuali conoscenze mediche sulla natura della progressione del carcinoma del colon-retto e i risultati ottenuti hanno dimostrato che PiCnIc è effettivamente in grado di riprodurre ciò che la ricerca medica ha riscontrato mediante precedenti studi. Un test reso possibile dalla collaborazione con l'Istituto Catalano di Oncologia.

NUOVE IPOTESI. I risultati, infatti, tracciano con precisione ciò che è già stato documentato scientificamente e prefigurano nuove ipotesi da verificare con metodo sperimentale. La procedura PiCnIc, in concreto, è la sequenza dei passi adottati per processare i dati raccolti e si avvale del pacchetto informatico Tronco (Translational Oncology), di cui fa parte l'algoritmo CAPRI (Cancer Progression Inference), uno dei più sofisticati al mondo nella ricostruzione della progressione dei tumori. La prossima frontiera di questi studi riguarda la loro applicazione ad altri tipi di cancro, l'inserimento del fattore tempo all'interno di modelli più complessi e lo studio specifico di singoli pazienti e singoli tumori.

© COPYRIGHT UNIVERSITÀ NICCOLÒ CUSANO

<http://www.doctor33.it/>

Screening per il cancro del colon: il medico di famiglia può aumentare la partecipazione



Chi consulta il proprio medico di famiglia ha maggiori probabilità di sottoporsi allo screening per il cancro del colon, secondo i risultati di uno studio svolto dai ricercatori della University of Texas Southwestern e pubblicato sul Journal of General Internal Medicine. «Questi risultati sono importanti perché lo screening per il cancro del colon, che negli Stati Uniti è la terza causa di morbilità per cancro e la seconda per mortalità, resta una risorsa sottoutilizzata» esordisce Ethan Halm, coautore dell'articolo e professore di medicina interna all'Harold C. Simmons Comprehensive Cancer Center della UT Southwestern, precisando che la neoplasia coloretale è uno dei tumori più frequenti sia negli uomini sia nelle donne e può non dare disturbi per diversi anni. Dato il crescente interesse per la salute della popolazione, molti sistemi sanitari utilizzano strategie di sensibilizzazione che per l'avvio dello screening non richiedono visite mediche svolte di persona.

«Ma i nostri risultati dimostrano invece l'importanza e l'efficacia di consultare il medico di medicina generale in un mondo di assistenza virtuale» scrivono i ricercatori, ricordando che lo screening dei tumori del colon retto può portare, attraverso la diagnosi precoce, a un significativo miglioramento della sopravvivenza. Dallo studio, che ha coinvolto quasi un milione di persone provenienti da quattro diversi sistemi di assistenza sanitaria statunitensi, emerge che le persone che consultano con maggiore frequenza il proprio medico di famiglia hanno tassi maggiori di screening e di colonscopie di follow-up dopo un risultato positivo rispetto alle persone che non hanno mai visto il generalista. «Anche se molte organizzazioni sanitarie usano approcci che promuovono lo screening del cancro del colon senza prevedere una visita iniziale dal proprio medico di cure primarie, questi dati suggeriscono che è meglio consultare il generalista almeno una volta l'anno, anche se ci si sente in buona salute» conclude Halm.



adnkronos
salute

○ 5 luglio 2016
○ NUMERO 122 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Esperti, in Italia dipendenza da oppiacei falso problema

Fanelli, siamo l'ultimo Paese in Europa per impiego

Il rischio di dipendenza da farmaci oppiacei è "un falso problema" in Italia. Fra i principali Paesi europei, infatti, il nostro è "l'ultimo per valore complessivo di oppioidi, mentre è il primo per utilizzo di Fans, gli antinfiammatori non steroidei che presentano molti e gravi effetti collaterali". Lo afferma Guido Fanelli, membro del comitato scientifico di 'Impact proactive', gli Stati generali del dolore alla Leopolda di Firenze e giunti alla sesta edizione. Il pericolo della dipendenza da oppiacei nel trattamento dolore cronico è un tema di attualità sul quale si sono confrontati gli esperti, dopo la pubblicazione di dati allarmanti dagli Usa dove la Fda ha calcolato che sono più di 16 mila le morti legate a overdose da queste sostanze, e che questa è una delle prime cause di decesso accidentale negli Stati Uniti. "Noi riteniamo però che per quanto riguarda l'Italia questo sia un falso problema e che la questione vada posta diversamente - dice Fanelli - I dati più recenti presen-

tati durante Impact proactive ci dicono anzitutto che l'Italia è l'ultimo tra i 5 Paesi top europei (oltre a noi Inghilterra, Spagna, Francia e Germania) per consumo di farmaci per il trattamento del dolore benigno", fanalino di coda in particolare per impiego di oppioidi. Per lo specialista "la questione va inquadrata nella giusta prospettiva: il 17% della popolazione mondiale risiede negli Stati Uniti e in Canada, dove si registra il 92% del consumo globale di oppioidi e derivati della morfina; il consumo medio pro-capite di questi farmaci è pari a 800 milligrammi di equivalenti in morfina nella popolazione statunitense, contro appena 2 mg in Italia". Nella Penisola "il problema quindi è l'opposto: l'utilizzo dei farmaci oppiacei deve crescere in maniera appropriata e regolamentata. Per motivi culturali, e per via di una legislazione diversa che permette di acquistare certi medicinali solo in farmacia, non corriamo gli stessi rischi degli Stati Uniti", rassicura Fanelli.

quotidianosanita.it

Lunedì 04 LUGLIO 2016

Prezzo farmaci. Authority, imprese, cittadini e operatori a confronto. Nodo resta modo in cui le aziende fissano prezzo nuovi prodotti

E' quanto emerge dal report curato dal PharmaDiplomacy Working Group di cui fanno parte rappresentanti dell'industria, dei sistemi sanitari, delle organizzazioni HTA, delle associazioni di pazienti, consulenti governativi provenienti dall'Europa e dagli Stati Uniti

Mai come oggi il prezzo dei farmaci ha occupato uno spazio così preponderante nell'opinione pubblica, nei dibattiti politici, nelle agende dei media tradizionali e sui Social. Se i nuovi antivirali ad azione diretta contro il virus dell'epatite C hanno fatto da apripista, testando non senza traumi la capacità di adattamento e di risposta dei sistemi sanitari, altre nuove molecole ad alto costo, destinate a modificare radicalmente le strategie terapeutiche anche per patologie ad elevata prevalenza, stanno approdando sul mercato con un impatto difficilmente arginabile secondo i paradigmi consolidati negli ultimi decenni.

Al tema del prezzo dei farmaci ha dedicato di recente un report il PharmaDiplomacy Working Group, di cui fanno parte rappresentanti dell'industria, dei sistemi sanitari, delle organizzazioni HTA, delle associazioni di pazienti, consulenti governativi provenienti dall'Europa e dagli Stati Uniti. Il Gruppo ha infatti individuato nel tema "l'attuale maggiore fonte di sfiducia tra l'industria farmaceutica e i suoi stakeholder, sebbene certamente non l'unica" e propone nel report alcune considerazioni evidenziando i diversi punti di vista.

Per i sistemi sanitari, la pressione crescente dei costi dovuti all'aumento dei prezzi dei medicinali si combina con i trend demografici ed epidemiologici e ai processi di riforma del settore della salute minacciandone la sostenibilità. Dal punto di vista del paziente, le preoccupazioni riguardo l'accessibilità ai nuovi farmaci si fanno sempre più personali. Soprattutto nei paesi in cui è prevista la compartecipazione del cittadino al finanziamento di una parte dell'assistenza sanitaria, l'attenzione alla tematica del prezzo dei nuovi farmaci è sensibilmente aumentata anche perché in alcuni casi gli assicuratori stanno trasferendo sui pazienti il maggior costo dei prodotti farmaceutici attraverso franchigie e co-pagamenti maggiori, a volte sotto forma di co-assicurazioni.

In tal modo i cittadini devono farsi carico di quote maggiori rispetto al passato (fino al 40-60% nel caso di alcuni farmaci di specialità). Secondo un rapporto di Kaiser Family Foundation pubblicato a settembre 2015, negli Stati Uniti, ad esempio, i pazienti hanno visto aumentare le loro franchigie assicurative dal 2010 sei volte più velocemente dei salari. "Il risultato – si legge nel report – è una maggiore sensibilità del paziente nei riguardi delle spese out-of-pocket per i farmaci e un crescente coinvolgimento nella discussione sui prezzi".

Dal canto suo, l'industria – prosegue ancora il report – sostiene che la retorica pubblica sui prezzi sia una distrazione dalle inefficienze dei sistemi sanitari e dagli investimenti limitati, che la quota di spesa per i prodotti farmaceutici sul totale dell'assistenza sanitaria sia oggi la stessa rispetto a quella del 1960, e che l'innovazione farmaceutica, che sta producendo trattamenti mirati e altamente efficaci, deve essere ripagata, non solo per coprire i costi di ricerca e sviluppo, ma, cosa ancora più importante, per incentivare gli investitori a sostenere l'innovazione futura.

Questi punti di vista divergenti – scrivono gli Autori – tendono a polarizzarsi ulteriormente a causa della scarsità di meccanismi in grado di far convergere i diversi attori su soluzioni condivise. Le parti interessate - i pazienti, i contribuenti, le aziende farmaceutiche e i medici – non concordano su ciò che costituisce "valore" per un farmaco, su quali risultati clinici siano da considerare significativi, né sulle evidenze necessarie a motivarli.

La causa principale di sfiducia sui prezzi, tuttavia, sembra derivare dalla mancanza di trasparenza sul modo in cui le aziende fissano i prezzi dei nuovi farmaci. Queste preoccupazioni – ricorda il report – hanno portato a una normativa sulla trasparenza dei farmaci depositata in Massachusetts, California, North Carolina, New York e Pennsylvania, che richiede alle aziende farmaceutiche di rivelare i costi di sviluppo per giustificare l'aumento dei prezzi.

Anche i pagatori hanno dovuto fronteggiare l'aumento dei prezzi dei farmaci di specialità. Lo hanno fatto negoziando duramente per ottenere il massimo degli sconti, intervenendo sui criteri e le priorità per la prescrizione dei medicinali, adottando, come avvenuto negli Stati Uniti, politiche di esclusione, limitando il numero di terapie disponibili per area terapeutica e imponendo alle imprese di fare offerte una contro l'altra. Alcuni stanno anche fissando dei limiti agli aumenti dei prezzi dei farmaci che consentiranno di mantenere i trattamenti nel formulario (cosiddetta "inflation protection") e altri stanno introducendo nuove condizioni onerose per l'autorizzazione anticipata.

Il report cita le iniziative assunte dai pagatori negli Stati Uniti per far fronte all'inflazione dei prezzi, dall'inserimento di un maggior numero di farmaci equivalenti o sostituibili nel formulario, all'impiego sempre più massiccio dell'HTA, al ruolo di organizzazioni indipendenti come l'Institute for Clinical and Economic Review (ICER), nella valutazione del rapporto costo-efficacia e dell'impatto sul budget, e nella definizione del prezzo basato sul valore. (ICER promette 15-20 revisioni di farmaci ad alto impatto nel 2016-18).

In Europa – ricordano gli Autori del report – negli ultimi anni il Consiglio europeo ha invitato la Commissione europea e i governi nazionali a cooperare per lo sviluppo di "strategie per la gestione della spesa per i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici, assicurando un accesso equo ai farmaci efficaci all'interno di sistemi sanitari nazionali sostenibili".

Tuttavia, riconoscendo la necessità di mantenere un equilibrio tra l'attrazione dell'innovazione e la gestione della spesa sanitaria, i Ministri europei della Sanità hanno invitato i governi nazionali e la Commissione europea a cooperare in modo più stretto su un "approccio del ciclo di vita" per i nuovi farmaci innovativi. C'è anche una spinta crescente a intraprendere accordi di acquisto multinazionali, che possono essere di particolare importanza nel lungo termine. Belgio e Paesi Bassi hanno firmato un accordo per i farmaci orfani nel mese di aprile 2015. La Bulgaria e la Romania si sono dichiarate pronte a seguire l'esempio, per una gamma potenzialmente più ampia di prodotti.

Anche la voce dei paziente è sempre più influente nei dibattiti sul prezzo, tanto in Europa (es. EURORDIS) quanto negli USA (es. "Patient-Centered Value Model Rubric"). Un ruolo attivo è quello che si stanno ritagliando anche i medici attraverso la creazione di "strumenti di valutazione dei farmaci" (es. [DrugAbacus](#), sviluppato da Peter Bach del Memorial Sloan Kettering [Cancer](#) Center e colleghi, per la valutazione delle terapie contro il cancro), le associazioni dei medici e le autorità che redigono le linee guida. L'American Society of Clinical oncologi (ASCO) ha lanciato un "Value Framework" che mette a confronto le nuove terapie per il cancro, sulla base dei benefici clinici e della tossicità. Accanto a questo punteggio "beneficio netto per la salute", sono indicati i costi di acquisto dei farmaci inseriti nella lista, per aiutare i medici e i loro pazienti a scegliere con oculatezza.

Il National Comprehensive [Cancer](#) Network (NCCN), ampiamente riconosciuto negli Stati Uniti come lo standard-setter per le linee guida cliniche in oncologia, è divenuto l'ultimo istituto a introdurre i costi nelle sue valutazioni. A ottobre del 2015 è stato pubblicato l'"Affordability of Regimen", un compendio dei costi dei farmaci, che include oltre al prezzo, i costi associati, compresi quelli amministrativi e ospedalieri e/o il monitoraggio della tossicità.

Per essere pienamente efficace, tuttavia, qualsiasi framework di valore deve anche essere informato e guidato dall'inserimento sistematico delle prospettive dei pazienti, che hanno conoscenze, prospettive ed esperienze uniche e di vitale importanza, diverse da quelle di medici, ricercatori, contribuenti e aziende farmaceutiche.

Anche coloro che investono nella farmaceutica – un panorama molto eterogeneo – hanno un ruolo nella determinazione dei prezzi dei farmaci. Pharma avverte infatti la pressione di soddisfare le aspettative a breve termine di quegli investitori che vedono le azioni farmaceutiche come un'opportunità di trading piuttosto che di investimento a lungo termine. Ciò spinge le aziende a richiedere il massimo prezzo possibile al momento del lancio, anche a fronte delle preoccupazioni per la reazione pubblica e dei pagatori.

Dopo un periodo di bassa produttività della R&S, gli investitori sono più ottimisti sul futuro dell'innovazione farmaceutica ma si rendono conto che la crescente inquietudine sociale dovuta ai prezzi dei farmaci richiede un attento monitoraggio. Alcuni rimangono in attesa, altri osservano gli sviluppi dei prezzi con un occhio più diffidente, e sperano che le aziende distinguano in modo convincente tra innovazione di svolta e innovazione incrementale. Tuttavia, anche l'innovazione di svolta, secondo alcuni, dovrebbe avere un prezzo più ragionevole per evitare contraccolpi eccessivi sul sistema. Altri ancora sono preoccupati per le conseguenze a lungo termine. Questi investitori temono che il comportamento estremo sui

prezzi introduca un rischio estremo per il mercato farmaceutico, sostengono che gli attuali modelli di prezzo non siano sostenibili e indicano sviluppi come il pooled European [procurement](#) (l'appalto unico europeo), il crescente attivismo dei pazienti, il dibattito a livello politico sulla questione dei prezzi dei farmaci, e un aumentato interesse per le evidenze del mondo reale, come segnali precoci di cambiamenti più profondi nell'ambiente dei prezzi.

Come per tutte le novità che interessano direttamente la salute, anche in questo caso gli effetti della "rivoluzione" in corso si stanno immediatamente riverberando sui cittadini, per i quali si aprono prospettive di cura e di miglioramento della qualità di vita a volte insperate, ma si pongono, forse per la prima volta con tale drammaticità, questioni quali l'accesso programmato ai nuovi farmaci e, in sistemi misti o prevalentemente privatistici, oneri crescenti di compartecipazione ai costi divenuti sempre più insostenibili tanto per i budget pubblici quanto per i programmi sanitari privati.

Un accesso equo e tempestivo all'innovazione farmaceutica, la promozione della ricerca e politiche di prezzo sostenibili per i sistemi sanitari sono gli obiettivi, tra loro strettamente correlati, da conseguire nel prossimo futuro. Per farlo occorre però che tutti gli [stakeholder](#) (pagatori, regolatori, pazienti, ricercatori, industria e finanziatori) dialoghino tra loro, in un contesto di responsabilità, fiducia reciproca e riconoscimento di ruoli e competenze.

Fonte: Aifa, primo piano del 4 luglio 2016

Salute. Giovedì il nuovo patto in Conferenza Stato-Regioni

Con la sanità digitale attesi risparmi fino a 8-10 miliardi

LA CABINA DI REGIA

Vigilerà sui progetti e avrà compiti di coordinamento per creare un linguaggio comune tra le Regioni su programmi e tecnologie

Roberto Turno

ROMA

■ La speranza è di riuscire a risparmiare a regime fino a 8-10 miliardi. L'obiettivo è di rendere il Ssn più efficiente, trasparente e sostenibile. E al passo con i tempi, la qualità e con la tecnologia che fa passi da gigante anche in medicina. Con una cabina di regia ad hoc che vigilerà su progetti e operazioni e avrà compiti di indirizzo, coordinamento e controllo sulla sua attuazione. Dopo essere rimasto per lungo tempo in naftalina, esce dai cassetti e potrebbe presto diventare realtà il «Patto per la sanità digitale», che giovedì dovrebbe sbarcare, secondo agenda, in Conferenza Stato-regioni.

La scommessa è impegnativa, in tutti i sensi. A partire dalla volontà di fare del «Patto per la sanità digitale» un «piano strategico» unitario e condiviso per lanciare la sanità pubblica verso il futuro e salvare la sua oggi parzialissima universalità. Con interessi in gioco di tutto rispetto, perché quegli 8-10 miliardi che si vorrebbero risparmiare quando la macchina camminerà davvero, e dappertutto, trascinato con sé anche investimenti,

auspicabilmente occupazione, un rilancio anche per le imprese del settore per far marciare una macchina tutta, o quasi, ora da costruire. Di mezzo - o meglio, al centro - una migliore assistenza e cure più adeguate per i pazienti, quelle a distanza, dai centri di cura fino al letto dell'assistito. Con la sanità sul territorio più coinvolta, l'ospedale che sgonfia le attese e possa evitare ricoveri inutili. La scommessa, perciò, è grande, anche perché le parole d'ordine sono quelle che si ripetono da tempo, tra misure annunciate e interventi miracolosi per legge o tanti altri «Patti» annunciati e poi rimasti sulla carta. Non senza sprechi di risorse pubbliche.

La Cabina di regia dovrà vigilare anche su questo. E soprattutto mettere in linea le regioni, le sperimentazioni, i progetti, aiutare a creare un linguaggio comune tra programmi e tecnologie. E soprattutto tra le regioni, che troppo spesso vanno in ordine sparso nell'assistenza sanitaria, con il Sud che anche in questo caso è fanalino di coda. Le difficoltà, insomma, saranno molte.

Niente spese in più, attenzione alle risorse già esistenti e coinvolgimento dei privati: il terreno finanziario del «Patto per la sanità digitale» vuole muoversi in questa direzione. occhio ai fondi e ai privati. Sui finanziamenti, si giura nel documento, non ci saranno spe-

se in più per lo Stato. Ci sono i fondi strutturali, quelli ad hoc già stanziati, quelli della Bei (Banca europea investimenti), le iniziative private con modelli di project financing e/o di performance based contracting secondo cui i fornitori vengono remunerati in base a obiettivi «predefiniti e misurabili». I privati insomma svolgeranno una parte importante, per i progetti e le tecnologie, ma anche per l'implementazione dei risultati.

Le priorità saranno definite a breve nel dettaglio. Come i servizi da realizzare: dalla continuità assistenziale alla telemedicina, dal teleconsulto alla teleriferazione, dalla tele-diagnosi al telemonitoraggio. Passando per la logistica del farmaco e il «farmaco a casa» - tutto sequenziato - fino al Fascicolo sanitario (Fse) e alle linee guida per la cartella clinica elettronica ospedaliera. Con tanto di impegni delle Regioni, a partire dalle piattaforme integrabili. Sperando di avere buona sanità pubblica chiavi in mano. Che costi meno e curi tutti, meglio e dappertutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I RISPARMI

7 luglio

La Conferenza Stato-Regioni
Giovedì prossimo dovrebbe essere discusso nella Conferenza Stato-Regioni il «Patto per la sanità digitale».

8-10 miliardi

I risparmi attesi

Dal «Patto per la sanità digitale» sono attesi 8-10 miliardi di risparmi. Risorse che servirebbero per rilanciare gli investimenti nel settore, trainando anche l'occupazione



Sindacati e associazioni fanno le pulci alla bozza di Dpcm che modifica i Livelli essenziali di assistenza

Un muro di «no» contro i nuovi Lea

Indici puntati su appropriatezza, sostenibilità, ticket e riorganizzazione delle cure

Lo schema definitivo dei nuovi Lea è alle ultime limature. I nodi segnalati da sindacati, associazioni e categorie sono tanti e forse in parte inevitabili, per la difficoltà di contenere in un unico documento la complessità di interventi, di innovazioni, di modifiche in atto che stanno cambiando il volto

del nostro Ssn. Senza contare che per quanto i fondi blindati dalla legge di Stabilità 2016 a favore dei nuovi Livelli essenziali di assistenza siano raddoppiati (ora 800 milioni), è evidente che l'universalismo è ormai una chimera. La sostenibilità di cui tanto si parla non potrà fare a meno, pare di capire a leggere la

bozza del Dpcm, del sempre più robusto contributo dei cittadini. Emblematico è il dialogo tra Fnomceo e ministero sul "decreto appropriatezza", che tante tensioni ha creato in questi mesi e per il quale nei nuovi Lea si dovrebbe "trovare la quadra".

APAG, 2-4

La bozza di Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza sotto la lente di sindacati e categorie

Lea, l'appropriatezza «pesa»

I nodi: «giusta» allocazione delle risorse e copertura delle prestazioni

Lo schema dei nuovi Lea, anticipato da Sanità24, è giunto al momento di andare in stampa alle ultime limature ministeriali. I nodi sono tanti, come evidenziato dalla carrellata di commenti pubblicata in queste pagine ed esemplificativa di un malcontento ampio rispetto a un documento "monstre" - se si guardano gli allegati - che forse non è più adeguato a recepire e a regolamentare la complessità di interventi, di innovazioni, di modifiche che stanno cambiando il volto del nostro Servizio sanitario nazionale. Senza contare che - per quanto i fondi blindati dalla legge di Stabilità 2016 a favore dei nuovi Livelli essenziali di assistenza siano raddoppiati (800 milioni), rispetto alle previsioni iniziali fatte dal ministero nella prima versione di febbraio 2015 - è evidente che l'universalismo è diventato una chimera. La sostenibilità di cui tanto si parla non potrà fare a meno, pare di capire a leggere la bozza del Dpcm, del robusto, sempre più robusto, contributo del cittadino. Le prestazioni che escono dall'ospedale dovrà pagarle in parte di tasca propria, così come una fetta di quell'innovazione - sacrosanta - prevista dal nomenclatore delle protesi e

degli ausili. Mentre restano da quantificare i costi della prateria sterminata del socio sanitario e della cronicità: qui il ministero ha lavorato a una ridefinizione puntuale dell'assistenza, basata sui bisogni. Ma i costi della riorganizzazione? Anche in questo caso, è difficile capire come comporre un puzzle cui mancano tessere fondamentali, come le nuove cure primarie cui Sisac e sindacati stanno mettendo mano. E questi sono solo alcuni input. I Lea nuovi nascono già in affanno malgrado di tempo ce ne sia stato: è che la coperta è corta e tutto, sotto, non ci può stare.

In questo scenario l'appropriatezza, dovuta e doverosa, rischia però di trasformarsi anche in un grande alibi per giustificare all'occorrenza l'effettivo ridimensionamento dei Lea. Non a caso, la presidente Fnomceo Roberta Chersevani e la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** si sono incontrate anche venerdì scorso per trovare una formulazione accettabile dell'articolo 16 dello schema di Dpcm su "condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale", con cui si traghettano nei nuovi Lea la magagna del decreto appropriatezza.

La questione è sempre la stessa e come noto ha surriscaldato il dibattito tra professionisti e Lungotevere Ripa negli ultimi mesi, continuando a condizionare l'attività quotidiana negli studi dei camici bianchi: appropriatezza o erogabilità delle prestazioni? Fino a che punto il medico prescrittore può essere vincolato al rispetto di una "nota"? I nuovi Lea provano a segnare paletti precisi ma pure con la buona volontà dichiarata da parte del ministero, il concetto stesso di libertà prescrittiva (essenzialmente del medico di medicina generale), corollario dell'esclusività del rapporto terapeutico e di fiducia con il paziente, trova inevitabilmente un limite nell'esigenza di restare entro confini di spesa ben precisi. E sempre più stretti.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sostanze. Alcol soprattutto. Non per scopi conviviali ma per perdere il controllo. E sigarette di marijuana. Un rapporto online fotografa i consumi degli italiani e le conseguenze emotive degli abusi: angoscia, allucinazioni, pianto

Birra o vino purché sia sballo



Il commercio

15 milioni di italiani usano il web per fare acquisti. E l'Italia occupa il secondo posto nella classifica dei Paesi in cui si acquista droga online



I pagamenti

Variano da sito a sito. A volte avvengono in bitcoin, le monete virtuali, per evitare di essere tracciati, ma alcuni shop accettano le carte di credito



Chi ha risposto

Quasi un terzo di coloro che hanno consumato una sostanza illegale l'ha comprata su internet almeno una volta negli ultimi 12 mesi



Le motivazioni

A spingere i consumatori di sostanze illecite in rete sono le stesse ragioni di chi compra prodotti legali: comodità e risparmio

Il 3% ha ammesso di aver preso nell'ultimo anno polvere bianca di cui ignorava la composizione

VIOLA BACHINI E MICHELA PERRONE

A CASA, CHE SIA A tavola con gli amici o sprofondati in poltrona a fine giornata, preferiamo il vino rosso, quando usciamo beviamo invece più birra. I risultati sono la fotografia di quali siano le sostanze più usate e in che modo. Comprendendo sia vere e proprie droghe vietate - come anfetamine o cocaina - sia sostanze legali come alcol e fumo. I ricercatori inglesi hanno messo online il questionario lo scorso novembre e durante i tre mesi in cui è rimasto attivo hanno risposto più di 3.000 italiani, che hanno dichiarato di fare uso di almeno una delle 140 sostanze considerate dal sondaggio; solo il 17% dei partecipanti si limita a quelle legali. In pole position ci sono alcol, tabacco, cannabis, caffeina e cocaina.

«L'alcol in Italia è sempre stata la sostanza psicoattiva per eccellenza per il divertimento e il tempo libero. Negli ultimi tempi però il trend sta cambiando: diminuiscono i consumi individuali e aumenta il numero di persone che ci si avvicina cercando una sostanza in grado di alterare le percezioni», commenta Riccardo De Facci, vice presidente della più grande rete di comunità italiane, il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, ed esperto di tossicodipendenze. E con ciò aumentano i pericoli: il 14% dei consumatori di alcol dichiara addirittura di non riuscire a smettere dopo il primo bicchiere; e il 4% di sentire il bisogno di iniziare fin dal mattino.

«Nel nostro Paese esisteva una cultura del consumo consapevole dell'alcol, che stiamo perdendo. Tra i giovani si stanno diffondendo le abitudini del mondo anglo-

sassone, dove si consumano 4-5 mini superalcolici uno dietro l'altro per saltare la fase preparatoria ed entrare subito in quella della trasgressione e della perdita del controllo», nota De Facci. Così accade che, secondo i dati della Global Drug Survey, il 16% dei consumatori di alcol racconta di aver ferito emotivamente le persone che gli stavano intorno a causa della sbornia. Non solo: chi beve molto vino dopo dichiara di sentirsi stanco, chi abusa di superalcolici aggressivo, ma anche sexy, quando non resta invischiato (una persona su 5) in una crisi di pianto.

Alcol per alterare le percezioni; e cannabis, la più consumata tra le sostanze illegali. «Fortunatamente sono pochi gli adolescenti che cercano lo sballo iniziando a fumare fin dal primo mattino o a volte consumando la sostanza pura, senza aggiungere il tabacco, e quindi con un'efficacia ben diversa», racconta De Facci. Confermando i risultati del Global Survey secondo cui la quasi totalità dei consumatori fuma sigarette di marijuana, ma solo il 3% lo fa senza il tabacco. I sintomi descritti vanno dalle allucinazioni auditive all'incapacità di parlare. Più della metà dei partecipanti allo studio che ha consumato cannabis nella vita racconta di aver provato una forte sensazione di angoscia.

L'altra protagonista della scena italiana è la cocaina. «I modelli di consumo della cocaina sono molto pericolosi - ammonisce De Facci - perché molte persone fanno di se stesse un laboratorio in cui sperimentare sostanze». Infatti, al contrario della maggior parte dei consumatori di cannabis, chi ha una dipendenza da polvere bianca vuole subito raggiungere gli effetti, cerca lo sballo più che il piacere. Che ci siano comportamenti a rischio lo confer-

mano le risposte al questionario. Poco meno del 3% dei partecipanti al sondaggio ha ammesso di aver assunto polvere bianca di cui ignorava la composizione nell'ultimo anno e ben l'81% di questi ha riportato sintomi di intossicazione dopo l'uso. E non sono solo i consumatori del fine settimana: «In Italia si parla di un milione di utilizzatori all'anno. Il rischio c'è soprattutto per chi ne fa un uso continuativo, per stare dietro a ritmi imposti dalla società. L'immagine del libero professionista che corre da un posto all'altro e che per rendere di più sul lavoro fa uso di cocaina non è affatto uno stereotipo», conclude De Facci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GLOBAL DRUG SURVEY

La ricerca

Il Global Drug Survey è la più ampia ricerca indipendente sul consumo di droga. I sondaggi sul sito globaldrugsurvey.com/

Dir. Resp.: Mario Calabresi

LA DIAGNOSI

Virus e non solo Cosa manda fuori asse il sistema

UVEITE È UN TERMINE che descrive una condizione infiammatoria dell'uvea (vedi il disegno qui sopra) che può essere di origine infettiva o non infettiva. Si tratta ancora di una patologia difficilmente identificabile, dalle molte e sfumate cause.

Tra le forme non infettive, ci sono uveiti associate a patologie del sistema immunitario, note ma anche poco conosciute, e uveiti che si manifestano esclusivamente con un danno all'occhio (a volte indotte da un trauma diretto e/o indotte da un danno all'occhio stesso). Tutte le altre forme, non associate a infezioni, né a patologie sistemiche né legate esclusivamente all'occhio, vengono definite "idiopatiche". Il fatto è che rappresentano oltre un terzo del totale.

Un altro terzo delle uveiti è dovuta all'azione di un patogeno, infezioni come quella da herpes, sifilide, tubercolosi e citomegalovirus. In questo caso la causa della malattia è ben definita e rintracciabile. «Possiamo fare una biopsia liquida, prelevando un piccolo campione di umore acqueo e rintracciare subito i patogeni associati alle uveiti infettive o invece considerare la manifestazione all'occhio come sintomo di qualcos'altro», racconta Luca Cimino, oculista responsabile dell'Ambulatorio Uveiti presso l'Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia.

«Anche se in molti casi le cause rimangono misteriose», aggiunge Cimino, spessissimo l'infiammazione dell'uvea è, invece, collegata a malattie sistemiche concomitanti: patologie reumatiche o autoimmuni, come la spondilite anchilosante, la artropatia psoriasica, la sindrome di Behcet, le vasculiti e il lupus sistemico eritematoso. Si tratta di malattie che non riguardano solo gli adulti, tanto che ad ammalarsi sono anche bambini che soffrono di artrite reumatoide giovanile (che colpisce prima dei 16 anni).

E, a complicare ulteriormente la diagnosi, «ci sono anche alcune patologie che si mimetizzano da uveiti e non lo sono, come avviene per i linfomi oculari. In questo caso la diagnosi è fondamentale non solo per salvare la vista ma per curare la patologia, garantendo la sopravvivenza del paziente», conclude Cimino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCIENZA

Una fabbrica di zanzare per battere Zika

ENRICO ALLEVA

FOTOGRAFIE DI KEVIN FRAYER/GETTY IMAGES

Fermare la riproduzione degli insetti liberando milioni di maschi sterili: così in Cina si studia come arginare il contagio che spaventa il mondo

È LA PIÙ grande fabbrica di zanzare del mondo. Sorge a Guangzhou, in Cina, ed è frutto di una collaborazione internazionale tra l'Università dello Sun Yat-Sen e quella statunitense del Michigan: microscopi, camici bianchi, mascherine e milioni di zanzare tigre, pronte per essere liberate. Ma i ricercatori del Centro per il controllo dei vettori delle malattie tropicali non sono untori. Al contrario, lavorano per arginare la diffusione di virus trasportati da questi insetti, a cominciare da Zika, associato alla microcefalia neonatale che spaventa il Brasile e i partecipanti ai prossimi Giochi. A Guangzhou si selezionano i maschi di zanzara tigre per poi infettarli con un batterio, il *Wolbachia pipientis*, che li rende incapaci di riprodursi.

È la tecnica del maschio sterile, usata da anni nella lotta ai parassiti delle piante. Si fanno crescere in cattività insetti di sesso maschile incapaci di riprodursi. Poi li si libera in grandissima quantità in modo che competano con i maschi "selvatici" per l'accoppiamento. L'elevato numero di maschi sterili riduce la fecondità della popolazione e così limita la diffusione e la pericolosità. In Cina usano un batterio, c'è chi utilizza i raggi gamma e in passato l'Enea sterilizzava gli insetti di sesso maschile esponendoli a materiale radioattivo. Ora molte speranze vengono riposte nella sterilizzazione delle zanzare attraverso manipolazioni genetiche. Ma accanto alla sperimentazione in laboratorio, si studiano modelli ecologici capaci di prevedere che tipo di impatto hanno tecniche del genere sull'ambiente. Perché è questo il punto: dobbiamo rimediare con strumenti eccezionali (il rilascio di milioni di insetti, anche se sterili) a danni che noi stessi abbiamo provocato, e non è detto che il rimedio non abbia a sua volta effetti collaterali.

Ecco perché il progetto cino-americano di frenare Zika sterilizzando le zanzare è l'occasione per riflettere sul tema delle specie aliene: i cambiamenti climatici, la movimentazione di merci e persone hanno permesso la diffusione di piante e animali in luoghi lontanissimi da quelli di origine. La zanzara tigre (*Aedes albopictus*), originaria del Sudest asiatico, nel XX secolo ha colonizzato il mondo, dall'Africa agli Usa. Non sulle sue ali, ma viaggiando nell'acqua stagnante all'interno di pneumatici trasportati sulle navi cargo.

Qualche mese fa la Federazione italiana scienze naturali e ambientali ha organizzato un convegno alla Sapienza Università di Roma per fare il punto sull'argomento. L'Europa ha dichiarato guerra alle specie aliene in nome della biodiversità del Vecchio continente: animali e piante che non appartengono all'ecosistema andrebbero eradicati. E ancor più radicale deve essere la lotta se l'"alieno" è un potenziale vettore di malattie per gli esseri umani. Ma armi come quelle che si stanno approntando nella fabbrica cinese di zanzare vanno monitorate, perché c'è sempre il rischio che possano sfuggire al controllo. La prevenzione migliore, in realtà, sarebbe tutelare i predatori già presenti nell'ecosistema: pipistrelli, uccelli, piccoli rettili e anfibi. Sono loro l'arma naturale contro la zanzara tigre (e il suo ospite Zika).

L'autore è accademico dei Lincei ed etologo presso l'Istituto superiore di Sanità



quotidianosanita.it

Lunedì 04 LUGLIO 2016

Responsabilità professionale. Possibile via libera dalla commissione entro 15 giorni. Ma per l'Aula si allungano i tempi

Procede l'esame del ddl calendarizzato, questa settimana, per la giornata di giovedì in commissione Sanità. Ma a rallentare i lavori è il parere da parte della commissione Bilancio che ancora si fa attendere. A meno di ulteriori imprevisti, il via libera dovrebbe comunque arrivare nell'arco di due settimane. Ma per l'Aula il discorso cambia. Il gran numero di provvedimenti da esaminare farà slittare, con ogni probabilità, l'esame del provvedimento a settembre.

Procede a l'iter del disegno di legge sulla responsabilità professionale in commissione Sanità al Senato. L'esame degli emendamenti in commissione Sanità è stato calendarizzato, questa settimana, per la sola giornata di giovedì. Ad allungare i tempi è il mancato arrivo del parere da parte della commissione Bilancio, che ancora si fa attendere. Sembra così sfumare l'obiettivo previsto dal relatore del ddl in commissione Affari Sociali, Federico Gelli (Pd), di veder approvato il provvedimento in via definitiva entro l'estate.

Se, infatti, è probabile che il via libera in XII commissione arrivi entro le prossime due settimane, il discorso cambia per il possibile approdo in Aula del testo. La fitta agenda dell'Assemblea di Palazzo Madama, infatti, potrebbe far slittare con ogni probabilità a settembre l'esame del provvedimento. E proprio il mese di settembre va sempre più a configurarsi come un mese cruciale per alcuni tra i più importanti provvedimenti per la sanità. Si potrebbero infatti andare ad incrociare l'esame del ddl sulla responsabilità professionale al Senato e quello del ddl Lorenzin alla Camera, per un atteso rapido via libera di entrambi i provvedimenti, ad uno o due mesi di distanza dal referendum che deciderà le sorti di questo Governo.

Giovanni Rodriguez

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

Cannabis terapeutica, il primo raccolto di Stato. In farmacia ad agosto

Mentre la Camera si prepara, il prossimo 25 luglio, alla discussione sulla proposta di legge (3235) sulla cannabis libera, nello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (Scmf) di Firenze è tutto pronto per la raccolta di quella per scopi terapeutici: si tratta dei primi 10 chili, a fronte di un fabbisogno di 100 stimato dal ministero della Salute. Nelle farmacie i flaconi di cannabis terapeutica dovrebbero essere disponibili da agosto. Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, glaucoma, malattie neoplastiche, sono alcune delle patologie nelle quali i preparati a base di cannabis è stato dimostrato siano molto efficaci e con un rapporto rischio-beneficio nettamente a favore di quest'ultimo.

E c'è chi ritiene che il suo potenziale si estenda anche a diverse altre malattie, dal morbo di Parkinson all'epilessia fino ad alcuni tumori. Tutta la cannabis coltivata, prenderà la strada della distribuzione per fare fronte alle esigenze di un numero di pazienti stimati tra i 600 e i 900 mila. In prima linea, medici e farmacie, dove i flaconi di cannabis terapeutica dovrebbero essere disponibili da agosto. Le farmacie potranno richiedere la cannabis a uso terapeutico, che distribuiranno ai pazienti muniti della prescrizione del proprio medico. La normativa varia da Regione a Regione e, nel caso non sia previsto il rimborso da parte del servizio sanitario, il costo (circa 22 euro al grammo, in linea il costo della cannabis importata dall'Olanda e utilizzata dal 2013, da quando cioè è divenuto legale l'utilizzo a scopi terapeutici della sostanza) rimane a carico del paziente. Un ulteriore passo in avanti, insomma, nel percorso avviato con l'accordo di collaborazione del 18 settembre 2014 tra i ministeri della Salute e della Difesa e poi allargato al ministero delle Politiche agricole, per dare vita a un progetto finalizzato a produrre marijuana per usi terapeutici, con adeguate caratteristiche qualitative e titolo certificato. Ma sul fabbisogno totale di cannabis per uso terapeutico, le cose non sono così chiare e molto dipenderà dal favore che incontrerà presso i medici, dalle indicazioni più o meno restrittive che le singole regioni porranno per il rimborso e dal costo finale per il paziente. Anche la proposta di legge che arriverà il 25 luglio alla Camera contiene un passaggio sull'uso terapeutico prevedendo che sarà «consentita la detenzione personale di cannabis e dei prodotti da essa derivati in quantità maggiori di quelle previste, previa prescrizione medica e comunque nel limite quantitativo massimo indicato nella prescrizione medesima». Il medico dovrà quindi indicare «dose prescritta, posologia e patologia per cui è prescritta la terapia a base di delta-9-tetraidrocannabinolo (Thc)».

<http://www.adnkronos.com>

Maternità in cassaforte, ovociti congelati a bimba di 2 anni malata



E' una bimba di 2 anni la più giovane paziente al mondo a beneficiare del congelamento degli ovociti. Il caso da record sarà illustrato in occasione del congresso della **European Society of Human Reproduction and Embryology (Eshre)** in corso a **Helsinki**, da un team della **Oxford University**. L'intervento "straordinario" è stato applicato su una bambina piccolissima affetta da tumore: in questo modo i medici sperano che potrà diventare madre anche dopo le cure anticancro.

Non è la prima volta che gli esperti prelevano **tessuto ovocitario** (o testicolare) da pazienti in età infantile, per poi metterlo in incubazione e farlo maturare in laboratorio, finché non si formano ovociti o spermatozoi in grado di essere congelati. Ma la straordinarietà di questo intervento è la precocissima età della paziente e il fatto che la tecnica è stata completata con successo, anche se ci vorranno anni prima che possa essere impiegata in maniera standard su tutti i piccoli malati.

Tim Child, che ha guidato l'esperimento che ha coinvolto 15 giovanissime dai 2 ai 15 anni, evidenzia: "I trattamenti contro i tumori oggi hanno un grande successo, ma i farmaci compromettono completamente le ovaie. Questo studio dà speranza di poter conservare la fertilità in futuro anche a bimbe piccolissime colpite dalla malattia".

HiQPdf Evaluation 07/04/2016

ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

cerca

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | **Si può vincere**

ANSA > Salute e Benessere > Medicina > Aumentano i bimbi nati in provetta

Aumentano i bimbi nati in provetta

Oltre 12.600 nel 2014, pari al 2,5% del totale

04 luglio, 17:11

◀ Indietro | Stampa | Invia | ✉ Scrivi alla redazione | Suggerisci ()



(ANSA) - ROMA, 4 LUG - Nel 2014 sono stati 12.658 i bambini venuti al mondo grazie alle tecniche di fecondazione assistita, pari al 2,5% del totale dei nati in Italia. Complessivamente diminuiscono le coppie trattate e i cicli effettuati, ma aumentano gravidanze e nati. Sono alcuni dei dati che emergono dalla relazione al Parlamento sull'applicazione della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita (pma) depositata dal ministro della Salute, [Beatrice Lorenzin](#).

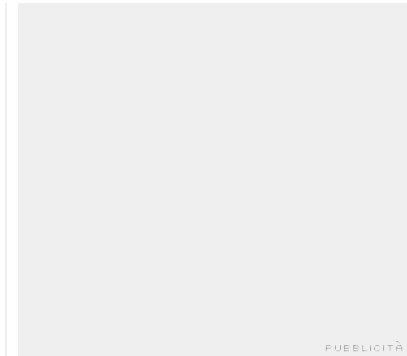
In particolare nel 2014 i cicli di pma effettuati sono stati 90.711, meno dei 91.556 del 2013, ma il calo è dovuto, rileva la relazione, ad una riduzione dei trattamenti di I livello, cioè quelli più semplici, come l'inseminazione intrauterina (27.109 nel 2013 contro i 23.866 del 2014). Le tecniche di II e III livello (quelle più complicate come la fivet e l'icsi) invece aumentano. E' calato anche il numero complessivo di coppie trattate, sceso a 70.589, mentre sono aumentate quelle ricorse alle tecniche di scongelamento.

Il lieve aumento delle gravidanze ottenute (15.550 nel 2013, 15.947 nel 2014) è dovuto al calo di quelle ottenute con inseminazione semplice e all'aumento di quelle avute con l'applicazione di tutte le tecniche di II e III livello. Stabile invece la percentuale di successo delle tecniche, cioè del numero di gravidanze ottenute per ciclo: il 10% per l'inseminazione semplice, il 19,4% per le tecniche a fresco di II e III livello. Costanti le gravidanze gemellari (19,5%), mentre i parti trigemini sono l'1,2%, il doppio della media europea, pari allo 0,6%. Continuano ad aumentare gli embrioni congelati (29,9%), l'età delle donne che accedono alla fecondazione (36,7 anni) e la percentuale delle over 40, pari al 32,9% (uno dei dati più alti in Europa). Circa l'accesso ai centri pubblici o convenzionati, c'è da segnalare che pur essendo il 37,6% del totale, effettuano il 64,4% dei trattamenti. Per la prima volta nella relazione sono contenuti i dati sulla fecondazione eterologa, consentita dall'aprile 2014: 236 i cicli iniziati.(ANSA).

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

◀ Indietro

condividi:



PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Bimbi cresciuti da 2 madri sono soddisfatti e 'ben adattati'

Studio valuta risposte piccoli, non cambierebbero loro famiglia

Dagli Usa ok ad apparecchio che migliora vista dei presbiti

Il sì dall'Fda, si impianta nell'occhio e cambia forma cornea

ANSA/ Linea migliore mangiando pasta, non è vero che ingrassa

No alle diete 'fai da te' in cui è bandita, vanno ripensate

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#) |

SPECIALI ED EVENTI

Crescono 'svapatori' mondo, sempre più alternative a 'bionde'

Global Nicotine Forum, 'vantaggi per salute ma leggi repressive'

**Salute: Roversi, festival per settore che avanza tumultuoso**

Da domani torna Scienza Medica: 'Su vaccini è cosa abnorme'

**Sclerosi multipla, ricercatori in rete per vincere malattia**

Al centro 'data sharing', alleanza per progressive e valutazione

**70mila italiani con sclerosi multipla, casi in aumento**

Esperti, una sfida in parte vinta, modello da esportare

**Farmaci: Janssen Italia, +66% fatturato negli ultimi 9 anni**

Festeggia 40 anni con evento su giovani e innovazione salute

**Al Bano, Leali e Cutugno contro la polio, 1 download salva 3 vite**

Nel progetto anche Sarah Jane Morris, canzone su iTunes da oggi

