Associazione Italiana di Oncologia Medica

RASSEGNA STAMPA

04-06-2017

1. CORRIERE DELLA SERA Sempre più efficaci (e cari) i farmaci contro i tumori
2. CORRIERE DELLA SERA La parola guarigione non è più un tabù
3. CORRIERE DELLA SERA I nostri studiosi hanno un ruolo di primo piano
4. CORRIERE DELLA SERA La ricerca pubblica può fare molto
5. OSSERVATORE ROMANO Allarme per l'aumento delle spese oncologiche
6. CORRIERE DELLA SERA Oggi la scelta è fra chemioterapia, farmaci «mirati» e immunoterapia
7. DIRE Cancro e paesi poveri, allarme sociale all'ASCO
8. REPUBBLICA.IT Tumore al seno, la gravidanza non aumenta il rischio di recidiva
9. ADN KRONOS Primi passi per test sangue che scopre i tumori
10. GIORNALE Scovare i tumori con un semplice esame del sangue
11. ILMESSAGGERO.IT Frutta secca anti-cancro: 60 gr a settimana riducono del 42% il rischio di ricaduta
12. DIRE ASCO: neoplasie, i social media per aumentare accesso a cure
13. PHARMA STAR Cure palliative, maggiore attenzione per non peggiorare lo stato del paziente
14. QUOTIDIANO SANITÀ Le disuguaglianze di salute sono un muro tra Nord e Sud Italia
15. AVVENIRE Vaccini, ancora minacce e cortei "no vax"
16. REPUBBLICA Cannabis, una carovana per il sì
17. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Roberto Burioni - «Toni violenti, giusto l'obbligo» Il medico anti bufale è sotto tiro
18. CORRIERE DELLA SERA I 21 cortei anti vaccini, in piazza con i bimbi

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 46
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Sempre più efficaci (e cari) i farmaci contro i tumori

I trattamenti anticancro sono sempre più mirati ed efficaci. Ma il loro costo è diventato un grande problema. In Paesi come gli Usa c'è chi va in bancarotta per curarsi, in altri, come l'Italia, si cercano strategie per garantire l'accesso alle terapie, anche più innovative, attraverso il Servizio sanitario nazionale

La sperimentazione sulle molecole contro i tumori è attiva e vivace, tuttavia fra l'approvazione di un nuovo medicinale e la sua reale disponibilità passa molto tempo. Con differenze anche fra le diverse Regioni italiane. Un'attesa legata soprattutto a ragioni economiche

Nuovi farmaci anticancro Ma il problema è il costo

Apprendiamo, quasi quotidianamente, dai media, giornali di carta o online, oppure dalla televisione o da qualsiasi altra fonte di informazione, compresi i social media, che un nuovo farmaco "X" funziona nell'aumentare la sopravvivenza dei pazienti con un qualche tipo di tumore. Chi lo dice? Lo dicono gli studi pubblicati sulle riviste scientifiche e lo testimoniano gli esperti che periodicamente ne discutono a congressi internazionali come

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 46
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) in corso a Chicago, che ogni anno riunisce oltre trentamila specialisti ed è il più importante al mondo. I farmaci antitumorali innovativi, sfornati dalla ricerca, aumentano di giorno in giorno: dal 2013 al 2016 l'Ema, l'Agenzia Europea del Farmaco, che ha il compito di autorizzarne l'immissione in commercio, ne ha licenziati 45.

Le cure ci sono, nuove ed efficaci, ma il problema è un altro: quanto tempo deve aspettare un paziente italiano (ci soffermiamo sulla nostra realtà, perché in Europa esistono molte disparità nell'accesso alle cure) per poter essere effettivamente trattato con un nuovo farmaco?

Tanto, forse troppo, dice l'ultimo rapporto Favo, la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, presieduta dall'ex Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, che ha fatto i conti. Eccoli, con una premessa: il primo passo per la registrazione di un farmaco lo fa l'Ema (negli Stati Uniti è l'Fda, la Food and Drug Administration). Poi tutto passa alle autorità nazionali, in Italia è l'Aifa, l'Agenzia del farmaco, che recepisce le decisioni dell'Ema e, in più, concorda il prezzo con le aziende produttrici. Poi sono le Regioni che decidono come e quando offrire la nuova cura al paziente e qui le cose si complicano.

Secondo il rapporto Favo, in alcune Regioni, i tempi di attesa possono arrivare fino a tre anni. Le peggiori? Sarebbero Molise e Valle d'Aosta. Le più virtuose, la Lombardia e la Puglia.

Mediamente, da quando un farmaco è autorizzato dall'Ema fino alla sua disponibilità per il paziente italiano, passano 806 giorni, più o meno due anni.

Commenta De Lorenzo. «Nell'attesa del medicinale giusto si può morire: occorre velocizzare i tempi».

«Le cose, però, stanno migliorando», aggiunge Carmine Pinto, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e oncologo a Reggio Emilia. «L'Aifa sta velocizzando i tempi di approvazione. L'ultimo esempio è il pembrolizumab, un farmaco indicato per la cura del tumore polmonare avanzato non a piccole cellule, che ha avuto un iter molto rapido».

C'è chi sospetta che i ritardi nel mettere a disposizione i farmaci innovativi e più costosi sia una sorta di "razionamento", un modo per ridurre la spesa per trattare queste malattie, in crescita costante (si veda il grafico) e chi, invece, ricorda che, almeno per il 2017, il Governo italiano ha stanziato un fondo di 500 milioni di euro per le nuove cure oncologiche. E che i pazienti non avranno problemi ad accedervi.

«I farmaci sono costosi — ammette Pinto —. Ma la spesa per l'oncologia non è fatta soltanto di farmaci. Se si vuole risparmiare occorre verificare quali e quanti esami diagnostici sono davvero utili nella gestione del paziente e quali e quanti interventi di chirurgia lo sono. Ragionare sui farmaci è la cosa più semplice, il problema è il resto».

In Italia al momento (pur con i ritardi segnalati) un paziente può essere curato gratuitamente grazie al nostro sistema sanitario nazionale. E la mortalità per tumore si è ridotta negli ultimi tempi.

Quella "tossicità finanziaria" del cancro, di cui si parla da tempo negli Stati Uniti e che è al centro delle relazioni all'Asco di Chicago anche quest'anno, per noi al momento non c'è. O forse sì.

Tossicità finanziaria significa che un paziente, soprattutto negli Usa, quando si ammala, rischia la bancarotta. In America, i cittadini devono stipulare assicurazioni per l'assistenza sanitaria, ma spesso devono contribuire alle spese di tasca propria e finiscono per vendersi la casa o rinunciare all'educazione dei figli. E le statistiche dicono che chi si trova in queste situazioni ha un rischio di morte dell' 80 per cento più alto.

In Italia i farmaci non si pagano, ma esiste comunque una "tossicità economica" della malattia, come ha dimostrato una ricerca, firmata da Francesco Perrone dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli, Fondazione Pascale, e condotta su 3.670 pazienti.

Se una persona, infatti, ha già problemi finanziari al momento della diagnosi di malattia avrà un rischio di morte più elevato del 20 per cento. Deve affrontare nuove spese, per recarsi nei centri di cura, ad esempio, o per il pagamento di ticket, e, in più, può andare incontro a problemi sul posto di lavoro. Questioni di cui non si parla abbastanza. E che possono ridurre i benefici dei nuovi farmaci.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A rischio

In Italia i farmaci non si pagano, ma esiste comunque una "tossicità economica" della malattia, come ha dimostrato una ricerca, firmata da Francesco Perrone dell'Istituto nazionale dei tumori di Napoli, Fondazione Pascale, e condotta su 3.670 pazienti. Se una persona, infatti, ha già problemi finanziari al momento della diagnosi di malattia avrà un rischio di morte più elevato del 20 per cento

500 milioni

È la somma stanziata per il 2017 dal governo italiano, che servirà come «tesoretto» del fondo pensato per le nuove cure dei tumori in modo che i pazienti non abbiano problemi ad accedervi

Tossicità finanziaria
Soprattutto negli Stati Uniti chi si ammala di cancro rischia la bancarotta perché i farmaci sono costosi e non esiste il Servizio sanitario nazionale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 46
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

«Profilazione»
Le opportunità offerte dall'analisi del genoma

Dato per scontato che molti tumori dipendono da alterazioni genetiche, che oggi esistono test capaci di individuare queste alterazioni e che ci sono farmaci in grado di neutralizzarle e di curare certe neoplasie, la domanda è: quanti pazienti, soprattutto nelle fasi avanzate di malattia (quando le alterazioni del Dna si accumulano), vengono sottoposti a questi test? Non tanti, ci informa una ricerca francese presentata all'Asco e chiamata ProfiLER (profilazione del Dna del tumore) su quasi duemila malati. Una delle più ampie al momento (coordinata da Olivier Tredan oncologo al Centre Léon Bérnard di Lione) che dice: nei pazienti sottoposti al test, in almeno il 52 per cento dei casi si sono trovate alterazioni "aggredibili" dagli antitumorali oggi a disposizione. Lo studio, dunque, è una conferma che l'analisi genomica può offrire una preziosa opportunità ai malati.

A.Bz.

I numeri

3.037.127

Le persone con diagnosi di tumore in Italia nel 2015 (pari al 5 per cento dell'intera popolazione)

LA SOPRAVVIVENZA A CINQUE ANNI DOPO LA DIAGNOSI DI UN TUMORE MALIGNO NEL NOSTRO PAESE

4.175 milioni di euro

La spesa per i farmaci antitumorali in Italia nel 2015 (18,9% sul totale della spesa per i farmaci)

I farmaci innovativi registrati in Europa nel periodo 2013-2016

4.176

I nuovi farmaci antitumorali allo studio nel 2016

Il tempo di attesa in media per un nuovo farmaco dal momento della sua approvazione alla disponibilità per il paziente italiano

Fonte: Rapporto Favo 2017

Corriere della Sera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 47
foglio 1
www.datastampa.it

La parola guarigione non è più un tabù

La svolta

Male "incurabile", addio. Sebbene alcuni tumori restino difficili da sconfiggere, secondo le più recenti statistiche, le guarigioni sono in aumento e sei italiani su dieci ce la faranno, andando a ingrossare le fila di quei tre milioni di connazionali che sono vivi dopo una diagnosi di cancro.

«Un terzo di loro può e deve essere considerato guarito — sottolinea Stefania Gori, presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) —. Vediamo finalmente i risultati di diagnosi precoci e nuove terapie efficaci: circa un milione di persone nel nostro Paese si sono lasciate alle spalle la malattia e oggi hanno la stessa aspettativa di vita di coetanei che non hanno mai avuto un tumore. Non devono più fare controlli, con un risvolto psicologico importante: hanno il pieno diritto, anche a livello sociale (ad esempio sul lavoro, oppure quando devono stipulare mutui e assicurazioni) di sentirsi uguali a chi di cancro non si è mai ammalato».

Il tema è di grande attualità al congresso annuale dell'Asco, la Società Americana di Oncologia, in corso a Chicago, dove si fanno i conti con l'esercito crescente di *cancer survivors* (sopravvissuti al cancro) e con le loro nuove necessità.

«Le "cure ai sopravvissuti" sono di fatto una nuova branca dell'oncologia — sottolinea Paolo Tralongo, autore di una relazione sulla rivista Asco insieme ad Antonella Surbone, docente alla New York University Medical School —, ma sarebbe utile avviare una "categorizzazione" di questi pazienti, considerato che ognuno si trova in una condizione peculiare, che a sua volta proietta necessità e aspettative diverse. Infatti, nella generica definizione di survivors convivono almeno quattro realtà diverse: pazienti acuti, cronici, a lungo termine e guariti».

Secondo le più recenti stime contenute nel volume "I numeri del cancro in Italia 2016" (che fotografa la realtà nostrana grazie al lavoro di AIOM e Associazione Italiana Registri Tumori-AIRTUM), il numero dei connazionali vivi dopo una diagnosi di tumore cresce di circa il 3 per cento l'anno: si stima che il 5 per cento dell'intera popolazione (un cittadino su 20) siano guariti o convivano in modo cronico con un tumore.

«La parola guarigione non è più un tabù per chi ha avuto un tumore — aggiunge Tralongo, che è direttore dell'oncologia di Siracusa —. È ormai tempo che questa parola venga utilizzata, che il concetto sia sdoganato, perché i numeri e le statistiche lo dicono: guarire dal cancro è possibile. Tutto dipende dal tipo di neoplasia, dallo stadio alla diagnosi, dalle cure ricevute. E naturalmente dal tempo trascorso dalla scoperta della malattia». Ancora troppo spesso, però, familiari e medici sono riluttanti a parlare di guarigione, con conseguenze negative sia per gli ex malati che finiscono per sentirsi sempre inutilmente preoccupati, sia per il Servizio sanitario, che spreca denaro (potenzialmente investibile in modo più appropriato) per visite e controlli che potrebbero non essere più necessari.

«Esistono precisi modelli "matematici" — precisa Stefania Gori — che valutando tutti i parametri necessari indicano quando una persona può essere giudicata guarita. Un'informazione preziosa, per gli interessati che riprendono pienamente in mano la loro vita e per la programmazione sanitaria». Studi condotti su numeri molto grandi di pazienti, ad esempio, hanno dimostrato che le persone curate efficacemente per un tumore al colon o alla cervice uterina possono essere definite guarite dopo 8 anni di controlli in cui non si è avuta alcuna ripresa della malattia, mentre può bastare anche solo 1 anno per giovani operati di carcinoma a tiroide o testicoli.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

40%

La percentuale di tumori che possono essere evitati con uno stile di vita sano: no al fumo e al sovrappeso, alimentazione corretta e regolare attività fisica possono prevenire la malattia e ridurre i rischi di una ricaduta nei malati. Si stima che il 5% dell'intera popolazione (una persona su 20) sia guarito o conviva in modo cronico con un tumore

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 47
foglio 1
www.datastampa.it

Ricerca

I nostri studiosi hanno un ruolo di primo piano

Sono circa 30mila gli oncologi provenienti da tutto il mondo che partecipano al congresso annuale della Società Americana di Oncologia (Asco) e quasi 2.500 gli studi che vengono presentati e discussi a Chicago, dove si parla del futuro della ricerca, di terapie in sperimentazione, di farmaci innovativi.
Quest'anno l'oncologia italiana avrà un ruolo di primo piano — dice Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica —: presenterà, infatti, in sessioni congressuali di particolare rilievo cinque studi indipendenti che puntano a migliorare sia la cura che la qualità di vita dei pazienti e a contenere i costi per il Servizio sanitario nazionale. Ricerche che hanno l'obiettivo di rispondere a domande come selezionare la migliore terapia per ogni malato fra le molte oggi disponibili, o se sia possibile ridurre la durata di un trattamento conservandone l'efficacia».

V. M.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

La riflessione

di **Luigi Ripamonti**

LA RICERCA PUBBLICA PUÒ FARE MOLTO

Il costo sempre maggiore dei farmaci è ormai diventato il principale argomento di discussione in quasi tutti i congressi medici. A maggior ragione lo è quando le terapie in questione sono quelle che servono a curare i tumori, come descritto nelle pagine che seguono sull'Asco (American Society Clinical Oncology) in corso a Chicago, il più importante appuntamento annuale sulle novità in oncologia. Le ricette invocate e le strategie messe a punto per fronteggiare questo fenomeno e garantire sia la sostenibilità della spesa sanitaria sia l'accesso alle nuove cure a chi ne ha bisogno sono molte e diverse. Nel nostro Paese l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) si è dimostrata fra le più attive e avanzate del mondo in questo senso, adottando, per esempio, sistemi di rimborso dei medicinali alle case farmaceutiche in base ai risultati ottenuti sui singoli pazienti. Altri provvedimenti sono stati adottati, in Italia e all'estero, con maggiore o minore successo.

Un aspetto di cui poco si parla in genere, è però quello del ruolo che può giocare per il contenimento dei costi la ricerca clinica «pubblica», indipendente. La maggioranza delle sperimentazioni cliniche (cioè delle "prove" che vengono condotte per testare la sicurezza e l'efficacia delle medicine) è condotta con il finanziamento delle industrie che intendono verificare i farmaci di propria produzione. È naturale che sia così e ciò non significa che queste ricerche non siano attendibili. Ma una ricerca totalmente svincolata dal sostegno dell'industria può «cercare» cose diverse. Ed è quanto viene indicato in questi giorni proprio da diversi studi indipendenti presentati all'Asco, che vedono coinvolti ricercatori italiani sostenuti.

Queste ricerche dimostrano, per esempio, che per alcuni tumori, in casi selezionati, la durata o il dosaggio della chemioterapia possono essere ridotti rispetto ai trattamenti considerati standard senza che la cura risulti meno efficace, ottenendo così un consistente abbattimento dei costi e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Altro fronte su cui la ricerca pubblica può impegnarsi molto utilmente è poi quello della comparazione fra farmaci e fra combinazioni di farmaci.

È vero che i soldi per finanziare sperimentazioni indipendenti sono difficili da trovare, però una valutazione accurata del costo-beneficio di questo tipo di investimento potrebbe forse dare risultati sorprendenti in termini di bilancio sul medio-lungo periodo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2016: 60.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

L'OSSERVATORE ROMANO

Dir. Resp.: Giovanni Maria Vian

04-GIU-2017
da pag. 2
foglio 1
www.datastampa.it

Allarme per l'aumento delle spese oncologiche

ROMA, 3. In Italia un paziente oncologico su cinque rischia il default, cioè il tracollo economico: per la prima volta si comincia infatti a parlare di "tossicità finanziaria", ovvero la crisi economica individuale conseguente al cancro e alle sue cure, e quindi anche alla precarietà o perdita del lavoro che in vari casi segue alla malattia. A lanciare l'allarme è l'associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in occasione del congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), che si è aperto ieri a Chicago con la partecipazione di oltre trentamila oncologi da tutto il mondo.

L'attenzione dei clinici, non solo italiani ma a livello mondiale, è dunque focalizzata sul tema della sostenibilità: da un lato, infatti, oggi le terapie innovative permettono di migliorare la sopravvivenza dei pazienti, di cronicizzare o, in alcuni casi, di sconfiggere la malattia. Dall'altro, però, pongono i servizi sanitari nazionali di fronte alla sfida della copertura economica necessaria. I trattamenti si sviluppano, ma i costi aumentano. Un dato su tutti: oltre 20 tipi di tumori sono stati trattati con uno o più dei 70 nuovi trattamenti lanciati negli ultimi sei anni, portando la spesa mondiale per il cancro a 107 miliardi di dollari nel 2015. Ed è previsto un aumento fino a 150 miliardi di dollari nel 2020. Fino a pochi anni fa, sottolinea il presidente dell'Aiom, Carmine Pinto, «era un problema confinato agli Stati Uniti, oggi interessa anche il nostro paese», con conseguenze ancora tutte da scoprire.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 46
foglio 1
www.datastampa.it

Oggi la scelta è fra chemioterapia, farmaci «mirati» e immunoterapia

Le cure più «naturali»
La chemio si basa su composti di piante o microrganismi, poi sintetizzati

E quelle più recenti
Gli immunoterapici stimolano le difese dell'organismo a ribellarsi al tumore

Chemioterapia contro terapie "personalizzate", contro immunoterapia (tralasciando al momento la terapia ormonale, indicata in tumori come quello delle prostata o del seno che sono sensibili agli ormoni).

Quale cura, oggi, risponde meglio al bisogno di essere curato di un paziente affetto da cancro?

Facendo cento il numero di malati nelle varie fasi della malattia, in quale percentuale questi trattamenti farmacologici possono garantire una guarigione (se per guarigione si intende il fatto di avere le stesse aspettative di vita di chi quel tumore non ce l'ha)?

La chemioterapia si basa sulla somministrazione di composti capaci di interferire con la moltiplicazione delle cellule tumorali, ma lo fa anche con le cellule sane.

«Paradossalmente — commenta Pier Franco Conte, professore di Oncologia all'Università di Padova e direttore dell'Oncologia medica all'Istituto Oncologico Veneto, considerando i dati degli studi presentati quest'anno all'Asco, il congresso annuale dell'America Society of Clinica Oncology in corso a Chicago — la chemioterapia, fra le tre modalità farmacologiche di cura, è la più "naturale". Si basa, infatti, su composti presenti in certi microrganismi o nelle piante, nelle loro foglie o nella corteccia, che poi vengono sintetizzati chimicamente».

Ancora oggi la chemioterapia ha un ruolo importante in terapia e, pur con i suoi effetti collaterali, guarisce circa il 30 per cento dei tumori mammari, il 20 per cento di quelli del colon retto, il 10-20 per cento di quelli dell'ovaio e l'80 per cento dei linfomi, tanto per fare qualche esempio.

Non è stata, dunque, scalzata dai più moderni farmaci a bersaglio molecolare (quelli alla base della cosiddetta "medicina di precisione" o "terapia personalizzata" che sfrutta molecole capaci di neutralizzare i difetti genetici responsabili del tumore).

«Le terapie personalizzate hanno molti limiti — spiega Conte —. Primo il fatto che sono pochissimi i tumori che hanno una sola alterazione genetica (come, per esempio, certe forme di leucemia e certi tumori dell'intestino chiamati Gist, che rispondono molto bene all'imatinib, *ndr*). Gli altri ne hanno molte e i farmaci spesso funzionano, ma con benefici transitori: il tumore si adatta e il suo Dna produce nuove mutazioni. Soltanto nel 10-20 per cento dei casi si ottengono risultati molto significativi in termini di sopravvivenza».

Ecco allora l'idea di proporre test genetici per identificare le alterazioni del Dna in modo da somministrare questi farmaci in maniera più mirata, magari in associazione o in sequenza (ma senza studiarli in sperimentazioni cliniche: basta avere la mutazione e si darebbero "off label", cioè al di fuori delle indicazioni per cui hanno ottenuto ufficialmente la registrazione).

Ma l'ultimo "grido", in fatto di terapia antitumorale, sono gli immunoterapici, farmaci che, invece di agire sul tumore, stimolano il sistema di difesa immunitario dell'organismo a ribellarsi contro quest'ultimo. In certe neoplasie, a partire dal melanoma, dal carcinoma del rene fino a quelli di testa- collo e adesso del polmone cosiddetto *non a piccole cellule* i successi sono certificati e in aumento: guarigioni che arrivano fino al 40 per cento (nel melanoma) al 20 per cento (in certi tumori polmonari) al 10-20 per cento nei tumori dell'apparato urinario.

«Se si fa una media, a oggi, non più del 25-30 per cento di tutti i tumori rispondono all'immunoterapia — continua Conte —. Molti sono "freddi": anche se si riattiva il sistema immunitario, questo non è in grado di agire sulle cellule tumorali. E non manca, per questi farmaci, un certo grado di tossicità».

A.Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

DIRE
agenzia di stampa nazionale

04-06-2017

LETTORI

10.000

http://www.dire.IT

SALUTE. CANCRO E PAESI POVERI, ALLARME SOCIALE ALL'ASCO

(DIRE) Chicago, 4 giu. - L'80 per cento dei malati di cancro vive in Paesi poveri o in via di sviluppo, ma solo il 5% di questi puo' accedere a cure adeguate: questi dati sono stati ricordati oggi all'ASCO dalla Global Oncology Leadership Task Force attraverso gli interventi di Peter Paul Yu (direttore dell'Hartford Cancer Institute, nel Connecticut) e da Sana Al Sukhun (direttore della Scuola di Medicina dell'Universita' della Giordania, ad Amman). Se e' sempre piu' vero che il cancro ha assunto i connotati di un'emergenza mondiale, e' anche purtroppo vero che nei Paesi poveri e in via di sviluppo, l'emergenza ha le dimensioni di una tragedia ingestibile. Basti pensare che Africa con l'11 per cento della popolazione mondiale, registra il 25% dei malati complessivi di cancro e assorbe l'1 per cento delle spese mondiali. Al contrario l'America assorbe il 50% dei valori economici con poco piu' del 14 per cento della popolazione e con il 10% dei malati. Situazioni e cause di questa escalation sono abbastanza simili a quelle gia' da tempo registrate con il progredire della patologia diabetica: le mutate condizioni di vita, con popolazioni sempre piu' inattive e con abitudini alimentari sempre piu' 'nordamericane', fan si che l'incidenza dei tumori sia sempre piu' pesante proprio nei Paesi non occidentali. Inoltre la mancanza di strutture sanitarie organizzate e d'eccellenza (un solo esempio, portato da Sana Al Sukhun: ben 29 paesi africani, per un totale di 198 milioni di abitanti, non hanno una radioterapia), la carenza di personale qualificato, di programmi di screening e di farmaci neoplastici rende i tumori una sorta di epidemia pressoche priva delle cure piu' elementari e standard. Proprio dall'ASCO la Global Oncology Leadership Task Force ha lanciato un allarme preoccupato ed ha ricordato quello che puo' fare la comunita' internazionale attraverso la ricerca e la raccolta di dati, promuovendo il training, lo screening e la prevenzione primaria. Obiettivo della Task Force dell'ASCO: essere il partner essenziale delle azioni contro le neoplasie, coordinandosi prima di tutto con l'Organizzazione Mondiale della Sanita' per avviare piani di intervento su tutti i Paesi poveri. Il primo di questi interventi, gia' avviato nel 2005, e' la Breast Health Global Initiative (BHGI), che Peter Paul Yu ha chiesto di rilanciare, perche' in molti paesi in via di sviluppo "l'attenzione alla salute della donna comporta una non indifferente rivoluzione culturale e sociale". Il secondo intervento riguardera' la mobilitazione per favorire investimenti in apparecchiature radioterapiche: una commissione internazionale creata in collaborazione con il Lancet, a cui partecipano anche economisti ed esperti in tecnologie per la salute, ha stimato che un'investimento globale di 184miliardi di dollari, necessario per sopperire le attuali carenze di radioterapie, potrebbe portare entro il 2035 a salvare oltre 26 milioni di vite all'anno. Ha ricordato poi concludendo l'oncologo di Hartford: "L'OMS ha pubblicato all'inizio di febbraio la Guide to Early Cancer Diagnosis: la diffusione di questo documento in tutti i Paesi dovrebbe essere il prossimo passo per una strategia globale contro il cancro, fornendo una linea guida di riferimento a tutti i sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo". Il messaggio lanciato all'Asco sulla "global health initiative" e' sembrato chiaro, quanto indubitabilmente impegnativo. Dove si reperiscono tutti questi fondi in un 'epoca di crisi globale? La risposta richiama alla mente un recente momento storico, quando nel 2001 l'allora segretario dell'ONU, Kofi Annan, lancio' la prospettiva di un Global Fund rivolto a combattere AIDS, malaria e tubercolosi nei Paesi poveri. Il coinvolgimento di ONU, singole Nazioni, assemblee di stati (tra cui la UE), agenzie internazionali e aziende del farmaco riusci' a dare un'accelerazione importante ai sistemi sanitari di molti paesi africani nei confronti delle patologie comunicabili. Oggi potrebbe riproporsi la stessa situazione: il cancro - come dice da tempo l'ASCO - si vince con il coinvolgimento di tutti. (Wag/ Dire)

la Repubblica.it

03-06-2017

Lettori
291.389

http://www.repubblica.it/

Tumore al seno, la gravidanza non aumenta il rischio di recidiva

Per le donne con tumore alla mammella sensibile agli ormoni è possibile rimanere incinta senza peggiorare la prognosi. I risultati del primo studio disegnato ad hoc per indagare questo aspetto sono stati presentati da un giovane ricercatore italiano al congresso dell'Asco **LO SPECIALE**

di LETIZIA GABAGLIO

Potrò ancora avere un figlio? È una domanda che la maggior parte delle giovani donne a cui viene diagnosticato un tumore alla mammella si pone. Ancora di più se il tipo di cancro che le ha colpite è positivo al recettore per gli estrogeni (Her2+), perché nei nove mesi di gestazione i livelli di estrogeni crescono e potrebbero stimolare le cellule cancerose rimaste nell'organismo dopo le terapie a crescere nuovamente. E infatti, fra le donne che sopravvivono a un tumore, quelle con il cancro della mammella sono le meno propense a rimanere incinta, meno del 10%. La domanda quindi è più che legittima. Non solo dal punto di vista emotivo, ma anche da quello

scientifico e clinico. Quindi, le donne con tumore Her2+ possono rimanere incinte senza rischiare per questo di avere una recidiva? Sì, dice ora il primo studio disegnato per valutare in maniera precisa proprio questo aspetto. A condurlo e a presentarlo al congresso dell'Asco, il meeting più importante al mondo di oncologia, è un giovane ricercatore italiano, Matteo Lambertini, che per questo studio è stato premiato anche con il Merit Award.

Uno studio ad hoc. I risultati vengono da uno studio che ha coinvolto oltre 1200 donne con tumore alla mammella Her2 positivo e negativo disegnato in modo da bilanciare il cosiddetto "bias of healthy mother", in fatto cioè che le donne che decidono di avere un figlio dopo un tumore sono quelle che stanno meglio, e quindi si tratta di una popolazione selezionata "naturalmente" per avere una prognosi migliore. "Il nostro studio è il primo a valutare cosa succede nelle donne con tumore ormonoresponsivo e a essere disegnato in modo da compensare questo bias", ci spiega ***Matteo Lambertini***. "Per ogni donna Her2+ abbiamo preso 3 donne di controllo cercando di abbinare quella con fattori di rischio confrontabili". Un lavoro specifico che ha fornito quindi dei dati molto precisi: a 10 anni dalla diagnosi, qualsiasi sia lo status ormonale delle donne, la sopravvivenza libera da malattia è la stessa se si è avuta una gravidanza oppure no. E se per le donne Her2 negative questo non sorprende, per quelle positive è un dato davvero importante. Lo studio dice anche che non c'è differenza neanche se guardiamo all'esito della gravidanza, se cioè la donna ha partorito o ha abortito, rimane incinta nei primi due anni dopo la diagnosi oppure successivamente, se decide di allattare oppure no.

Effetto protezione. Lo studio ha coinvolto anche le donne con tumore Her2 negativo e l'analisi dei dati relativi a questa popolazione ha evidenziato un effetto inaspettato: le donne che sono rimaste incinte hanno avuto il 42% di rischio in meno di avere una recidiva. "E' possibile che la gravidanza abbia giocato un ruolo protettivo per queste pazienti, attraverso il sistema immunitario o il meccanismo ormonale, ma abbiamo bisogno di studiare meglio questo meccanismo prima di fare delle ipotesi", afferma Lambertini.

Il futuro. Un'altra preoccupazione delle donne è quella sull'effetto possibile dell'interruzione della terapia adiuvante, il trattamento necessario per abbassare il rischio di recidiva una volta eseguita l'asportazione del tumore raccomandato per almeno 5 anni, in alcuni casi estendibili fino a 10. "Lo studio presentato ad Asco, che è stato condotto in 7 centri di cui due italiani, ha fornito le basi scientifiche per andare a vedere cosa succede se la terapia viene interrotta dopo due anni", spiega ancora Lambertini. "Per adesso, in attesa di risultati specifici, prima di prendere una decisione le pazienti e i medici devono considerare il rischio specifico di ogni donna". Per capire, dati alla mano, se interrompere dopo 2 anni è sicuro è stato aperto lo studio POSITIVE, che al momento sta arruolando le donne, anche in Italia.

adnkronos

03-06-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Primi passi per test sangue che scopre i tumori

di **Adelisa Maio**

La diagnosi precoce del cancro con una 'semplice' analisi del sangue è un obiettivo più vicino grazie a una nuova tecnologia di sequenziamento del genoma. In uno studio presentato al congresso americano di oncologia clinica (Asco) a Chicago e condotto su 124 pazienti con tumori del seno, del polmone e della prostata in fase avanzata, questo approccio innovativo è riuscito a identificare il Dna della neoplasia nel sangue.

Nell'89% dei pazienti almeno una mutazione genetica scoperta nel tumore è stata anche rilevata nel sangue. E soprattutto, ben il 73% di queste anomalie presenti nel campione tumorale, è stato trovato anche nel sangue.

Le cellule cancerose che stanno per morire, abbandonano nel sangue piccolissimi pezzi di materiale genetico: questo è il Dna tumorale circolante. Scovarlo non è affatto semplice, visto che la maggior parte

dei frammenti in circolazione nel plasma provengono da cellule normali. Per mappare l'intero genoma del tumore, i ricercatori leggono ogni piccolo pezzetto e poi li mettono insieme come in un puzzle.

L'approccio utilizzato dall'equipe del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, sviluppato come piattaforma di ricerca e al momento non a fini commerciali, analizza un'area estesa del genoma in modo molto accurato, producendo 100 volte più dati di altri sistemi di sequenziamento. Una gran mole di informazioni che potrebbe essere la base per arrivare alla biopsia liquida, la diagnosi precoce del tumore attraverso test del sangue. Al momento i test in commercio scannerizzano una piccola porzione del genoma in pazienti che hanno già avuto una diagnosi.

"Trovare il Dna tumorale nel sangue è come cercare un ago in un pagliaio. I nostri risultati mostrano che il sequenziamento del Dna tumorale in circolo è possibile e fornisce informazioni importanti per il clinico, potenzialmente senza alcun bisogno di campioni di tessuto tumorale", sottolinea il principale autore dello studio, Pedram Ravazi.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 125.801
Diffusione 12/2016: 65.889
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

04-GIU-2017
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

LA RICERCA

Scovare i tumori con un semplice esame del sangue

Diagnosticare un tumore con un semplice esame del sangue? Un obiettivo più vicino grazie a una nuova tecnologia di sequenziamento del genoma che fa parte di uno studio presentato al congresso americano di oncologia clinica (Asco) a Chicago e condotto su 124 pazienti con tumori del seno, del polmone e della prostata in fase avanzata. Ebbene, questo approccio innovativo è riuscito a identificare con buona approssimazione il Dna della neoplasia nel sangue. Nell'89 per cento dei pazienti almeno una mutazione genetica scoperta nel tumore è stata anche rilevata nel sangue. E soprattutto, ben il 73 per cento di queste anomalie presenti nel campione tumorale, è stato trovato anche nel sangue. Tutto si basa sul fatto che le cellule cancerose che stanno per morire abbandonano nel sangue piccolissimi pezzi di materiale genetico: questo è il Dna tumorale circolante che va scovato e poi mappato come fosse un puzzle.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Il Messaggero.it

03-06-2017

Lettori
41.007

http://salute.ilmessaggero.it/

Frutta secca anti-cancro: 60 gr a settimana riducono del 42% il rischio di ricaduta

Frutta secca anti-cancro. Consumare almeno 60 grammi di mandorle, noci, nocciole, anacardi e noci pecan a settimana riduce del 42% le probabilità di ricaduta in pazienti con tumore del colon e del 57% il rischio di morte. L'effetto protettivo, che si unisce a quelli già noti per il cuore e il metabolismo, emerge da uno studio presentato al congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), il più grande evento del settore, al via a Chicago.

«Numerosi studi mostrano i benefici del consumo di frutta secca contro le malattie cardiovascolari e il diabete - spiega il principale autore del lavoro, Temidayo Fadelu, ricercatore al Dana Faber Cancer Institute di Boston - e abbiamo pensato fosse importante capire se valgono anche per chi è colpito da un cancro al colon. I pazienti con
malattia avanzata, che hanno buoni risultati dalla chemioterapia, spesso ci chiedono cosa possono fare per ridurre le chance di ricomparsa della malattia o di decesso. Questo studio fornisce prove importanti dei benefici che si possono ottenere modificando l' alimentazione e con l'attività fisica». Lo studio ha coinvolto 826 pazienti con tumore del colon retto che aveva attaccato anche i vicini linfonodi. Le chance di sopravvivenza a 3 anni dal trattamento, di solito intervento chirurgico e chemio, arrivano al 70%. L' alimentazione può aiutare e questa ricerca indica, per la prima volta, che basta una manciata di frutta secca al giorno, raggiungendo almeno i 60 grammi a settimana, per allontanare lo spettro di un nuovo tumore. Gli stessi benefici non si ottengono, però - avvertono i ricercatori - con le noccioline o il burro d'arachidi, tanto amato dagli americani.

DIRE
agenzia di stampa nazionale

03-06-2017

LETTORI

10.000

http://www.dire.IT

SALUTE. ASCO: NEOPLASIE, I SOCIAL MEDIA PER AUMENTARE ACCESSO A CURE

(DIRE) Chicago, 3 giu. - Nell'epoca digitale, il web e i social media possono essere un supporto a chi vive con un tumore e alla comunita' degli oncologi? All'ASCO di Chicago le presentazioni e le riflessioni sui tools digitali, sulle app e sulle potenzialita' offerte dal web sono infinite: tool per neoplasie gastriche (A personalized, web-based prognostic tool for resectable gastric cancer), per tumori al seno (Use of a web-based app to improve breast cancer symptom management) e per la gestione del periodo post-chemio (A web-based tool to predict chemotherapy-associated cognitive impairment during survivorship) sono stati presentati durante le sessioni orali, mentre oncologi di fama, come il prof. David Graham, direttore del Levine Cancer Institute, ha illustrato la possibilita' di formare tra pazienti e medici la figura dell' "information altruist", una sorta di sentinella comunicativa in grado di disseminare il web di proposte di educazione e prevenzione puntando sull'uso differenziato di Facebook, Twitter e Pinterest. In realta' nel vasto ambito dell'oncologia, l'uso delle possibilita' e delle strategie comunicative non e' stato fino ad ora cosi' diffuso come in altri settori terapeutici, come ad esempio fanno da tempo il diabete, l'ambito delle malattie mentali (dove il programma inglese Big White Wall, che coinvolge pazienti, famiglie e caregivers nel supporto e nel self assessment, negli anni ha mostato di essere in grado di produrre anche risparmi al sistema sanitario) o dell'HIV, dove la condivisione in community e' gia' molto diffusa. Per questo e' risultato particolarmente efficace l'intervento di Nikhil Wagle, oncologo del Dana Farber Cancer Institute, che ha presentato un progetto specifico dell'Universita' di Harvard generato dalla considerazione che pochissimi pazienti sono coinvolti nei clinical trials, anche tenendo conto della conformazione del vastissimo territorio americano, dove milioni di persone vivono lontane dai centri d'eccellenza oncologica. "Abbiamo puntato sulle tecnologie digitali e sui media sociali per l'engagement di pazienti nelle nostre ricerche", ha detto Wagle, "proprio per allargare la possibilita' di accedere a cure avanzate, oltre che per aumentare il nostro bagaglio di dati di real world". Cosi' il Dana Farber ha avviato una serie di progetti a sempre maggior

coinvolgimento di pazienti e famiglie. I progetti ad oggi sono tre: Metastatic Breast Cancer Project, Angiosarcoma Project e Prostate Cancer Project. Tutti riuniti sotto un unico messaggio di invito, che e' anche il claim della campagna: "Become part of the research movement". l progetto maggiormente seguito, quello sul tumore metastatico al seno, ha gia' coinvolto 3600 pazienti da ottobre 2015 con una metodologia operativa molto semplice: messaggi virali lanciati sui media sociali (soprattutto facebook e twitter), raccolta di candidature, attivazione di un percorso sperimentale, creazione di una community di pazienti costante e continuamente connessa. Niente di piu' semplice - pare - nell'epoca della connessione continua. "Quali sono le lezioni che stiamo imparando?", ha concluso il prof Wagle: "Prima di tutto che il coinvolgimento e' esattamente cio' che oggi i pazienti e le loro famiglie auspicano. Secondo: che l'obiettivo non e' 'postare' informazioni, ma 'coinvolgere' i pazienti. Questo significa che essere autentici, ben oltre i confini del progetto e' cio' che puo' rendere i social media autenticamente utili. Ben sapendo che la massa di dati che e' possibile raccogliere attraverso i media digitali devono essere raccolti, interpretati, utilizzati". Per questo- e' la considerazione finale- sono le politiche della salute le prime ad essere interrogate nella prospettiva di una utilizzazione matura dei media sociali. (Wag/ Dire)

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

03-06-2017

LETTORI
8.700

http://www.pharmastar.it

Cure palliative, maggiore attenzione per non peggiorare lo stato del paziente

Uno studio appena pubblicato su Journal of Palliative Medicine evidenzia che i farmaci utilizzati nella terapia palliativa del dolore possono avere anche degli effetti negativi, di deterioramento, sul paziente. Gli autori inglesi e australiani sottolineano che con un'attenta valutazione delle quantità di morfina o analoghi utilizzati e dei possibili effetti sull'organismo si potrebbe evitare un peggioramento dello stato del paziente.

Uno studio appena pubblicato su **Journal of Palliative Medicine** evidenzia che i farmaci utilizzati nella terapia palliativa del dolore possono avere anche degli effetti negativi, di deterioramento, sul paziente. Gli autori inglesi e australiani sottolineano che con un'attenta valutazione delle quantità di morfina o analoghi utilizzati e dei possibili effetti sull'organismo si potrebbe evitare un peggioramento dello stato del paziente.

I farmaci per la gestione dei sintomi nelle cure palliative sono associati ad alcuni danni nel paziente, ancora non ben valutati ma che possono avere importanti implicazioni cliniche, possono influenzare la conformità dei pazienti al trattamento e contribuire ai sintomi.
L'obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare la relazione tra la dose

giornaliera equivalente di morfina orale (MEDD) e la dose giornaliera equivalente di diazepam (DEDD) con risultati funzionali, cognitivi e sintomi nei pazienti che ricevono cure palliative.

Si tratta di un'analisi longitudinale secondaria di 235 pazienti deceduti per cancro effettuata da un trial controllato randomizzato sulle cure palliative con misure di esito multiple.
Ad ogni punto temporale sono stati calcolati i valori di MEDD e DEDD.

La modellazione multilivello è stata utilizzata per indagare le associazioni indipendenti tra MEDD e DEDD e sintomi cognitivi e gastrointestinali, qualità della vita (QoL), stato delle prestazioni e sopravvivenza.

I partecipanti sono stati reclutati da un programma di cura palliativa specialistica nel sud di Adelaide; si prevedeva che avrebbero vissuto almeno per altre 48 ore, avevano avuto dolori nei 3 mesi precedenti e un punteggio di base di Folstein Mini-Mental Status Examination pari o superiore a 25.

I risultati hanno mostrato che sintomi cognitivi e gastrointestinali, stato delle prestazioni e QoL sono peggiorati nel tempo.
Nell'analisi multilivello regolata, sono stati mantenuti rapporti statisticamente significativi tra MEDD/DEDD e stato di peggioramento delle prestazioni ($p=0,001$), DEDD ed effetti gastrointestinali ($p <0,001$), MEDD e QoL ($p <0,022$).

In conclusione, i farmaci palliativi comunemente usati per i pazienti nelle fasi terminali di malattia oncologica sono stati associati a deterioramento dello stato delle loro prestazioni. La mancanza di associazione tra dose giornaliera equivalente di morfina orale con sintomi gastrointestinali o cognitivi sottolinea che queste associazioni possono essere evitate con una maggiore attenzione. Questa analisi evidenzia l'importanza di includere altri farmaci come confondenti quando si esplorano i danni causati da farmaci. È necessaria una comprensione del bilancio rischio-beneficio dei farmaci per massimizzare i benefici netti per i pazienti.

quotidianosanità.it

Sabato 03 GIUGNO 2017

Le disuguaglianze di salute sono un muro tra Nord e Sud Italia. Ma nel nostro Paese la salute è “più uguale” che nel resto d’Europa

Un laureato vive circa 5 anni di più di un diplomato, ma non se il laureato è del Sud. E l'abbandono delle cure per la crisi è quasi risolto al Centro-Nord, ma è ancora forte nel Meridione. Tuutti i dati nello studio dell'epidemiologo Giuseppe Costa che sarà presentato domenica 4 giugno al Festival dell'Economia di Trento, quest'anno interamente dedicato alla sanità. IL RAPPORTO.

Un laureato vive 5,2 anni in più di chi ha conseguito al più la licenza elementare. Ma nelle regioni del Sud e delle Isole un laureato muore prima di un laureato del Centro Nord, così come aver adempiuto solo alla scuola dell’obbligo in queste Regioni espone a un rischio di morte maggiore che al Centro Nord.
Le disuguaglianze di salute spaccano ancora di più l’Italia secondo i dati che saranno presentati il 4 giugno al Festival dell'Economia di Trento dall'epidemiologo Giuseppe Costa, professore all'Università di Torino. Ma c’è anche una buona notizia: la salute in Italia è disuguale ma meno che negli altri paesi europei di pari sviluppo.

Il rapporto messo a punto da Costa illustra una serie di disuguagliane che vanno di pari passo con le condizioni sociali degli individui.
Ad esempio, un disoccupato presenta disturbi mentali due volte e mezza più spesso di un occupato sia prima sia dopo la crisi; tuttavia, con la crisi, la platea dei disoccupati è aumentata e il numero di casi di disturbi mentali attribuibili alla disoccupazione è raddoppiato.

La graduatoria delle malattie più disuguali, che sono cioè causa di eccessi di morte tra le persone di bassa istruzione, spiega Costa, evidenzia quanto siano importanti le malattie correlate ai comportamenti insalubri più frequenti, alle peggiori condizioni lavorative, alla maggiore esposizione allo stress cronico, a più rischi ambientali, minore capacità di usare le cure che servono e a maggiore vulnerabilità alle conseguenze sociali dell’esperienza di malattia. Ognuno di questi eccessi rivela indirettamente il meccanismo con cui lo svantaggio sociale minaccia la salute.

Così ad esempio a parità di età, su cento persone laureate solo 14,3 fumano, mentre su cento persone con la scuola dell’obbligo ben 28,7 consumano tabacco. Analogamente solo il 3% dei laureati sono obesi contro il 9,4% dei meno istruiti, e il 46,3% dei laureati sono sedentari contro il 67,4% di chi è in possesso della scuola dell’obbligo8. Così pure su cento lavoratori non manuali solo 28 sono esposti a stress cronico mentre tra i lavoratori manuali sono 429. Idem con i rischi ambientali (le persone più deprivate hanno una probabilità doppia di risiedere vicino ad una discarica)10. La crisi non ha aggravato queste differenze, anzi, probabilmente anche grazie alla minore sostenibilità della spesa per consumi voluttuari, sono diminuiti i forti fumatori uomini (-3,9%), l’abuso di alcol (-19,3% tra gli uomini e -19,5% tra le donne) e il consumo eccessivo di carni, e specialmente di quelle rosse, (-2,4% e -8,6%), in tutte le categorie sociali.

“Purtroppo – commenta Costa - la diminuzione nell’esposizione a questi fattori di rischio, tranne che per il consumo alcolico, è stata più forte nelle categorie più avvantaggiate, con un conseguente aumento delle relative disuguaglianze”.

Ma in Europa l’Italia non è quella che sta peggio.
Secondo il rapporto, i paesi con disuguaglianze più spiccate come la Lituania presentano fino a dieci anni di vantaggio nella speranza di vita libera da disabilità tra più e meno istruiti se maschi e più di sette anni se femmine; mentre l’Italia presenta la forbice più stretta con soli quattro anni di differenza tra gli estremi negli uomini e due nelle donne. In posizione intermedia, ma peggiore rispetto all’Italia si collocano paesi del centro

Europa come Francia (6,8 anni negli uomini e 4,4 anni nelle donne) e Austria (7,8 anni e 5,3 anni rispettivamente negli uomini e nelle donne).

"Merito di alcuni fattori peculiari italiani come la sanità pubblica e la dieta", commenta Costa. Che spiega come sul versante preventivo la dieta mediterranea in Italia è ancora patrimonio comune e distribuito in modo uniforme tra gli strati sociali e sul versante sanitario le cure sono offerte gratuitamente a tutti tramite il Servizio Sanitario Nazionale. "Si tratta di due fattori di resilienza – afferma - contro le disuguaglianze di salute che è importante mantenere e rafforzare".

Il rapporto di Costa getta anche acqua sul fuoco della crisi economica. Nel senso che la preoccupazione che le misure di austerità nella spesa pubblica compresa la spesa sanitaria avessero ricadute negative sulla tutela della salute e sulle disuguaglianze di salute "sembra eccessiva", afferma il rapporto, secondo il quale "il ricorso al medico generale, al ricovero, ai farmaci prescrivibili è rimasto invariato o è aumentato, soprattutto a vantaggio delle persone di bassa posizione sociale che hanno più bisogni di salute. Solo il ricorso allo specialista e agli esami è più frequente tra le persone di più alta posizione sociale, nonostante siano più sane, questo perché una parte significativa di visite ed esami si effettua a pagamento".

E il Rapporto interviene anche sull'abbandono delle cure per la crisi. Sette italiani su cento hanno dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria, in buona parte a causa della spesa da sostenere; nonostante la crisi, tale quota non è cambiata negli ultimi dieci anni, un livello non troppo diverso dalla media dei paesi dell'Unione Europea, anche se superiore rispetto ai paesi con un sistema sanitario analogo a quello italiano, come Regno Unito (4%) e Spagna (5%).

La media italiana nasconde però il fatto, aggiunge il rapporto, che la rinuncia alle prestazioni sanitarie è diminuita negli ultimi anni al livello dei nostri pari europei nelle Regioni italiane del Centro Nord ed è nettamente aumentata in quelle del Sud, un aumento che dal 2013 interessa maggiormente i più poveri".

Costa nel suo rapporto sottolinea anche gli effetti del superticket: quando nel 2011 è stato introdotto su visite ed esami, il ricorso a questi livelli di assistenza è risultato invariato o addirittura aumentato tra gli assistiti più bisognosi, cioè esenti per reddito o per malattia. "Questo significa – spiega - che il sistema di esenzione è in grado di proteggere dall'austerità il diritto di accedere alle visite ed esami per le persone più bisognose. Tuttavia, poiché i più abbienti possono pagarsi di tasca propria le cure non prescrivibili o per le quali la lista d'attesa sembri troppo lunga, succede che ci siano notevoli differenze sociali nei tempi di attesa dell'accesso alle cure".
Secondo il rapporto, le disuguaglianze di salute hanno un impatto significativo sui carichi di sofferenza, con le relative ricadute anche sulla produttività e sul fabbisogno assistenziale. Gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite che il nostro paese ha sottoscritto usano l'equità come un "filo rosso" che attraversa tutte le dimensioni della sostenibilità, compresa quella della salute e dei suoi determinanti.

"Questo – conclude - suggerisce un impegno nazionale che si proponga di rendere l'Italia il paese con la salute più uguale in Europa, riducendo le disuguaglianze sociali di salute che sono evitabili e ingiuste16. Anche per questo scopo, l'Italia si appresta a coordinare la nuova Joint Action dell'Unione Europea sulle disuguaglianze di salute".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

04-GIU-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

Vaccini, ancora minacce e cortei "no vax"

Ricciardi (Iss): anch'io ho ricevuto intimidazioni. Proteste contro il decreto: vogliamo libertà di scelta

Torino, Firenze, Trento, Cagliari, Genova... Sabato «caldo» in varie città per manifestazioni contro l'obbligo di vaccinazione. Grembiuli azzurri e rosa stesi a terra come gesto simbolico da 1.500 manifestanti in piazza della Repubblica a Firenze, nella marcia cui ha partecipato Dario Mieico, il medico no-vax radiato dall'albo. Manifestazione analoga a Marina di Carrara, mentre fuori dal Teatro Sociale di Trento, dove parlava la ministra Beatrice Lorenzin, un centinaio di persone hanno distribuito volantini: «Non chiamateci anti-vax, chiediamo solo trasparenza e controlli». Sempre a Trento, il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi, intervenuto al Festival dell'economia, ha rivelato di aver subito minacce a causa del suo appoggio ai vaccini.

A Genova in piazza erano in 300, compresa Luvi De Andrè, figlia di Fabrizio e Dori Ghezzi: «I vaccini sono un'utilissima arma di prevenzione, ma solo se rigorosamente testati, monovalenti e limitati». A Torino appuntamento in piazza Castello col Coordinamento nazionale per la libertà di scelta: «Serve un'informazione così che i genitori possano decidere consapevolmente». Anche passeggini hanno sfilato nel centro di Cagliari al ritmo di «Libertà, libertà, libertà» per iniziativa del gruppo Vaccipiano Sardegna, che su Fb conta 1.300 membri. L'11 giugno a Roma manifestazione nazionale con presidio al ministero della Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 316.086
Diffusione 12/2016: 249.022
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

04-GIU-2017
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Cannabis, una carovana per il sì

I Radicali e l'Associazione Luca Coscioni in viaggio per distribuire e piantare semi di canapa nelle città italiane "Abbiamo il sostegno di cittadini e parlamentari ma il testo è insabbiato in commissione Giustizia della Camera"

La proposta di iniziativa popolare resta valida anche per la prossima legislatura

Potrebbero essere sottratti al sommerso miliardi di euro di fatturato ora in nero

MONICA RUBINO

ROMA. Una carovana di "disobbedienti" sta attraversando l'Italia da Nord a Sud per distribuire semi di cannabis e piantarli in giardini e aiuole delle città. È la campagna antiproibizionista dei Radicali italiani e Associazione Luca Coscioni per chiedere che sia approvata entro la legislatura la legge per la legalizzazione della cannabis dell'intergruppo parlamentare, arenata ormai da otto mesi in commissione Giustizia della Camera. Dopo Roma, Milano, Torino, Foggia, Bari e Napoli il tour disobbediente tornerà nelle prossime settimane a Roma e Torino e toccherà anche Bologna. Nella tappa milanese alcuni militanti, fra cui il tesoriere dell'Associazione Coscioni, Marco Cappato, sono stati identificati dalla Digos per "istigazione a delinquere".

Aderire al "Radical cannabis club" costa dieci euro e la tessera riservata agli iscritti contiene una sorpresa: un seme di cannabis. «Regaliamo un seme di libertà, con l'auspicio che presto piantarlo non sia più reato», spiega il segretario nazionale dei Radicali italiani Riccardo Magi. Oggi infatti, in base alla legge Fini-Giovanardi possedere, donare, cedere, spedire e vendere semi di cannabis non è illegale. Mettere un seme in un vaso, innaffiarlo e coltivare una pianta invece è punibile con pena della reclusione da due a sei anni e con una multa da 5.164 a 77.468 euro. «A sostegno della legge per la legalizzazione della cannabis per uso personale e terapeutico in Parlamento c'è un intergruppo larghissimo», sottolinea Magi, «forse uno dei più grandi che si sia mai creato, nel quale ci sono anche alcune delle forze maggiori che ci stanno portando a questo salto nel buio delle elezioni anticipate».

Dopo un passaggio lampo nell'aula di Montecitorio a luglio 2016, la legge sulla legalizzazione della cannabis a ottobre dello stesso anno è tornata nuovamente in commissione Giustizia, dove rischia di essere definitivamente affossata. «Nel frattempo però il dibattito è andato avanti», continua il segretario dei Radicali, «abbiamo incassato il parere favorevole della Direzione nazionale antimafia, più di un sondaggio ha dimostrato che la maggioranza degli italiani sarebbe favorevole a una misura contro la criminalità organizzata, che consentirebbe di portare alla luce un mercato di milioni di consumatori e miliardi di euro di fatturato ora in nero. E che servirebbe anche a ridurre il sovraffollamento delle carceri».

Magi si augura che gli stessi partiti che hanno trovato un rapido accordo sulla legge elettorale possano individuare una road map per ciò che rischia di rimanere in sospeso: «Pensiamo anche al biotestamento, allo ius soli, nostre battaglie storiche in difesa dei diritti civili e delle libertà individuali». Sulla cannabis rimane la chance della legge di iniziativa popolare depositata a novembre 2016 da Radicali italiani e Associazione Coscioni con 60 mila firme. Le iniziative popolari restano infatti valide per due legislature, anche se dal 1979 a oggi ne sono state approvate solo 3 su 260.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

04-GIU-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«Toni violenti, giusto l'obbligo» Il medico anti bufale è sotto tiro

L'immunologo Burioni: ora lo Stato si prenda l'incarico di informare

Rifiuto della scienza

L'odio contro di me? No comment. Su quel che accade, dovrebbe indagare un sociologo

Giulia Bonezzi
▪ MILANO

CENTINAIA di persone in piazza ieri in diverse città italiane contro il decreto Lorenzin che introduce l'obbligo di vaccinare chi va all'asilo e a scuola. Il blitz di un movimento d'ultradestra contro il ministro in alcuni ambulatori della Bergamasca, le minacce di morte a Roberto Burioni (**nella foto**), l'immunologo del San Raffaele che combatte le teorie antiscientifiche dei no vax sui social.

Professor Burioni, sta montando un clima d'odio contro i vaccini e chi, come lei, si espone?

«No comment».

Allora un clima di terrore, tutti questi genitori spaventati all'idea di dover vaccinare i propri figli?

«È un clima esasperato, perciò penso sia importante, e lo pensano altri studiosi più eminenti di me, che nel momento in cui lo Stato ha preso una decisione sacrosanta sull'obbligo, si prenda anche la responsabilità d'informare i genitori, di tranquillizzarli, soprattutto di non promuovere la disinformazione, che venga da reti televisive o da medici delle Asl».

Lei non è mai stato un pasdaran dell'obbligo, vero?

«Ho sempre concluso le mie lezioni invitando gli studenti a parlare dei vaccini e convincere. Però devo ammettere che non funziona: siamo quasi a 2.800 casi di morbillo nel 2017 in Italia, è un'emergenza. A causa delle mancate vaccinazioni del passato si sono create condizioni di pericolo. A Monza è ricoverato un bambino di 7 anni la cui vita è appesa a un filo: stava guarendo dalla leucemia, ha preso il morbillo dal quale non si poteva vaccinare. Altri studiosi e io siamo preoccupati per quel che potrebbe accadere alla riapertura delle scuole, lo Stato ha fatto bene a intervenire rapidamente. Anzi, da medico avrei voluto l'obbligatorietà anche per le vaccinazioni degli adulti che lavorano in ospedale o a scuola».

Chi era in piazza giura di «non essere contro i vaccini» ma di volere la «libertà di scelta».

«'Non sono contro i vaccini, ma...' è diventato come 'non sono razzista ma...': premessa, di solito, a una affermazione terribilmente razzista. Si invoca la libertà di non vaccinare, ma chi non vaccina i propri figli mette in pericolo tutti gli altri: è come pretendere di guidare a 250 all'ora, la libertà è un'altra cosa. Vaccinarsi è un atto di responsabilità sociale».

C'è chi si dice pronto a farlo «se ci fosse un'epidemia».

«Ma i vaccini servono a prevenirla! È come dire: 'Le cinture di sicurezza le allaccio solo se faccio un incidente'».

C'è chi chiede «vaccini puliti» ed «esami prevaccinali».

«I vaccini sono i farmaci più sicuri che abbiamo. Gli effetti collaterali gravi hanno un'incidenza di un caso su un milione, e visto che si tratta di reazioni allergiche violente si possono risolvere con un medico vicino. Non esistono esami che possano prevederle, servono solo ad arricchire chi li propone. L'efficacia e sicurezza dei vaccini è dimostrata in maniera inequivocabile non da me o dalla Lorenzin, ma dalla scienza. È come la forza di gravità: non è che ci devi credere, esiste. Piuttosto questo rifiuto della scienza andrebbe indagato. Ma da un sociologo, non da un medico».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 332.759
Diffusione 12/2016: 318.217
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

04-GIU-2017
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

I 21 cortei anti vaccini, in piazza con i bimbi

A Milano oltre 1500 manifestanti, a Firenze la protesta dei grembiulini. L'11 giugno appuntamento a Roma

MILANO «Libertà», «informazione», grembiulini per terra, bambini in corteo. I militanti «no vax» escono dai social network e scendono in piazza. A una settimana dalla manifestazione nazionale, in programma per domenica prossima a Roma, ieri migliaia di persone hanno dato vita a sit-in e cortei convocati dal Comilva (Comitato italiano libertà vaccinale) in ventuno città, da Milano a Firenze, da Genova a Cagliari, da Bologna a Torino. E nelle stesse ore il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, ha rivelato di aver a sua volta ricevuto minacce, oltre a quelle indirizzate nei giorni scorsi al ministro Beatrice Lorenzin e al medico Roberto Burioni.

Tra le manifestazioni di ieri, particolarmente partecipata e colorata quella organizzata in mattinata nel capoluogo toscano. Circa 1.500 persone, arrivate anche da Umbria e Marche con tanti bambini al seguito, hanno sfilato da piazza San Lorenzo al Battistero dietro a un lungo striscione che recitava «Con la salute non si scherza, libertà di scelta e sicurezza». Quindi hanno gettato a terra decine di grembiulini scolastici, in segno di protesta contro l'obbligatorietà delle vaccinazioni sanzionata con la non ammissione a scuola.

Hanno stimato circa 1.500 presenze anche i promotori del sit-in milanese di ieri pomeriggio davanti al teatro alla Scala. «Per favore non definiteci "no vax", non siamo assolutamente contro — ha precisato — Serena Tessaro, una delle organizzatrici —. Almeno metà delle persone in questa piazza hanno sottoposto i loro bimbi alla vaccinazioni obbligatorie». Quindi, tra palloncini, cartelli colorati e cori inneggianti a «libertà» e «informazione, ha aggiunto: «Per noi le vaccinazioni sono un presidio importantissimo e su questo non si discute, ma come tutti i presidi sanitari vanno dosati sulla persone. La questione non è vaccino no o vaccino sì, ma vaccino come». In piazza si distingue anche un carello «Viva Hamer», dedicato all'ex medico tedesco (radiato) Ryke Geerd Hamer che si oppone tra l'altro alla chemioterapia.

Scenari e parole d'ordine simili anche a Torino, a Genova — dove anche Luvi De André, figlia di Fabrizio De André e di Dori Ghezzi, si è schierata con i manifestanti attraverso una lettera — e in tutte le altre città in cui si è manifestato. Il Comilva, nel quale è stato attivo Dario Miedico, il medico radiato dall'ordine di Milano lo scorso 24 maggio, ha annunciato anche la costituzione di un presidio permanente sotto il ministero della Salute.

«Dispiace. Credo che siano manifestazioni assolutamente legittime, frutto del fatto che la gente si occupa della questione, e questo è bellissimo — ha commentato il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, a margine di un incontro al Festival dell'economia a Trento —, però sono profondamente sbagliate».

«Spesso i manifestanti — ha aggiunto Ricciardi, che ha raccontato delle minacce subite — si basano anche su informazioni derivanti da falsa propaganda, anche nel web, mentre oggi i vaccini sono la tecnica per difendere anche i più indifesi. La tecnica più sicura che la medicina possa offrire».

Giampiero Rossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media