



## **RASSEGNA STAMPA**

**10-11-2016**

1. STAMPA La sua eredità: "Il tumore si può sconfiggere"
2. QUOTIDIANO SANITÀ Aiom: "Profondo cordoglio per la scomparsa di uno dei padri dell'oncologia."
3. ILGIORNO.IT Veronesi, leo e Aiom: "Lascia grande eredità, siamo pronti a raccogliere le sue sfide"
4. QUOTIDIANO SANITÀ I tumori, 'riprogrammando' il metabolismo del fegato, diventano resistenti all'immunoterapia
5. REPUBBLICA.IT Oncofertilità, ecco la mappa dei centri per chi cerca un figlio
6. HEALTH DESK Tumore gastrico: primo obiettivo non cadere in mani sbagliate
7. DOCTOR 33 Cancro prostatico localizzato: quasi metà dei pazienti cerca un secondo parere specialistico
8. AVVENIRE Intervista a Luca Moroni - Le cure palliative? A un malato su 3
9. HEALTH DESK Tumore del polmone: i controlli di qualità di Aiom e Siapec sui laboratori per i test genetici
10. ANSA Tumore seno: non solo noduli, per 1 donna su 6 sintomi diversi
11. ASKA NEWS Medicina integrata per vincere il cancro al seno
12. CORRIERE DELLA SERA Intervista a Beatrice Lorenzin - «Sanità digitalizzata Così si risparmiano 4 miliardi ogni anno»
13. REPUBBLICA Il superticket per saltare la lista d'attesa l'ultima frontiera delle cliniche private
14. DOCTOR 33 Cure transfrontaliere, meno di 100 italiani nel 2015 curati in altri paesi
15. QUOTIDIANO SANITÀ Manovra. Farmaci. Le Regioni chiedono modifiche ai tetti
16. ITALIA OGGI Dati on-line se senza patologia
17. AVVENIRE Malattie rare, la «periferia» della medicina
18. AVVENIRE Super-calcoli per la mappa del Dna umano

## La sua eredità: "Il tumore si può sconfiggere"

Grazie a lui parole come prevenzione, stili di vita corretti e lotta al fumo sono diventate buone pratiche di uso comune. La nuova frontiera della ricerca adesso passa attraverso i "farmaci intelligenti" e gli studi sul sistema immunitario

<b>1000</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>persone</b>	<b>mila</b>	<b>milioni</b>	<b>anni</b>
Ogni giorno in Italia vengono colpite da una qualche forma tumorale spesso prevenibile	Sono le persone che ogni anno perdono la vita in Italia per tumori legati al fumo, in prevalenza ai polmoni e alla bocca	Le persone che muoiono ogni anno nel mondo per tumori legati a stili di vita sbagliati come l'obesità, abuso di sale, scarsa attività fisica	La media mondiale di sopravvivenza al tumore, con notevoli differenze a seconda del tipo di tumore, dell'età e del sesso



VALENTINA ARCOVIO

1

### Qual è l'eredità scientifica lasciata da Umberto Veronesi?

L'oncologo ha il merito di aver rivoluzionato l'oncologia in Italia e nel mondo, in particolare quella contro il tumore del seno. Se oggi infatti, il cancro al seno è meno devastante rispetto a 20 anni fa lo dobbiamo soprattutto a Veronesi. L'oncologo, infatti, ha dimostrato che il tumore al seno, quando diagnosticato precocemente, può essere eliminato chirurgicamente senza asportare integralmente il seno. Inoltre, «fu uno dei primi a occuparsi di prevenzione e corretti stili di vita, oggi considerati l'arma fondamentale nella lotta contro il cancro», spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom).

2

### Quanto sono importanti gli stili di vita nella prevenzione e nella lotta al cancro?

Tantissimo, specialmente sul fronte della prevenzione. Si stima infatti che oltre il 40% delle morti per cancro potrebbe essere facilmente prevenibile modificando gli stili di vita. Secondo l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), il fu-

mo resta di gran lunga la principale causa di morte con 1,5 milioni di decessi all'anno, ma numerosi altri fattori sono preoccupanti: l'obesità, una dieta con eccesso di sale, alcol, il basso consumo di frutta e verdura, e, seppure in minor misura, l'eccesso di carne rossa e processata, aggiunti a una scarsa attività fisica, sarebbero responsabili di quasi 2 milioni di morti per cancro nel mondo.

3

### A che punto è la lotta contro il cancro?

Oggi sempre più pazienti vengono curati e riescono a sopravvivere al cancro. In Italia, in particolare si guarisce di più, come testimoniano gli ultimi dati del censimento «I numeri del cancro in Italia 2016», recentemente pubblicato dall'Aiom e dall'Associazione italiana registri tumori. In generale, la sopravvivenza a 5 anni è aumentata notevolmente rispetto a quella dei casi diagnostici nei quinquenni precedenti sia per gli uomini (55%), sia per le donne (63%). Su questo risultato positivo ha influito il miglioramento della sopravvivenza per alcune delle neoplasie più frequenti: colon-retto, seno e prostata. Dati incoraggianti, questi, che non devono però far abbassare la guardia in quanto resta alto l'allarme legato ai nuovi casi di cancro: nel 2016 si stima che nel nostro Paese saranno colpite circa 1.000 persone al giorno.

4

### Quali sono stati i progressi più significativi negli ultimi anni?

In questi ultimi anni si sono moltiplicati i cosiddetti farmaci intelligenti, quelli cioè svilup-

pati sulla base delle conoscenze dell'oncologia molecolare, e che hanno come target bersagli cellulari presenti cioè solo nelle cellule malate. Si è cominciato quindi a considerare il tumore come un insieme di malattie, ognuna con caratteristiche diverse e questo ha aperto la strada alla cosiddetta medicina di precisione. Si tratta di un tipo di medicina più aggressiva solo contro le cellule tumorali e quindi meno nociva per le cellule sane, esattamente come suggeriva la filosofia di Veronesi. Inoltre, passi in avanti significativi sono stati fatti nella ricerca di marcatori molecolari in grado di facilitare la diagnosi precoce del tumore.

5

### Quali sono invece le prospettive future?

Secondo l'Airc, sono quattro le nuove sfide su cui i ricercatori si stanno concentrando per rendere sempre più curabile il cancro: immunità, prevenzione, microambiente e medicina di precisione. Il primo filone riguarda gli studi sul sistema immunitario per l'attivazione dei meccanismi di difesa contro le cellule maligne. Si tratta di un settore molto vivace che sta registrando risultati importanti. Il secondo filone è concentrato sulla prevenzione e la diagnosi, indispensabili per isolare i fattori di rischio e fermare il cancro prima che si manifesti. Il terzo filone di ricerca riguarda lo studio del microambiente, la «casa» del tumore: l'obiettivo è quello di comprendere le relazioni del cancro con il resto dell'organismo. Infine, continua la ricerca di nuovi bersagli e strumenti efficaci per colpirli.



Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

## **Aiom: "Profondo cordoglio per la scomparsa di uno dei padri dell'oncologia. Pronti a raccogliere le sue sfide"**

"Un grande uomo di scienza che ha contribuito in maniera decisiva alla crescita dell'oncologia non solo italiana. Il Professor Umberto Veronesi lascia un'immensa eredità. Fu uno dei primi a dare importanza alla qualità di vita dei pazienti oncologici, che oggi rappresenta uno dei parametri essenziali per valutare l'efficacia delle terapie. E fu uno dei primi a occuparsi di prevenzione e corretti stili di vita, oggi considerati l'arma fondamentale nella lotta contro il cancro. Il suo contributo è stato decisivo, ci auguriamo di poter raccogliere il suo testimone per continuare le sue battaglie". Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), ricorda così il Professor Veronesi scomparso ieri sera a Milano.

"Nel 1973 fece parte del gruppo di pionieri che fu tra i fondatori della nostra Società scientifica proprio nel capoluogo lombardo – continua Pinto -. Da allora l'Oncologia medica italiana ha ottenuto risultati decisivi grazie anche al suo continuo e instancabile impegno per la ricerca, senza mai dimenticare l'umanizzazione delle cure e il ruolo svolto dalla relazione medico-paziente. È stato un precursore, molti dei progressi terapeutici in importanti patologie come il tumore del seno derivano da sue ricerche: fu il primo in Italia a parlare di quadrantectomia, cioè di asportazione chirurgica di un solo quadrante della mammella, in un periodo in cui il dogma era costituito dalla mastectomia. Altrettanto importante è stato l'aver messo a disposizione dei pazienti e della loro possibilità di cura l'impegno mediatico perché questa malattia avesse l'attenzione che meritava e al contempo perché la parola 'cancro' non fosse più bandita ma diventasse argomento di dibattito e confronto. Nel 2013 abbiamo conferito al prof. Veronesi il 'premio Aiom alla carriera' proprio in occasione del 40° anniversario della fondazione di Aiom. Organizzeremo un incontro nazionale per ricordare i suoi insegnamenti".

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

Veronesi, Ieo e Aiom: "Lascia grande eredità, siamo pronti a raccogliere le sue sfide"

*Dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica e dall'Istituto Europeo di Oncologia parole di gratitudine nei confronti del Professore*



Milano, 9 novembre 2016 - **Umberto Veronesi**, una vita spesa per **combattere il cancro**. Il **professore si è spento a 90 anni, nella sua casa di Milano**. Numerosi i messaggi di cordoglio per la sua morte.

Il Professor Carmine Pinto, presidente dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)**, ha ricordato così il medico: "Un **grande uomo di scienza** che ha contribuito in maniera decisiva alla crescita dell'**oncologia** non solo italiana. Il Professor Umberto Veronesi lascia un'**immensa eredità**'. Fu uno dei primi a dare importanza alla qualità di vita dei pazienti oncologici, che oggi rappresenta uno dei parametri essenziali per valutare l'efficacia delle terapie. E fu uno dei primi a occuparsi di prevenzione e corretti stili di vita, oggi considerati l'arma fondamentale nella lotta contro il cancro. Il suo contributo è stato decisivo, ci auguriamo di poter raccogliere il suo testimone per continuare le sue battaglie".

Pinto ha continuato: "Nel 1973 fece parte del gruppo di **pionieri** che fu tra i fondatori della nostra Società scientifica proprio nel capoluogo lombardo. Da allora l'Oncologia medica italiana ha ottenuto risultati decisivi grazie anche al suo continuo e instancabile impegno per la ricerca, senza mai dimenticare l'umanizzazione delle cure e il ruolo svolto dalla relazione medico-paziente". "È stato **un precursore** - ha sottolineato - molti dei progressi terapeutici in importanti patologie come il tumore del seno derivano da sue ricerche: fu il primo in Italia a parlare di quadrantectomia, cioè di asportazione chirurgica di un solo quadrante della mammella, in un periodo in cui il dogma era costituito dalla mastectomia. Altrettanto importante è stato l'aver messo a disposizione dei pazienti e della loro possibilità di cura l'impegno mediatico perché questa malattia avesse l'attenzione che meritava e al contempo perché la parola 'cancro'

non fosse piu' bandita ma diventasse argomento di dibattito e confronto. Nel 2013 abbiamo conferito al prof. Veronesi il 'premio AIOM alla carriera' proprio in occasione del 40° anniversario della fondazione di AIOM. Organizzeremo un incontro nazionale per ricordare i suoi insegnamenti".

**CORDOGLIO DELLO IEO** - "Tutto **l'Istituto Europeo di Oncologia**, dolorosamente colpito dalla scomparsa di Umberto Veronesi, pensa a lui con affetto e soprattutto con immensa gratitudine. Il Professore lascia fra le mura di Via Ripamonti un vuoto incolmabile, ma allo stesso tempo **un'inestimabile eredità di pensiero**, che continuerà a vivere nelle donne e negli uomini IEO". Così nella serata di ieri il personale dello IEO ha ricordato Umberto Veronesi, scomparso all'età di 91 anni. "Dell'Istituto Europeo di Oncologia Veronesi è stato l'ideatore, il fondatore e il mentore - oltre che il Direttore Scientifico per vent'anni - ed è qui che il Professore ha voluto piantare solidamente i semi del suo lascito intellettuale di medico oncologo che ha rivoluzionato la lotta al cancro, con il suo amore empatico per i malati, il suo impegno nella tutela dei loro diritti, la sua fiducia nella ricerca scientifica, la sua capacità straordinaria di empatia e di visione del futuro. Quando Veronesi ha progettato e fondato lo IEO - si legge - nel 1994, voleva un ospedale che ruotasse intorno al paziente nella sua globalità e complessità di persona, e dove la ricerca fosse tutt'uno con la clinica perché il maggior numero di pazienti potesse avere accesso a tutte le terapie più avanzate che la scienza medica mette a disposizione; voleva **un centro aperto al mondo, all'innovazione e alla tecnologia**, capace di valorizzare e motivare le intelligenze e i talenti, in particolare dei più giovani. Voleva creare un nuovo riferimento culturale in oncologia, che mettesse in primo piano il ruolo dell'oncologia italiana a livello internazionale. Sotto la sua guida, l'Istituto Europeo di Oncologia ha trasformato questa nuova idea di ospedale in realtà, ed oggi ancor di più la squadra che Veronesi stesso ha designato due anni fa, si assume il compito di proseguire nel solco tracciato dal Professore". "Umberto ci ha ripetuto che il corpo si ammala e muore, e nessuno può accettare questa realtà più lucidamente di noi medici oncologi - commenta il Professor Roberto Orecchia, Direttore Scientifico IEO - Ma la mente può continuare a vivere attraverso le idee e la loro rielaborazione da parte di altre menti. Supereremo il dolore annichilente di oggi continuando a sviluppare e realizzare le idee del nostro Prof, in modo che sia sempre in qualche modo con noi".

**REGINA ELENA** - "Piangiamo oggi la scomparsa dell'illustre **Prof. Umberto Veronesi**. E' una perdita incolmabile per il mondo della medicina a livello nazionale ed internazionale". Lo sottolinea **Gennaro Ciliberto**, Direttore Scientifico dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena. "Il prof. Veronesi - prosegue - e' stato al contempo un instancabile medico al servizio dei malati oncologici, un continuo promotore di innovazione ed un testimonial di spicco dell'eccellenza italiana. Innumerevoli sono i suoi contributi sia diretti che indiretti alla ricerca oncologica. Quello che ha fatto dovra' rappresentare per noi un esempio da seguire". Gli specialisti dell'Istituto Regina Elena commossi ricordano Il Prof. Veronesi nella sua ultima visita all'Ente, quando in occasione dei 75 anni dell'IRCCS, il 21 aprile 2008, tenne una lettura magistrale sui progressi dell'oncologia italiana ed inauguro' l'introduzione all'IRE e unica in Italia, dell'innovativa diagnosi biomolecolare intraoperatoria per il carcinoma mammario.

Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

# I tumori, 'riprogrammando' il metabolismo del fegato, diventano resistenti all'immunoterapia

***La cachessia neoplastica, una condizione caratterizzata da anoressia, perdita di peso, deperimento, potrebbe non essere solo una conseguenza del tumore, ma un meccanismo specifico messo in atto dalle neoplasie per 'riprogrammare' il modo in cui l'organismo, e in particolare il fegato, gestisce le sue riserve energetiche. Ed è forse lo stesso meccanismo alla base della mancata risposta all'immunoterapia in alcuni tumori***

Da anni il metabolismo del tumore e le alterazioni che provoca in quello dell'ospite è nel mirino dei ricercatori di tutto il mondo e con l'andare del tempo, la situazione appare sempre più ingarbugliata. Uno studio appena pubblicato su [Cell Metabolism](#) da un gruppo di ricercatori dell'Università di Cambridge (Gran Bretagna) e di altri istituti di ricerca inglesi aggiunge un importante tassello di conoscenza all'argomento e fornisce una possibile spiegazione del perché alcune neoplasie, come quella del pancreas, non rispondono all'immunoterapia, l'indiscussa nuova frontiera nel trattamento dei tumori.

La ricerca appena pubblicata è nata dall'osservazione che mentre la cachessia rappresenta una condizione condivisa da tutte le neoplasie in fase terminale, in alcuni casi, come nel tumore del pancreas, compare in fase molto precoce.

Il fenomeno, secondo quanto riferito dallo studio, sarebbe imputabile ad una citochina prodotta dal tumore (L'interleuchina-6) che di fatto impedirebbe al fegato di utilizzare i suoi depositi energetici, andando così letteralmente ad affamare l'interno organismo. Questo fenomeno provocherebbe un rilascio massimo di ormoni dello stress, che a sua volta andrebbe a corto-circuitare la risposta immunitaria messa in atto dall'organismo contro il tumore, inficiando in questo modo anche la risposta all'immunoterapia.

"L'immunoterapia potrebbe completamente rivoluzionare il trattamento del cancro nel prossimo futuro – afferma uno degli autori dello studio, Tobias Janowitz, Dipartimento di Oncologia, presso l'Università di Cambridge – ma dobbiamo riuscire a renderla efficace nel maggior numero possibile di neoplasie. Il nostro studio suggerisce che una terapia di associazione, che preveda la correzione di queste anomalie metaboliche o la possibilità di interferire con la risposta ormonale successiva, potrebbe proteggere il sistema immunitario del paziente e renderebbe efficace l'immunoterapia in un maggior numero di pazienti".

In modelli murini di cancro del pancreas e del colon, i ricercatori inglesi hanno individuato la causa della cachessia in una sorta di 'riprogrammazione' molecolare del fegato, indotta dal tumore stesso. Il risultato è l'alterazione della normale risposta del fegato ad una situazione di deficit calorico. Man mano che il deficit calorico peggiora e che il peso corporeo diminuisce, l'organismo risponde rilasciando in circolo gli ormoni dello stress che a loro volta 'azzoppiano' la risposta immunitaria dell'organismo contro il tumore e con questa anche la possibilità di rispondere all'immunoterapia.

E sottoporre tout court i soggetti affetti da cachessia ad una supplementazione calorica massiccia non funziona affatto. Ma questo studio suggerisce una possibile via d'uscita al problema.

I ricercatori inglesi hanno dimostrato su modelli animali di tumore del pancreas e del colon che la riprogrammazione del fegato comincia ben prima della comparsa della cachessia. Le cellule tumorali inducono il rilascio di interleuchina-6 (IL-6), una citochina che normalmente parte della risposta immunitaria. L'IL-6 in questo contesto va invece ad alterare la capacità del fegato di rispondere alla deprivazione calorica, inibendo un fattore di trascrizione, il PPAR-alfa, che a sua volta sopprime la chetogenesi epatica, un processo vitale. "Rapportato all'uomo – spiega Douglas T. Fearon dell'Università di Cambridge – ciò significa che quando un paziente oncologico perde l'appetito e comincia a mangiare sempre meno, il fegato non sarà più in grado di generare energia a sufficienza per compensare questo mancato apporto calorico".

Il motivo per cui i pazienti oncologici spesso rifiutano il cibo, non è tanto la nausea da chemioterapia, quanto il senso di ripienezza e la mancanza di appetito. Secondo i ricercatori inglesi il tumore riprogramma il fegato così che non produca calorie, essenziali ad esempio per garantire il funzionamento di organi vitali come il cervello, e allo stesso tempo peggiora lo stato di cachessia; questo rappresenta uno stress importante al quale l'organismo reagisce producendo grandi quantità di glucocorticoidi (ormoni dello stress) che vanno a cortocircuitare la capacità del sistema immunitario di far fronte al tumore. Un circolo vizioso che purtroppo finisce con la morte del paziente.

Questo studio è importante per due motivi. Non solo dimostra perché la supplementazione calorica non funziona nella cachessia neoplastica, ma getta luce sul perché l'immunoterapia non funzioni nel tumore del pancreas e del colon. Attraverso questi meccanismi, l'organismo infatti 'si convince' che il tumore non sia un nemico da colpire, bensì un innocuo tessuto di rigenerazione.

A questo punto il team di ricercatori ha cominciato ad esplorare delle strategie per interrompere questo circolo vizioso, dimostrando nel topo che una possibile strategia potrebbe essere quella di somministrare contemporaneamente ad un carico calorico per via parenterale, anche degli anticorpi anti IL-6. Questa strategia terapeutica secondo gli autori potrebbe trovare applicazione anche in una serie di altre patologie associate all'IL-6 e caratterizzate da calo ponderale, come la sepsi, l'HIV, la tubercolosi, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'artrite reumatoide e lo scompenso cardiaco.

Maria Rita Montebelli

www.la.repubblica.it/

## Oncofertilità, ecco la mappa dei centri per chi cerca un figlio

*Un giovane colpito da un tumore, oltre alle necessarie cure, deve fronteggiare la possibile comparsa dell'infertilità causata dalle terapie stesse. La scienza offre però strategie che permettono di rimandare il progetto al futuro, quando la lotta contro la malattia sarà terminata*

di ALESSANDRA MARGRETH



L'[ISTITUTO Superiore di Sanità](#) ha recentemente reso noti i dati del censimento sui centri di Pma, procreazione medicalmente assistita, con [crioconservazione](#) dei gameti e tessuti. Nelle strutture sono disponibili le tecniche che consentono di preservare la fertilità nei pazienti che rischiano di perderla a causa delle cure mediche cui si devono sottoporre. In Italia sono 14 i Centri con una Unità dedicata alla preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. Si trovano in 10 regioni; 11 sono pubblici, 2 privati convenzionati e 1, in Sicilia, è privato.

“Questi sono i centri che abbiamo censito fino ad oggi” spiega **Giulia Scaravelli**, responsabile del Centro Operativo Adempimenti Legge 40, [Registro Nazionale Pma](#) [Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute](#), [Iss di Sanità](#). “In particolare, nelle procedure per salvaguardare la fertilità delle pazienti oncologiche la tempistica è fondamentale. Ma ci sono altri centri che si stanno attrezzando e che presto potranno essere aggiunti all’elenco. Le strutture offrono un servizio di counseling per orientare i pazienti nelle loro scelte, come richiedono tutte le linee guida internazionali. Bisogna ricordare che, grazie alle procedure, ai pazienti viene offerta un’opportunità, non la garanzia di

diventare genitori in futuro”.

L'Iss sta raccogliendo anche altre importanti informazioni. “Stiamo iniziando una raccolta sistematica dei dati che dimostrano quali risultati si stanno ottenendo e i loro esiti nel tempo” chiarisce Scaravelli. “E' un'attività che diventerà operativa in tempi brevi nel 2017. In tutta Europa ci si sta muovendo nella stessa direzione”.

Un altro recente passo avanti nell'aiutare la fertilità in chi è stato colpito da tumore è l'accordo tra due importanti strutture: la Banca del tessuto ovarico dell'[Istituto Nazionale Tumori](#) (Ifo), il cui responsabile è **Enrico Vizza**, direttore di Ginecologia oncologica all'Ifo, e il centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'[Ospedale Sandro Pertini](#) di Roma, diretto da **Rocco Rago**. L'ospedale Sandro Pertini aveva già avviato una collaborazione con la banca del seme del Policlinico Umberto I di Roma diretto da Andrea Lenzi.

“Il Paese ha bisogno di individuare le specifiche competenze e le eccellenze sul territorio per dar vita ad una vera e propria rete di centri di Oncofertilità che rispondano a precisi requisiti organizzativi, tecnologici, di qualità e sicurezza” ha dichiarato Rago. “Occorre facilitare e migliorare il livello di comunicazione e lo scambio di informazioni tra i centri specialistici sul territorio per permettere agli oncologi di indirizzare i pazienti al centro di oncofertilità a loro più vicino e più indicato per le specifiche esigenze”.

La crioconservazione (cioè il congelamento e conservazione a temperature estremamente basse) degli ovociti o del tessuto ovarico è una delle principali tecniche per salvaguardare la fertilità femminile. Nell'uomo si ricorre alla crioconservazione del seme o del tessuto testicolare. Il materiale biologico può rimanere conservato in tal modo per anni: una porta aperta alla possibilità, per i malati oncologici, di avere un giorno un figlio.

In Italia ogni giorno vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in persone sotto i 40 anni (il 3% della casistica totale). In età giovanile i tipi di tumore più frequente nei maschi sono [tumore al testicolo](#), melanoma, tumore al colon-retto, linfoma non- Hodgkin, tiroide; nelle femmine [carcinoma mammario](#), tiroide, melanoma cervice uterina e colon- retto. Grazie ai progressi della medicina il loro futuro è aperto a nuove speranze.

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

## IL CONVEGNO

### ***Tumore gastrico: primo obiettivo non cadere in mani sbagliate***

«Ho paura di perdere amici ammalati che potrebbero invece avere speranze di vita». Il timore di Claudia Santangelo, Presidente dell'Associazione Vivere senza stomaco si può, è all'origine del convegno "Tumore gastrico: una sfida da vincere insieme" che si è svolto a Roma il 4 novembre scorso con lo scopo di ribadire l'importanza di una diagnosi precoce e dei trattamenti clinici più avanzati per una patologia con 13 mila nuovi casi attesi nel 2016. Tra i temi più sentiti, il rischio che i pazienti con tumore allo stomaco facciano scelte sbagliate: abbandonino la chemioterapia per alternative che non hanno alcuna evidenza scientifica.

«La mia la percezione - dice Santangelo - è che circa il 50 per cento dei pazienti sia molto attratto da approcci di cura diversi da quelli convenzionali e cerchi attivamente informazioni. Da alcune osservazioni poi abbiamo ricavato l'impressione che circa il 20 per cento potrebbe abbandonare la chemioterapia per intraprendere percorsi alternativi».

È quindi estremamente importante, sostengono gli esperti, poter contare su una diagnosi precoce e sull'assistenza di centri specializzati che forniscono le cure più efficaci.

«La malattia rende più fragili ed è umano che si possa cadere in mani sbagliate -ha spiegato Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) - Se da un lato per legge non si può imporre ad un paziente maggiorenne e capace di intendere e di volere di sottoporsi a una determinata cura se non vuole, il ruolo dell'oncologo diventa basilare per evitare queste situazioni, o perlomeno per limitarne i danni».

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

## Cancro prostatico localizzato: quasi metà dei pazienti cerca un secondo parere specialistico

Nonostante una percentuale significativa di uomini con carcinoma prostatico localizzato chieda e ottenga un secondo parere urologico, la motivazione di questa scelta non dipende né dalla necessità di scegliere una terapia definitiva né dalla ricerca di una migliore qualità di cura. Lo sostiene **Craig Evan Pollack**, oncologo della Divisione di Medicina Interna alla Johns Hopkins University di Baltimora, Maryland, e coordinatore di uno studio appena pubblicato sulla rivista *Cancer*. «Il National Cancer Institute e l'American Cancer Society incoraggiano i pazienti con tumore della prostata a cercare un secondo parere specialistico prima di iniziare il trattamento allo scopo di pesare rischi e benefici di ogni terapia all'interno di un'ampia scelta di opzioni a seconda delle preferenze personali» esordisce l'autore, sottolineando che consultare un secondo urologo può essere utile anche per avere maggiori informazioni sulla diagnosi e per comprendere meglio la propria malattia.

Questo in teoria. «In pratica, invece, si sa poco su chi realmente cerca un secondo parere, sulle motivazioni che lo spingono e sull'impatto della seconda opinione medica sulla scelta del trattamento e sulla qualità di cura percepita dal paziente» scrivono gli autori, che hanno valutato la frequenza, i motivi e le caratteristiche delle persone che cercano una seconda opinione per un carcinoma prostatico localizzato. Basandosi sui risultati di studi precedenti, i ricercatori hanno ipotizzato che un secondo parere aumenti le probabilità di decidere la cura in modo definitivo, lasciando invece invariata la qualità di cura percepita rispetto ai pazienti seguiti da un solo specialista. Partendo da questi presupposti gli autori hanno intervistato gli uomini che avevano ricevuto diagnosi di cancro alla prostata localizzato nell'area metropolitana di Philadelphia dal 2012 al 2014, chiedendo loro se avessero consultato un secondo urologo e le motivazioni. «Su oltre 2.300 partecipanti, il 40% ha ottenuto un secondo parere» spiega l'oncologo. Le ragioni? La più comune era di avere ulteriori informazioni sul cancro (50,8%) e la seconda di volere una visita dal miglior medico disponibile (46,3%). Nessuna associazione, invece, tra secondo parere e decisione definitiva sul trattamento o qualità percepita della cura del cancro.

«In conformità con le raccomandazioni delle società scientifiche oncologiche nazionali, i nostri risultati suggeriscono che una parte consistente di uomini con cancro alla prostata cerca il parere di un secondo urologo, cosa che sottolinea la potenziale importanza di un'opinione alternativa sulla cura del cancro» scrivono gli autori. E Pollack conclude: «Ciononostante, dai nostri dati non emerge alcuna associazione tra seconde opinioni e decisioni definitive sulla cura da seguire né sulla percezione della qualità di cura. Dato che apre la strada a ulteriori ricerche che approfondiscano le ragioni di queste seconde visite urologiche al fine di valutarne la reale utilità nella cura del cancro».

*Cancer* 2016. doi: 10.1002/cncr.30412

<http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.30412>



# Le cure palliative? A un malato su 3

**L'intervista**

*Sono ancora una minoranza i pazienti oncologici che possono accedere al percorso per aiutarli a vivere con piena dignità la fase terminale della malattia*

di **Francesca Lozito**

«**V**ivila tutta la vita, anche nella malattia»: è il titolo della campagna di informazione sulle cure palliative che Fedcp, la federazione che raccoglie le onlus in questo ambito, presenta domani a Milano. Un convegno farà il punto sulle sfide nell'assistenza ai malati. «Agli italiani - spiega il presidente Luca Moroni - vogliamo dire che le cure palliative sono un'opportunità, che c'è la possibilità di vivere in maniera dignitosa anche quando si ha una malattia inguaribile cronica destinata a evolvere con il tempo, se i servizi specifici di presa in carico vengono attivati subito. E questo è un diritto».

**Il segretario Cei monsignor Galantino interverrà al convegno parlando di "etica del limite": perché questo tema?**

La nostra società è fatta di persone che invecchiano, spesso con malattie da cui non guariscono. Questa può essere anche vista come un'opportunità per riscoprire la soggettività delle persone: pur

malate, hanno valore.

**Che assistenza domiciliare va prevista per loro?**

C'è tanto da fare. In una regione sviluppata come la Lombardia sono più gli assistiti in hospice che a casa loro. L'assistenza domiciliare è una realtà giovane, nata con l'intesa Stato-Regioni del luglio 2012, recepita da tutti i consigli regionali, ma inattuata.

**Chi non le conosce attribuisce alle cure palliative significati negativi. Perché?**

Molti hanno ancora false convinzioni, credono che le cure palliative siano solo per chi sta morendo. Invece vanno proposte in maniera tempestiva e non solo per i malati oncologici, come afferma anche l'Organizzazione mondiale della sanità.

**La vostra campagna invita a non arrendersi alla sofferenza inutile...**

La sofferenza non è eliminabile, è conaturata a una malattia che evolve fino alla morte. Non si può evitare il decadimento complessivo come anche la sofferenza legata alla perdita di persone che si vogliono bene. Ma esistono forme di



sofferenza che si possono contenere e controllare. La sofferenza fisica legata alla malattia, ad esempio, si può alleviare, come anche quella dovuta alla solitudine, alla difficoltà di accettare la condizione di malattia, o alla preoccupazione della famiglia.

**In concreto cosa vuol dire?**

Significa costruire un sistema capillare ed efficace con investimenti che producono risparmi immediati: minore accesso al pronto soccorso, meno esami e terapie inutili, minor carico sugli ospedali...

**Eppure mentre in alcune regioni i decessi in ospedale diminuiscono con l'aumento delle cure palliative, in altre aumentano. Perché?**

Dipende dalle scelte strategiche. Emilia Romagna e Lombardia puntano a far sì che le strutture esistenti lavorino in maniera integrata, con servizi calibrati costantemente sui bisogni dei malati. Regioni come Calabria, Campania e Sardegna invece sono molto indietro. A questo si aggiunge il fatto che alle cure palliative accede solo il 30% dei malati di tumore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

## ***Tumore del polmone: i controlli di qualità di Aiom e Siapec sui laboratori per i test genetici***

La medicina di precisione verrà applicata su larga scala. Circa 30mila pazienti italiani colpiti ogni anno dal tumore del polmone non a piccole cellule metastatico potranno essere sottoposti alle tecniche migliori per individuare specifiche alterazioni molecolari. Dal risultato del test dipenderà la scelta del trattamento più efficace.

Queste analisi saranno eseguite secondo criteri uniformi e accurati nei laboratori certificati individuati dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e della Società Italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia Diagnostica (Siapec-Iap).

«La medicina di precisione deve partire da una diagnosi estremamente accurata – spiega Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom – e questi controlli sono fondamentali per migliorare la qualità dei test diagnostici. Il nostro progetto prevede anche raccomandazioni costantemente aggiornate sulle modalità con cui eseguire le analisi molecolari e specifici programmi di formazione». Il lavoro delle due società scientifiche sul carcinoma polmonare non a piccole cellule si inserisce in un ampio programma condiviso sulla terapia molecolare dei tumori.

«Da più di dieci anni – continua Gaetano De Rosa, presidente Siapec-Iap - abbiamo unito gli sforzi per redigere le raccomandazioni che permettono di definire con precisione le caratteristiche biologiche di cinque tipi di cancro: al seno, al colon-retto, al polmone, allo stomaco e il melanoma. La collaborazione tra oncologo e patologo è fondamentale per realizzare un approccio personalizzato alla cura del paziente. Ciò che l'anatomopatologo scrive nel referto diventa infatti uno dei pilastri fondamentali delle successive scelte terapeutiche».

<http://www.ansa.it>

# Tumore seno: non solo noduli, per 1 donna su 6 sintomi diversi

*Da infiammazione a dolore ascella, ecco a cosa fare attenzione*



ROMA - Non solo i noduli: circa 1 donna su 6 (il 17 per cento) con diagnosi di tumore al seno manifesta sintomi diversi della malattia, tra i quali ulcerazioni della mammella, anomalie del capezzolo, infezioni del seno o infiammazioni, gonfiore al braccio o all'ascella o dolore all'ascella stessa. Non sempre però vi è piena consapevolezza di questi 'segnali' e la visita dal medico viene rimandata. È quanto emerge da uno studio dello University College London, presentato alla National Cancer Research Institute (NCRI) Cancer conference a Liverpool.

I ricercatori hanno esaminato i dati di più di 2.300 donne con diagnosi di cancro al seno nel Regno Unito nel 2009-2010.

Hanno scoperto che, sebbene la maggior parte avesse cercato aiuto in fretta, quelle con sintomi diversi dai noduli risultavano più propense a ritardare la visita dal medico. Non solo: meno propense a rivolgersi subito al dottore erano anche coloro che avevano sia il nodulo sia altri sintomi. Quelle con ulcerazioni della mammella, anomalie del capezzolo, infezioni del seno o infiammazioni, il braccio o l'ascella gonfi, e dolore all'ascella avevano maggiore probabilità di aspettare più a lungo di tre mesi prima di rivolgersi al medico.

"È fondamentale che le donne siano consapevoli del fatto che un nodulo non è l'unico sintomo di tumore al seno - spiega Monica Koo, che ha presentato la ricerca - se vi è preoccupazione per qualsiasi sintomo che riguarda il seno, la cosa migliore da fare è un controllo medico il più presto possibile. Fare una diagnosi precoce è davvero cruciale per aumentare le possibilità di sopravvivenza".

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

## Medicina integrata per vincere il cancro al seno

*Al Polo Donna del Policlinico Gemelli di Roma*



Consulenze nutrizionali, fitoterapia, sostanze naturali e omeopatiche, lezioni di Qi-gong e meditazione, trattamenti di riflessologia plantare e agopuntura: tutto questo è offerto, in associazione alle terapie tradizionali, dal Polo Donna della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli per aiutare le donne con tumori mammari o ginecologici a svolgere il proprio percorso di cura in modo meno faticoso e ridurre sensibilmente gli effetti collaterali della chemioterapia e radioterapia, con conseguenti ricadute positive sull'esito stesso delle cure. Questa esperienza pluriennale del Servizio di Terapie Integrate e i risultati fin qui ottenuti saranno presentati al 13° Congresso Internazionale SIO (Society for Integrative Oncology) che si terrà a Miami dal 5 al 7 novembre.

"Un approccio olistico alle pazienti con tumore mammario o ginecologico è certamente un valore aggiunto per ridurre gli effetti collaterali delle cure oncologiche tradizionali e contribuire, insieme al supporto psicologico, a un più efficace recupero del benessere psicofisico e una migliore qualità di vita", spiega Riccardo Masetti, Direttore della UOC di Senologia del Policlinico e Presidente della Susan G. Komen Italia Onlus. "Il Servizio di Terapie Integrate del Polo Donna solo negli ultimi 9 mesi ha trattato gratuitamente più di 100 pazienti oncologiche, con percentuali di gradimento superiori al 90%". "Le principali indicazioni cliniche per queste attività - spiega Stefano Magno, responsabile del Servizio di Terapie integrate - variano dalla gestione dello stress legato alla diagnosi e ai trattamenti, al potenziamento del sistema immunitario fino al trattamento di effetti collaterali quali la nausea, le vampate di calore, l'insonnia, la fatigue, le radiodermiti che possono manifestarsi in corso di chemioterapia o radioterapia. E poiché le terapie integrate sono discipline poco invasive, sono potenzialmente utili in ogni caso".

# «Sanità digitalizzata Così si risparmiano 4 miliardi ogni anno»

Il ministro **Lorenzin**: i referti saranno in Rete

## L'intervista

di **Margherita De Bac**



**Innovazione  
Nella nuova Finanziaria  
c'è una norma  
che collega il fascicolo  
alla tessera sanitaria**

**ROMA** Trasformazione digitale della sanità pubblica, prospettiva realistica e necessaria. «Molto vicina e in gran parte già realizzata. Noi vediamo questo processo come fonte di grande risparmio, fondamentale per migliorare il rapporto qualità-costi, ridurre sprechi e inefficienze. Ogni euro verrà reinvestito per migliorare l'assistenza ai cittadini», fa il punto sullo stato dell'arte della rivoluzione la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

È il tema dei tre giorni di dibattito e confronto organizzati a Milano per la seconda edizione di «S@lute, il Forum dell'innovazione» che si apre stamattina. Iniziativa sostenuta dal *Corriere della Sera*, promossa da Allea e Fpa con la collaborazione di Motore Sanità, e che premierà i progetti più significativi sul piano dell'innovazione. Non solo informatica, ma anche — ad esem-

pio — un carrello «intelligente» per il trasporto di farmaci.

**Ministro, a che punto è la trasformazione digitale della sanità?**

«Il primo provvedimento attuativo è il regolamento del fascicolo sanitario elettronico, uscito a settembre 2015. È uno strumento formidabile che permette di accedere ai dati riguardanti ogni cittadino. Il Politecnico di Milano stima che le strutture sanitarie potrebbero risparmiare circa 3,8 miliardi l'anno. Ad esempio, dalla cartella clinica elettronica e la dematerializzazione dei referti potremmo ridurre la spesa di 2,2. Verrebbero eliminati i costi della stampa e il tempo di infermieri».

**Per il cittadino cosa cambia?**

«Ai benefici bisogna aggiungere i possibili risparmi economici di circa 5,4 miliardi. I cittadini potranno ritirare i referti via web e così prenotare esami e visite evitando le attese al telefono».

**La nuova Finanziaria del 2017 cosa prevede in tema di digitalizzazione?**

«Contiene una norma che collega il fascicolo sanitario alla tessera sanitaria. In pratica, in ogni parte d'Italia si parlerà un unico linguaggio, a vantaggio del cittadino che ovunque vada avrà con sé i dati personali. Il fascicolo consentirà al paziente di poter disporre immediatamente del suo stato di salute e al medico di accrescere qualità e tempestività delle

decisioni».

**Al Forum si parla di un altro capitolo suggestivo, l'intelligenza artificiale. Che significa in sanità?**

«Quando ci potremo avvalere dell'intelligenza artificiale avremo non solo dati completi ed esaurienti ma anche la capacità di elaborarli per programmare meglio la ricerca e decidere strategie sul territorio».

**Farmaci e cure innovative, l'Italia può sostenerne il costo?**

«Il fondo sanitario è stato aumentato di 2 miliardi, ora è di 113 miliardi. Cinquecento milioni vanno ai nuovi farmaci per l'epatite C, altri 300 per cure di malattie non altrimenti trattabili. I risparmi che derivano dalla ristrutturazione della spesa sanitaria anche attraverso la trasformazione digitale verranno reinvestiti per offrire ai cittadini nuove prestazioni».

**Secondo il direttore scientifico di S@lute, Paolo Colli Franzone, che si basa su dati dell'Osservatorio Netics, un incremento della spesa pari al 2,64% sarebbe sufficiente a garantire alla nostra sanità la svolta verso una reale innovazione. Che ne pensa?**

«Che fino ad oggi siamo riusciti ad aumentare il Fondo nonostante la fase complessa dell'economia. Ricordo che l'andamento del Fondo è collegato a quello del Pil. Ad oggi vantiamo profondi processi di innovazione nonostante il Pil».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Milano.** La ricetta elimina code delle strutture d'eccellenza: un sovrapprezzo sul contributo al Servizio sanitario per assicurarsi visite ed esami in tempi brevi

# Il superticket per saltare la lista d'attesa l'ultima frontiera delle cliniche private

La scelta di alcuni grandi centri per arginare l'emorragia di pazienti verso alternative low cost

ALESSANDRA CORICA

MILANO. La chiamano la "terza via". Per ottenere la visita specialistica o l'esame di cui si ha bisogno in tempi relativamente rapidi. Mettendo mano al portafogli ma senza svenarsi, come occorrerebbe fare se si prenotasse una visita privata. È la "solvenza calmierata", l'ultima frontiera della sanità privata made in Lombardia: visite a pagamento, ma con tariffe più basse di quelle tradizionali. Comunque superiori rispetto al ticket del Servizio sanitario nazionale. Una sorta di sovrapprezzo, insomma, che permette di saltare la coda e ridurre i giorni da trascorrere in attesa che arrivi il proprio turno.

A introdurre la novità sono stati diversi tra i grandi centri privati che operano a Milano e nell'hinterland: il San Raffaele e il San Donato, del gruppo controllato dalla famiglia Rotelli. Ma anche la Multimedita di Sesto San Giovanni e l'ospedale San Giuseppe, e poi le strutture che fanno capo all'Auxologico. Tutti centri di eccellenza: chi si rivolge a uno di questi a pagamento dev'essere pronto a spendere almeno 120-150 euro per una visita specialistica. Al contrario dei piccoli centri medici low cost, che sono spuntati come funghi negli ultimi anni,

dove per un controllo specialistico si spendono al massimo 60 euro.

Di qui, la strada del sovrapprezzo "tagliacode", che dà al malato la possibilità di essere visitato prima (ma non da un medico scelto da lui), purché sia disposto a pagare di tasca propria, nella grande struttura d'eccellenza. Una soluzione che, d'altro canto, consente al grande ospedale privato di non perdere pazienti (e clienti) a favore dei centri low cost.

L'iniziativa è partita, tre anni fa, nelle strutture (tra cui i centri San Carlo, San Michele, San Luca e Capitanio) che fanno capo all'Auxologico di piazzale Brescia a Milano: qui l'opzione è scelta dal 10 per cento dei pazienti. Che oggi per una visita cardiologica possono attendere tra sette e dieci giorni pagando 65 euro con la "solvenza calmierata". Oppure 125 giorni al

San Carlo, 133 al San Luca e 127 alla Capitanio, pagando il ticket di 28,50 euro. Più alto il costo di un'ecografia bilaterale al seno: in questo caso, il paziente paga 75 euro per fare l'esame in massimo dieci giorni. Con il ticket a 46,80 euro aspetterebbe circa due mesi in tutte le strutture dell'Auxologico.

«La solvenza calmierata è un'opportunità di scelta in più per il cittadino. Quasi tutte le prestazioni possono essere richieste con questa modalità», assicurano dall'istituto.

Discorso simile nelle strutture del gruppo San Donato, come il San Raffaele e il

policlinico San Donato: qui la tariffa si chiama "smart cost" ed è stata introdotta un paio d'anni orsono. Ormai la sceglie un paziente su due, tra quelli che fanno visite ed esami a pagamento. «Con la tariffa smart il paziente ha a disposizione uno specialista dell'équipe di riferimento — spiega Paolo Rotelli, numero uno del gruppo — L'esborso è leggermente più alto rispetto al ticket: per una visita specialistica che prevede un ticket di 28 euro il paziente ne paga circa 50. Mentre con la solvenza piena il costo della visita sarebbe di 120 euro circa: in questo modo cerchiamo di andare incontro alle nuove esigenze di cure della popolazione». Così, per esempio, per una visita cardiologica semplice (senza esami strumentali) al San Donato un paziente, pagando 28 euro di ticket, deve aspettare 25 giorni. Versandone 120, con la classica tariffa a pagamento, appena due. La via di mezzo? Cinquanta euro, e dieci giorni di attesa, con la tariffa pari a ticket più sovrapprezzo.

Alla Multimedita la tariffa ridotta è disponibile solo per le prime visite e per gli esami semplici, come le ecografie. Costo, 55 euro: così, per una visita cardiologica con il ticket si possono aspettare fino a 33 giorni. Con la tariffa ridotta, al massimo dieci. «Da inizio 2016 — dicono dalla sede di Sesto San Giovanni — finora l'ha scelta un paziente su dieci».

ORIPRODUZIONE RISERVATA



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

## CURE TRANSFRONTALIERE, MENO DI 100 ITALIANI NEL 2015 CURATI IN ALTRI PAESI



Solo 194 richieste di autorizzazione preventiva per accedere alle cure sanitarie in altri paesi dell'Unione. A tanto ammontano le richieste fatte in Italia, stando al primo Rapporto della Commissione Europea sulla Direttiva Cure Transfrontaliere per l'anno 2015. Di queste solo 73 hanno avuto il via libera, per un totale di quasi 200 mila euro rimborsati. E non va meglio nel resto d'Europa, dove le richieste sono state poco più di 1.000, di cui ben la metà sono state bocciate, in genere perché le cure erano disponibili nel Paese d'origine. Le cause principali, si legge, «informazioni carenti, differenze dei sistemi sanitari nazionali, ostacoli organizzativi e amministrativi e scarso sostegno politico».

Lussemburgo è lo Stato che ha ricevuto il maggior numero di richieste per autorizzazione preventiva a curarsi in altri Paesi dell'Unione (334) e il maggior numero di quelle autorizzate (253). Quanto ai tempi medi di lavorazione delle richieste si va dai 3 giorni lavorativi in Romania ai 3,4 mesi in Grecia; tra i 15 e i 30 giorni in Italia. A chiedere informazioni ai Punti di Contatto Nazionali su come ricevere cure all'estero sono stati soprattutto i cittadini della Polonia (31.736 richieste), seguiti ad ampia distanza dal Regno Unito (8.471), a fronte di appena 428 richieste in Italia. Interessante notare come nel nostro Paese il canale informativo passi per la domanda scritta, mentre altrove sono attivi anche sportelli e telefoni. La direttiva prevede anche la possibilità di ottenere rimborsi per prestazioni non soggette a preventiva autorizzazione. Anche in questo caso, poche le domande (circa 90 mila) ad eccezione di Belgio e Danimarca. In media in 8 casi su 10 (78%) sono stati concessi rimborsi, per un totale di 20 mln di euro. In Italia sono state presentate appena 127 richieste di rimborso, di cui 66 accettate, per un totale di 21 mila euro rimborsati.

# quotidianosanita.it

Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

## Manovra. Farmaci. Le Regioni chiedono modifiche ai tetti (più diretta e meno convenzionata), payback al 75% per le aziende e per i biosimilari molti dubbi sulle nuove regole per le gare. Gli emendamenti delle Regioni

***Le Regioni passano ai raggi x le misure per la farmaceutica contenute nella legge di Bilancio ora all'esame della Camera. E propongono diversi emendamenti nel timore che le nuove regole proposte dal Governo possano far saltare i conti dell'assistenza farmaceutica. [DOCUMENTO SU ART. 59](#) – [GLI EMENDAMENTI](#)***

Aumentare la quota di payback sulle aziende e rimodulazione tetti in favore degli acquisti diretti. Ma non solo, no alla norma che vieta la possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica e no a stravolgimenti del codice degli appalti per le gare sui farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari.

Sono queste le proposte di modifica elaborate e approvate dalla commissione Salute delle Regioni rispetto all'art. 59 della Manovra in tema di spesa farmaceutica. Domani il tema sarà all'attenzione dei governatori.

Per quanto riguarda i tetti di spesa le Regioni valutano che la rimodulazioni così come prevista produrrà una perdita per le regioni di circa 500-600 milioni. Per questo motivo le ipotesi, "al fine di compensare i maggiori oneri a carico delle regioni potrebbero essere ad esempio la ridefinizione di una quota di pay back da parte delle aziende farmaceutiche per lo sfondamento della spesa per acquisti diretti nella misura del 75% anziché del 50 % e la riduzione del tetto per la farmaceutica convenzionata dal 7,96% al 7,00 % e contestuale incremento del tetto per gli acquisti diretti dal 6,89 a 7,85".

Dura critica all'eliminazione della possibilità alle centrali di acquisto di eseguire gare in equivalenza terapeutica. "Oltre ad essere in evidente contrasto – evidenziano le Regioni - con le più elementari leggi del mercato e della concorrenza, impedisce alle regioni di poter acquisire economie valutabili, su base annua, a livello nazionale dell'ordine di 500-1.000 milioni di euro".

Infine altro stop in merito alle misure sulle gare per i farmaci biologici a brevetto scaduto per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari.

"Non è noto il motivo per cui si debba stravolgere il codice degli appalti per una fattispecie specifica di beni che, fra l'altro hanno usufruito di una esclusività commerciale per oltre 20 anni".

"A questo proposito - rilevano le Regioni - è solo il caso di segnalare che sono in scadenza nei prossimi anni molti farmaci biologici fra i quali epoetina beta, interferon alfa, trastuzumab, rituximab, adalimumab, darbepoetina, bevacizumab ed altri che hanno già perduto la copertura brevettuale come epoetina alfa, somatropina, filgrastim, infliximab, insulina glargine, follitropina, etanercept con un fatturato complessivo anno di circa 1,4 miliardi di euro. L'attivazione di procedure concorrenziale potrebbe portare economie non inferiori al 25-35 % con un risparmio non inferiore a 400 milioni di euro".

L.F.

*PRIVACY/ Sentenza della Cassazione: l'informazione generica rimane senza indennizzo*

# Dati on-line se senza patologia

## Il comune risarcisce i danni da pubblicazione sull'albo

DI ANTONIO  
CICCIA MESSINA

**I**l comune non deve risarcire i danni se pubblica all'albo pretorio on-line dati sanitari, senza indicazione della patologia. La diffusione di un'informazione generica (come la sola informazione dell'infortunio a un ginocchio) implica una soglia di danno minimo, che rimane senza indennizzo. A maggior ragione se gli interessati non sono in concreto identificabili, come per esempio avviene in una grande città, in cui ben difficilmente ci si prende la briga di andare a consultare l'albo pretorio on-line per fatterelli di scarsa importanza.

Lo ha stabilito la Corte di cassazione (sentenza della sezione terza civile, n. 20615 depositata il 13 ottobre 2016), salvando un comune siciliano che ha pubblicato sul suo sito internet i provvedimenti di autorizzazione alla costituzione dell'ente nelle cause contro persone di cui ha indicato alcuni dati sensibili.

La sentenza della Cassazione è in netto contrasto con i provvedimenti del garante per la protezione dei dati personali quanto alla definizione di dato sanitario e anche con quelli relativi alla liceità della pubblicazione sui siti internet degli enti locali.

Ma vediamo di illustrare la sentenza.

Nel caso specifico un comune ha pubblicato all'albo pretorio presente sul sito internet dell'ente due deliberazioni, nella prima delle quali ha indicato nomi e cognomi di alcune persone coinvolte in un sinistro stradale e nella seconda i dati sanitari di una signora che era caduta nell'atrio comunale.

Con le deliberazioni, per le quali l'articolo 124 del Tuel, Testo unico enti locali (dlgs 267/2000), il comune ha deciso di resistere in giudizio contro i danneggiati.

In parallelo gli interessati hanno promosso un'altra causa sempre contro il co-

mune per risarcimento del danno per violazione della loro privacy e hanno avuto ragione in primo grado.

Il comune, però, ha fatto ricorso in Cassazione e ha ottenuto il ribaltamento della sentenza.

Secondo la Cassazione la pubblicazione e la diffusione dei dati personali doveva ritenersi lecita, perché il comune non avrebbe potuto fare diversamente, essendo applicabile un obbligo specifico di pubblicazione (articolo 124 del Tuel). In proposito la Cassazione non ha ritenuto rilevante il fatto che le deliberazioni sono rimaste sul sito oltre il quindicesimo giorno, e cioè il termine massimo previsto dall'articolo 124 citato. La sentenza precisa che questo termine non è di natura perentoria, tanto più che il dlgs 33/2013 (decreto sulla trasparenza), per la pubblicazione degli atti sul sito internet dell'ente pubblico, ha disposto un termine di conservazione di cinque anni.

La sentenza si è dedicata anche al concetto di dato personale e di dato sensibile. La Cassazione ha sostenuto che, per il risarcimento, ci vuole una probabilità in concreto di identificazione dell'interessato; ha ritenuto inoltre che il dato sanitario non è un generico riferimento alla salute, ma quello descrittivo di una patologia specifica.

Nel dettaglio la Cassazione ha sostenuto che non vi è identificabilità delle persone se le deliberazioni non riportano informazioni significative oltre il nome e cognome. Secondo la sentenza andrebbero aggiunti, per esempio, data e luogo di nascita, residenza, codice fiscale, attività lavorativa.

La pronuncia aggancia la possibilità di identificazione anche ad altri indici.

Secondo la Cassazione bisogna considerare il contesto e, quindi, se siamo in un comune piccolo in cui si conoscono tutti (a allora basta il nome e cognome) oppure se siamo in una città

più grande.

In un grosso centro per la identificazione si devono fare ricerche, consultando banche dati, effettuando operazioni molto dispendiose e del tutto sproporzionate, soprattutto se si tratta di un banale incidente d'auto e di una banale caduta in un locale del palazzo comunale.

In una grande città nome e cognome possono non dire nulla e questo impedirebbe, dice la Cassazione, il verificarsi di un danno reputazionale.

Quanto al dato sanitario, la Cassazione ha giudicato che non ci sarebbe stato un trattamento di dati sulla salute: non basta il riferimento generico all'infortunio al ginocchio, perché ci vuole il riferimento specifico a patologie, terapie, anamnesi e accertamenti diagnostici.

Da ultimo la Cassazione ha precisato che, anche se ci sono dati sensibili, il risarcimento non è automatico.

La pronuncia ritiene che è risarcibile il danno solo se è serio e grave, mentre non sono risarcibili i danni minimi, che non superano la soglia di tollerabilità.

In ogni caso non sono risarcibili i danni non provati in maniera specifica nella loro identità e nella loro quantificazione.

La sentenza è in controtendenza con la consolidata nozione di dato sensibile; inoltre confonde le pubblicazioni per fini di trasparenza (per le quali il dlgs 33/2013 prevede il termine di conservazione di 5 anni) dalle pubblicazioni per fini ulteriori, come quelle all'albo pretorio on-line (per le quali il garante si è pronunciato più volte per l'illiceità della conservazione oltre 15 giorni).

La pronuncia, inoltre, restringe il concetto di dato sanitario alle sole patologie specifiche, anche qui in contrasto con gli orientamenti del garante. E si tratta di un punto molto importante, visto che il codice della privacy vieta la diffusione di dati sanitari e tale divieto è



soggetto a sanzione penale e amministrativa.

Tali contrasti non fanno che alimentare un notevole disorientamento nella prassi delle p.a., che nonostante tutto devono, per legge, contemporaneamente rispettare la trasparenza degli atti e la riservatezza delle persone.

—© Riproduzione riservata—■



SIS

Giovedì,  
10 novembre  
2016

vita@avvenire.it

## Malattie rare, la «periferia» della medicina

*Da oggi  
in Vaticano  
il summit  
mondiale su  
ricerca, terapie  
e farmaci  
per un settore  
di frontiera*

di Stefania Careddu

Qualche segnale positivo c'è, ma perché la luce sulle malattie rare non sia a intermittenza è necessario cambiare il punto di vista: considerarle una risorsa e non un peso per il sistema. «La problematica non è settaria né limitata ma rilevante e rappresenta una questione di sanità pubblica», sottolinea Nicola Spinelli Casacchia, presidente di Uniamo-Federazione italiana malattie rare, tra i relatori della 31ª Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari che si apre oggi in Vaticano e ha per tema proprio le patologie rare oltre a quelle "neglette", ovvero le infezioni tropicali diffuse nei Paesi poveri. A dispetto dell'aggettivo che rimanda a qualcosa di sporadico e non comune, le malattie rare (sono definite così quelle che colpiscono una persona su 2mila), spiega Spinelli Casacchia, affliggono «160 milioni di pazienti, di cui 30-35 milioni in Europa e un numero compreso tra i 400 e gli 800mila in Italia, dove se si conta chi soffre per un tumore raro si sfon-

da il muro del milione». Senza dimenticare «che a loro si aggiungono familiari e congiunti».

«Il fenomeno è drammatico, soprattutto se si considera che il 70% delle patologie rare, molte delle quali fatali, è di pertinenza pediatrica», ma secondo il presidente di Uniamo è bene guardare a esso come a un «settore strategico per le sue implicanze etiche, tecnologiche ed economiche». «Più che un problema per il welfare e il sistema sanitario - aggiunge -, la si deve ritenere una sfida: il progresso nel campo della malattie rare può aiutare ad avere risposte anche in funzione di quelle comuni», afferma Spinelli Casacchia evidenziando che «le aziende impegnate nella ricerca molecolare sono in crescita così come è in espansione il settore dei farmaci cosiddetti "orfani" e innovativi».

Lo sviluppo dei farmaci orfani resta tuttavia una nota dolente perché «sconta l'incertezza del ritorno dell'ingente investimento necessario in ricerca clinica, a fronte di un esiguo numero di pazienti cui sono destinati», conferma Mario Melazzini, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, sottolineando che in Italia «sono previsti percorsi che consentono, in particolari condizioni, un accesso anticipato ai medicinali orfani prima dell'approvazione, tempi accelerati della negoziazione del prezzo, tutele economiche per le aziende produttrici». Il malato, dice, è sempre «un valore, una risorsa perché porta con sé un patrimonio di conoscenze ed esperienza da mettere a disposizione di istituzioni, autorità, ricerca clinica, per contribuire a meglio o-

rientare le scelte che riguardano il suo percorso di cura».

Se tanti sono i fronti aperti, «si stanno facendo passi in avanti per favorire la ricerca di base e clinica», rileva Marco Targaglia, responsabile dell'area di Ricerca malattie genetiche e rare dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. «Grazie alle tecnologie e alla genomica si è fatto molto per identificare nuove malattie rare e arrivare a una diagnosi precoce», continua il genetista, ricordando che «poiché la stragrande maggioranza di queste patologie ha una base genetica, l'identificazione del gene è il primo passo per comprendere il meccanismo patogenetico e la variabilità clinica». E, aggiunge, «una diagnosi precoce permette una migliore presa in carico del paziente, di effettuare una corretta consulenza genetica e pro-

spettare l'uso di farmaci disponibili per rallentare o bloccare la progressione delle complicanze della malattia».

«La stella polare nel cielo buio delle malattie resta la salute



della persona umana, anche singola: è convinzione radicata nella Chiesa che il bene comune coincida con il bene del singolo»,

ribadisce l'arcivescovo **Vincenzo Paglia**, presidente della Pontificia Accademia per la vita, facendo riferimento al «pensiero classico religioso per il quale in una persona c'è già l'universo intero». «Sin dall'inizio del suo pontificato, Francesco richiama l'urgenza di portare al centro le periferie: le malattie rare, specialmente quelle neglette che riguardano i poveri, gli abbandonati perché non rispondono alle leggi di mercato e dei grandi numeri, sono le periferie della medicina», osserva Paglia, secondo il quale «richiamare i diritti di questi malati è un'opera non solo di misericordia ma di cultura». Perché «i diritti dei malati poveri non sono "diritti poveri", ma diritti a pieno titolo». Questa sfida dunque «richiede il coinvolgimento del mondo sanitario, dei decisori politici, degli infermieri, dei volontari, degli scienziati e della comunità ecclesiale», gli fa eco monsignor **Jean-Marie Mupendawatu**, segretario del dicastero vaticano della Salute. «Non si può – chiarisce – predicare il Vangelo senza curare gli infermi. La sollecitudine verso gli ultimi rientra nel Dna della missione della Chiesa». E oggi, «seguendo l'esempio del Papa che ne è il primo testimone, siamo chiamati a tradurre la misericordia in atti quotidiani». Ecco allora, conclude Mupendawatu, «che questa Conferenza, alla quale partecipano 350 delegati dai cinque continenti, diventa occasione per informare, formare e dare un contributo culturale, educativo e pastorale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SIS

Giovedì,  
10 novembre  
2016

vita@avvenire.it

# Super-calcoli per la mappa del Dna umano

La notizia

di Graziella Melina

Lo studio della possibile mappatura genetica di vasti campioni di individui continua ad avanzare. I ricercatori della Columbia University guidati da David Blei grazie all' algoritmo Terastructure - versione aggiornata di quello elaborato nel 2000, lo Structure - hanno sperimentato la possibilità di assemblare una mole notevole di dati genetici e risalire anche alle caratteristiche più antiche. Secondo il nuovo studio, per la rivista *Nature Genetics*, condotto su dati simulati di 10mila individui, l'algoritmo sarebbe in grado di stimare la struttura di una popolazione in modo più accurato e più velocemente di attuali metodi. «È un risultato rilevante - sottolinea Domenico Coviello, direttore del Laboratorio di Genetica umana all'Ospedale Galliera di Genova -, ancora una volta la tecnologia dà nuove possibilità di ottenere dati, e questo favorisce la ricerca e la conoscenza». In questo caso, si aprirebbero nuo-

ve prospettive «nella lettura del Dna e nel tentativo di collegare le infinite combinazioni e interazioni nei geni nel nostro corpo». Il nuovo software sarebbe in grado di tracciare la struttura di tutta la popolazione umana su scala mondiale. E grazie alla molteplicità di dati elaborati si potrebbe arrivare a controllare le normali varianti genetiche all'interno di un sottogruppo. Sulle reali applicazioni resta però ancora tutto da provare. «Il flusso relativo al progresso delle tecnologie, sia biomediche e ancor di più informatiche - mette in guardia Coviello -, ha avuto e continua ad avere uno sviluppo enorme, mentre quello dell'applicazione pratica delle conoscenze, pur beneficiando da queste ultime, va a una velocità molto inferiore». In sostanza, i benefici clinici potrebbero non essere celeri e universali. «La società civile - rimarca Coviello - deve imparare a distinguere ciò che è realmente fattibile da quello che è invece una pura illusione e un dannoso desiderio di onnipotenza basata sulla decisione individuale. All'inizio del secolo abbiamo già vissuto l'illusione che il sequenziamento del Dna avrebbe curato tutte le malattie. Dopo 16 anni abbiamo appreso quanto sia complessa l'interpretazione della lettura del Dna e di quanto sia stretta l'interazione con l'ambiente - ossia l'epigenetica -, che rende l'uomo non più schiavo del suo Dna ma libero con le sue scelte anche di modificare il senso di quanto è scritto nei propri geni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

