



## RASSEGNA STAMPA 12-10-2016

1. GIORNALE Più efficaci le cure tumorali in Italia per il seno, il colon - retto e prostata
2. REPUBBLICA Tumore rene, speranze dai farmaci immuno-terapici e bersaglio molecolare
3. GIORNALE.IT Lotto contro il cancro: nuove conferme dalla immunoterapia
4. PHARMASTAR Tumore del polmone, in prima linea nivolumab non rimpiazza la chemio
5. QUOTIDIANO SANITÀ Prostata. Con dieta ricca di grassi saturi, aumenta il rischio
6. ADNKRONOS Da un piccolo organismo marino un'arma contro il sarcoma dei tessuti molli
7. AGI Da organismo marino 'arma' contro i sarcomi
8. QUOTIDIANO SANITÀ Tumore al seno. "Firma" del RNA predice risposta a terapia
9. STAMPA TUTTOSCIENZE Più prevenzione e cure su misura tumore al seno
10. GIORNALE Iniziativa Trenitalia La salute delle donne viaggia in treno Visite senologiche
11. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro. Chi è povero e si ammala muore prima.
12. QUOTIDIANO SANITÀ Presentati all'Esmo i primi risultati del sistema messo a punto dalla Società di oncologia per verificare efficacia dei farmaci anti cancro
13. CAPITAL La prima terapia genica anticancro è made in Italy
14. UNITA' Quanta disinformazione sui vaccini
15. MESSAGGERO L'influenza quest'anno sarà aggressiva vaccini al via -
16. STAMPA Sempre meno bimbi vaccinati anche il morbillo ora è un pericolo
17. QUOTIDIANO SANITÀ Sempre di più i genitori che non vaccinano i propri figli.
18. DOCTOR33 Oms, tassa su bibite zuccherate per ridurre obesità e diabete
19. ITALIA OGGI Brevi - Si è insediata ieri al ministero della salute...
20. CORRIERE.IT Sanità & Riforme, arriva un po' d'Ordine. E qualche polemica
21. ILSOLE24ORE.COM Lea, si è insediata la commissione nazionale
22. SANITÀ24 Le malattie reumatiche tra Lea, Piano nazionale cronicità e risorse limitate
23. DOCTOR33 Ministero della Salute, al via la Commissione Nazionale Lea
24. DOCTOR33 Medici e malattia, come cambiano le tutele a seconda del contratto
25. DOCTOR33 Medici sempre più vecchi in corsia, Cozza: Lea a rischio
26. PANORAMA.IT Diagnosi: il medico batte lo smartphone (e di parecchio)
27. QUOTIDIANO SANITÀ Dall'Ipasvi di Pisa arriva una proposta di nuovo Codice Deontologico.

POSITIVO IL NOSTRO BILANCIO IN EUROPA

# Più efficaci le cure tumorali in Italia per il seno, il colon - retto e prostata

ONCOLOGIA

## Si spende meno ma le guarigioni sono superiori

■ L'Italia spende meno per i farmaci anti-cancro rispetto a Germania e Francia ma ottiene guarigioni superiori in neoplasie frequenti come quelle del seno, del colon-retto e della prostata. In particolare, nel nostro Paese nel 2014 le uscite per queste terapie hanno raggiunto i 2 miliardi e 900 milioni, in Germania 6,2 e in Francia 4,2 miliardi. Il tema della sostenibilità dei nuovi trattamenti è al centro dell'agenda del 41° Congresso della Società europea di Oncologia Medica (European Society for Medical Oncology, ESMO) tenutosi a Copenaghen. «Finora il nostro sistema sanitario ha retto garantendo l'accesso alle cure a tutti i pazienti, grazie anche ai sistemi di rimborso concordati con l'Agenzia Italiana del Farmaco», spiega il professor Carmine Pinto, presidente nazio-

nale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom). «L'intensità dell'innovazione farmaceutica preannuncia l'ingresso sul mercato di molti farmaci salvavita. Siamo di fronte a una rivoluzione epocale che richiede di essere affrontata con visione e decisione. Siamo consapevoli dei vincoli di finanza pubblica, ma questa rivoluzione terapeutica può essere affrontata solo immettendo risorse dedicate. Per questo lanciamo un forte messaggio e chiediamo un incontro al presidente del consiglio Matteo Renzi, attento alla salvaguardia dell'universalismo del nostro sistema sanitario nazionale, per sviluppare un Progetto strategico contro i tumori: un Patto contro il cancro». «Le proiezioni per il 2016 - conclude Pinto - confermano il declino di mortalità in Europa per il cancro del polmone nei maschi. Un andamento simile si registra anche in Italia: la mortalità si riduce negli uomini del 2,6% annuo dal 199 al 2016».

LC



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

R.it | OncoLine - Il canale di Oncologia

In collaborazione con **Aiom**  
Associazione Italiana di Oncologia Medica

News | Prevenzione | Diagnosi | Terapia | Diritti | Qualità di vita | Testimonianze | RSalute | Video



**NEWS SPECIALE ESMO**

### Cancro ovarico, si sperimenta una terapia che allunga la vita per 'la mutazione Jolie'

Presentati all'Esmo i risultati di uno studio sul niraparib  
Dai primi test il trattamento funziona anche sulle altre pazienti  
di IRMA D'ARIA



**NEWS/SPECIALE ESMO**

### Oncologi europei premiano l'italiano Alberto Sobrero per studi sul cancro colon

Ha vinto l'Esmo Award 2016, il riconoscimento istituito dalla Società Europea di Oncologia Medica di IRMA D'ARIA



**NEWS SPECIALE ESMO**

### Il polmone sotto attacco Il cancro si abbatte con l'immunoterapia

Studio presentato al Congresso Società europea di oncologia medica  
Carcinoma polmonare: si vive di più con nuova cura immunologica  
di DANIELA MINERVA e IRMA D'ARIA



**NEWS SPECIALE ESMO**

### Tumore rene, speranze dai farmaci immuno-terapici e a bersaglio molecolare

Risultati positivi nei tre studi sul cancro metastatico appena presentati all'Esmo  
di IRMA D'ARIA



**VIDEO**

### "A caccia di tappi di bottiglia per finanziare studi sui linfomi"

Il linfoma di Waldenström è un tumore del sangue tra i più insidiosi. Alessandra Trojani, genetista del Niguarda di Milano, studia da tempo questa patologia. E ha avuto un'idea per finanziare la ricerca

- "Con cellule modificate attacchiamo cancro"
- "Immunoterapia contro il cancro al polmone"
- "Mangiare mediterraneo difende dai tumori del colon-retto"



**RUBRICHE**

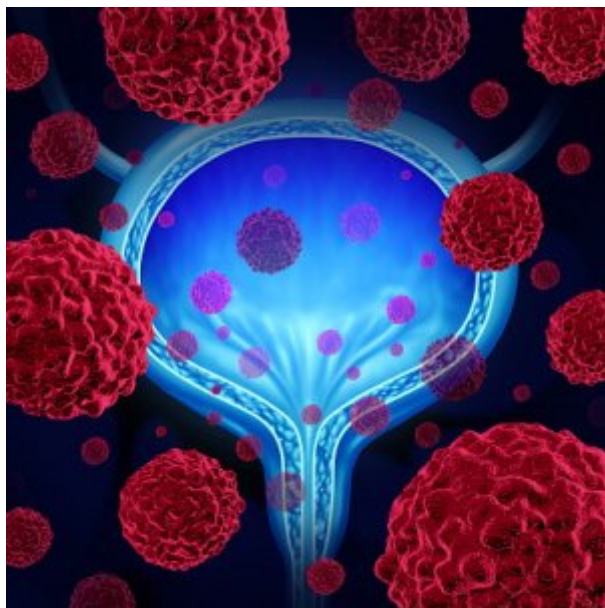


### IN MOVIMENTO CONTRO IL CANCRO

di Giordano Baretta  
Attività fisica: non c'è limite d'età

# Tumore rene, speranze dai farmaci immuno-terapici e bersaglio molecolare

*Risultati positivi nei tre studi appena presentati all'Esmo*



IL 70% DEI PAZIENTI con **carcinoma a cellule renali metastatico** (mRCC) è vivo a due anni grazie al trattamento in combinazione di nivolumab e ipilimumab. Lo dimostrano i risultati aggiornati dello studio di fase I CheckMate-016 presentati in questi giorni all'**Esmo**. Lo studio ha valutato la sicurezza e la tollerabilità di **nivolumab** a diversi dosaggi come parte di un regime di combinazione con vari farmaci tra cui l'ipilimumab in pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico precedentemente trattati o che non avevano mai ricevuto la cura.

La sperimentazione è stata condotta prevedendo sia la somministrazione di nivolumab 3 mg/kg e **ipilimumab** 1 mg/kg, sia quella di nivolumab 1 mg/kg e ipilimumab 3 mg/kg. Dopo un follow-up di circa 2 anni, i dati hanno mostrato un tasso di risposta globale del 40,4% in entrambi i bracci. Dei 38 responder in entrambi i bracci, il 39,5% presentava una risposta ancora in atto, con una durata mediana della risposta di 20,4 mesi nel braccio con il dosaggio più alto di nivolumab e di

19,7 mesi nel braccio con il dosaggio più basso. Il tasso di sopravvivenza globale a 12 mesi è risultato pari all'81% e 85% rispettivamente nel braccio con nivolumab 3 mg/kg e ipilimumab 1 mg/kg e in quello con nivolumab 1 mg/kg e ipilimumab 3 mg/kg. Buoni anche i dati del tasso di sopravvivenza a 24 mesi che sono rispettivamente del 67% e 70%.

L'immuno-terapico Nivolumab è un inibitore del checkpoint immunitario PD-1 (che si utilizza per via endovenosa) disegnato per sfruttare il sistema immunitario stimolandolo a ristabilire la risposta anti-tumorale. A ottobre 2015, il regime di combinazione di nivolumab e ipilimumab è stato il primo in immuno-oncologia a ricevere l'approvazione dalle Autorità Regolatorie per il trattamento del melanoma metastatico ed è attualmente approvato in più di 47 Paesi, inclusi gli Stati Uniti e l'Unione Europea.

“Questi risultati dimostrano che anche per i pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico c'è la possibilità di aumentare la sopravvivenza grazie a questa combinazione che è ben tollerata. Inoltre, questi dati potrebbero preludere a quelli di fase III per il trattamento in prima linea” commenta **Sergio Bracarda**, Direttore del Dipartimento oncologico dell'Azienda Usl Toscana Sud Est.

Dati incoraggianti anche per l'azione di alcuni farmaci a bersaglio molecolare somministrati per via orale. In particolare, sono stati presentati i risultati dello studio Cabosun di fase II sul cabozantinib, una molecola con attività angio-genica che ha un meccanismo d'azione unico come terapia target dei recettori Met e Axl che sono generalmente percorsi comuni di resistenza nel carcinoma renale. La ricerca ha messo a confronto il cabozantinib con il sunitinib come trattamento di prima linea. “Lo studio presentato all'Esmo” prosegue Bracarda “è stato condotto su una sottopopolazione di 157 pazienti con prognosi intermedia o a rischio mentre sono stati esclusi i pazienti con una prognosi più favorevole. Questo perché il cabozantinib è in grado di funzionare anche su soggetti con metastasi ossee e viscerali che sono molto frequenti in questo tipo di pazienti, risultato che non è affatto scontato con gli altri farmaci”.

Ma a sorprendere maggiormente gli oncologi sono stati i risultati relativi al confronto con il sunitinib: “Il cabozantinib ha dimostrato di avere una migliore capacità di controllo della malattia rispetto al sunitinib mentre ci aspettavamo una equivalenza” spiega Bracarda. “Lo studio dimostra che in questa tipologia di pazienti, cioè quelli a prognosi sfavorevole, e non nella popolazione generale, c’è una risposta migliore in termini di sopravvivenza globale, di risposta obiettiva e anche di sopravvivenza libera da progressione”. In particolare, nei pazienti trattati con cabozantinib si è verificata una riduzione del 31% del tasso medio di progressione della malattia e della mortalità rispetto ai pazienti trattati con sunitinib.

Ma gli esperti invitano alla prudenza: “Questi dati - spiega l'oncologo - vanno esaminati in profondità e con attenzione perché si tratta comunque di uno studio di fase II anche se visti i risultati per noi oncologi nascono nuovi interrogativi e si potrebbe ipotizzare una migrazione della terapia alla categoria dei farmaci prescritti in prima linea mentre al momento è autorizzato negli Stati Uniti solo in seconda linea e in Europa ancora non c’è”. Per quanto riguarda gli eventi avversi, i ricercatori hanno osservato una certa equivalenza tra i due gruppi di pazienti con un’incidenza di circa il 70%. Gli effetti più comuni sono stati diarrea, stanchezza, ipertensione ed eventi ematologici. Ben 16 pazienti in ciascuno dei due bracci dello studio hanno interrotto il trattamento a causa degli effetti collaterali.

All’Esmo sono stati presentati anche i risultati dello studio di fase III che ha verificato l’efficacia di sunitinib, un inibitore degli enzimi tirosina-chinasi, come trattamento adiuvante per migliorare la sopravvivenza libera da malattia nel carcinoma renale a cellule chiare. Lo studio ha incluso 615 pazienti già sottoposti a nefrectomia e ad alto rischio di recidiva. I pazienti sono stati randomizzati a placebo o sunitinib per un anno. Lo studio ha dimostrato che i pazienti trattati con sunitinib hanno guadagnato 6,8 anni di sopravvivenza libera da progressione rispetto ai 5,6 anni di chi aveva assunto placebo. “Si tratta di un risultato inatteso perché finora gli altri studi del genere sono falliti. Per esempio, l’anno scorso era stato presentato lo studio Assure che non aveva evidenziato nessuna differenza nella sopravvivenza complessiva. Ma questa volta le cose sono andate diversamente e lo studio ha dimostrato che il sunitinib rispetto al placebo riesce ad aumentare il tempo di ricomparsa della malattia” conclude Bracarda. “Fino ad oggi

non esisteva nessuna terapia adiuvante per i pazienti con carcinoma renale e semplicemente dopo l'intervento chirurgico il paziente veniva posto sotto osservazione perché il rischio di recidiva è di circa il 25% ma ora con questi dati a disposizione si può sperare di avere a disposizione una terapia adiuvante per questi pazienti".

**Carcinoma a cellule renali.** Il carcinoma a cellule renali è la più comune forma di [tumore del rene](#) negli adulti, responsabile ogni anno di più di 100.000 decessi nel mondo. E' circa due volte più comune negli uomini che nelle donne, con i tassi più alti di malattia nel Nord America e in Europa. Il carcinoma renale a cellule chiare è il tipo di tumore renale a prevalenza più alta e costituisce l'80- 90% dei casi totali. Globalmente, il tasso di sopravvivenza a cinque anni, nei pazienti che ricevono diagnosi di tumore del rene avanzato, è del 12%.

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

## Lotta contro il cancro: nuove conferme dalla immunoterapia

Al Congresso della Società Europea di Oncologia Medica, in scena in questi giorni a Copenhagen, varie sperimentazioni hanno evidenziato come l'immunoterapia rappresenti un trattamento efficace. In particolare, sul tumore al polmone, si è dimostrata in grado di ridurre del 40% il rischio di mortalità e migliorare del 50% la sopravvivenza libera da progressione



In questi giorni i riflettori della comunità scientifica risultano tutti puntati su Copenhagen: nella capitale danese è infatti in corso il Congresso della Società Europea di Oncologia Medica, per fare il punto della situazione della lotta contro il cancro. Fortunatamente, le notizie che arrivano sono confortanti: varie ricerche hanno evidenziato come **l'immunoterapia, una nuova pratica per il trattamento dei tumori, stia dando ottimi risultati**, tanto che da più parti si parla di **cambiamento epocale imminente nella concezione della cura delle neoplasie**. Particolarmente importanti le statistiche che giungono dallo studio Keynote-024, pubblicate recentemente sulla rivista specializzata The New England Journal of Medicine: **l'immunoterapia sarebbe in grado di ridurre del 40% il rischio di mortalità in caso di tumore al polmone e migliorare del 50% la sopravvivenza libera da progressione rispetto alla tradizionale chemioterapia**.

I riflettori sono puntati su una molecola, il Pembrolizumab, che testato su 305 pazienti con neoplasia al polmone in fase avanzata provenienti da 16 paesi differenti ha evidenziato **una sopravvivenza libera da progressione di più di 10 mesi: con la chemioterapia questo dato si attesta intorno ai 6 mesi**. Buoni anche i dati relativi alla sopravvivenza globale a 6 mesi: con il nuovo farmaco aumenta infatti dell'80,2% rispetto al 72,4%. Rispetto alla chemioterapia, l'immunoterapia risulterebbe non solo maggiormente efficace, ma anche **più tollerabile dall'organismo, dando origine a minori effetti collaterali**, per una tecnica che con tutta probabilità rivoluzionerà il trattamento oncologico: il suo obiettivo è infatti non quello di attaccare direttamente le cellule neoplastiche, ma di **insegnare al sistema immunitario come riconoscerle e distruggerle**.

Sempre secondo quanto emerso durante il corso del Congresso, l'immunoterapia si è rivelata efficace non solo per quel che riguarda la cura del cancro al polmone ma **anche altri tipi di tumori, come quello al fegato, alla testa, al collo, al rene, al colon, alla vescica, il melanoma e il mieloma**. La sua applicazione sembrerebbe talmente ampia che si starebbero avviando molte sperimentazioni nel mondo per **testarla anche sulle neoplasie più rare, come i sarcomi o i tumori pediatrici**. La speranza di aver trovato finalmente la chiave di volta della lotta contro il cancro cresce, tuttavia occorre ancora rimanere coi piedi per terra: **saranno infatti necessari ulteriori studi per verificarne l'efficacia e la sicurezza, inoltre purtroppo non tutti i pazienti sono adatti a ricevere questo tipo di terapia**. Ciò nonostante, regna un cauto, giustificato ottimismo.

<http://www.pharmastar.it>

## Tumore del polmone, in prima linea nivolumab non rimpiazza la chemioterapia

*Dopo tanti successi, è arrivata una battuta di arresto per nivolumab che nello studio CheckMate - 026 non ha fatto meglio della chemioterapia quando confrontati tra loro come prima linea di trattamento per il tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC). Lo studio, presentato al congresso ESMO, ha arruolato pazienti il cui tumore esprimeva la proteina PD-L1 in oltre il 5% delle cellule. La progression free survival, end point principale del trial, è risultata di 4,2 mesi nel gruppo nivolumab verso i 5,9 mesi nel gruppo trattato con una chemioterapia a base di platino [HR]=1,15 [95% CI: 0,91, 1,45, p=0.25]. La sopravvivenza globale è stata pari a 14,4 mesi nel gruppo nivolumab verso 13,2 mesi nel gruppo trattato con la chemioterapia (HR=1,02 [95% CI: 0,80, 1,30]).*



Dopo tanti successi, è arrivata una battuta di arresto per nivolumab che nello studio CheckMate - 026 non ha fatto meglio della chemioterapia quando confrontati tra loro come prima linea di trattamento per il tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC). Lo studio, i cui dati top line erano già stati diffusi nel mese di agosto è stato presentato al congresso ESMO.

il trial CheckMate - 026 ha arruolato pazienti il cui tumore esprimeva la proteina PD-L1 in oltre il 5% delle cellule. La progression free survival, end point principale del trial, è risultata di 4,2 mesi nel gruppo nivolumab verso i 5,9 mesi nel gruppo trattato con una chemioterapia a base di platino [HR]=1,15 [95% CI: 0,91, 1,45, p=0.25]. La sopravvivenza globale è stata pari a 14,4 mesi nel gruppo nivolumab verso 13,2 mesi nel gruppo trattato con la chemioterapia (HR=1,02 [95% CI: 0,80, 1,30]).

La safety di nivolumab è risultata in linea con quanto già noto in precedenti studi. Eventi avverso di qualunque gravità e quelli di grado 3-4 si sono verificati, rispettivamente, nel 71% e 18% del gruppo nivolumab e nel 92% e 51% del gruppo chemioterapia.

Il cancro del polmone è la principale causa di decessi correlati al cancro negli Stati Uniti e si prevede che nel 2016 possa essere la causa di oltre 158mila decessi. Attualmente, la chemioterapia è la prima opzione per i pazienti la cui malattia al momento della diagnosi è già in fase avanzata.

Entrambi gli inibitori di PD-1, nivolumab e pembrolizumab, hanno avuto successo come trattamento di seconda linea nel NSCLC. Nella terapia di prima linea le cose sono andate diversamente. Erano diversi anche gli approcci. Nello studio KEYNOTE-024, un trial di fase III i cui dati completi sono stati presentati a ESMO 2016, pembrolizumab in monoterapia rispetto alla chemioterapia è risultato associato a un aumento del 50% della PFS e della sopravvivenza globale nei pazienti non precedentemente trattati con NSCLC avanzato. Questo studio ha incluso pazienti i cui tumori esprimevano PD-L1 su almeno il 50 per cento delle cellule. Quest'ultimo punto (PD-L1 del 50% vs 5%) differenzia le due popolazioni di pazienti studiati nei due trial.

L'azienda produttrice di nivolumab punta molto sulla terapia di combinazione e sta conducendo lo studio CheckMate-227 per valutare su 1980 pazienti la terapia di combinazione di nivolumab e ipilimumab per i pazienti PD-L1-positivi e nivolumab con ipilimumab oppure associato alla chemioterapia a base di platino nei pazienti PD-L1-negativi.

La fiducia in questa combinazione deriva dagli eccellenti risultati dello studio di fase Ib CheckMate-012 nel quale la combinazione di nivolumab e ipilimumab ha ottenuto tassi di risposta obiettiva compresi fra il 39 e il 47%. I primi dati del trial dovrebbero essere disponibili nel gennaio del 2018.

"I risultati dello studio CheckMate -026 rafforzano la nostra convinzione che la maggior parte dei pazienti con NSCLC precedentemente non trattati possono richiedere una terapia di combinazione, al fine di sperimentare un miglior beneficio rispetto alla chemioterapia", ha dichiarato **Fouad Namouni**, responsabile dello sviluppo in oncologia in Bristol-Myers Squibb. "Con il nostro ampio programma di sviluppo del cancro del polmone, che include un robusto studio di Fase 3 per valutare la combinazione di nivolumab e ipilimumab come terapia di prima linea, continueremo a puntare per le opzioni terapeutiche innovative la per la maggior parte dei pazienti affetti da cancro del polmone".

#### **Disegno dello studio CheckMate -026**

CheckMate -026 è un trial di Fase 3, in aperto, randomizzato che ha valutato nivolumab in

monoterapia rispetto alla chemioterapia scelta dello sperimentatore nei pazienti con cancro avanzato del polmone non a piccole cellule (NSCLC). I pazienti arruolati nello studio non avevano ricevuto alcun trattamento sistemico prima per la malattia avanzata e sono risultati positivi per l'espressione di PD-L1.

Il trial ha randomizzato 541 pazienti a ricevere nivolumab 3 mg / kg per via endovenosa ogni due settimane o la chemioterapia scelta dallo sperimentatore nei pazienti con tumore a cellule squamose (gemcitabina con cisplatino / gemcitabina con carboplatino / paclitaxel con carboplatino) e pazienti con tumore a cellule non-squamose (pemetrexed con cisplatino / pemetrexed con carboplatino ) fino a progressione della malattia, tossicità inaccettabile o al completamento di 6 cicli. L'endpoint primario era la sopravvivenza libera da progressione, valutato da un Radiology Review Committee indipendente, in pazienti con cellule tumorali che esprimevano di PD-L1  $\geq$  5%.

Martedì 11 OTTOBRE 2016

## Prostata. Con dieta ricca di grassi saturi, aumenta il rischio di tumore in forma aggressiva

***Gli uomini con cancro alla prostata possono avere maggiori probabilità di soffrire di una forma aggressiva della patologia se con la dieta introducono molti grassi derivanti da carne e latticini. È quanto suggerisce uno studio statunitense pubblicato da Prostate Cancer and Prostatic Diseases.***

*(Reuters Health)* - Gli uomini con cancro alla prostata possono avere maggiori probabilità di soffrire di una forma aggressiva della patologia se con la dieta introducono molti grassi derivanti da carne e latticini. È quanto suggerisce uno studio statunitense pubblicato da Prostate Cancer and Prostatic Diseases.

"Abbiamo verificato un aumento del rischio legato ai grassi saturi tra i pazienti affetti da cancro alla prostata che non avevano assunto statine per abbassare il colesterolo" spiegano i ricercatori. Una dieta ricca di grassi saturi contribuisce ad aumentare i livelli di colesterolo nel sangue, che diversi studi hanno già messo in correlazione con forme più gravi di cancro alla prostata" precisa l'autrice principale dello studio **Emma Allott**, della University of North Carolina.

### **Lo studio**

Per indagare la relazione tra il cancro alla prostata e i grassi nella dieta, il gruppo di studio ha utilizzato i dati di 1.854 uomini con una diagnosi recente di carcinoma prostatico, tra cui 321 (il 17%), con forme particolarmente aggressive. Gli uomini hanno risposto a domande sulle loro abitudini alimentari, i farmaci, fattori demografici e stile di vita. I ricercatori hanno calcolato i livelli di grassi saturi nella dieta di ogni uomo, così come la quantità di grassi mono e polinsaturi, che si trovano in oli vegetali o pesce.

Gli esperti hanno scoperto che gli uomini con cancro alla prostata più aggressivo introducevano un numero maggiore di calorie ogni giorno, di cui gran parte da un'alimentazione ricca di grassi. Le diete più ricche di grassi saturi sono risultate legate a un rischio complessivo del 51% più elevato di avere una forma di cancro molto aggressiva. Anche l'assunzione di colesterolo è risultata correlata a un rischio elevato di cancro più aggressivo, ma solo tra i caucasici. Per gli uomini che non stavano assumendo statine, il rischio di cancro molto aggressivo è aumentato del 71% con diete a più alto contenuto di grassi saturi, mentre è stato registrato un aumento del rischio del 16% negli uomini che facevano uso di statine.

**Fonte:** *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2016

**Madeline Kennedy**

*(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)*

*base di molte problematiche della professione e pone questioni deontologiche di primaria importanza”.*

In altri termini, come, recita alla lettera un articolo del nuovo Codice proposto dal Collegio di Pisa, *“L’infermiere riconosce nella persona malata e nella comunità di salute un contraente”, sottolineando come, “con il termine contraente si definisce la condizione sociale e politica della persona malata e della collettività di salute, in ragione della quale viene superato il concetto di beneficiario cioè di colui che beneficia dell’assistenza infermieristica, per affermare quella di colui che in quanto titolare dei diritti di salute è come se stipulasse, ai fini della cura, un contratto sociale con la professione infermieristica”.*

**Insomma, come sottolineato dallo stesso Collegio di Pisa, questo nuovo Codice è una vera rivoluzione rispetto ai paradigmi attuali.** *“Quello che proponiamo – scrivono - è sicuramente qualcosa di alternativo rispetto alla produzione deontologica esistente e siamo consapevoli che sarà definito con una miriade di aggettivi, che ci auguriamo in maggioranza di apprezzamento. La speranza è di avviare un intenso dibattito, già questo sarebbe un successo”.*

**C.F.**

<http://www.adnkronos.com>

# Da un piccolo organismo marino un'arma contro il sarcoma dei tessuti molli



Ecteinascidia turbinata

Arriva dalla **profondità del mare** una nuova arma per frenare il **sarcoma dei tessuti molli**. L'**Ecteinascidia turbinata** è infatti un piccolo organismo invertebrato, rivestito da una tunica di cellulosa, dal quale si è inizialmente ottenuta una molecola attiva contro il tumore e che oggi si sintetizza in laboratorio. Si tratta della trabectedina, composto naturale che agisce contro il cancro, producendo profonde perturbazioni del ciclo cellulare e interferendo con i sistemi di riparazione del Dna, inducendo così la morte cellulare programmata (apoptosi). La molecola, prodotta da Pharmamar, è al centro delle sessioni di lavoro del Congresso europeo di oncologia (Esmo), in corso a Copenhagen (7-11 ottobre).

In particolare uno studio internazionale su 287 pazienti, coordinato dall'Italia, dimostra che la chemioterapia tradizionale è efficace nell'80% dei sarcomi ad alto rischio, ma che l'impiego di un farmaco specifico come la trabectedina, in un istotipo selezionato come il liposarcoma mixoide che colpisce soprattutto i giovani, permette di ottenere un grande beneficio. La molecola, sottolineano inoltre gli esperti, è di gran lunga meno tossica rispetto alla chemioterapia convenzionale.

"Oltre all'efficacia della terapia, il profilo di tollerabilità è molto buono - spiega Alessandro Gronchi, membro della 'Sarcoma task force' dell'Esmo e presidente della Connective Tissue Oncology Society - Ad esempio non diminuiscono i globuli bianchi, non cadono i capelli, e quindi il trattamento è meno pesante per il paziente rispetto a quello tradizionale. Questo studio dimostra che l'impiego di un farmaco specifico in un istotipo selezionato dei sarcomi può avere un effetto positivo e un costo inferiore per il

paziente".

I sarcomi sono un gruppo molto eterogeneo di tumori dei tessuti molli e quindi possono comparire in varie sedi dell'organismo, dagli arti, al torace, all'utero. Tra questi i liposarcomi rappresentano il 25% dei casi al momento della diagnosi e si suddividono in 3 tipi, tra cui il mixoide. La trabectedina ha un tasso di controllo tumorale del 90% e in seconda linea è la molecola più ampiamente valutata, dimostrando fino ad oggi l'efficacia di trattamento più elevata. Dall'autorizzazione in Europa nel 2007, oltre 50 mila pazienti in 80 Paesi hanno beneficiato di questa terapia in tutte le sue indicazioni.

Oggi la terapia a base di trabectedina è approvata in più di 75 Paesi nel mondo<sup>[1][2]</sup> per il trattamento di questi tumori in fase avanzata, dopo il fallimento della terapia standard con antracicline e ifosfamide o come trattamento di prima linea nei pazienti non idonei a ricevere chemioterapia a base di doxorubicina.

I sarcomi dei tessuti molli, ricordano gli esperti, sono tumori che insorgono dai muscoli, tendini, sinovie, tessuto adiposo e tessuti connettivi in genere. <sup>[1][2]</sup>Rappresentano l'1% delle neoplasie in età adulta. In Italia si contano circa 3 mila diagnosi ogni anno.

L'andamento dell'incidenza di questi tumori è stabile nel tempo, pur con una modesta tendenza all'aumento nelle donne. Sotto il termine di sarcomi dei tessuti molli sono raggruppati più di 50 tipi istologici diversi con caratterizzazioni biologiche specifiche e comportamenti distinti. E la mortalità per queste forme è relativamente elevata: a 5 anni la sopravvivenza globale è intorno al 65%.



10-10-2016

Lettori  
17.555

[www.agi.it](http://www.agi.it)

## Da organismo marino 'arma' contro i sarcomi

Copenaghen - Arriva dalla profondità del mare il segreto per frenare il sarcoma dei tessuti molli (Stma), un terribile tumore che può colpire ogni parte del corpo. E' l'**Ecteinascidia turbinata**, un piccolo organismo invertebrato, rivestito da una tunica di cellulosa, dal quale si è inizialmente ottenuta una molecola attiva contro il tumore e che oggi si sintetizza in laboratorio. Si tratta della "**trabectedina**", composto naturale, che agisce contro il tumore, producendo delle profonde perturbazioni del ciclo cellulare e interferendo con i sistemi di riparazione del Dna, inducendo così la morte cellulare programmata. La molecola, prodotta da Pharmamar, è al centro delle sessioni di lavoro del Congresso europeo di oncologia (Esmo), in corso a Copenaghen. .

In particolare uno **studio internazionale** su 287 pazienti, **coordinato dall'Italia**, dimostra che la chemioterapia tradizionale è efficace nell'80 per cento dei sarcomi ad alto rischio ma che l'impiego di un farmaco specifico come trabectedina, in un istotipo selezionato come il liposarcoma mixoide che colpisce soprattutto i giovani, permette di ottenere un grande beneficio. La molecola è di gran lunga meno tossica rispetto alla chemioterapia convenzionale. "Oltre all'efficacia della terapia, il profilo di tollerabilità è molto buono", ha spiegato Alessandro Gronchi, membro del "Sarcoma task force" dell'Esmo e presidente della Connective Tissue Oncology Society (Ctos). "Ad esempio, non diminuiscono i globuli bianchi, non cadono i capelli, e quindi il trattamento è meno pesante per il paziente rispetto a quello tradizionale. Questo studio - ha continuato - dimostra che l'impiego di un farmaco specifico in un 'istotipo' selezionato dei sarcomi può avere un effetto positivo e un costo inferiore per il paziente".

La terapia a base di trabectedina è approvata in più di 75 paesi nel mondo per il trattamento dei Stm in fase avanzata, dopo il fallimento della terapia standard con antracicline e ifosfamide o come trattamento di prima linea nei pazienti non idonei a ricevere chemioterapie a base di doxorubicina.

Martedì 11 OTTOBRE 2016

## Tumore al seno. “Firma” del RNA predice risposta alla terapia neoadiuvante

***L'espressione delle ERBB2/hER2 e ESR1, rivelate dal sequenziamento dell'RNA, costituisce un predittore della risposta del tumore al seno in stadio precoce alla terapia neoadiuvante anti-HER2. Ad affermarlo è un'analisi dello studio NeoALTTO pubblicata da JAMA. I trattamenti anti-HER2 con terapia neoadiuvante hanno dimostrato la loro efficacia nelle donne con tumore al seno HER2-positivo, anche se con variabilità tra le pazienti.***

*(Reuters Health)* – L'espressione delle ERBB2/hER2 e ESR1, rivelate dal sequenziamento dell'RNA, costituisce un predittore della risposta del tumore al seno in stadio precoce alla terapia neoadiuvante anti-HER2. Ad affermarlo è un'analisi dello studio NeoALTTO pubblicata da JAMA. Secondo questo studio, i trattamenti anti-HER2 con terapia neoadiuvante hanno dimostrato la loro efficacia nelle donne con tumore al seno HER2-positivo, anche se con una certa variabilità tra le pazienti.

Il team guidato da **Christos Sotiriou**, della Université Libre di Bruxelles, ha studiato come la firma genetica dell'RNA, dovuta al suo sequenziamento, come predittore dell'efficacia degli agenti anti-HER2 in un'analisi secondaria di 254 donne su 455 che hanno partecipato allo studio NeoALLTO. I campioni sono stati suddivisi in tre gruppi: il 45% aveva un'alta espressione ERBB2/HER2 e una bassa espressione ESR1; il 35% presentava alta espressione per ERBB2/HER2 e alta ESR1; il 20%, infine, aveva bassa espressione di ERBB2/HER2. La maggior parte delle risposte complete (PCR) sono state osservate nelle donne del primo gruppo, quelle con alta espressione ERBB2/HER2 e bassa espressione ESR1. Nel complesso il 47% di queste donne ha avuto una PCR, rispetto al 32% delle donne con alta ERBB2/HER2 e alta ESR1, e solo al 9% di quelle del gruppo con bassa ERBB2/HER2.

“I risultati di questo sotto-analisi supportano l'esistenza di una significativa eterogeneità molecolare tra tumori al seno HER2-positivo e l'influenza sia degli estrogeni, sia del microambiente tumorale nella risposta alle terapie anti-HER2. Gli studi futuri dovrebbero tenere in considerazione questa evidenza e capire in che modo questi fattori possano essere utilizzati per individuare il trattamento delle pazienti con malattia HER2-positivo”, ha concluso Sotiriou.

**Fonte:** JAMA Oncology

**Reuters Staff**

*(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)*

# Più prevenzione e cure su misura Così stiamo battendo il tumore al seno

## Ottobre è il mese per le donne, l'obiettivo è "mortalità zero"

**Paolo Veronesi**  
Oncologo

**RUOLO:** È DIRETTORE DELLA DIVISIONE DI SENOLOGIA DELL'IEO DI MILANO E PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE UMBERTO VERONESI



PAOLO VERONESI  
IEO - MILANO

**O**ttobre è il mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno. Fiocchi rosa un po' ovunque a ricordare che oggi, grazie al progresso della ricerca, questa forma di cancro non fa più paura come un tempo. Fondamentale, però, è la prevenzione e l'investimento continuo nella ricerca di nuove terapie. Abbassare la guardia è vietato.

Ecco perché quella che pare un'iniziativa ormai scontata - l'appuntamento dell'ottobre rosa - non lo è affatto. Perché, se vogliamo arrivare all'obbiettivo che mai più nessuna donna perda la vita per questa malattia, il primo passo da compiere è quello di parlarne. Partendo da questo presupposto con Fondazione Umberto Veronesi abbiamo dato il via a «Pink is Good», un progetto che al concreto sostegno alla ricerca scientifica unisca la promozione di iniziative ed eventi volti a sensibilizzare l'universo femminile sull'importanza della prevenzione.

Perché il tumore al seno è la più frequente neoplasia della donna: in Italia colpisce 45-50 mila donne ogni anno, pari a un terzo di tutti i tumori che insorgono nell'universo femminile. Ogni donna ha un rischio di circa l'11% di incorrere

in un tumore al seno prima degli 85 anni (cioè ne viene colpita circa una donna su 10) e del 3% di morire per questa causa. Fortunatamente di tumore al seno, già oggi, si guarisce nell'85% dei casi. Una percentuale che sale al 98%, se la diagnosi arriva in una fase precocissima della malattia e le lesioni sono così piccole da non essere palpabili. Solo pochi decenni fa il quadro era ribaltato e meno della metà delle donne colpite era viva a cinque anni dalla diagnosi.

Cos'è accaduto nel frattempo? Le donne hanno imparato a fare prevenzione e noi medici abbiamo imparato a divulgarla. Fondamentale è il concetto di diagnosi precoce: prima si diagnostica la malattia e maggiori sono le possibilità di guarigione. Normalmente consigliamo di iniziare i controlli strumentali per il tumore della mammella a partire dai 35-40 anni con una mammografia e un'ecografia mammaria effettuate con cadenza annuale. Esistono, però, casi in cui - se c'è familiarità per la malattia - è necessario iniziare prima i controlli. Ad oggi sono note due mutazioni genetiche specifiche per il tumore del seno, chiamate Brca1 e Brca2, anche se, verosimilmente, ne esistono altre non ancora identificate.

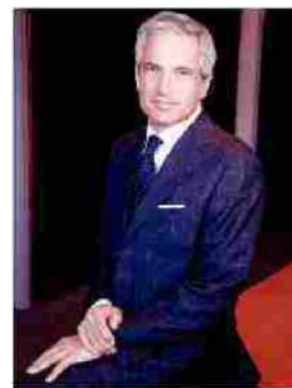
Ereditare una mutazione significa avere un rischio più elevato di sviluppare il tumore rispetto a chi non la possiede. Se in famiglia vi sono stati tre o più casi di tumore della mammella e/o dell'ovaio o se vi è stata una diagnosi di carcinoma mammario in giovane età, è opportuno effettuare un consulto genetico e l'eventuale test. Chi ha la mutazione genetica deve effettuare dei controlli preventivi più serrati, già a cominciare dai 25-30 anni (ecografia mammaria

ogni sei mesi, risonanza magnetica e mammografia ogni anno) e, possibilmente, adottare uno stile di vita sano.

Accanto a questa sempre più crescente presa di coscienza da parte delle donne sull'importanza del «fare prevenzione», uno dei fattori che più ha inciso nel considerevole abbassamento della mortalità per questa forma di cancro è l'avvento di terapie sempre più mirate. Oltre ad aver sviluppato tecniche chirurgiche sempre meno invasive, la ricerca ha fatto passi da gigante ed oggi gli «schemi terapeutici» utilizzati sono sempre più personalizzati in base alle caratteristiche molecolari del tumore. Quest'anno, attraverso il progetto «Pink is Good», abbiamo potuto finanziare 20 giovani ricercatori impegnati contro il tumore al seno in vari centri di eccellenza italiani e internazionali. Vaccini terapeutici, identificazione di nuove varianti genetiche implicate nella malattia e studio delle caratteristiche molecolari utili a progettare nuove terapie sono alcune delle ricerche che abbiamo sostenuto e che continueremo a sostenere il prossimo anno.

L'obbiettivo «mortalità zero» a cui tendere non è un'utopia. Il rosa del mese di ottobre - con tutte le sue iniziative - è qui a ricordarcelo. Ma è qui anche a parlare a tutte le 50 mila donne che in Italia quest'anno riceveranno una diagnosi di tumore e sapranno che noi, medici, ricercatori, sostenitori della ricerca, siamo sempre lì, siamo con loro.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



## INIZIATIVA TRENITALIA

### La salute delle donne viaggia in treno Visite senologiche sui «Frecciarosa»

Fino al 14 ottobre sui binari delle ferrovie italiane viaggeranno dei treni ad alta velocità particolari: le Frecciarosa. Da alcuni giorni ha preso il via la sesta edizione della campagna «Frecciarosa 2016», l'iniziativa promossa dal Gruppo FS Italiane e dall'associazione IncontraDonna onlus, patrocinata dal Ministero della Salute col sostegno di Farindustria ed Elior. Madrina della campagna Milly Carlucci, sempre in prima fila nel sostenere l'importanza della ricerca medica e convinta che vincere la battaglia contro i tumori femminili sia possibile prendendo coscienza del problema e combattendolo tutte insieme; testimonial Carolin Smith che da qualche anno sta combattendo un problema di salute di tipo oncologico. Scopo di questa campagna la promozione dell'adozione di corretti stili di vita atti a combattere e sconfiggere il tumore al seno e il virus del papilloma, facilitando la prevenzione attraverso l'assistenza a bordo treno e la corretta informazione rivolta alle viaggiatrici. Personale e volontari di Incontra Donna Onlus presenti su alcune frecce distribuiranno il «Vademecum della Salute» (scaricabile anche dai siti [www.trenitalia.it](http://www.trenitalia.it) e [www.salutedonnaonlus.it](http://www.salutedonnaonlus.it)) contenente consigli sulla prevenzione e redatto dalla presidente dell'Associazione, la professoressa Adriana Bonifacino e da altri medici, col supporto e la supervisione del [ministero della Salute](#). Su questi treni particolari saranno presenti medici specializzati a disposizione delle viaggiatrici per consulenze, visite gratuite al seno e consigli sulla prevenzione e sulla salute di tutta la famiglia. Nell'edizione 2015 hanno e condotto gratuitamente più di 300 visite senologiche.

MV



Martedì 11 OTTOBRE 2016

## Cancro. Chi è povero e si ammala muore prima. Uno studio del Pascale e dell'Università di Napoli

***Un quarto dei pazienti, che riportava difficoltà economiche, aveva un rischio del 35% in più di avere un peggioramento della qualità di vita rispetto a chi non aveva problemi finanziari. In un altro 22% i problemi economici aumentavano durante la chemioterapia e il rischio di morte aumentava del 20% rispetto a chi non riferiva problemi.***

Chi è povero ovvero ha problemi economici e si ammala di tumore muore prima. La correlazione tra povertà e aspettativa di vita in caso di malattia l'avevano scovata all'inizio di quest'anno i giapponesi con uno studio i cui risultati sono stati illustrati sul quotidiano *Yomiuri Shimbun*. Alle stesse conclusioni giunge uno studio presentato a Copenhagen, durante il Congresso annuale della Società europea di oncologia (Esmo), condotto da **Francesco Perrone**, direttore dell'unità sperimentazioni cliniche dell'Istituto dei tumori di Napoli Fondazione Pascale, in collaborazione con la cattedra di Statistica medica della Seconda Università di Napoli.

Lo studio, i cui risultati verranno a breve pubblicati sulla rivista *Annals of Oncology*, è stato condotto mettendo insieme i dati di 16 sperimentazioni cliniche condotte in Italia tra il 1999 e il 2015, coordinate dall'Istituto dei Tumori di Napoli. Nel complesso, hanno partecipato a queste sperimentazioni 3670 pazienti affetti da cancro del polmone, della mammella e dell'ovaio. Tutti gli studi prevedevano l'uso di un questionario di qualità della vita (Eortc C30) che chiedeva ai pazienti, alla domanda 28, se nell'ultima settimana avevano avuto difficoltà economiche legate alla malattia, assegnando uno di quattro possibili gradi, da "per niente" a "moltissimo".

Già all'inizio dello studio è stato constatato che un quarto dei pazienti riportava difficoltà economiche di grado variabile e che queste persone avevano un rischio del 35% in più di avere un peggioramento della propria qualità di vita rispetto a chi non aveva problemi finanziari.

Inoltre, in un altro 22% di pazienti, i problemi economici aumentavano durante il trattamento chemioterapico e in queste persone il rischio di morte aumentava del 20% rispetto a chi non riferiva problemi.

"Riteniamo che siano risultati importanti per almeno due motivi. – dice Franco Perrone – Sono i primi dati di uno studio prodotto per la prima volta in un paese europeo e sono, purtroppo, coerenti con quanto è stato già segnalato negli Stati Uniti dove però non esiste Servizio sanitario nazionale. La dimensione, inoltre, dell'effetto negativo sulla sopravvivenza della "tossicità finanziaria" è simile alla dimensione dell'effetto benefico di alcuni nuovi farmaci.

Quindi l'impatto di una "cura" contro la tossicità finanziaria avrebbe un effetto molto rilevante, e ovviamente senza effetti collaterali. In realtà ci aspettavamo che i pazienti con problemi economici avessero un peggioramento della qualità di vita più in generale, perché è intuitivo che questi due concetti siano collegati. Ci ha sorpreso, invece, trovare che il rischio di morte aumenta per i pazienti che peggiorano i problemi economici durante il trattamento".

"Il dibattito in sanità negli ultimi anni – continua Perrone - è notevolmente concentrato sul problema del costo dei farmaci, che aumenta in maniera irragionevole e sottrae risorse rilevanti. I nostri dati sono un campanello d'allarme e spingono a riflettere sul fatto che buona sanità non significa mettere solo farmaci a disposizione dei medici e dei pazienti. Esiste altro su cui si può e si deve migliorare, all'interno di un sistema pubblico che rappresenta (e i nostri dati lo confermano) una solida base, per soddisfare i bisogni di assistenza degli ammalati di cancro. Inutile dire che le difficoltà economiche dello Stato e i tagli alla sanità non aiutano".

**Et. Mau.**

Mercoledì 12 OTTOBRE 2016

## Presentati all'Esmo i primi risultati del sistema messo a punto dalla Società di oncologia per verificare efficacia dei farmaci anti cancro. E il verdetto è positivo: funziona

***Si chiama ESMO- MCBS ed è uno strumento che consente di prevedere l'entità del beneficio clinico atteso dall'impiego dei farmaci già approvati per il trattamento dei tumori. I primi dati di uno studio real life confermano la validità di questo strumento messo a punto dalla Società europea di oncologia. È utilizzabile da tutti i medici online per prevedere che tipo di beneficio i loro pazienti avranno da un determinato farmaco***

E' stato realizzato presso l'Università Medica di Vienna (MUV) il primo studio *real life* che ha utilizzato l'[ESMO-MCBS](#) (*European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale*) uno strumento, messo a punto dalla Società europea di oncologia medica per valutare il beneficio reale dei farmaci oncologici nella pratica clinica.

L'ESMO-MCBS rappresenta un approccio validato per stratificare l'ampiezza del beneficio clinico che è possibile prevedere per le terapie anti-tumorali delle quali si disponga dei dati di studi randomizzati. Questo consente, secondo gli esperti che l'hanno messo a punto, di definire una 'classifica' dell'entità del beneficio clinico atteso dei vari trattamenti oncologici. Ma è anche uno strumento consente di cominciare ad affrontare in maniera scientifica l'argomento del giorno, ovvero l'appropriatezza prescrittiva in un contesto di risorse limitate in sanità.

Gli oncologi di Vienna hanno cominciato ad utilizzarlo per valutare le aspettative da riporre nei trattamenti per i tumori neuroendocrini, glioblastoma, sarcomi, tiroide, pancreas, ovaio, testa/collo e tumori uroteliali.

“Abbiamo in questo modo potuto constatare – afferma la dottoressa **Barbara Kiesewetter** del MUV - che l'ESMO-MCBS è particolarmente valido nel prevedere il beneficio clinico che è possibile attendersi con l'immuno-terapia, un dato che avevamo precedentemente osservato anche in alcuni test sul campo che avevamo effettuato su tumori più comuni e che può aiutarci a implementare questi trattamenti nella pratica clinica del prossimo futuro”.

Sarà adesso interessante conoscere i nuovi dati sugli inibitori dei *checkpoint* per i tumori rari. Ad esempio, nel caso dei tumori testa/collo, i risultati attualmente disponibili per lo studio CHECKMATE 141 configurano un punteggio ESMO-MCBS di 3, che potrebbe ulteriormente migliorare se i nuovi dati di sopravvivenza su un follow up più esteso dovessero essere positivi.

Anche i dati sul trattamento di salvataggio con pazopanib nei sarcomi dei tessuti molli hanno ottenuto uno score ESMO-MCBS di 3, visto il guadagno ottenuto da questa terapia sulla PFS (*progression free survival*) che è di 3 mesi rispetto agli 1,6 mesi del braccio di controllo. Più complessa è l'applicazione di questo strumento di valutazione nel caso dei tumori rarissimi, quali ad esempio il glioblastoma, per la mancanza di studi randomizzati.

“Riteniamo che l' ESMO-MCBS sia uno strumento molto utile da utilizzare nella pratica clinica tanto per i tumori rari che per le forme più comuni, sempre che siano disponibili dati di studi randomizzati. E' di facile utilizzo e i medici – conclude la Kiesewetter - lo possono trovare *online* e impiegarlo, nel momento in cui considerino di utilizzare un nuovo trattamento per un paziente, per analizzare cosa possono aspettarsi in termini di risultato”.



**Zalmoxis** previene le complicanze della leucemia. È il primo traguardo di **MolMed**, società biotech. Storia di un successo, dei suoi lungimiranti azionisti e di un professore imprenditore: **Claudio Bordignon** | **Alessandra Gerli**



## La prima terapia genica anticancro è made in Italy

**È** LA PRIMA TERAPIA GENICA CONTRO IL CANCRO approvata nel mondo, in procinto di essere commercializzata e impiegata nelle cure. Una soluzione terapeutica in grado di prevenire alcune delle complicanze più gravi, spesso fatali, che possono colpire i malati di leucemia e di altri tumori del sangue ad alto rischio, dopo un trapianto di midollo osseo da un donatore non perfettamente compatibile. L'hanno battezzata Zalmoxis, come la divinità dell'antica Tracia, ed è il frutto della ricerca d'avanguardia di un'eccellenza italiana: la

più un percorso completo partendo da zero, dalla costruzione dei laboratori fino alla terapia, quella di MolMed è una storia di successo perseguito con passione, tenacia, persino caparbità nel superare le difficoltà, prima fra tutte reperire le risorse per investimenti ingenti con ritorno sul lunghissimo periodo. Se la strada che porta a un farmaco nuovo è sempre lunga, costosa e piena di incognite, quella imboccata da MolMed lo è ancor di più: la terapia genica, che affronta le patologie agendo sul dna e manipolando le cellule umane, è la nuova frontiera della medicina. Per arrivare a Zalmoxis ci so-

guate ti condannano ma si deve stare attenti a investire con lungimiranza», spiega a *Capital* l'artefice e il motore di MolMed, **Claudio Bordignon**, 66 anni, bergamasco di Fiorano al Serio. Il professore, da pioniere della terapia genica qual è, puntualizza però che «no, non ho mai avuto grandi dubbi o incertezze lungo il cammino che ci ha condotti fin qui. A governarmi è stata la mission di MolMed e un mio sogno: portare queste terapie ai pazienti. Con l'approvazione di Zalmoxis, abbiamo fatto un passo avanti importantissimo».

**Per Zalmoxis ci sono voluti 15 anni di ricerche, sperimentazioni, attese delle autorizzazioni e oltre 100 milioni di euro**

MolMed, acronimo di Molecular Medicine, società di biotecnologie mediche con base a Milano. Una realtà piccola, se paragonata ai colossi farmaceutici multinazionali che oggi scommettono sulla terapia genica, ma con un prestigio riconosciuto nel mondo.

Unica biotech italiana ad aver com-

no voluti 15 anni di ricerche, sperimentazioni, attese delle autorizzazioni e 100 milioni di euro fra costi diretti, indiretti ed esterni sostenuti.

«Sì, ci vuole tanta determinazione nei confronti del progetto, il che comporta anche una grande responsabilità verso gli investitori. Risorse inad-

### Nuovo paradigma nelle cure

Le leucemie ad alto rischio sono tumori del sangue per i quali l'unica possibilità è il trapianto di staminali del sangue di un donatore sano. Capaci di dare origine ai diversi tipi di cellule sanguigne e del sistema immunitario, queste staminali derivano principalmente dal midollo osseo, che viene prelevato dal donatore e trapiantato nel paziente con un'infusione in vena simile a una trasfusione. Il traguardo:

farlo attecchire e ripopolare l'organismo del paziente con tutte le cellule del sangue necessarie alla vita. Maggiore è la compatibilità genetica fra donatore e paziente, più alte sono le probabilità di riuscita.

Solo per circa il 30% di persone, però, c'è un donatore familiare perfettamente compatibile. Gli altri possono avere cellule parzialmente compatibili dai loro familiari stretti, ma il pericolo è un'eventualità devastante chiamata malattia del trapianto contro l'ospite. Spiega Bordignon: «Con il midollo osseo, si trapianta anche il sistema immunitario del donatore in esso contenuto (i cosiddetti linfociti T), che può attaccare gli organi del paziente perché non li riconosce come propri. Funziona al contrario del rigetto nei trapianti di



che per avere dei linfociti in grado di aggredire le cellule leucemiche». Anche l'immunosoppressione forzata ha controindicazioni pesanti: privati delle difese, il rischio è morire per infezioni anche banali.

L'idea di Bordignon? Telecomandare i linfociti T del donatore attraverso una complessa operazione di ingegneria genetica: «Li separiamo dalle staminali e li modifichiamo mettendogli dentro un gene suicida», dettaglia. Dopo il trapianto, questi linfociti possono svolgere la loro funzione anti leucemia, «senza ricorrere alla terapia immunosoppressiva», sottolinea Bordignon: «Il paziente riesce così a ricostruire più rapidamente il proprio sistema immunitario». Se si manifestano segnali di malattia del trapianto contro l'ospite, si attiva il gene suicida e i linfociti che stanno per attaccare gli organi sani sono costretti ad auto-eliminarsi.

Come si attiva il gene suicida? «Lo facciamo noi, con un farmaco. Nei linfociti, infatti, abbiamo inserito anche un gene del virus dell'Herpes simplex, che li rende sensibili a un semplice antivirale, simile a quello della pomata che usiamo per il comune herpes labiale. Basta somministrarlo al paziente per fermare sul nascere l'attacco».

Questo è Zalmoxis, una terapia rivoluzionaria che rende più sicuro il trapianto di midollo osseo e moltiplicherà il numero di quanti potranno sottoporvisi. Il 18 agosto, la Commissione europea ha dato l'ok al suo ingresso sul mercato nei 28 paesi dell'Ue, dove dovrebbe arrivare nella prima metà del 2017. A produrlo sarà la stessa società di Bordignon.

## Un viaggio lungo più di vent'anni

La MolMed è nata nel 1996, ma le origini della storia risalgono ad almeno dieci anni prima, quando Claudio Bordignon, fresco di specializzazione in medicina interna e in ematologia, va negli Stati Uniti a perfezionare la sua formazione. I suoi studi di terapia genica iniziano qui, al Memorial Sloan-Kettering cancer center di New York, ed è una folgorazione. Tornato in Italia, nel 1989 Bordignon dà



**MolMed**  
 è una società di biotecnologie mediche focalizzata su ricerca, sviluppo e validazione clinica di terapie innovative per la cura del cancro. Sopra, il presidente **Claudio Bordignon**, 66 anni.

organi, il fegato per esempio, dove è il sistema immunitario del paziente ad attaccare l'organo trapiantato».

Due sono i protocolli oggi seguiti per contrastare questa drammatica complicanza: eliminare i linfociti T prima del trapianto, tirandoli letteralmente fuori dal midollo del donatore, oppure abbassare drasticamente le difese immunitarie del paziente do-

po il trapianto, con aggressivi farmaci immunosoppressori. Entrambe le alternative si sono rivelate perniciose. Continua Bordignon: «Via i linfociti T, senza il sistema immunitario del donatore, il paziente impiega tantissimo tempo a ricostruire il proprio e a difendersi autonomamente dalle infezioni. Aumentano anche le ricadute, giocoforza, il trapianto si fa an-



Un ricercatore al lavoro nel laboratorio milanese di MolMed. Sotto, l'ad **Riccardo Palmisano**.



## Ricerca

riescono a mantenere un progetto, il laboratorio, le cinque, sei persone che ci lavorano e non di più. Per fare terapia genica sull'uomo, dunque a livello industriale, ci vogliono moltissimi soldi, e non esistono finanziamenti per questo. L'impresa è la strada obbligata».

Joint-venture tra il San Raffaele di Milano e la farmaceutica tedesca Boehringer Mannheim, la MolMed nasce così, con l'obiettivo di far uscire



► il via a un nuovo programma di terapia genica nell'ospedale San Raffaele di Milano. Nel 1990, i dati prodotti dalla sua équipe sono fondamentali per convincere le autorità sanitarie degli Usa ad approvare la prima applicazione clinica di terapia genica su un paziente. Due anni dopo, al San Raffaele, il gruppo di Bordignon esegue il primo intervento al mondo di terapia genica, per curare un bambino affetto da una gravissima immunodeficienza congenita, l'Ada-Scid. «Riuscimmo a guarirlo», ricorda, «anche se, rispetto alle facilities di oggi, come dicono gli inglesi, l'avevamo fatto sul piano di lavoro di una cucina». La tecnica usata allora, però, è alla base di una terapia dell'Ada-Scid che la MolMed ha messo poi a punto per la multinazionale britannica Glaxo-SmithKline, autorizzata al commercio dalla Commissione europea lo scorso 30 maggio.

### Professore e imprenditore

Ma perché, a un certo punto, Bordignon passa dalla ricerca all'impresa? Reinventarsi imprenditore «è stata una scelta ovvia». E chiarisce che «di norma la ricerca sulla terapia genica è finanziata con i grant, contributi che

la terapia genica dai laboratori di ricerca per portarla a curare le persone. L'ospedale, allora di don Luigi Verzé, ci mette gli spazi e i ricercatori, la Boehringer la sua potenza di fuoco, ovvero: «Risorse e tecnologie per costruire i laboratori di terapia genica, che sono molto costosi». Tempo tre anni, però, e il gigante svizzero Roche acquista la Boehringer, ma il biotech, allora, non rientra ancora nei suoi piani e le quote della MolMed finiscono in vendita.

### MolMed nasce con l'obiettivo di far uscire la terapia genica dai laboratori di ricerca per portarla a curare le persone

Per Bordignon è un colpo duro. «Ci siamo trovati con i laboratori pronti, i progetti chiari, ma nell'impossibilità di partire. Dovevamo trovare un nuovo investitore».

Nel 1999, il fondo svizzero di venture capital Edcp rileva temporaneamente la partecipazione della Roche. L'anno successivo nella MolMed entrano tre nuovi azionisti di peso, gli stessi che negli anni a venire costituiranno il suo zoccolo duro: le holding delle famiglie Berlusconi, Doris e DelVecchio. «Don Verzé ci avrà messo di sicuro del suo, i suoi rapporti con Silvio Berlusconi si erano evoluti nel

tempo», ricorda Bordignon: «Ma per il profilo delle persone, credo che la loro sia stata anche una scelta di visione verso la scienza, la tecnologia, i nostri ricercatori, non solo l'ingresso in un business nuovo».

### Una biotech a Piazza Affari

Nel 2008 la MolMed si quota alla Borsa di Milano, prima e ancora oggi unica biotech italiana a Piazza Affari. Nel 2012 esplose il terremoto finanziario del San Raffaele, «ma ormai avevamo superato la fase iniziale e non abbiamo avuto ripercussioni». Passato sotto le ali del gruppo San Donato della famiglia Rotelli, il San Raffaele uscirà poi dalla compagine degli azionisti.

I ricavi della MolMed, intanto, arrivano dalle collaborazioni con Telethon sulle malattie rare e da produzioni di cellule per altre imprese. Poiché non bastano, per sostenere le ricerche, e ripianare le inevitabili perdite, la società deve ricorrere a ripetuti aumenti di capitale: «Prepararli è un percorso lungo, faticoso, che non sta mai nei tempi che vorresti. Ma ce l'abbiamo sempre fatta. La borsa ha sempre risposto molto positivamente», mette in chiaro Bordignon.

Adesso la MolMed ha altre quattro terapie geniche in cantiere. Con l'approvazione di Zalmoxis si aprono nuovi orizzonti di crescita. Per gestirli

è già arrivato un amministratore delegato nuovo, **Riccardo Palmisano**, neopresidente dell'Assobiotech con una lunga esperienza in farmaceutiche del calibro di Sanofi o Genzyme: «È una persona di grande valore, che viene dal settore, ma con una formazione economica e una certa vocazione per la parte commerciale che è molto importante per noi», lo descrive Bordignon, che di MolMed è rimasto presidente. Chi la dura la vince? «Per la mission e i miei sogni sì, è vero che chi la dura la vince. Quando arriverà il breakeven avremo vinto anche questa sfida». ■

# Quanta disinformazione sui vaccini

**Maria Antonietta Ignazio**  
**Farina Coscioni** **Marcocci Rozzi**  
PRESIDENTE MEDICO  
"ISTITUTO  
LUCA COSCIONI"

**P**er paradosso, viene da dire grazie al senatore Bartolomeo Pepe e alla sua considerata iniziativa di proiettare in una sala del Senato *Vaxxed - from cover up to catastrophe*, il discutibile documentario di Andrew Wakefield, l'inglese radiato dall'albo dell'ordine dei medici per aver spacciato una ricerca-bufala che ipotizza una relazione tra i vaccini e l'autismo. Va ringraziato - si ripete: per paradosso - perché almeno si comincia a parlare di questa bufala che demonizza i vaccini, e conculca irresponsabilmente convinzioni che non hanno alcun fondamento. Il risultato pratico è che lo spaccio di queste pseudo teorie improvvisate e respinte dall'interna comunità scientifica internazionale può seriamente provocare - e in parte già ha provocato - danni alla salute dei singoli non vaccinati, e a quanti sono a contatto con loro.

Bene ha fatto il presidente del Senato Piero Grasso ad adoperarsi perché la proiezione non avvenisse in un luogo istituzionale, che avrebbe, al di là delle intenzioni, accreditato di una qualche credibilità il documentario. Parato il colpo, eccone annunciati altri, non meno pericolosi in un paese come l'Italia che registra da qualche anno un inquietante calo della copertura delle vaccinazioni pediatriche.

*Vaxxed*, infatti, a metà ottobre arriverà in alcune sale. I distributori del documentario fanno sapere che «viste le tante richieste arrivate dalla Rete stanno costruendo un tour che dal 17 ottobre toccherà dieci città italiane, per soddisfare le richieste del web». Aggiungono, evidentemente nel tentativo di crearsi uno scudo protettivo, che hanno «deciso di accendere un faro su una tematica molto discussa. Senza schierarci con le posizioni del film, ci interessano proiezioni che possano creare dibattito e dialogo: per questo saranno presenti esperti, associazioni e medici per approfondimenti».

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha annunciato la sua «posizione di estrema contrarietà, così come c'è l'indignazione di tutta la comunità scientifica nazionale e internazionale intorno a ciò che è propagandato da questo documentario. Quando l'antisceita ha lo stesso diritto di tribuna della scienza, non è un tema di democrazia ma di disinformazione».

Disinformazione, qui sta il punto. Non basta esprimere sconcerto e indignazione. Dal ministro si attende qualcosa di più. L'Istituto Superiore di Sanità fa sapere che in questi mesi si registra un calo di oltre il 5 per cento delle coperture vaccinali, e questo fatto ha portato il nostro Paese sotto la soglia di sicurezza. A essere maggiormente a rischio, le categorie più fragili: bambini e anziani. La Federazione nazionale degli ordini dei medici fa sapere che i medici che sconsigliano le vaccinazioni infrangono il codice deontologico, e rischiano sanzioni fino alla radiazione. Il ministero, inoltre, e gliene diamo volentieri atto, ha recapitato ai medici un manifesto contro i falsi miti e le leggende metropolitane che circolano sui vaccini, e in particolare quelli per l'infanzia. Nulla da eccepire, sul contenuto, ma è stato inviato in A4, praticamente illeggibile. A cura dei singoli, di almeno quattro volte per poterlo rendere fruibile, con conseguente spesa.

Da lei, insomma, pensiamo sia doveroso attendersi un intervento più deciso; magari, per cominciare, una radicale campagna pubblicitaria, affidata a persone che conoscono il loro mestiere, non quelli, per intenderci, responsabili della sciagurata campagna "Fertility Day". Una campagna per spiegare cose semplicissime, che sconfiggano timori e pregiudizi; basterebbe, al riguardo mostrare le immagini di bambini che non sono stati vaccinati e ora pagano le conseguenze di morbillo, rosolia, parotite. Una campagna fatta di spot, ma anche di opuscoli e materiale informativo da far trovare nei consultori, negli asili, nei luoghi insomma frequentati da giovani coppie.

Spiegare, per esempio, l'importanza della prevenzione: significa proteggerci ed evitare possibili fonti di contagio; e che nel caso di certe malattie, piuttosto che curare dopo, è meglio anticipare, combatterle e sconfiggerle con le loro stesse armi. Questo è il principio del vaccino.

Non bisogna avere timore di dire che i vaccini sono una delle più grandi scoperte dell'umanità, hanno salvato e salvano milioni di vite umane, ridato speranza a milioni di bambini, reso le ultime generazioni sane.

Va detto con chiarezza che di morbillo, difterite, pertosse si può morire; che un'encefalite da morbillo o la meningite possono rovinare la vita; che la rosolia può causare danni gravi ad un feto.

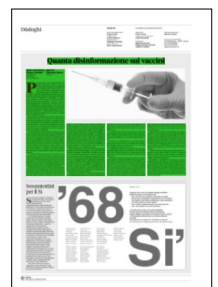
I pregiudizi e i timori vanno combattuti con la persuasione dei fatti concreti: nel 1900, su mille nati negli Stati Uniti, 100 morivano entro il primo anno di vita. Oggi una morte per malattia infettiva diventa notizia di cronaca.

Vaccinare i bambini protegge la società e il singolo dalle malattie. Si rafforza il sistema immunitario. Non c'è nessuna correlazione tra vaccino del morbillo e autismo. Ormai si è concordi nel pensare che l'autismo precede la nascita anche se si rivela dopo qualche tempo, spesso proprio verso l'anno e mezzo quando si deve fare il vaccino per il morbillo. L'ipotesi che i vaccini (in particolare il trivalente, morbillo-parotite-rosolia) siano causa di autismo ha cominciato a circolare nel 1998: un falso clamoroso. Ciò nonostante, questa falsa credenza continua a circolare. Il vaccino del morbillo può dare al massimo febbre a distanza di una decina di giorni. La malattia, al contrario, può avere effetti molto gravi.

L'Oms ci ricorda che i vaccini salvano ogni anno 3 milioni di vite nel mondo (e molte di più ne salverebbero se i vaccini fossero resi disponibili per tutte le popolazioni). E sempre dall'Oms arriva un rimprovero all'Italia: «Proprio gli italiani dovrebbero sapere meglio di altri quanto costa non vaccinare. Uno degli studi migliori sull'argomento riguarda l'epidemia italiana di morbillo del 2002-2003, che a fronte di circa 20mila casi ha portato a un costo enorme di 22 milioni di euro».

Grazie ai vaccini l'ultimo caso di poliomielite autoctona in Italia risale al 1983. Il vaiolo è scomparso dalla faccia della Terra. Nel frattempo sono migliorati i vaccini (quelli "sintetici" hanno sostituito i virus attenuati) e gli additivi impiegati.

Richiedere i certificati di vaccinazione per l'ammissione alla scuola materna e poi a quella dell'obbligo, come hanno deciso di fare alcune regioni, non significa negare il diritto alla socializzazione e all'istruzione, ma stabilire una regola che protegge tutti i bambini. Ministro **Lorenzin**: non crede che la decisione di queste regioni vada sostenuta, e si debba operare perché siano estese anche in quelle regioni che finora non le hanno adottate?



**Salute**  
**L'influenza**  
**quest'anno**  
**sarà aggressiva**  
**vaccini al via**  
Massi a pag. 31

Dalla settimana prossima disponibile la profilassi contro l'epidemia che si annuncia particolarmente aggressiva a causa di una combinazione di tre batteri. Chi si ammala ora è stato colpito dai "cugini" degli agenti virali che arriveranno a fine novembre, il picco sarà a Natale. Si prevede che si metteranno a letto 6-7 milioni di italiani, contro i 5 dell'anno scorso

# Influenza "cattiva", via ai vaccini

**GLI EPIDEMIOLOGI:  
SARÀ PIÙ FORTE,  
MEGLIO ESTENDERE  
LA COPERTURA ANCHE  
ALLE PERSONE SANE  
TRA I 50 E I 60 ANNI**

## PREVENZIONE

**P**repariamo i fazzoletti. Quest'anno, l'influenza che verrà, si annuncia "cattiva". Più aggressiva degli ultimi due anni. Tre i virus responsabili, due sono delle novità. A circolare saranno l'H1N1 responsabile della pandemia del 2009, l'A/Hong Kong (H3N2) nuova variante e il B/Brisbane nuova variante. Un tris presente nel vaccino che, dall'inizio della prossima settimana, potrebbe essere già disponibile.

L'epidemia colpirà circa 6-7 milioni di italiani (l'anno scorso ci eravamo fermati a 5) con un carico di gravi complicanze come può essere la polmonite. «Tutto dipenderà anche dalle condizioni del tempo - spiega Fabrizio Pregliasco, virologo e ricercatore del dipartimento Scienze biomediche per la Salute dell'università di Milano - Se quest'inverno dovesse essere più lungo e freddo sicuramente si avranno più pazienti influenzati. Se, al contrario, sarà ancora un inverno mite, saranno più lievi anche le conseguenze. Prima regola da non dimenticare: gli antibiotici non sono efficaci contro i virus. devono essere utilizzati solo dopo il sì del medico».

## LA FEBBRE

Si parla di influenza vera e propria solo quando la febbre si presenta in modo virulento e improvviso, fitte muscolari e articolari, tosse, problemi respiratori, naso chiuso, mal di gola. In tutti gli altri casi si parla di sindromi parainfluenzali. Ecco lo scenario casalingo prossimo venturo: lui si lamenterà più di lei e accuserà dolenzia in tutto il corpo mentre la sua compagna sopporterà meglio l'infezione, come si legge in un'indagine Asosalute-Associazione farmaci da automedicazione ([www.semplicemente.it](http://www.semplicemente.it)). Mal di gola e congestione delle vie respiratorie sono disturbi peggio sopportati dalle donne mentre gli uomini non reggono la febbre.

«Vaccinarsi al più presto è più che mai importante» avvertono i medici di famiglia Fimmg. «A far prevedere un'ondata influenzale più pesante del solito sono due fattori - fa sapere Tommasa Maio, segretario nazionale Fimmg - Il primo è il largo anticipo con cui quest'anno, già a fine agosto, è stato isolato il virus in un bambino nato in Marocco e proveniente dalla Libia. Fatto questo che ne prefigura una più ampia diffusione soprattutto tra le persone non ancora vaccinate. In secondo luogo i virus isolati dall'Istituto superiore di sanità contengono piccole mutazioni che predispongono ad una maggiore circolazione dell'influenza. Questo perché né i bambini né le persone a rischio che solitamente si vaccinano possiedono gli anticorpi che fungono da barriera alla malattia. Ci si può vaccinare dalla metà di ottobre, dunque, fino a fine dicembre».

## GLI ALLARMI

Dopo anni in cui la copertura vaccinale è stata sempre in crescita, secondo l'Istituto di sanità, sono meno del 20% e tra gli anziani la percentuale è scesa dal 70 al 50%. L'anno del tracollo è stato nel 2014 quando, proprio in autunno, vennero diffusi falsi allarmi sulle presunte contaminazioni di alcuni lotti. «Ma soprattutto di bufale e falsi miti - rincarano i medici di famiglia - che spesso sostengono quest'onda lunga di anti-medicina che circola in rete». Vaccinazione raccomandata per gli ultrasessantacinquenni, diabetici, immunodepressi, cardiopatici, malati oncologici. Ma, quest'anno, secondo le previsioni degli epidemiologi, sarebbe opportuno allargare la base anche alle persone sane tra i 50 e i 60 anni. Che, proprio per la mutazione del virus, potrebbero essere colpite dall'epidemia in modo più aggressivo delle scorse stagioni. Per loro, se non hanno particolari patologie, il vaccino, però, è a pagamento.

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Sempre meno bimbi vaccinati anche il morbillo ora è un pericolo

La percentuale è scesa al 93,4%. A scoraggiare i genitori la diffidenza verso la medicina ufficiale e campagne allarmistiche diffuse sul web

## il caso

MARIA CORBI  
ROMA

**N**on bastano le campagne ministeriali a convincere i genitori a vaccinare i figli. I dati pubblicati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute parlano chiaro. Nel 2015 la media per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Hib è stata del 93,4% (94,7%, 95,7%, 96,1 rispettivamente nel 2014, 2013 e 2012). Si allontana dunque anno dopo anno la quota 95% necessaria per garantire l'«immunità di popolazione», attraverso il meccanismo dell'effetto gregge (se almeno il 95% della popolazione è vaccinata, si proteggono indirettamente anche coloro che non si sono potuti vaccinare).

Nel 1999 le coperture vaccinali nel nostro Paese arrivavano al 99%, per questo il Parlamento ne ha sospeso l'obbligatorietà. Ma in pochi anni, complici campagne no vax circolate soprattutto sul web gli italiani sono diventati scettici e si sono impauriti. «Basti pensare, per fare un esempio, che dal 2008 ad oggi, il Veneto in tema di vaccinazioni è passato dal primo al terzultimo posto», sottolinea il senatore

Udc Antonio De Poli.

Il 2013 può essere considerato l'anno di confine, tra il prima e il dopo. Un trend che preoccupa le autorità sanitarie «con il rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, e addirittura la ricomparsa di malattie non più circolanti nel nostro Paese», fanno notare gli esperti. In Italia ci sono circa 2.500 casi l'anno di morbillo, 1.000 casi di meningite e 100 di tetano. In un anno il calo medio di un punto e tre percentuale di vaccinazioni significa circa 7mila bambini esposti alle malattie. Ma nei genitori spesso la paura prevale sui consigli dei medici e delle autorità sanitarie. Diffidenze che derivano da disinformazione che veicola credenze, senza base scientifica, assicurano gli esperti, come la correlazione con l'autismo. Per cui sono sempre di più le persone che rivendicano il diritto di curarsi come vogliono e quindi anche di non vaccinarsi. Ancora fresca la polemica sul documentario Vaxxed di Wakefield che doveva essere proiettato al Senato. Per contrastare questa tendenza a non far vaccinare i bambini sono regioni come l'Emilia Romagna che vuole impedire l'iscrizione all'asilo senza certificato vaccinale. Anche Toscana e Marche sulla stessa lunghezza d'onda.

E, sebbene esistano importanti differenze tra le regioni,

solo 6 superano la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 11 sono sotto il 94%. Particolarmente preoccupanti, sottolinea il documento del ministero, sono i dati per morbillo e rosolia «che hanno perso ben 5 punti percentuali dal 2013 al 2015, dal 90,4% all'85,3%, incrinando anche la credibilità internazionale del nostro Paese che, impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione dell'Oms, rischia di farlo fallire in quanto il presupposto per dichiarare l'eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell'Oms è che tutti i Paesi membri siano «liberati» dalla patologia.

Il nuovo Piano nazionale vaccini (+200 milioni quest'anno), ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin, «pone l'Italia tra i paesi con i programmi più avanzati al mondo e allarga notevolmente l'offerta vaccinale, uniformandola su tutto il territorio nazionale, con l'introduzione di nuovi vaccini in regime di gratuità, come quelli contro l'herpes zoster e contro il rotavirus, ed estendendo tra l'altro la vaccinazione contro il papillomavirus anche ai maschi». Un'altra novità è poi relativa alle anagrafi vaccinali regionali, che saranno unificate in un'unica anagrafe digitale nazionale già predisposta per lo scambio di informazioni con gli altri Stati Membri. Il dettaglio delle informazioni vaccinarie sarà inoltre inserito nel fascicolo sanitario individuale digitalizzato.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Martedì 11 OTTOBRE 2016

## Sempre di più i genitori che non vaccinano i propri figli. Continua il calo anche nel 2015. Soglia 95% ormai è una chimera. Ministero: “Rischio focolai epidemici”

***L'anno scorso la copertura vaccinale media per le vaccinazioni contro polio, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Hib è stata del 93,4% (94,7%, 95,7%, 96,1 rispettivamente nel 2014, 2013 e 2012). Solo 6 Regioni superano la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 11 sono sotto il 94%. In picchiata i dati su morbillo e rosolia. Uniche eccezioni le vaccinazioni contro pneumococco e meningococco che crescono. [DATI COPERTURA VACCINALE 2015](#)***

Le coperture vaccinali (CV) nazionali a 24 mesi, per il 2015, confermano un andamento in diminuzione in quasi tutte le Regioni e Province Autonome. Fanno eccezione le vaccinazioni contro pneumococco e meningococco che, nei due anni precedenti, avevano registrato bassi valori in alcune realtà. Questo è quanto si osserva dai nuovi dati pubblicati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, che dal 2016 fornisce anche i dati sulle coperture vaccinali relative alla dose booster (richiamo) in età pre-scolare, ovvero a 5-6 anni, e calcolate al compimento dei 7 anni.

In particolare se si osservano le CV a 24 mesi dall'anno 2000, si nota che dopo un andamento in crescita, si sono tendenzialmente stabilizzate. Le vaccinazioni incluse nel vaccino esavalente (anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertosica, anti-polio, anti-Hib e anti-epatite B), generalmente impiegato in Italia nei neonati per il ciclo di base, avevano superato il 95%, soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la cosiddetta immunità di popolazione; infatti, se almeno il 95% della popolazione è vaccinata, si proteggono indirettamente coloro che, per motivi di salute, non si sono potuti vaccinare. Dal 2013 si sta, invece, registrando un progressivo calo, con il rischio di focolai epidemici di grosse dimensioni per malattie attualmente sotto controllo, e addirittura ricomparsa di malattie non più circolanti nel nostro Paese.

**In particolare, nel 2015 la CV media per le vaccinazioni contro polio, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Hib è stata del 93,4%** (94,7%, 95,7%, 96,1 rispettivamente nel 2014, 2013 e 2012). Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo 6 superano la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio, mentre 11 sono sotto il 94%.

“Particolarmente preoccupanti” rileva il Ministero della Salute sono i dati di CV per morbillo e rosolia che hanno perso ben 5 punti percentuali dal 2013 al 2015, dal 90,4% all'85,3%, incrinando anche la credibilità internazionale del nostro Paese che, impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione dell'OMS, rischia di farlo fallire in quanto il presupposto per dichiarare l'eliminazione di una malattia infettiva da una regione dell'OMS è che tutti i Paesi membri siano dichiarati “liberi”.

Questo trend è confermato anche dalle CV nazionali a 36 mesi per l'anno 2015, dato utile anche per monitorare la quota di bambini che, alla rilevazione vaccinale dell'anno precedente, erano inadempienti e che sono stati recuperati, se pur in ritardo. L'effettuazione delle vaccinazioni in ritardo, espone questi bambini ad un inutile rischio di malattie infettive che possono essere anche gravi.

**“La riduzione delle CV – prosegue il Ministero - comporterà un accumulo di suscettibili che, per malattie ancora endemiche (come morbillo, rosolia e pertosse), rappresenta un rischio concreto di estesi focolai epidemici, come già accaduto in passato; per malattie non presenti in Italia, ma potenzialmente introducibili, come polio e difterite, aumenta il rischio di casi sporadici autoctoni, in caso di importazioni di malati o portatori”.**

Il Ministero ricorda di aver “riconosciuto da tempo la necessità di rendere l’accesso alle vaccinazioni il più agevole possibile e ha finanziato progetti CCM per migliorare la disponibilità di evidenze scientifiche a favore delle vaccinazioni, per approfondire le ragioni del dissenso vaccinale e individuare più efficaci strategie di promozione delle vaccinazioni. L’aumento delle iniziative nazionali e regionali di comunicazione e promozione delle vaccinazioni, il progressivo sviluppo delle anagrafi vaccinali informatizzate e le iniziative di contrasto ai movimenti anti-vaccinisti, potrebbero arginare questa tendenza alla diminuzione dell’adesione e ridurre, così, le sacche di non vaccinati. Il futuro Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, che avrà un’offerta vaccinale più ampia, fornirà una base più solida per una maggiore uniformità dell’offerta vaccinale nel Paese”.

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

## Oms, tassa su bibite zuccherate per ridurre obesità e diabete



L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sposa l'appello a una nuova tassa, quella sullo zucchero aggiunto agli alimenti e, in particolare, alle bibite, con l'intento di ridurre patologie come l'obesità e il diabete di tipo 2. La raccomandazione è parte di un report dal titolo eloquente: "Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases", in cui si afferma che un aumento del 20% dei prezzi delle bevande zuccherate comporterebbe un'analoga percentuale di diminuzione dei consumi, a tutto vantaggio della salute pubblica.

«Il consumo degli zuccheri aggiunti a drink e alimenti è uno dei principali fattori responsabili dell'aumento a livello globale di persone obese e affette da diabete; - afferma **Douglas Bettcher**, direttore del dipartimento di prevenzione delle malattie non trasmissibili presso l'Oms - se i governi tasseranno questi prodotti potranno ridurre molte sofferenze e salvare vite umane. In questo modo otterranno anche dei risparmi sulla spesa per la salute, che potranno investire in servizi sanitari». In base all'opinione degli esperti e all'analisi di 11 revisioni sistematiche della letteratura sull'efficacia di questo tipo di politiche, l'Oms suggerisce l'opportunità di altri provvedimenti, come per esempio sussidi per abbassare i prezzi di frutta e verdura fresca e la tassazione di prodotti alimentari contenenti elevate quantità di grassi saturi. È importante che l'opinione pubblica sia informata delle finalità di queste tasse e sappia che il ricavato è destinato a servizi a favore della salute, aggiungendo questo ulteriore beneficio a quello della riduzione dei consumi di alimenti dannosi. Già diverse nazioni si sono mosse in questa direzione e hanno adottato misure fiscali per proteggere i cittadini da alimenti non salutari. Il Messico, ad esempio, ha introdotto delle accise sulle bevande zuccherate e l'Ungheria ha imposto tasse sui prodotti con quantitativi ritenuti eccessivi di zucchero, sale e caffeina (anche se, su quest'ultima sostanza, prevale un giudizio favorevole degli esperti)

# Inchiesta involontaria (caddi dalle scale) sulla sanità pubblica italiana: ho scoperto che funziona molto bene

Domenico Cacopardo a pag. 8

REPORTAGE (INVOLONTARIO) NEI MEANDRI DELLA SANITÀ OSPEDALIERA

## Una volta tanto alla parola Italia si può gonfiare il petto di orgoglio

DI DOMENICO CACOPARDO

**M**editavo, da tempo, di occuparmi degli ospedali italiani, stimolato dalle notizie che si susseguono quotidianamente, denunciando pasticci, disfunzioni, peggio, casi corruttivi, e soprattutto da una insaziabile curiosità, quella che mi porta a scoprire aspetti poco evidenti in tante vicende nazionali. Alla fine, ho scelto la strada più sicura: non ho finto di star male, ma mi sono fatto proprio male, cadendo nelle scale della mia casa di campagna, divellendo una ringhiera e finendo, non subito, dopo un paio di giorni (data una mia personale elevata soglia del dolore) al Pronto soccorso dell'Ospedale di Orvieto: tre costole rotte e una contusione pleuropolmonare. Terapia antibiotica e antidolorifica. Non potevo più rimanere in campagna, in un luogo isolato con una strada bianca piuttosto sconnessa. Sono tornato a Parma, dove sto abitualmente. Ma il giorno dopo ho provato la prima crisi respiratoria della mia vita col crollo dell'indice di saturazione: insomma stavo per soffocare. Nuova corsa al Pronto soccorso, qui a Parma, e immediata presa in carico con ricovero al reparto Obi (osservazione breve intensiva). Ora, dopo una settimana, sono a casa.

Qui finisce la parte personale.

**È a tutti evidente che mi sono trovato** nelle condizioni ideali per osservare come funzionano i reparti d'urgenza di due nosocomi, uno medio-piccolo e uno medio-grande. Non sono stato segnalato né a Orvieto né a Parma da alcuna autorità né da alcun amico. Non mi piacciono le raccomandazioni, non le ho mai chieste né accettate. In entrambi i casi, non c'erano codici rossi, in quel momento, in giro. Già, se c'è un codice rosso ha la precedenza su tutti gli altri che vanno, giustamente, in coda. Sono stato classificato verde a Orvieto (terzo livello) e giallo a Parma (secondo). Il rapporto più impegnativo è stato con l'ultimo.

**Sin dall'ingresso sono stato** immediatamente identificato come persona bisognosa di soccorso. Mi hanno estratto dal taxi e sistemato in barella con bombola di ossigeno. Il resto è stato ricovero e terapia. L'Obi di cui sopra si svolge in un grande spazio open air, diviso in box separati da mobili-parete

e chiusi da una tenda a mezz'altezza superiore. Ai pazienti cui occorre, vengono incollati sul corpo una serie di adesivi cui si agganciano fili connessi a una centralina radio contenuta in una borsa attaccata al collo. La centralina radio trasmette in tempo reale tutti i parametri a un computer centrale collocato nel cuore pulsante del sistema: al centro del salone è realizzata una grande isola, all'interno della quale operano medici e infermieri, h. 24.

**Tanti sono gli aspetti che vanno segnalati.** La pulizia: il personale addetto passa tre volte al giorno, lavando il pavimento, vuotando i cestini e, se del caso, intervenendo in situazioni specifiche. I letti vengono rifatti, se necessario anche più volte al giorno. Il personale infermieristico, delle cui capacità professionali non posso che dire bene, è dotato di una carica di umanità, composta di pazienza e comprensione, che lo porta a essere premuroso e gentile giorno e notte. Così il personale medico. Tutta gente di professionalità alta, sempre disponibile e presente.

**Un mare i laboratori di analisi** del Pronto soccorso: dalla Tac alle risonanze, passando per ecografie e radiografie. Anche qui, si accede ai servizi in relazione ai codici. In conclusione: il mio reportage forzoso ha dimostrato che la sanità non va così male come appare dai media. Che ci sono decine di migliaia di operatori che lavorano con professionalità e spirito di sacrificio. E che, soprattutto, la nostra Sanità pubblica non ha nulla da invidiare alle altre dei paesi avanzati. Anzi, rispetto a quella americana, dai caratteri estorsivi nei confronti dei pazienti per l'entità dei prezzi da pagare, è di gran lunga migliore per accessibilità e fruibilità.

**Una volta tanto alla parola «Italia»** si può gonfiare il petto d'orgoglio.

[www.cacopardo.it](http://www.cacopardo.it)

—© Riproduzione riservata—



Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per le sue funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie [clicca qui](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.

Accetto

## CORRIERE DELLA SERA / ECONOMIA

PROFESSIONI

### Sanità & Riforme, arriva un po' d'Ordine. E qualche polemica

Laurea triennale per osteopatia e chiropratica. Norme più severe contro gli abusivi

La lotta all'abusivismo professionale, ma anche la riforma degli Ordini di medici e farmacisti e il riconoscimento di quello degli infermieri. Ma il vero nodo del disegno di legge [Lorenzin](#), sul riordino delle professioni sanitarie, è la nascita di nuovi albi e Ordini. La proposta di legge (giunta alla Camera) contiene infatti il riconoscimento di due nuove professioni (osteopata e chiropratico) e introduce l'obbligo di conseguire una laurea triennale.

#### Il testo

In realtà il provvedimento è contestato anche dall'interno: sono i chiropratici a protestare perché la loro professione era già stata riconosciuta da un precedente testo di legge e prevedeva una laurea magistrale mentre con il testo attuale dovrebbero «accontentarsi» di una laurea triennale. «Capisco le proteste dei chiropratici — afferma Emilia Grazia De Biasi, presidente della commissione Sanità al Senato —. Ma quella legge non è mai stata adottata, questa invece offre un riconoscimento ufficiale a loro come agli osteopati. Questo disegno di legge segna una "rivoluzione" per fisioterapisti, assistenti sanitari, infermieri, biologi e osteopati, visto che introduce nuovi albi e incorpora ordini professionali e federazioni. Basti solo pensare che l'ultima legge che regolamenta questi temi porta la data del 1934».

#### I punti chiave

Di fatto il nuovo testo si pone sette obiettivi per diverse professioni. 1) Il biologo e gli psicologi entrano a far parte delle professioni sanitarie. Per l'Ordine degli psicologi restano ferme, però, le attuali norme organizzative, mentre l'Ordine dei biologi viene inserito nell'albo dei chimici. 2) Gli infermieri ottengono ciò che chiedono da decenni: un Ordine e una Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, abbandonando quindi quell'ambiguo «limbo» rappresentato dal collegio, una via di mezzo tra l'Albo e l'Ordine professionale. 3) L'Albo delle vigilatrici d'infanzia assumerà la denominazione di Albo degli infermieri pediatriche; i collegi delle ostetriche diventeranno «Ordini delle professioni delle ostetriche» e i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica diventano «Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione». 4) Il progetto si propone di introdurre nuove norme per le farmacie confermando il divieto di compresenza solo per le professioni di medico e farmacista: quindi non sarà possibile che all'interno di un esercizio operi un professionista legittimato a prescrivere farmaci. Questa è l'unica preclusione prevista, mentre tutte le altre professioni sanitarie saranno ammesse. 5) Infine il testo in approvazione prevederebbe un inasprimento delle pene in caso di esercizio abusivo. In caso di danni alle persone ricoverate presso le strutture sanitarie vengono previste aggravanti e quindi le condanne previste dal Codice penale.

#### La fase due

«Abbiamo scelto delle priorità in un settore che ha un disperato bisogno di essere rimesso al passo coi tempi — sostiene De Biasi —. Finora l'Italia era l'unico paese a non riconoscere le professioni sanitarie. È chiaro che l'approvazione della legge è solo un primo passo di un percorso che prevede anche una fase due con il coinvolgimento del ministero della Salute e del Miur per costruire adeguati percorsi di studi. Bisognerà sperimentare i primi corsi di laurea solo in alcuni atenei per poi replicarli su scala nazionale. Le associazioni professionali saranno chiamate a collaborare per concordare i crediti formativi necessari per un adeguato percorso professionalizzante.

## CORRIERE DELLA SERA

L'ATTACCO

### Clinton: «Sono l'ultima cosa tra voi e l'Apocalisse»

di Redazione Online



La candidata democratica lancia l'allarme in caso di vittoria di Trump

IN UN POST

### Moric a Corona: «Insegna agli angeli a pagare l'Iva»



Così la showgirl all'ex su Facebook

MILANO

### Corona in cella con la sua prestanome | Fotostoria

di Luigi Ferrarella e Giuseppe Guastella



L'ex re dei paparazzi arrestato per il tesoro da 1,7 milioni nascosto nel controsoffitto

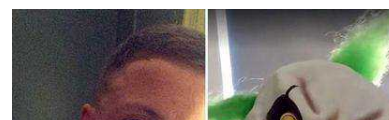
[La fotostoria del «bad boy»](#)

[Il cattivo ragazzo amato dalle donne](#)

IN GALLES

### Il primo arresto per «Clown hysteria»

di Raffaella Cagnazzo



Invece per chi già lavora bisognerà definire le equipollenze . Una cosa però deve essere chiara: questa riforma deve andare in porto senza eccessivi scossoni nel suo iter parlamentare. E se alla Camera l'impianto portante dovesse essere alterato, siamo pronti a ripristinarlo al Senato».

11 ottobre 2016 (modifica il 11 ottobre 2016 | 15:24)  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



Ha raccontato di aver comprato il costume per Halloween e di essere vicino alla scuola perché aspettava degli amici

ALESSANDRIA

Si getta dal cavalcavia, carabiniere l'afferra per la caviglia e la salva

di Alessandro Fulloni



Andrea Ghiazza l'ha sorretta per un minuto sino all'arrivo di altre due persone

ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT

I VANTAGGI DI C+

Tornano i MARTEDI' DI C+ con un nuovo film: "Elvis & Nixon". Richiedi il tuo ingresso singolo in omaggio.



IN EDICOLA

In ricordo di Oriana Fallaci 10 anni dopo la sua morte



In Viaggio con DoveClub

Weekend a Torino e visita guidata alla mostra di Matisse



Tutto sui mutui. Segui il nuovo canale



I PIÙ LETTI

I PIÙ COMMENTATI

# Sanità24

Il Sole 24 ORE

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa



11 ott 2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t

**TAG**

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Prestazioni sanitarie

Farmaci

DAL GOVERNO

## Lea, si è insediata la commissione nazionale per l'aggiornamento continuo

Si è insediata oggi al ministero della Salute la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e la Promozione dell'Appropriatezza del Servizio sanitario nazionale. La commissione, presieduta dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin, e di cui fanno parte rappresentanti del ministero della Salute, del ministero dell'Economia e delle Finanze, del Consiglio Superiore di Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco), di Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) e delle Regioni ha il compito di garantire il costante aggiornamento dei Lea attraverso una procedura semplificata e rapida.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CORRELATI**

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

**Chiamanti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto**

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

**Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi**

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

**Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S**

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

## MEDICINA E RICERCA

# Le malattie reumatiche tra Lea, Piano nazionale cronicità e risorse limitate



Il Piano nazionale della Cronicità (Pnc), i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e i farmaci biosimilari, sono temi caldi in materia di sanità. Temi cardine del convegno “Malattie reumatiche, Apmar e le sfide di domani di martedì 11 ottobre, realizzato da Apmar (Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare ) in occasione della Giornata Mondiale delle Malattie Reumatiche, per aprire un dibattito pubblico intorno alle patologie reumatiche e rare, facendo chiarezza su alcuni temi ad esse legati, come la cura, l'importanza della prevenzione e l'attenzione alla riabilitazione.

Il Pnc illustra la possibilità di ottenere cure personalizzate mediante il compimento di step, come la promozione della salute e della prevenzione e il targeting della popolazione. Aderenza, appropriatezza ed empowerment, tra i punti chiave di questo documento orientato sulla persona, la quale, diventerà sempre più protagonista del proprio processo di cura.

Apmar ha contribuito alla stesura del testo relativo alla Reumatologia, incluso il dettaglio su artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva. Sono state stilate linee guida che prevedono l'attuazione di strategie da applicare a livello nazionale, per ottenere il miglioramento delle criticità prominenti come il ritardo della diagnosi.

Se il Pnc venisse attuato alla lettera, i pazienti reumatici godrebbero di un'assistenza ottimale. Inciderà sulla riuscita del progetto, il peso di carenze

proprie dell'offerta assistenziale: di fatto, le Regioni potranno rispettare il Pnc solo compatibilmente con la disponibilità delle loro risorse.

Vale lo stesso per i Lea, i servizi sanitari ritenuti dallo Stato così importanti, da dover essere garantiti a tutti i cittadini. Le malattie reumatologiche oggetto dei Lea sono: artrite reumatoide, Lupus, Malattia di Sjögren, Malattia di Paget, Psoriasi Artropatica, Spondilite Anchilosante e Sclerosi Sistemica; quest'ultima è stata riconosciuta "rara".

Per le altre, si notano delle incongruenze, ad esempio, gli esami di laboratorio per il follow-up del paziente in terapia biologica, variano a seconda della patologia di riferimento.

A parità di terapia biologica, le prestazioni Lea, non avrebbero dovuto discriminare nessuno, invece, alcuni pazienti pagheranno per le stesse prestazioni ritenute necessarie, appropriate e quindi gratuite, per altri pazienti. Queste dissonanze sono dovute all'assenza di una visione comune tra clinici e decisori politici. La parola "essenziale" dell'acronimo Lea, perde ancor più significato, se si pensa che le Regioni più ricche, riusciranno a garantire ai cittadini anche prestazioni sanitarie non incluse nei Lea, mentre le Regioni in piano di rientro avranno difficoltà a rispettarli.

In questo sistema universalistico, l'assistenza non è equamente distribuita su tutto il territorio.

Il Ssn è costretto a vigilare, a causa della crisi economica, anche sui costosissimi farmaci biologici, terapie capaci di sovvertire in positivo il decorso di malattie invalidanti e di grande impatto epidemiologico. In questo contesto si collocano i farmaci biosimilari, altre versioni di un farmaco biotech con brevetto scaduto, progettati per avere caratteristiche farmacologiche "sufficientemente simili" al farmaco originatore e che costano circa il 30% in meno. L'unico vantaggio legato al loro uso è la riduzione dei costi, cosa che li rende essenziali per la sostenibilità del Ssn e di riflesso, una grande opportunità di cura per il futuro.

L'esigenza sanitaria di risparmio, non dovrebbe però essere mai anteposta all'interesse esclusivo della salute del paziente. Ad esempio, per i pazienti reumatici che presentano multimorbidità e per i pazienti pediatrici, la valutazione di una terapia con farmaci biosimilari dovrebbe essere ponderata con estrema cautela. In questi casi, nemmeno per gli originatori esistono dati sufficienti sugli outcome.

L'unica figura abilitata a prescrivere i biosimilari dovrebbe essere lo specialista prescrittore. Apmar ed altre cinque associazioni di pazienti, hanno inviato ad Aifa, per la recente consultazione pubblica del Secondo Concept Paper, un documento per suggerire l'istituzione di una norma a tutela della libertà prescrittiva del medico, garanzia di appropriatezza. Inoltre, informare il paziente sul regime terapeutico, in modo trasparente e comprensibile, è fondamentale per la riuscita della terapia stessa; una corretta informazione è propedeutica per una migliore aderenza.

Per quanto detto, si spera che le autorità competenti si adoperino per uniformare l'offerta assistenziale su tutto il territorio italiano.

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

## Ministero della Salute, al via la Commissione Nazionale Lea



Si è insediata oggi al Ministero della Salute la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Promozione dell'Appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale. A comunicarlo una nota del ministero che sottolinea come «la commissione, presieduta dal Ministro **Beatrice Lorenzin**, e di cui fanno parte rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Consiglio Superiore di Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco), di Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) e delle Regioni ha il compito di garantire il costante aggiornamento dei Lea attraverso una procedura semplificata e rapida.

«Con l'insediamento della Commissione Nazionale Lea e la prossima adozione del Dpcm di aggiornamento dei Lea e dei Nomenclatori Protesici» conclude la nota «si completa un quadro che permetterà agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale di avere prestazioni sanitarie innovative in modo uniforme sul territorio nazionale, con la garanzia di un aggiornamento costante e automatico alle più moderne terapie e metodologie di cura».

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

## Medici e malattia, come cambiano le tutele a seconda del contratto



Tre anni di tutela del posto di lavoro per i medici dipendenti pubblici, due anni d'indennità ad hoc per medici di famiglia, pediatri, specialisti Asl e i liberi professionisti, tutele più moderate per gli altri specialisti: indennità Enpam, specie se combinate con le tutele contrattuali pubbliche, costituiscono un mix di Welfare per il lavoratore con malattia grave che nel privato non ha confronti. I dipendenti di aziende private sono tutelati per un massimo di 6 mesi complessivi calcolati in un anno solare con un'indennità pari a due terzi della retribuzione (ma per i primi 20 giorni è metà). A far luce sulle disparità di trattamento - in casi d'infortunio grave o malattia lunga ma guaribile fino a prova contraria, in età lavorativa - è la lettera al quotidiano Repubblica scritta da Silvera Ballerini del Conasfa, il sindacato dei farmacisti dipendenti, che contribuiscono all'Enpaf e, il grosso, all'Inps: sanitari che hanno le tutele della maggior parte degli italiani "qualunque". Già a livello dei sanitari pubblici le cose cambiano. Per tutti i dipendenti pubblici, intanto, il periodo massimo di assenza malattia consentito è 3 anni di cui 18 mesi retribuiti e altri 18 no.

Per i primi 9 mesi è corrisposto il 100% della retribuzione per i successivi 3 il 90% e per gli ulteriori 6 il 50%. Per il contratto del '94 il medico ospedaliero, secondo tale impostazione, ha diritto a 18 mesi retribuiti, e distribuiti nell'arco di tre anni. Al dirigente che faccia tempestiva richiesta può essere concesso di assentarsi per un ulteriore periodo di 18 mesi in casi particolarmente gravi, previo accertamento Asl.

Fin qui siamo in ambito Inps-Inpdap. Adesso entriamo in ambito "misto" con gli specialisti Asl: a un professionista convenzionato a tempo indeterminato l'Asl corrisponde l'intero trattamento per i primi 6 mesi di malattia e al 50% per i successivi 3 mesi anche non continuativi e calcolati in tal caso nell'arco di 30 mesi, e conserva l'incarico per ulteriori 15 mesi, senza retribuzione. Le assenze per ricovero ospedaliero o Day Hospital per terapie

salvavita non sono computate nel periodo non retribuito di conservazione dell'incarico, uno dei particolari che faceva notare Silvera Ballerini nella lettera. Dopo i primi 6 mesi si può cumulare allo stipendio dimezzato il trattamento erogato da Enpam in caso di inabilità temporanea assoluta, pari per 3 mesi a circa il 55% dell'ultima retribuzione mensile, non quella complessivamente percepita dall'iscritto, ma limitata alle voci fisse e continuative soggette a contribuzione Enpam, e raddoppiato per i successivi 15 durante i quali il medico ha diritto di conservare l'incarico. Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, iscritti al relativo Fondo speciale Enpam, dopo i primi 30 giorni di malattia trattati da una polizza ad hoc stipulata con assicurazioni, sono tutelati contro l'inabilità assoluta temporanea per 24 mesi continuativi o non continuativi calcolati nell'arco di 4 anni, con il 62,5% della retribuzione media dei 3 mesi precedenti.

La tutela per l'inabilità temporanea è stata introdotta di recente (2007) anche per gli specialisti convenzionati esterni al Ssn, contribuenti al relativo fondo Enpam e coperti da un'indennità giornaliera che varia da un ottantesimo a un quarantatreesimo della loro contribuzione annua a seconda siano convenzionati per le visite o per attività di laboratorio. E vale per i liberi professionisti contribuenti al fondo quota B, tutelati a partire dal 61° giorno di insorgenza dello stato di inabilità assoluta temporanea per un massimo di 24 mesi continuativi ovvero 24 mesi nell'arco di 36. La domanda va fatta per il tramite dell'ordine seguendo alla lettera le prescrizioni dei regolamenti, e i trattamenti ovviamente non si cumulano con quelli d'inabilità permanente (procedura che purtroppo sarà una delle strade obbligate finito il periodo di tutela senza che si verifichi guarigione) e di maternità.

**Mauro Miserendino**

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

## Medici sempre più vecchi in corsia, Cozza: Lea a rischio con fondo sanitario fermo



Non solo sul territorio: anche in ospedale il medico è vecchio. Più di uno su due ha oltre 55 anni, ed è spesso solo con conseguenze in termini di rendimento, affaticamento, usura, burn-out. E dovrà continuare a cantare e portare la croce chi per un anno chi per dieci e più. Infatti, in ospedale non si assume e si va in pensione intorno ai 67 anni, il turnover è bloccato e i pensionamenti crescono di mese in mese dato il crescente numero di coloro che raggiungono l'età o l'anzianità. Sui dati della Ragioneria dello Stato la Cgil ha tratteggiato uno schizzo nitido: gli over 55 nel 2013 erano appena sotto il 50%, ora sono oltre metà dei 112 mila assunti, perché si è ridotto il numero dei contratti in corsia.

Altri paesi sono messi come noi: sono fatte di medici anziani pure sanità evolute e dinamiche (Israele) ma altre più simili come il National Health Service hanno solo il 13% di over 55. Una delle cause dell'invecchiamento-spopolamento risale al 2009 quando la legge di stabilità ha fissato l'ammontare massimo di risorse spendibili per il personale al tetto del 2004 meno l'1,4% e nel 2015 un'altra legge di stabilità ha confermato il limite. Sempre nel 2015 però, il 25 novembre, è entrata in vigore la direttiva europea che impone il riposo compensativo di 11 ore tra un turno e l'altro e massimo 48 ore settimanali di lavoro. Bisognava assumere e la legge di stabilità 2016 ha disposto che le regioni lo facessero in deroga al turnover quest'anno nei reparti H24 come i pronti soccorso. Intanto, già da prima, si sarebbero dovuti stabilizzare i precari con contratti a tempo determinato destinando loro metà del turnover in forza del decreto ad hoc.

Nulla di fatto? «Si continua ad assumere con il contagocce - conferma **Massimo Cozza**, segretario Cgil Medici - anche se in qualche caso ad aumentare l'età media contribuisce l'aumento dell'età pensionabile, talora favorito dal pensionamento a 70 anni come avviene per i dirigenti di struttura complessa. Noi abbiamo richiamato l'attenzione sul fatto che le assunzioni non ci saranno se la disponibilità del Fondo sanitario non sarà confermata in 113 miliardi almeno per il 2017. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha detto che i soldi in più devono servire per il personale e per garantire i livelli essenziali di assistenza (che per essere erogati necessitano di circa 900 milioni dell'aumento stabilito del Fondo, ndr). Abbiamo spiegato a governo e regioni che bisogna vincolare le

nuove assunzioni ai Lea da garantire, e assumere prima nei reparti che coprono quelle prestazioni. Ci siamo lasciati a inizio estate con l'intenzione di riprendere subito il discorso, ma ad oggi è fermo. Incontreremo gli altri sindacati nei prossimi giorni e valuteremo un'azione unitaria come fu per la Vertenza salute». Siamo a ottobre 2016, il mese in cui le regioni avrebbero dovuto bandire i concorsi per nuovi posti così da ovviare ai vuoti in corsia della direttiva Ue... «Sia su quel punto sia sul decreto di stabilizzazione dei precari il governo non ha fin qui messo nuove risorse», spiega Cozza. «Ha detto alle regioni di presentare i piani per le assunzioni che finora sono previste a carico delle regioni stesse». C'è poi il nodo del turnover bloccato nelle regioni in piano di rientro. «Il tasso di sostituzione consentito sale a seconda dei reparti interessati e delle condizioni della regione in deficit, ma si parte da livelli minimi, un'entrata-una e mezza ogni dieci uscite». A differenza che nella libera professione, invece, non si registra in corsia una tendenza ad andarsene prima, una volta maturati i 42 anni di servizio effettivo, «perché quell'anzianità, visto il ritardo con cui si inizia a lavorare, si raggiunge spesso alle soglie della vecchiaia anagrafica. In ogni caso - conclude Cozza - ci sono molti discorsi in piedi con governo e regioni correlati tra loro, dall'articolo 22 sulla valorizzazione delle risorse Ssn alla laurea abilitante, ai criteri per le assunzioni. Un incontro è indifferibile».

**Mauro Miserendino**

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

# Diagnosi: il medico batte lo smartphone (e di parecchio)

*Uno studio ha messo a confronto dottori e software e ha scoperto che per ora non ci sono paragoni*

Quando non stiamo bene cerchiamo i sintomi che ci tormentano su Google a caccia di una diagnosi via web. Oppure ci affidamo allo smartphone, per il quale esistono app che si dicono in grado di fare proprio questo: riconoscere le malattie dai sintomi che raccontiamo. Facciamo tutto questo perché la tecnologia ce lo consente, nella speranza di poter evitare la visita del dottore che richiede tempo e tant'è un po' spaventa. Purtroppo però, o forse per fortuna, è ancora troppo presto per sostituire il medico con un'app dell'iPhone. Lo affermano le conclusioni di uno studio condotto da un team della Harvard Medical School in collaborazione con altri istituti di ricerca e pubblicato su JAMA Internal Medicine.

I ricercatori hanno messo a confronto medici e macchine e hanno riscontrato che i primi sono decisamente più bravi a diagnosticare le malattie. In particolare hanno chiesto a 234 medici di dare un parere su 45 ipotetici casi clinici. Ciascun caso sottoposto alla loro attenzione includeva la storia clinica del paziente ma non i risultati di visite, esami del sangue o altri esami da laboratorio. L'eterogeneo gruppo di professionisti, che comprendeva pediatri, medici di famiglia e internisti, alcuni dei quali non ancora giunti alla fine nella loro pratica, ha azzeccato la diagnosi alla prima nel 72% dei casi.

In uno studio precedente, al quale hanno collaborato alcuni degli autori di quest'ultimo lavoro, un totale di 770 casi clinici era stato sottoposto all'esame di 23 applicazioni mediche, alcune delle quali messe a punto da organizzazioni professionali come l'American Academy of Pediatricians e altre. Le diagnosi "buone alla prima" erano state solo il 34%. Spesso sia le applicazioni sia i dottori

fornivano più di una risposta possibile nella loro diagnosi differenziale, così i ricercatori hanno confrontato quanto spesso la diagnosi corretta compariva nelle prime tre risposte. Per i medici la percentuale è risultata dell'84%, per le app invece del 51%.

I camici bianchi quindi hanno stracciato gli algoritmi, ma la loro superiorità si è fatta sentire maggiormente nei casi che proponevano malattie poco comuni. Mentre con le patologie più banali il rapporto di diagnosi azzeccate era di 70% contro 38%, quando si trattava di malattie più rare il margine aumentava: i medici trovavano la risposta nel 76% dei casi, le app solo nel 28%. Un aumento del distacco si è osservato anche in funzione della gravità della patologia. In caso di malattie non acute i dottori hanno battuto i software 65% a 41%, ma col salire della gravità aumentava anche la disanza tra uomini e macchine: 79% a 24%.

Martedì 11 OTTOBRE 2016

## Dall'Ipasvi di Pisa arriva una proposta di nuovo Codice Deontologico. Doveri, prerogative e ruolo dell'infermiere del Terzo Millennio. E nasce "l'ausiliarità reciproca tra le professioni"

***Dopo la decisione di non applicare l'art.49 del Codice in vigore, quello che prevede in sostanza il dovere dell'infermiere a compensare eventuali carenze e disservizi della struttura, il collegio pisano ha rotto gli indugi e presenta una versione completamente rivista del Codice infermieristico che ridisegna profondamente le linee di intervento dell'infermiere, sposando totalmente la logica della cooperazione interprofessionale. [IL CODICE DI PISA](#).***

Quotidiano Sanità ha il piacere di offrire ai propri lettori in anteprima la proposta di Codice deontologico degli infermieri messa a punto dal Collegio Ipasvi di Pisa. Un lavoro complesso, al quale si sono dedicati tutti i componenti del consiglio del Collegio, coordinati dal presidente **Emiliano Carlotti** e con la supervisione del professor **Ivan Cavicchi**.

*"Ormai da un bel po' di anni il modo di essere infermiere non corrisponde al suo "essere infermiere" nel senso che indipendentemente dai titoli di studio, dal percorso formativo l'infermiere continua ad essere quello che è sempre stato. Le eccezioni che pur esistono non sono in grado di smentire questa verità", è forse questo uno dei passaggi chiave dell'introduzione al nuovo Codice che spinge a fondo sulle contraddizioni più volte emerse in questi ultimi anni, tra l'infermiere "dei desideri" e l'infermiere "reale".*

*"Il ruolo dell'infermiere – si legge ancora nella prefazione al Codice pisano- nonostante le norme che ne hanno definito il profilo e le prerogative in realtà è un "non infermiere", cioè un infermiere definito in negativo per quello che "non fa ma dovrebbe fare" e quindi modificato tanto nel suo essere che nel suo modo di essere".*

**Parole forti che faranno discutere. Come la parte del nuovo Codice dedicata al rapporto con le altre professioni.** *"L'infermiere ha il dovere professionale e l'obbligo morale di agire il suo ruolo autonomo all'interno di rapporti di ausiliarità reciproca complementare e, di fronte ad imprevisti, di concorrere alla vicarianza".*

E ancora: *"L'infermiere ha il dovere professionale e l'obbligo morale di farsi promotore di progetti di riorganizzazioni del lavoro che puntino a riformare dinamicamente, secondo il principio di interdipendenza, i rapporti tra ruoli professionali al variare dei contesti".*

Sono due dei nuovi articoli del Codice infermieristico che hanno proprio lo scopo di ridefinire, anche in chiave comportamentale, i rapporti con le altre professioni, perché, si legge nel commento al Codice pisano, *"attualmente la cosiddetta "collaborazione" tra professioni in un servizio si caratterizza con ruoli rigidi, definiti per compiti e competenze, dentro rapporti riferiti agli infermieri ancora impostati sull'idea datata di ausiliarità, all'insegna di visioni gerarchiche del lavoro quindi poco funzionali ad una visione multidisciplinare del lavoro di tutela".*

**E molto forte è anche il nuovo approccio al paziente**, che nel Codice pisano diventa "contraente" perché, si spiega, *"oggi il "paziente" si è emancipato diventando "esigente", cioè un soggetto consapevole dei propri diritti non più "beneficiario" passivo ma "contraente", che tende a contrattare le condizioni delle cure di cui ha bisogno".*

E ancora: *"Oggi il malato non è più il classico "assistito" ma molto di più. Si tratta di un mutamento che è alla*