



RASSEGNA STAMPA

18-04-2017

1. REPUBBLICA Con i teenager bisogna giocare d'anticipo
2. REPUBBLICA Diminuire non basta, butta quella sigaretta
3. LIBERO QUOTIDIANO Un test scopre in anticipo se ti verrà il cancro -
Arriva il test che può sconfiggere il cancro
4. CORRIERE DELLA SERA Intervista a Patrizia Paterlini-Bréchet -
«Dormo tre ore a notte Vorrei dare gratis a tutti il mio test anticancro»
5. QUOTIDIANO SANITÀ Salute della donna. Vivono più degli uomini
ma la percezione del loro stato di salute è peggiore
6. HEALTH DESK Dolore episodico intenso da cancro, i dati della studio
IOPS-MS. La parola all'esperto, il dr. Renato Vellucci
7. ANSA Sempre più big della tecnologia scommettono sulla salute
8. CORRIERE DELLA SERA Londra e l'Agenzia del farmaco «Sul
trasferimento tratteremo»

LA CAMPAGNA

Coi teen ager bisogna giocare d'anticipo

CON LE sigarette... Meglio Smettere: parola dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) che ha avviato una campagna per informare e sensibilizzare gli adolescenti italiani sui principali rischi per la salute derivanti dal fumo. Testimonial è la tennista Flavia Pennetta ingaggiata in un dialogo col presidente dell'Aiom, l'oncologo Carmine Pinto, per dimostrare che fumare è un "gioco" pericoloso e inutile. Accompagna l'iniziativa un video premiato per la sua capacità di veicolare agli adolescenti il pericolo del fumo, sia attivo che passivo.

Scopo della campagna, sostenuta da Msd Italia, è far in modo che tutti i ragazzi sappiano, ad esempio, che una sigaretta

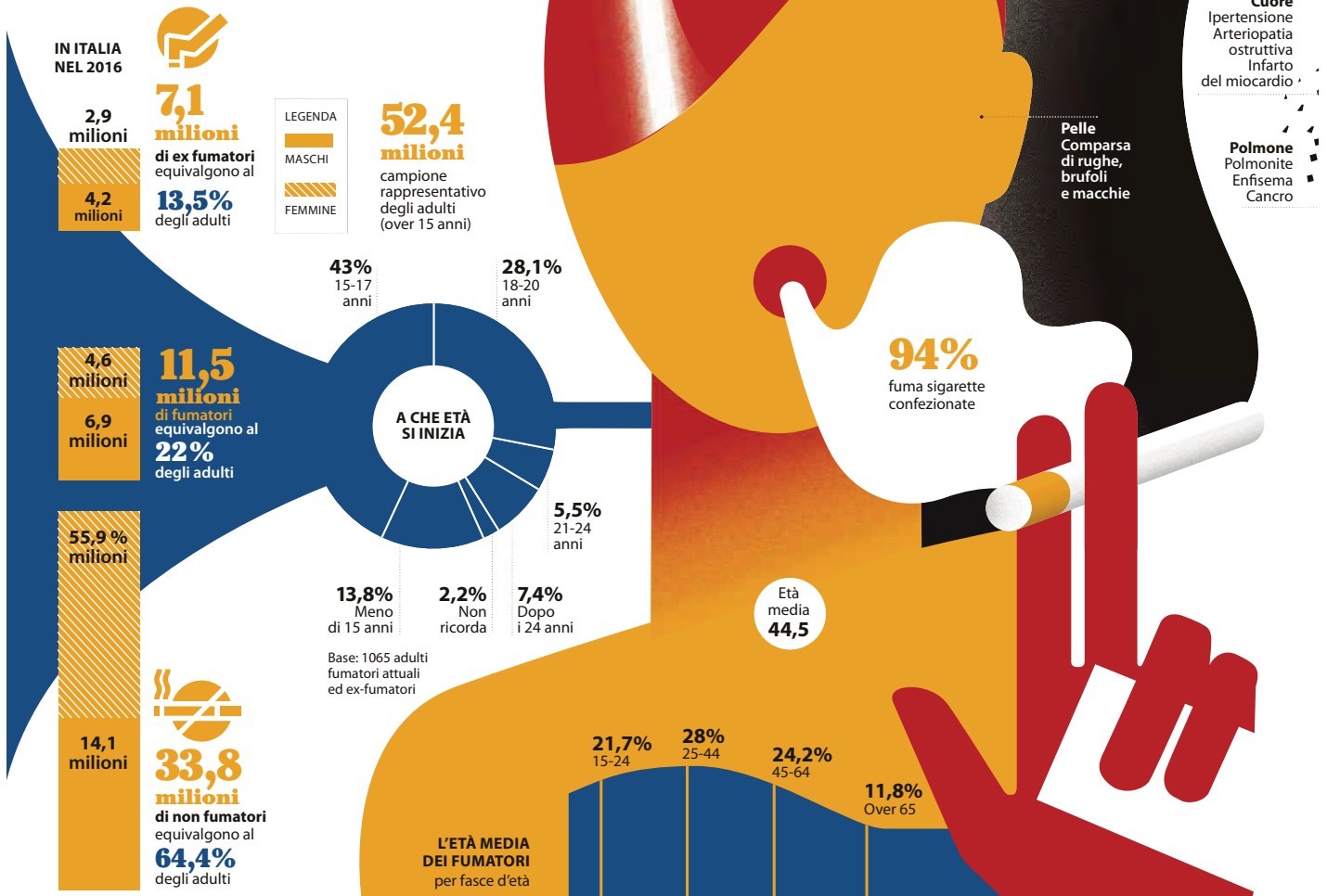
Dopo il successo della prima, l'Aiom lancia quest'anno la seconda edizione della campagna: "Con le sigarette... Meglio Smettere 2.0". Gli oncologi vanno nelle scuole medie inferiori e superiori per spiegare ai ragazzi tutti i pericoli che derivano dal consumo di prodotti a base di tabacco.

È prevista la distribuzione di materiale informativo, viene realizzata attività di formazione degli insegnanti ed è condotta una grande campagna sui social media. Flavia Pennetta, protagonista lo scorso anno di uno spot antifumo, è di nuovo la testimonial del progetto, affiancata quest'anno dall'allenatore della Juventus Massimiliano Allegri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lotta al fumo. 11 milioni di persone

Che rischiano cancro, ictus, infarto, enfisema. Ma smettere si può: in un centro specializzato, a ogni età



Diminuire non basta butta quella sigaretta

STEFANIA DEL PRINCE E LUIGI MONDO

UN MILIARDO di persone nel mondo fuma. Quasi 11 milioni in Italia. E sono sempre di più. Questo dicono le ultime stime del Global Burden of Disease pubblicate su *Lancet* pochi giorni fa. Con un rapporto che disegna i contorni sfrangiati della lotta al fumo nel mondo. Perché è vero che, in termini percentuali, i fumatori sono calati - del 28% gli uomini e del 34% le donne - tra il 1990 e il 2015. Ma la popolazione cresce e il numero reale delle persone che ogni giorno si accendono delle sigarette sale. Tanto per rendere l'idea: gli uomini di Cina, India e Indonesia rappresentano la metà dei maschi fumatori del mondo. Mentre sono gli Stati Uniti ad avere il record di donne dipendenti dalle sigarette. Americane a parte, gli aumenti si concentrano nei paesi asiatici ed emergenti, e l'Europa se la passa da virtuosa, con una sinistra eccezione: la Germania è al nono posto per numero di morti dovuti al fumo.

Sciorinando cifre e statistiche il rapporto

conclude che non si fa abbastanza. Che un numero esagerato di paesi non onora le strategie messe a punto dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) per la riduzione del pericolo.

Così il tabacco e i prodotti derivati mandano letteralmente in fumo milioni di vite: secondo l'ultimo rapporto Oms e dell'US National Cancer Institute in tutto il mondo l'uso del tabacco e il vizio del fumo causano ogni anno almeno 6 milioni di decessi, 16 milioni di malattie correlate e morti premature. Tutto questo con un costo per la società di oltre 1 trilione di dollari l'anno.

Uno studio del National Institute of Environmental Health Sciences mostra poi come il fumo di sigaretta provochi danni duraturi al Dna, e causi l'alterazione di più di 7.000 geni che, nel lungo termine, sottendono l'insorgere di diverse malattie, spesso mortali.

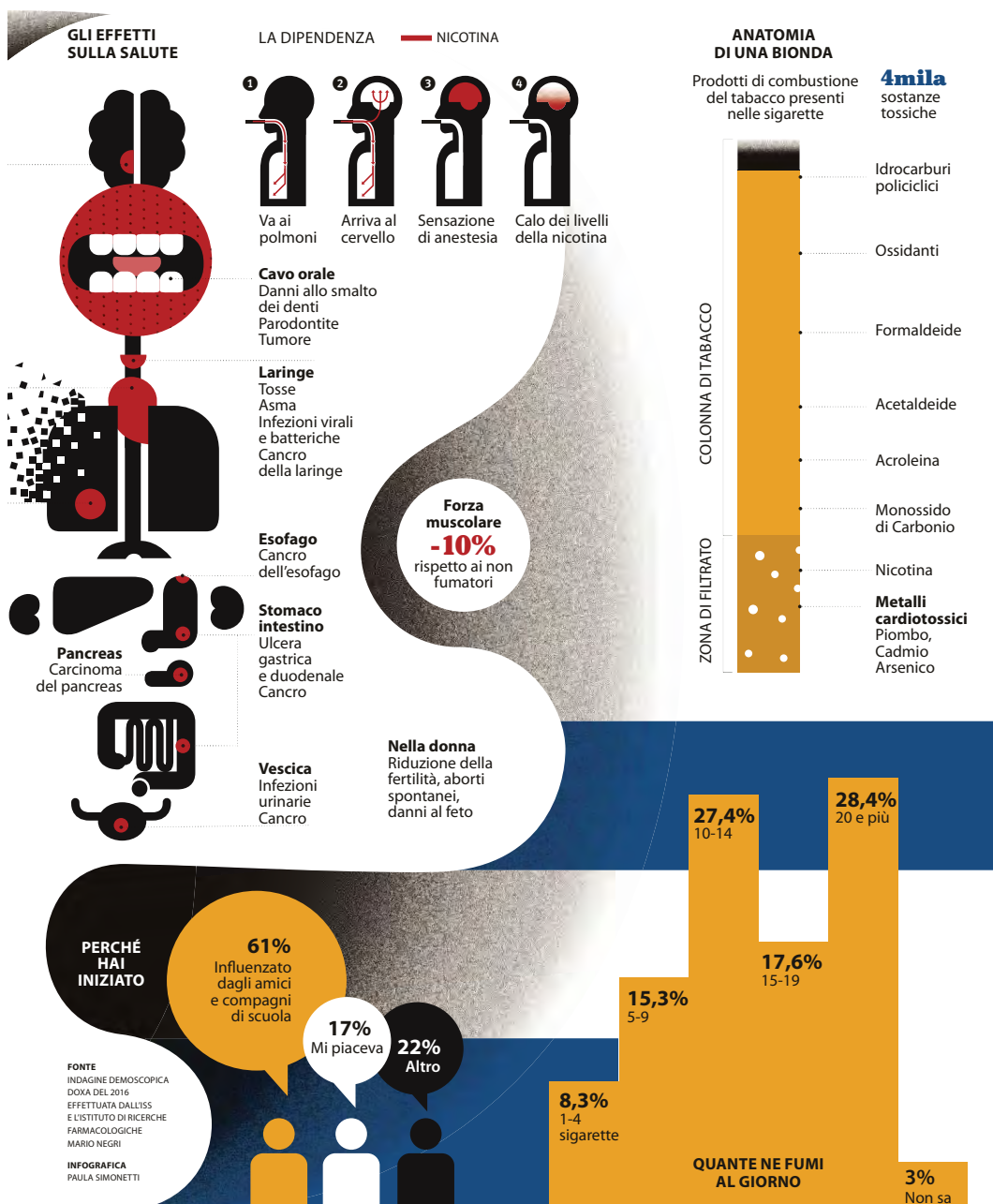
Smettere di fumare non è allora solo più un consiglio ma un imperativo. Solo che «chiudere con le sigarette è difficilissimo», precisa Carlotta Occhiena, architetto di 47 anni ed ex grande fumatrice. Lei lo ha fatto, di botto, e lo ha fatto per contrastare più effi-

cacemente un cancro squamoso infiltrante al polmone diagnosticato 6 anni fa. Oggi combatte il cancro insieme alle volontarie Walce Onlus (Women Against Lung Cancer in Europe). «Sfiamo il mito che è facile smettere di fumare - aggiunge Occhiena - è difficile, ma si può. Basta cercare aiuto. E gli aiuti ci sono. Negli ospedali, per esempio. Esistono in tutta Italia delle équipe di medici, oncologi, psicologi che ci possono aiutare. Da soli è quasi impossibile riuscirci. Non è vero che leggendo un libro si smette di fumare. Non tutti hanno questa capacità, e non esiste lo "smetto quando voglio", che è uno dei primi miti del fumatore, perché poi non lo si fa mai, non ci si riesce da soli».

Ovvio che la cosa migliore è non iniziare mai, ma gli esperti sottolineano che chi invece ha già iniziato deve mettersi in testa di smettere. E non è mai troppo tardi per farlo, anche se - in base all'età che si ha e da quanto tempo si fuma - i risultati potrebbero essere diversi. «Anche smettere di fumare quando si è già nella mezza età è assolutamente utile - ribadisce Silvia Novello, del dipartimento di Oncologia dell'università di Torino e presi-

dente Walce - Sono molti gli studi che mostrano come smettere di fumare possa migliorare l'aspettativa di vita delle persone. Non dimentichiamo poi che il fumo di sigaretta non è soltanto un fattore di rischio per le malattie tumorali (che non andrà mai ad azzerarsi smettendo di fumare a 50 o 60 anni), ma anche per quelle cardiovascolari e polmonari come la Bpco e l'enfisema».

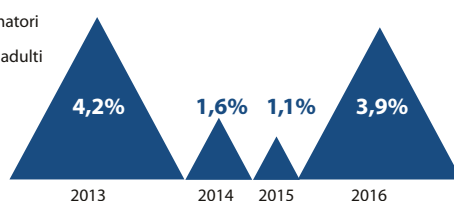
Solo smettere però aiuta; diminuire serve a poco. È più che altro un'attenuante psicologica per se stessi: il "ah, ma io fumo poco" ha appunto poco valore pratico. «Capisco che per un fumatore arrivare a diminuire il numero di sigarette giornaliere è già un traguardo, uno sforzo enorme - sottolinea Novello - ma nel conto che disegna il rischio entra non solo la quantità di sigarette fumate ogni giorno, ma anche gli anni di esposizione al fumo. Per cui, paradossalmente, una persona che ha fumato cinque sigarette al giorno per quarant'anni rischia circa quanto chi ha fumato quaranta sigarette al giorno per dieci anni». Insomma, diminuire serve a poco di per sé ma, come precisa l'oncologa, «ha senso solo se la riduzione è finalizzata ad arri-



LA SIGARETTA ELETTRONICA

1,8 milioni
di italiani
ne fanno uso

% di fumatori
di e-cig
su 3000 adulti



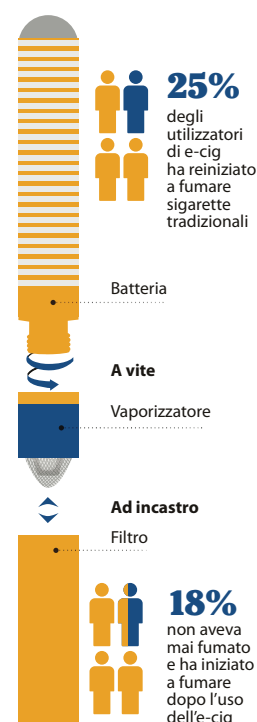
vare a cessare del tutto».

Insomma, bisogna smettere. E, in un'ottica di riduzione dei danni, si possono prendere in considerazione le sigarette elettroniche. Attenzione però, le e-cig possono essere sì un'alternativa alle "tradizionali", ma non sono la soluzione definitiva. Come spiega Umberto Tirelli, oncologo del Centro di riferimento oncologico di Aviano, «le sigarette elettroniche, come i dispositivi senza fumo tipo l'Iqos, permettono a chi non riesce proprio a smettere di fumare – o non ne ha intenzione – di ridurre perlomeno i danni sicuri provocati dalle sigarette tradizionali e dal bruciare di tabacco e carta». Inoltre, non dimentichiamolo, «a differenza di cerotti o chewing-gum a base di nicotina, le e-cig permettono al fumatore di mantenere la gestualità, fondamentale». Sul piatto però pesa la possibile tossicità delle e-cig. Come emerge dallo studio dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, coordinato da Roberto Boffi, e pubblicato su *Aerosol Science & Technology*, dove si legge: «nonostante sigarette elettroniche e Iqos abbiano più basse emissioni di sostanze tossiche rispetto alle sigarette tradi-

zionali, possono comunque emettere livelli statisticamente significativi di metalli, composti organici e aldeidi, che suggeriscono quindi cautela nel loro utilizzo, specialmente in ambienti chiusi, poiché non del tutto innocui. Pertanto il loro uso desta preoccupazione in caso di esposizione, specie se prolungata, in fasce sensibili di popolazione come bambini, pazienti asmatici, anziani e donne incinte. Secondo questi dati sembra quindi opportuno porre il divieto assoluto dell'utilizzo di questi dispositivi al chiuso, in ambienti lavorativi e luoghi pubblici, al fine di salvaguardare la salute di tutti».

E, infine, non è detto che aiutino davvero a smettere. Difatti, spiega Silvia Novello, «i dati ci dimostrano che in realtà la sigaretta elettronica non è un vantaggio sulla cessazione del vizio del fumo. Anzi, sappiamo che in alcuni casi l'uso della e-cig ha addirittura peggiorato la situazione. E le percentuali sulla cessazione ci dicono che ha avuto più successo la Legge Sirchia che, nell'arco di dieci anni, ha portato a una riduzione di circa il 6,5% nell'uso del tabacco».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La scoperta da Nobel dell'oncologa italiana Patrizia Paterlini-Bréchet

Un test scopre in anticipo se ti verrà il cancro

La scoperta da Nobel dell'oncologa italiana Patrizia Paterlini-Bréchet

Arriva il test che può sconfiggere il cancro

L'esame Iset individua le cellule tumorali "figlie" anni prima che il male si manifesti. Permettendo di intervenire in tempo

di **MELANIA RIZZOLI**

Si chiama ISET, ed è un nuovo test per la diagnosi precocissima del cancro. Una delle scoperte più innovative degli ultimi anni nel campo della ricerca diagnostica, una sorta di previsione predittiva personalizzata, sicura e non invasiva, la quale, con un semplice prelievo di sangue eseguito in apparente benessere, ci rivela con certezza scientifica ed istologica che invece dentro di noi sta iniziando, in modo silente, a svilupparsi un tumore, maligno ma ancora innocuo, e ancora invisibile alle comuni indagini ematiche e radiologiche, perché lui si manifesterà ed inizierà a crescere nel nostro (...)

(...) organismo dopo quattro-cinque anni dall'esecuzione del test. Una previsione certa, che può in molti incutere paura, ma nella consapevolezza che se questa diagnosi arriva in tempo utile ci darà la certezza matematica di poter sconfiggere facilmente la malattia più temuta e insieme a lei tutti i timori che comporta.

La straordinarietà di questa nuovissima analisi consiste nel fatto che essa riesce ad individuare le prime cellule "figlie" del cancro, quelle che iniziano a circolare in minima quantità nel sangue dopo essersi staccate dalla cellula madre, e soprattutto il test è in grado di riconoscere anche da quale organo esse sono partite, in modo da sottoporre lo stesso ad una sorveglianza accurata e ravvicinata, e poter aggredire il futuro tumore maligno appena questo inizierà a rivelarsi, in modo da poterlo facilmente eliminare con una chirurgia mini-invasiva, assicurando così la completa guarigione del paziente.

DIAGNOSI E PROGNOSI

Il test ISET (Isolation by Size of Epithelial Tumor Cells, "isolamento per dimensioni delle cellule tumorali") è stato messo a punto da un medico

ricercatore, Patrizia Paterlini Bréchet, docente di Biologia cellulare e molecolare della Paris Descartes University, autrice del libro "Uccidere il cancro" che, appena uscito, è diventato un caso editoriale in Francia, essendo balzato in un solo giorno in vetta alle classifiche di vendita. In Italia il saggio è in libreria da oggi, edito da Mondadori, e nelle sue pagine la professoressa in odore di Nobel ricostruisce il lungo percorso per lo sviluppo del test innovativo, oltre che le sue applicazioni utilissime per l'umanità intera.

Quando inizia a crescere, qualunque tumore maligno è sempre piccolissimo, di dimensioni inferiori ad un millimetro, e prima che si renda "visibile" e che dia segno di sé impiega dai quattro ai cinque anni, ma già dall'inizio provoca lentamente il rilascio di alcune sue cellule, che si distaccano da lui e si disperdono nel sangue, dove restano per un tempo lunghissimo libere, fluttuanti e non "adesive", impiegando anni a rafforzarsi per diventare aggressive, fino a quando si infiltrano nei capillari degli altri organi che incontrano nel loro percorso e dove attecchiscono moltiplicandosi velocemente e generando le pericolose metastasi, le quali poi crescono in modo esponenziale aggredendo l'intero organismo.

Nel caso del cancro al seno, per esempio, gli studi epidemiologici hanno dimostrato che l'invasione delle cellule "figlie" inizia 5-6 anni prima dello sviluppo del nodulo tumorale, e quindi 5-6 anni prima della diagnosi mammografica, un tempo che per la prognosi può fare certamente la differenza. Quindi isolare anche una singola cellula circolante della neoplasia ancora sconosciuta e silente significa trovarne la traccia appena iniziale, senza il rischio di incorrere in falsi positivi o negativi, perché queste cellule sono leggermente più grandi delle altre, ed il test Iset, basato appunto sulle dimensioni, certifica con precisione la diagnosi cito-patologica. In pratica, questa analisi è paragonabile a un pap-test applicato al sangue, e come questo esame - che da

quando è diventato di routine ha ridotto drasticamente le morti per tumore al collo dell'utero - con la sua diffusione salverà milioni di persone dallo sviluppo certo del loro futuro cancro.

ISET è quindi un test che permette una caccia preventiva e precoce delle prime cellule tumorali circolanti, una ricerca considerata difficile fino ad oggi, trattandosi di cellule rarissime, numericamente stimate una per millilitro di sangue, quindi mischiate a 5 miliardi di globuli rossi e 10 milioni di globuli bianchi, che vengono rilasciate quando il tumore primitivo ha le dimensioni di circa 1 millimetro di diametro, e ancora con caratteristiche variabili di invasività ed aggressività. L'esame è considerato rivoluzionario per esempio per diagnosticare quei tipi di cancro che ancora oggi subiscono una diagnosi spesso tardiva, con esito quasi sempre infausto, come quelli del pancreas o delle ovaie, o come alcuni tipi del polmone e dell'encefalo.

Insomma, il test, se positivo, ci lancia un allarme per vigilare con indagini successive lo sviluppo certo di un tumore maligno che ci cresce dentro, ma lo fa con un anticipo temporale così importante da assicurare la cura più efficace e definitiva per eliminare o addirittura impedire la malattia. Il test oggi è valido solo per i tumori maligni solidi, non per quelli liquidi del sangue come le leucemie o i mielomi, costa 486 euro in Francia, e in Italia a breve arriverà presso le più importanti strutture sanitarie di Milano e di Roma, mentre è già accessibile presso l'Università degli Studi Federico II di Napoli, dove viene applicato con successo su pazienti già ammalati di cancro in trattamento chemio e



radioterapico, per testare l'effetto positivo o negativo delle terapie in atto, per individuare con largo anticipo le eventuali recidive, o per verificare la remissione completa della malattia in quelli considerati guariti.

ELEMENTO DECISIVO

La speranza comune è di poter, in un breve futuro, inserire il test nelle analisi del sangue di routine, insieme all'emocromo per esempio, una indagine non obbligatoria, ma consigliata a chi voglia scoprire il cancro prima che nasca nei vari organi, o per chi ha una chiara storia familiare del-

la malattia, poiché è evidente che se risultasse positivo, si potrà guadagnare tempo prezioso, e il fattore tempo in oncologia è l'elemento determinante per il buon esito della patologia neoplastica.

Ed anche perché "uccidere il cancro" prima che prenda forza, prima che diventi invasivo, aggressivo ed insensibile alle terapie specifiche, superando le inutili paure della diagnosi, è un traguardo che eviterà a milioni di persone lo strazio, il dolore e gli effetti collaterali delle cure oncologiche. Ma soprattutto, con la sua diagnosi precocissima, salverà a tutti loro la vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

L'ESAME ISET

L'ISET (acronimo che sta per Isolation by Size of Epithelial Tumor Cells, cioè "isolamento per dimensioni delle cellule tumorali") è un test per la diagnosi precoce del tumore. In sostanza, si tratta di uno speciale esame del sangue che riesce ad individuare le prime cellule "figlie" del cancro, quelle che iniziano a circolare in minima quantità nel sangue dopo essersi staccate dalla cellula madre (si calcola che un tumore maligno, prima che si renda "visibile" e dia segno di sé, impieghi dai 4 ai 5 anni) e soprattutto il test è in grado di riconoscere anche da quale organo esse sono partite, in modo da sottoporre lo stesso ad una sorveglianza accurata e ravvicinata, e poter aggredire il futuro tumore maligno appena questo inizierà a rivelarsi.

SCIENZIATA ITALIANA

Patrizia Paterlini-Bréchet, nata a Reggio Emilia, è un medico e oncologa italiana che svolge la sua attività di insegnamento e di ricerca nel campo della biologia cellulare e molecolare presso l'Università Parigi-Descartes e l'Inserm, Istituto nazionale francese della salute e della ricerca medica. Dopo essersi laureata all'Università di Modena e Reggio Emilia nel 1978 con una tesi sul linfoma di Hodgkin, nel 1988 raggiunse Parigi aggregandosi al gruppo di ricercatori di biologia molecolare guidato dal professore francese Christian Bréchet, che poi divenne suo marito. È lei che ha messo a punto l'esame ISET, di cui peraltro racconta nel libro "Uccidere il cancro" (Mondadori), appena uscito in Italia. Si occupa anche di diagnosi prenatale non-invasiva delle malattie genetiche.

«Dormo tre ore a notte Vorrei dare gratis a tutti il mio test anticancro»

Paterlini-Bréchet, oncologa, e il prelievo che svela i tumori
«Il futuro? Capire in anticipo qual è l'organo malato»

L'intervista

di **Stefano Montefiori**

Costa 486 euro

«È difficile dire al pubblico che va ripetuto ogni sei mesi se non è rimborsato»

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

PARIGI «Uccidere il cancro», più che sconfiggerlo. È un titolo appassionato. Non c'è il distacco che potremmo supporre in una scienziata che da anni vive in laboratorio tra provette e centrifughe, la questione è — anche — personale. «Uccidere il cancro» (Mondadori) è il libro della grande oncologa italiana trapiantata in Francia Patrizia Paterlini-Bréchet, docente di biologia cellulare e molecolare all'Università Paris-Descartes.

La incontriamo nel suo ufficio, vicino alla «fotocopiatrice», come lei chiama scherzando il macchinario messo a punto dalla sua équipe. Una specie di scatolone viola che permette di individuare le primissime cellule tumorali nel sangue, quando ancora non hanno formato una massa riscontrabile dalle radiografie o dalla risonanza magnetica, e quando dunque non ci sono ancora metastasi. Basta, basterebbe un normale prelievo del sangue per battere il cancro sul tempo. Nata a Reggio Emilia, Patrizia Paterlini si laurea a Modena. Segue i corsi dell'«Infallibile Maestro», come lei chiama nel libro il professor Mario Coppo, e un giorno

in corsia incontra il suo «paziente zero».

Quanto ha contato per lei quel paziente?

«È stato decisivo. Un uomo destinato a morire, in pochi giorni, di cancro al pancreas. Il suo ultimo sguardo è stato rivolto a me, occhi spalancati che mi accusavano: "Mi hai tradita!". In quel momento ho deciso che avrei dedicato la vita a combattere il cancro».

Poi è andata a Parigi per uno stage di biologia molecolare, è entrata nella squadra del professor Christian Bréchet e se ne è innamorata, ricambiata. Si è trasferita in Francia e dopo decenni di ricerche ha fatto una scoperta straordinaria, che potrebbe un giorno valerle il premio Nobel. Può parlarcene?

«Da circa un anno e mezzo è a disposizione il test Iset (*Isolation by Size of Tumor Cells*) per l'individuazione delle cellule tumorali nel sangue. Con questo sistema il professor Paul Hofman a Nizza ha scoperto cellule tumorali nel sangue di cinque pazienti a rischio, fumatori affetti da broncopatia, ben prima che il cancro al polmone fosse visibile. Il test è per ora disponibile per aiutare a prevenire le metastasi in pazienti con diagnosi di tumore, anche se non lo si può rifiutare ai soggetti senza tumore che firmano il consenso informato. Costa 486 euro, non ancora rimborsati dall'assistenza sanitaria (Isetbyrarecells.com)».

Con quale frequenza bisognerebbe ripetere il test?

«Io testo tutti quelli che posso ogni sei mesi. Anche me stessa, e mio marito. Per noi è più facile perché ce lo abbiamo in casa, è difficile dire al pubblico "bisogna ripeterlo ogni sei mesi" quando non è

rimborsato».

La sua scoperta incontra resistenze?

«Il problema è anche culturale, sta nella differenza tra quel che i medici sono pronti a fare su sé stessi e quello che fanno ai pazienti. Per i pazienti si seguono le linee guida, uguali per tutti. È giusto, e "seguire il protocollo" è un modo per mettersi al riparo da eventuali errori e critiche. Il futuro della medicina invece sono cure personalizzate, oltre alle terapie uguali per tutti. Testerei tutta la popolazione gratis ma non posso, è terribile».

Ci sono contestazioni?

«No, la sensibilità e specificità del test sono ormai validate da circa 60 pubblicazioni indipendenti. Non abbiamo milioni di dollari a disposizione per il marketing, avanziamo solo con i risultati scientifici e quindi ci vuole tempo».

Avreste bisogno di molti finanziamenti per avanzare?

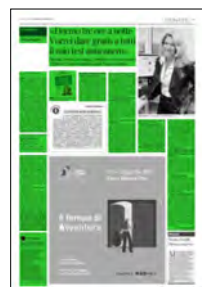
«Sì, ma io sono molto prudente nell'accettarli. Il rischio è che qualcuno arrivi mettendo i soldi, e a quel punto pretenda di predeterminare i risultati degli studi. Piuttosto smetto e mi dedico ad altro».

Le mancano i pazienti?

«Sì, ma sento che sto facendo qualcosa per salvare ognuno di loro. Dormo tre o quattro ore a notte, non di più. A fine giornata ci sono sempre cose che non sono riuscita a fare, non stacco mai».

Un capitolo del libro è dedicato a Giovanna, che lei definisce «la mia migliore collaboratrice».

«Il cancro l'ha fermata. Ha combattuto a lungo, poi ha accettato di addormentarsi progressivamente per calmare le sofferenze. Se ne è andata così, con dolcezza e discrezione. Io non potevo che continuare,




anche per lei».

E le manca l'Italia?

«Molto. In Francia ho trovato occasioni che forse in Italia non avrei avuto, ma sono molto riconoscente all'università italiana per la formazione che mi ha dato, all'altezza delle migliori al mondo».

Qual è il prossimo passo?

«Oggi il test indica se ci sono cellule tumorali nel sangue, e a quel punto bisogna poi cercare l'organo coinvolto con i soliti esami (radiografie, tac). Lavoriamo perché il test in futuro ci dica subito quale organo curare o sorvegliare, e risparmieremo altro tempo prezioso. Le prime cellule tumorali sono sentinelle: danno l'allarme quando la minaccia è lontana, e si fa in tempo a sventarla».

 **@Stef_Montefiori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il libro *Uccidere il cancro* è edito in Italia da Mondadori

 **Nel weekend**

GLI INCONTRI

Patrizia Paterlini-Bréchet questo fine settimana sarà in Italia per due appuntamenti con il pubblico. Sabato alle 17 sarà a Bologna per il Festival della Scienza medica (bolognamedicina.it); domenica sarà a Milano per Tempo di libri (ore 11,30, Fiera di Rho, sala Tahoma; interviene Silvia Bencivelli; tempodilibri.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lunedì 17 APRILE 2017

Salute della donna. Vivono più degli uomini ma la percezione del loro stato di salute è peggiore. Fumano di meno ma fanno poco sport e molte malattie colpiscono più loro che i maschi

Come stanno le donne: vita media più alta, ma percezione peggiore del proprio stato di salute, bevitrici a rischio e maggiori limitazioni funzionali. Va meglio nella prevenzione secondo i dati Istat e Osservasalute. Focus sulla salute al femminile in vista della prossima [Giornata nazionale della salute della donna](#) in programma sabato 22 aprile.

Le donne vivono in media più degli uomini: 84,6 anni contro gli 80,1 del sesso maschile. Ma come li vivono? Le donne sono quelle con maggiori limitazioni funzionali secondo l'Istat: ne ha il 7,1% contro il 3,8% degli uomini e tranne fino ai 35 anni la prevalenza è maggiore in tutte le età con il picco, ovviamente vista la vita media maggiore, tra le over 80. E tra i tipi di limitazioni funzionali è delle donne il primato del confinamento, con una media, sempre secondo l'Istat del 3,4% contro 1,5% degli uomini, di limitazione nelle funzioni con il 4,5% contro il 2,3% dei maschi, delle limitazioni nel movimento: 3,5% contro 1,7% e e nelle limitazioni di vista, udito e parole con l'1,8% medio rispetto all'1,2% dei maschi, unico indicatore di limitazioni questo con valori più vicini tra loro.

L'Istat assegna anche un punteggio per lo stato fisico e per quello psicologico nei due sessi. Per le donne in media è 49,6 quello fisico e 47,9 quello psicologico, mentre per gli uomini il punteggio è maggiore e raggiunge 51,9 quello fisico e 50,1 quello psicologico.

Anche nella percezione della propria condizione fisica alle donne non va meglio degli uomini. L'Istat, nella sua ultima indagine multiscopo dedicata alle condizioni di salute degli italiani, ha rilevato infatti che dichiarano di stare "male, molto male" l'8,4% delle donne contro il 6,2% degli uomini. E la situazione non cambia nelle singole Regioni. Solo a Trento (e nel Trentino Alto Adige in generale, anche se a Bolzano si registra un pareggio) gli uomini che dichiarano di stare "male o molto male" sono più delle donne: il 5,1% contro il 3,6 per cento.

E la differenza maggiore si ha in Sardegna dove l'11,9% delle donne dichiara di stare male contro il 7,6% degli uomini, ma in linea di massa le condizioni peggiori sono dichiarate soprattutto al Sud (ma non solo in questo caso) che non nel resto d'Italia.

La Giornata sulla salute della donna dovrebbe forse partire anche da queste considerazioni statistiche, che mostrano un universo femminile più colpito da limitazioni, malessere fisico, ma anche psicologico e condizioni percepite peggiori di quelle degli uomini.

Va meglio per il fumo. Secondo l'Istat gli uomini hanno il primato sia per i fumatori abituali (24,6% contro il 14% delle donne) che tra i forti fumatori (38% contro il 20,8%) e anche per i fumatori precoci (7,6% contro il 5%).

Ma ad esempio, secondo l'ultimo rapporto Osservasalute 2016, aumentano le donne consumatrici a rischio di alcool. La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2015, è pari al 23% per gli uomini e al 9% per le donne (che nel 2014 erano l'8,2%). I consumatori a rischio tra i maschi restano sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente.

Le donne, in una popolazione dove il rischio obesità incombe, restano il genere che di meno registra percentuali di sovrappeso e secondo l'Istat sono solo il 26,4% contro il 42,5% (in aumento) le donne in

sovrappeso, mentre sono il 57,8% quelle normopeso (gli uomini si fermano al 44,5%) e il 5,5% quelle sottopeso. Gli uomini sottopeso sono appena lo 0,9 per cento.

Le donne però fanno poca attività fisica e solo il 16,2% segue i livelli raccomandati dall'Oms contro il 25,3% di uomini.

E in qualche modo le donne sono quelle che utilizzano di più i servizi sanitari. Secondo i dati Istat infatti il 16,8% contro il 12,7% ha effettuato visite specialistiche (tranne quelle odontoiatriche per le quali si registra un pareggio con l'85,7% in entrambi i sessi), il 7,3% contro 5% di uomini ha eseguito accertamenti specialistici il 10,9% contro il 9,2% ha eseguito analisi del sangue e, pareggio per i ricovero ospedalieri dove entrambi riguardano il 2,9 per cento. La differenza semmai sta nella modalità di ricovero: il 3,3% delle donne ha pagato interamente o con rimborso il ricovero, mentre lo ha fatto solo il 3% degli uomini

La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda circa 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

Ma le donne curano anche gli aspetti della prevenzione. Secondo il Rapporto Osservasalute 2016 infatti, la quota di donne di 25 anni e oltre che si è sottoposta a mammografia, passa dal 43,7% al 54,5% mentre il 73,6% ha effettuato un pap test, con un netto aumento rispetto al 2005 (+9 punti percentuali). Gli incrementi maggiori si registrano tra le donne ultrasessantacinquenni e interessano anche i segmenti di popolazione meno istruita e le residenti nel Mezzogiorno. La prevenzione femminile aumenta anche tra le straniere, che tuttavia non recuperano il gap rispetto alle donne italiane.

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

Dolore episodico intenso da cancro, i dati della studio IOPS-MS. La parola all'esperto, il dr. Renato Vellucci

Emilia Vaccaro

Una survey multicentrica del gruppo IOPS (Italian Oncologic Pain Multisetting) i cui risultati sono stati presentati a Firenze in occasione della 9^a edizione del congresso SIMPA-ISURA ha evidenziato che una diagnosi di BreakThrough cancer Pain o dolore episodico intenso da cancro può aiutare i medici nel gestire meglio questo dolore nei pazienti oncologici. I dati che emergono a livello nazionale evidenziano uno scarso utilizzo dei farmaci che possono bloccare questo tipo di dolore istantaneamente, le formulazioni di fentanyl. Inoltre, la migliore formulazione di fentanyl per rapidità d'azione e migliore biodisponibilità. Abbiamo approfondito questo studio con il dr. Renato Vellucci, dell'Unità di Cure Palliative e Terapia del dolore, dell'Ospedale Universitario Careggi di Firenze.



Una survey multicentrica del gruppo IOPS (Italian Oncologic Pain Multisetting) i cui risultati sono stati presentati a Firenze in occasione della **9^a edizione del congresso SIMPA-ISURA** ha evidenziato che una diagnosi di BreakThrough cancer Pain o dolore episodico intenso da cancro può aiutare i medici nel gestire meglio questo dolore nei pazienti oncologici.

I dati che emergono a livello nazionale evidenziano uno scarso utilizzo dei farmaci che possono bloccare questo tipo di dolore istantaneamente, le formulazioni di fentanyl. Inoltre, la migliore formulazione di fentanyl per rapidità d'azione e migliore biodisponibilità. Abbiamo approfondito questo studio con il dr. Renato Vellucci, dell'Unità di Cure Palliative e Terapia del dolore, dell'Ospedale Universitario Careggi di Firenze.

Il gruppo IOPS ha condotto una survey per studiare le caratteristiche del BreakThrough cancer Pain (BTP) comprendendo 32 centri (oncologia, cliniche del dolore, cure palliative) per un totale di 4016 pazienti con cancro.

Dottor Vellucci, che tipo di dolore è il BTP?

Il BTP è un dolore accessionale che irrompe in un dolore di fondo controllato da una terapia oppioidea con 60 mg equivalenti di morfina. Quindi, è un picco di dolore che si inserisce su un dolore di fondo e cui il paziente non riesce a far fronte con le tradizionali terapie. Nel tempo sono stati costruiti dei farmaci specifici per far fronte alla situazione ma nonostante questo il quadro italiano, europeo ma anche quello canadese non sono soddisfacenti. Esiste uno scarso utilizzo di questi farmaci principalmente del fentanyl trans mucosale nella gestione del BTP.

Il fentanyl trans mucosale è l'unica formulazione che vanta una capacità, una rapidità d'azione tale da coprire le caratteristiche cliniche del BTP.

Questo dolore è stato mirabilmente descritto da un gruppo cooperativo italiano IOPS a cui ho partecipato dalla sua fondazione insieme ai suoi fondatori storici principalmente specialisti romani. Questo gruppo ha definito l'epidemiologia del BTP; oggi si stima che tra il 60-70% dei nostri malati a seconda dei diversi lavori, soffre di questa problematica.

Il BTP ha un potentissimo impatto sulla qualità di vita dei malati, è collegato a un alto grado di depressione e ansia, determina spese economiche per la famiglia e per gli amici e tutti quelli che ruotano intorno a queste persone ma poi sono dei formidabili ladri di risorse.

Quanto incide il BTP in termini di costi sanitari?

Il paziente con BTP costa, dal punto di vista sanitario, 3-4 volte di più rispetto a un paziente senza BTP e il 90% di queste spese sono solo per la gestione del dolore. Il prof. Fortner ha fotografato i costi tangibili ma ci sono anche costi che non sono chiaramente evidenziati ma che gravano pesantemente sulla famiglia e che sono il più delle volte misconosciuti.

Lo studio IOPS-MS sui primi 1500 pazienti ha evidenziato che la diagnosi di questo dolore, attraverso uno specifico algoritmo, è fattibile e la soddisfazione del paziente è elevata quando

la terapia viene eseguita con farmaci appropriati.

Lo studio ha anche mostrato che questo dolore è presente nei pazienti di tutte le età e stadio oncologico e che è importante tenere controllato il dolore basale per meglio valutare il BTP.

Come bisogna gestire questo dolore?

Con farmaci specifici adatti, i ROO (rapid opioids onset) a base di fentanyl che viene assorbito per via transmurale permettendo di ridurre enormemente l'impatto economico di questa malattia sulla famiglia e sul SSN e permettendo al tempo stesso di migliorare la qualità di vita dei malati che viceversa è gravemente lesa.

In Italia in questo momento è in pubblicazione un lavoro sempre del gruppo IOPS che dimostra chiaramente le ricadute che il BTP ha sul malato e fotografa altrettanto bene come un'adeguata terapia riesce a controllare questo dolore.

La grande differenza che emerge dalla studio IOPS-MS è che la morfina orale, che in questi anni era stata molto caldeggiata da diversi autori, in realtà non è efficace nella gestione del BTP; fino a 45 minuti ha lo stesso effetto del placebo. Quindi, questo farmaco può essere utilizzato nella pratica solo raramente e in condizioni in cui ci sia un dolore prevedibile e che duri almeno più di un'ora. Il BTP si esaurisce spontaneamente in 30 minuti, quindi l'utilizzo della morfina non ha molto senso.

Il punto focale della gestione è che noi oggi abbiamo a disposizione dal 2005 (data delle prime formulazioni, a partire dal lecca-lecca di fentanyl) questi farmaci che oggi si sono evoluti grazie alle migliori formulazioni nasali.

Qual è la migliore formulazione di fentanyl?

Tutte le formulazioni vanno calate nella pratica clinica, non esiste la formulazione ideale perché le esigenze dei malati sono diverse, però le più rapide oggi a disposizione sono le nasali perché la conformazione del naso permette un collegamento diretto tramite le vie olfattive con il SNC; inoltre, le vie olfattive permettono una penetrazione ultra-rapida per ottenere subito un effetto analgesico. Anche la biodisponibilità è migliore con le formulazioni nasali, dosi più basse stessi obiettivi terapeutici.

Il BTP è un dolore polimorfo, cambia da malato a malato, e anche nello stesso malato in fasi differenti della malattia. Dobbiamo quindi lavorare a fianco del malato per capire bene come è strutturato questo dolore e personalizzare il trattamento.

Tutte le formulazioni di fentanil transmurale sono facilmente calabili nella pratica clinica e devono essere utilizzati.

Nella pratica clinica i ROO sono utilizzati?

I dati europei sono sconcertanti, si parla di un utilizzo di fentanyl in una percentuale poco più alta del 20% che è un dato largamente insoddisfacente, in Italia la situazione è catastrofica perché dallo studio IOPS-MS emerge una grande attenzione. Tutti i trial clinici analizzano solo dati, ma se ci basiamo solo su dati da centri specialistici, è ovvio che emerge uno spaccato efficace. Quando andiamo nella pratica clinica o nei piccoli centri riscontriamo grande impreparazione nell'affrontare questa tematica complessa e di grande impatto sul malato e che andrebbe assolutamente gestita se miriamo alla qualità di vita dei malati.

In conclusione, da quanto emerge dallo studio IOPSD-MS il BTP è un dolore presente nei pazienti oncologici indipendentemente dall'età e dallo stadio della malattia. Abbiamo a disposizione dei farmaci efficaci, come il fentanyl, ma nel nostro Paese è sottoutilizzato. Una diagnosi accurata di BTP e un successivo trattamento adeguato consente al paziente una migliore qualità di vita.

Vellucci R. Characteristics of BreakThrough cancer Pain following the Italian Oncologic Pain Multicenter Survey (IOPS-MS). Abstract 45- 9th Simpar-Isura 20 March-1 April

Fortner BV et al. A survey of pain-related hospitalizations, emergency department visits, and physician office visits reported by cancer patients with and without history of breakthrough pain. J Pain. 2002 Feb;3(1):38-44.

<http://www.ansa.it>

Sempre più big della tecnologia scommettono sulla salute

Tre nuovi progetti per tumori, insufficienza cuore e farmaci



ROMA - Ibm, Intel, ma anche Apple. Sono sempre di più i big della tecnologia che si 'lanciano' nel settore della salute, sfruttando soprattutto gli avanzamenti nel campo dell'intelligenza artificiale. Lo rileva la rivista Ieee Spectrum, che ha raccolto in un articolo tre progetti lanciati negli ultimi giorni.

Un modello sviluppato da Ibm nell'ambito di un progetto da due milioni di dollari sembra essere in grado di anticipare di due anni le diagnosi di insufficienza cardiaca rispetto ai metodi tradizionali. L'algoritmo si basa sui dati normalmente raccolti durante le visite. L'ingresso di un altro big, Intel, nel settore della salute si concentrerà invece sul tumore al polmone.

La compagnia ha appena lanciato un concorso insieme al gigante cinese AliBaba e altri partner per sviluppare un algoritmo capace di anticipare la diagnosi e seguire la crescita del tumore. L'intelligenza artificiale può essere usata anche per predire gli eventuali effetti collaterali di un farmaco. Lo ha dimostrato uno studio dell'università di Stanford pubblicato dalla rivista ACS Central Science.

L'algoritmo riesce, sulla base di poche informazioni sulla struttura chimica del farmaco potenziale, a formulare predizioni sulla tossicità potenziale.

Londra e l'Agenzia del farmaco «Sul trasferimento tratteremo»

La sfida del ministro per la Brexit. Ma continua la corsa di Milano

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

LONDRA Si complica la battaglia di Milano per ospitare l'Ema, l'Agenzia europea per i farmaci che ha il compito di approvare e monitorare la sicurezza dei medicinali in uso nella Ue. E non tanto perché la lista dei pretendenti continua ad allungarsi: quanto perché a sorpresa Londra, che attualmente ospita la sede dell'Agenzia, non sembra intenzionata a mollare la presa. Nonostante la Brexit.

La situazione è paradossale. Fra due anni la Gran Bretagna sarà fuori dall'Unione: e sembra ovvio a tutti che importanti enti di regolamentazione europea, come l'Ema ma anche l'Eba, l'Autorità bancaria, dovessero essere trasferiti da Londra in uno dei 27 Stati membri della Ue. Ma il ministro per la Brexit, David Davis, ha rimesso tutto in discussione. «Non è stata presa alcuna decisione sulla collocazione dell'Ema e dell'Eba — ha detto il suo portavoce —. Quelle agenzie saranno oggetto di negoziati».

È probabile che la sortita del governo britannico punti a mettere sul tavolo un'altra carta da giocare nella partita complessiva fra Londra e Bruxelles sui termini dell'uscita del Regno Unito dalla Ue. Ma intanto la posizione europea è chiarissima: «L'Ema e l'Eba devono entrambe andare a uno Stato membro», ha detto un funzionario Ue citato dal *Financial Times*. E d'altra parte nelle linee guida annunciate dal presidente del Consiglio europeo Donald Tusk si dice a chiare lettere che «la futura sede delle Agenzie basate nel Re-

gno Unito è questione che spetta ai 27 Stati membri».

Nei prossimi giorni Tusk renderà noti i criteri per stabilire a chi andranno l'Ema e l'Eba. E il tema sarà affrontato dai leader della Ue in un summit il 29 aprile. Milano punta con decisione ad aggiudicarsi l'Agenzia dei farmaci: tanto che a fine marzo sono venuti in missione a Londra a discutere i ministri degli Esteri Alfano e dell'Economia Padoa-Schioppa, accompagnati dal governatore della Lombardia Maroni e dal sindaco di Milano Sala.

L'Ema a Londra ha uno staff di quasi 900 persone e ospita ogni anno 36 mila tra funzionari e ricercatori che vengono a farsi approvare nuovi farmaci per il mercato europeo. Riuscire a conquistarla significherebbe attrarre non solo lavoratori altamente qualificati ma anche fare di Milano un polo mondiale dell'industria farmaceutica. La concorrenza è forte: in lizza ci sono Amsterdam, Barcellona, Copenhagen, Dublino e Stoccolma. E ora ci si mette anche Londra a ingarbugliare la matassa.

Oltre alle Agenzie europee, l'altro fronte caldo resta sempre quello dell'immigrazione. La Gran Bretagna sta pensando di introdurre dopo la Brexit un visto speciale per i giovani under 30, riservato a chi intende lavorare in ristoranti, alberghi, cantieri o nell'assistenza sociale. Il permesso avrebbe una validità di 24 mesi e non sarebbe rinnovabile. Per le migliaia di ragazzi e ragazze italiani che ogni anno si trasferiscono nel Regno Unito sarà una novità di cui tenere conto.

Luigi Ippolito

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cos'è

● L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) è un organo dell'Ue responsabile della valutazione scientifica delle domande per l'immissione in commercio dei medicinali

● Fondata nel 1995, attualmente ha sede a Londra dove ha circa 900 dipendenti, un fatturato annuo di 350 milioni e si avvale di una rete di 4 mila esperti europei

