



## **RASSEGNA STAMPA**

### **02-03-2018**

1. QUOTIDIANO SANITÀ' Oncologia. Malnutrizione, causa di morte per un ammalato su 5. Il 28% di chi ha il cancro ha perso più del 10% di peso
2. ASKA NEWS Studio: 50% pazienti oncologici malnutrito già alla prima visita
3. CORRIERE.IT Donne con la pancia sempre gonfia A dieta e niente medico, ma potrebbe essere un tumore all'ovaio
4. QUOTIDIANO SANITÀ' Benzene, quanto è cancerogeno? Polemiche sulla posizione della IARC
5. QUOTIDIANO SANITÀ' Scoperto un batterio che protegge dai tumori della pelle
6. AVVENIRE Cure palliative, diritto fondamentale
7. HEALTH DESK Biosimilari: brevetti in scadenza, risparmi in vista
8. LIBERO QUOTIDIANO I biologi a convegno discutono di longevità, vaccini e nanoparticelle
9. MF Perché sia più sostenibile, si potrebbe applicare alla sanità italiana il piano Industria 4.0
10. REPUBBLICA VENERDI In Africa il nuovo Aids si chiama obesità
11. LA VERITA' Applicazioni al posto dei farmaci I medici prescrivono cure digitali

Giovedì 01 MARZO 2018

## Oncologia. Malnutrizione, causa di morte per un ammalato su 5. Il 28% di chi ha il cancro ha perso più del 10% di peso

Oltre il 50% dei pazienti oncologici è malnutrito, già alla prima visita. Lo rivela PreMio, acronimo di Prevalence of Malnutrition in Oncology, lo studio italiano pubblicato sulla prestigiosa rivista Oncotargeted. Gli esperti: “Il 5% di perdita di peso è un indicatore allarmante, il 28% di chi ha il cancro ha perso più del 10% di peso. Stomaco, esofago, pancreas e polmone sono i siti più a rischio per la malnutrizione”.

Il 15% dei pazienti italiani è a rischio di malnutrizione. Più in generale, in ospedale e nelle Rsa un paziente su 3 è malnutrito o a rischio di malnutrizione e, dato ancora più allarmante, un paziente oncologico su 5 muore per questa causa, pari a circa mezzo milione di persone.

È italiano lo studio che per la prima volta ha messo a fuoco lo status nutrizionale di quasi 2 mila pazienti italiani in occasione della prima visita oncologica in 22 unità di oncologia nazionali, svelando dati e retroscena inediti per ciò che riguarda i tipi di cancro che influenzano la malnutrizione con perdita di peso e scarso apporto di nutrienti essenziali.

PreMio, acronimo di Prevalence of Malnutrition in Oncology, è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista Oncotargeted ha mostrato in maniera incontrovertibile che malnutrizione, anoressia, perdita di appetito e di peso sono comuni nei pazienti con cancro sin dalle prime fasi di malattia, e rilevabili già alla prima visita oncologica.

Del campione preso in esame il 51,1% mostrava un grado di compromissione nutrizionale variabile, di questi il 42,4% era a rischio di malnutrizione e il 9% era già francamente malnutrito. La perdita di peso involontaria è un indicatore, una red flag di un alterato bilancio energetico, riscontrata nel 65% dei pazienti esaminati in occasione della prima visita oncologica: il 28,4% aveva perso più del 10% del proprio peso.

### Perdita di peso

“Ai pazienti abbiamo chiesto di compilare due questionari per la valutazione dell’anoressia che hanno attestato una perdita di appetito tra il 41% e il 44,5% dei pazienti. Tra i motivi della perdita di appetito ci sono la sazietà precoce per il 69% dei soggetti, il cambiamento del gusto per il 40,3%, nausea o vomito per il 31,9%, rifiuto e avversione per il sapore della carne (28,9%) e disturbi dell’olfatto per il 16,8%”, ha spiegato Maurizio Muscaritoli, Direttore Uoc di Medicina Interna e Nutrizione Clinica presso Umberto I, Policlinico di Roma e coordinatore dello Studio PreMiO.

### Rischio cachessia

La ricerca ha svelato l’esistenza di un insospettabile numero di soggetti a rischio di cachessia, una condizione che si manifesta con una massiva perdita di peso e di tessuto muscolare. Più del 70% di quelli con cancro allo stomaco o al pancreas, più del 60% di quelli con diagnosi di tumore a fegato e colon retto, più del 40% di quelli con cancro di testa-collo e forme genitourinarie mostravano indice di massa corporea e perdita di peso compatibili con la diagnosi di cachessia neoplastica.

### Malnutrizione in oncologia

“L’alta prevalenza della malnutrizione e le sue conseguenze negative non sono adeguatamente prese in considerazione nella maggior parte delle unità di oncologia, in Italia come nel resto del mondo. Eppure studi condotti in diversi paesi come Germania, Francia, Spagna e Brasile hanno riportato percentuali di malnutrizione variabili tra il 25% e il 70% e in oncologia essa è più frequente rispetto a tutte le altre patologie - ha dichiarato Paolo Marchetti, Direttore dell’Uoc di Oncologia dell’Ospedale Sant’Andrea di Roma - Se non trattata la perdita

di peso, di muscolo o di nutrienti può avere serie conseguenze: i soggetti con cancro del colon retto tollerano un numero inferiore di cicli di chemioterapia il che può comprometterne i risultati, i pazienti con perdita della massa muscolare manifestano più spesso gli effetti tossici dei trattamenti, oppure riferiscono una peggiore della qualità della vita”.

“La malnutrizione non può e non deve essere più considerata un effetto collaterale ineluttabile della malattia - prosegue Muscaritoli - bensì un fenomeno prevenibile e reversibile a patto che l'intervento sia tempestivo e diventi parte integrante delle cure oncologiche. Le conseguenze della perdita di peso hanno un impatto pesante: aumenta la tossicità indotta da radio e chemio sulle cellule sane e rende quelle tumorali più resistenti al trattamento. Mentre l'indebolimento delle difese immunitarie, aumenta la frequenza dei ricoveri e peggiora la prognosi con un aumento della mortalità. Il 20% dei pazienti oncologici infatti non supera la malattia proprio a causa delle gravi conseguenze della malnutrizione. La ricerca ha messo a fuoco, come la lente di un microscopio, i tumori in cui il fenomeno si presenta con maggiore frequenza: stomaco, esofago, pancreas, testa-collo e polmone, mentre le donne con tumore al seno sono quelle meno soggette a malnutrizione. L'importanza di questo studio è quella di rappresentare il pezzo mancante di un puzzle complesso come la presa in carico del malato con cancro”.

“La valutazione e l'intervento nutrizionale - ha concluso Marchetti - devono diventare parte integrante delle cure oncologiche, con una stretta sinergia tra le specialità. Si tratta infatti di una condizione evitabile o prevenibile con protocolli che prevedono una dieta adeguata, la somministrazione di supplementi nutrizionali orali o integratori sino alla nutrizione enterale o parenterale quando necessario per ristabilire l'equilibrio dei nutrienti necessari e permette il recupero del peso”.

C'è fermento e ottimismo nel mondo della Nutrizione Clinica : negli ultimi mesi, diversi passi avanti sono stati fatti per migliorare la cura di pazienti con problemi di malnutrizione. La legge sul biotestamento: prevede che la nutrizione e l'idratazione artificiali sono considerati trattamenti sanitari in quanto prevedono la somministrazione di nutrienti attraverso dispositivi medici, di supporti prescritti dal medico. E il 14 dicembre 2017, tramite un Accordo Stato-Regioni, sono state approvate le Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici, elaborate da un gruppo di lavoro multidisciplinare di cui hanno fatto parte rappresentanti del Ministero della Salute, di aziende sanitarie, di Università ed esponenti di società scientifiche di settore.

Infine, con la Legge di Bilancio 2018 gli alimenti a fini medici speciali possono usufruire della detrazione del 19% esattamente come accade per prodotti sanitari, dispositivi medici, farmaci in fascia A prescritti su ricetta bianca e quelli in Fascia C prescritti con ricetta medica ma non rimborsati.

“Cominciamo finalmente a raccogliere i frutti di quanto abbiamo pazientemente seminato negli ultimi anni - ha concluso Muscaritoli - La Nutrizione Clinica sta finalmente dimostrando le sue grandi potenzialità e la sua capacità di contenere i costi in un sistema sanitario sempre più a corto di risorse da mettere a disposizione dei pazienti”.

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

## ***Studio: 50% pazienti oncologici malnutrito già alla prima visita***

Esperti: stomaco, esofago, pancreas, polmone i siti più a rischio



Roma, 1 mar. (askanews) – In Italia si stima che almeno il 15% della totalità dei pazienti sia a rischio di malnutrizione. Più in generale in ospedale e nelle RSA un paziente su 3 è malnutrito o a rischio di malnutrizione e ancora più grave un paziente oncologico su 5 muore per questa causa, pari a circa mezzo milione di persone. E' italiano lo studio che per la prima volta ha messo a fuoco lo status nutrizionale di quasi 2.000 pazienti italiani in occasione della prima visita oncologica in 22 unità di oncologia nazionali, svelando dati e retroscena inediti per ciò che riguarda i tipi di cancro che influenzano la malnutrizione con perdita di peso e scarso apporto di nutrienti essenziali.

“PreMiO”, acronimo di Prevalence of Malnutrition in Oncology, è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista Oncotarget ed ha mostrato in maniera incontrovertibile che malnutrizione, anoressia, perdita di appetito e di peso sono comuni nei pazienti con cancro sin dalle prime fasi di malattia, e rilevabili già alla prima visita oncologica.

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

SONDAGGIO IN GRAN BRETAGNA

# Donne con la pancia sempre gonfia A dieta e niente medico, ma potrebbe essere un tumore all'ovaio

*Specie dopo la menopausa e nelle over 50 è bene non trascurare i possibili sintomi, seppur spesso vaghi, del sesto tipo di cancro femminile più comune (e fra i più letali)*

di Vera Martinella



La pancia si gonfia e loro si mettono a dieta, mangiano più yogurt e prodotti contenenti probiotici, tentano persino con il «senza glutine», ma è assai difficile che, di fronte a un ventre che continua a lievitare, le donne vadano dal medico. Soltanto un terzo del migliaio di intervistate da un recente sondaggio inglese, infatti, dichiara che ne parlerebbe con il proprio medico di famiglia, inconsapevole del fatto che il gonfiore addominale è uno dei possibili sintomi della presenza di un tumore dell'ovaio, il sesto tipo di cancro più frequente tra le donne. Aggressiva e quasi sempre letale, questa malattia resta difficile da combattere anche perché l'80 per cento delle diagnosi avviene in fase avanzata, quando le possibilità di guarigione sono molto limitate.

## ***Italia: 5.200 nuovi casi all'anno***

Nel 2017 in Italia si sono registrati 5.200 nuovi casi di tumore all'ovaio, la maggior parte dei quali nelle donne in menopausa, e circa 3mila connazionali sono morte per questa malattia: a 5 anni dalla diagnosi,

infatti, è vivo soltanto il 38 per cento delle pazienti. «Secondo le nostre statistiche più recenti, circa 6 italiane su 10 non conoscono questo tumore e non sanno riconoscerne i seppur vaghi sintomi - sottolinea Nicoletta Cerana, presidente di Alleanza contro il Tumore Ovarico (Acto onlus) -. Tanto più che la malattia, nelle fasi iniziali, non dà segnali chiari e quando questi compaiono la malattia ha ormai cominciato a diffondersi agli organi circostanti e le probabilità che le cure abbiano successo sono poche. Le aspettative di vita aumentano però se si riesce ad avere una diagnosi precoce». Se il carcinoma viene scoperto in fase davvero iniziale, il solo intervento chirurgico può essere risolutivo: ecco perché è fondamentale non trascurare i seppur vaghi primi indizi.

***Tumore all'ovaio: come difendersi  
Che cosa è***

### ***Stress, dieta e farmaci contro la cistite***

«Avevo la pancia così voluminosa che sembravo una gestante all'ottavo mese di gravidanza - racconta la 54enne inglese Andrea Oliver, in occasione della presentazione del sondaggio condotto dalla charity britannica Target Ovarian Cancer -, ma pensavo di essere stressata. Poi ho iniziato ad avere bruciori urinari e un'eccessiva necessità di fare pipì e, credendo di avere la cistite, bevevo molto e prendevo medicinali da banco. Poi sono arrivati i dolori addominali, ma credevo tutto facesse parte di un periodo particolarmente ansioso, durante il quale mangiavo anche troppo. È stato il mio curante, durante una visita fatta per altri motivi, a ipotizzare potessero essere indizi di un carcinoma ovarico». Stando agli esiti dell'indagine, di fronte a un gonfiore addominale persistente, la metà delle interpellate farebbe come Andrea: si metterebbe a dieta, magari aggiungendo all'alimentazione probiotici, cereali o fibre generalmente proposti per «sgonfiarsi». Un altro 23 per cento comprerebbe in farmacia rimedi che non richiedono una prescrizione, il 22 per cento comincerebbe a fare attività fisica (nell'ottica di dimagrire) e solo un terzo del campione chiederebbe un appuntamento al medico.

***La «mutazione Jolie» può far crescere dell'80% il rischio di cancro: dove fare il test BRCA e chi ne ha diritto  
Cosa significa avere i geni BRCA mutati?***

### ***Fai da te e ricerche in Rete***

C'è poi un 43 per cento di intervistate che farebbe come la 38enne Laura Everley: cercherebbe i sintomi su internet. «Prima di ricevere la diagnosi da un medico ho sopportato per mesi tutti i sintomi tipici di questa malattia - racconta la donna, operata nel 2014 e ora attiva nelle campagne d'informazione della charity -, ma credevo di avere la sindrome del colon irritabile, che dà avvisaglie simili. Ho iniziato a scegliere cibi senza glutine e poi ho collegato altri segnali all'endometriosi di cui avevo sofferto. Poi, dopo oltre tre mesi di "soluzioni fai da te", ho cercato su Google e ho trovato un post sul cancro all'ovaio, così ho deciso di andare dal dottore». Proprio per rispondere al grande bisogno di informazioni sulla malattia, anche in Italia Acto Onlus ha creato il servizio Pronto Acto: «Oltre a impegnarci sul fronte della prevenzione e per la diagnosi precoce - dice Cerana -, con questo servizio siamo al fianco delle pazienti e dei loro familiari per chiarire dubbi e rispondere a quesiti in due ambiti: quello legale, assicurativo e di diritto del lavoro e quello di

informazione e orientamento ai centri di cura specializzati, con il sostegno di una psiconcologa».

***Donne dopo i 50 anni, quei sintomi da non trascurare  
L'importanza dei controlli***

***L'esperta: «Attente a questi sintomi»***

«Nella lotta al tumore ovarico l'informazione è fondamentale - conclude Nicoletta Colombo, direttore del Programma Ginecologia Oncologica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano -. Il rischio di sviluppare un carcinoma dell'ovaio è estremamente basso nelle donne giovani e aumenta a partire dai 50 anni e dopo la menopausa, tanto che l'80 per cento delle pazienti è ultra 50enne. È quindi molto importante che ogni donna impari a riconoscere per tempo i possibili "campanelli d'allarme" e parli con un medico se questi sintomi sono frequenti e persistenti: sensazione di sazietà anche a stomaco vuoto, gonfiore all'addome, fitte addominali, bisogno frequente di urinare, perdite ematiche vaginali, stitichezza o diarrea che non passano. Sono più a rischio le donne che non hanno avuto figli e quelle che hanno sofferto di infertilità ed endometriosi. E poi, un quarto dei nuovi casi annui in Italia è dovuto alla mutazione genetica resa famosa da Angelina Jolie, che gioca un ruolo sia nella scelta delle cure per le pazienti sia nella prevenzione per le donne sane, per cui è importante fare il test genetico del BRCA».



Giovedì 01 MARZO 2018

## Benzene, quanto è cancerogeno? Polemiche sulla posizione della Iarc

Negli Usa è polemica sulla posizione opaca della Iarc (International Agency for Research on Cancer) circa l'effettiva cancerogenicità del benzene. Tutto nasce da una richiesta di chiarimento avanzata da un ingegnere chimico nel 2015

(Reuters Health) – Dopo i dubbi sulla trasparenza nei dossier riguardanti l'erbicida glifosato, si apre un nuovo caso per l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc), l'ente indipendente che fa capo all'Oms e valuta la cancerogenicità delle sostanze. Questa volta, al centro del dibattito c'è il benzene e la monografia che ne stabilisce la cancerogenicità, ma allo stesso tempo definisce i limiti di tollerabilità per l'esposizione umana.

### La vicenda

Tutto nasce da una lettera inviata all'ente nel 2015 dall'ingegnere chimico Melvyn Kopstein, secondo il quale la Iarc avrebbe sottostimato l'esposizione umana al benzene. In particolare, secondo Kopstein, nel rapporto Monograph 100F, in cui la Iarc ha classificato il benzene come capace di provocare il cancro, l'agenzia spiega che la potenziale esposizione a livello lavorativo è inferiore ai limiti giornalieri raccomandati. Ma negli Usa, alcuni lavoratori hanno fatto causa per i danni subiti dall'esposizione al benzene e si sono rivolti proprio a Kopstein per le prove scientifiche. Prove che dimostrerebbero che l'esposizione al benzene potrebbe essere più alta di quanto riportato dalla Iarc. Anche un esperto indipendente, Peter Infante – che ha studiato il benzene per 40 anni e ha collaborato alla stesura della monografia dell'agenzia – si è detto insoddisfatto del modo in cui la valutazione era stata condotta e sul risultato, tanto da chiedere alla Iarc di rivedere la posizione.

### L'articolo di Lancet Oncology

Una possibilità di revisione si è aperta nel 2011, quando 27 scienziati si sono riuniti per una settimana per discutere proprio del benzene. In una sintesi della riunione, pubblicata da Lancet Oncology nel 2017, il panel di esperti aveva confermato la pericolosità della sostanza, soprattutto per l'insorgenza della leucemia, ma, per quanto riguardava l'esposizione, gli esperti avevano notato che era in generale diminuita sia in ambienti interni che esterni.

Una conclusione che ancora una volta, secondo Kopstein, è "in totale disaccordo" contro le prove pubblicate e che lui stesso aveva segnalato alla Iarc prima dell'incontro. La cosa che più avrebbe colpito Kopstein, comunque, sarebbe stata la riluttanza dell'agenzia a rispondere. Anche perché tra le 'note' della relazione sul benzene ci sarebbe l'invito a segnalare eventuali errori "in modo che correzioni future possano essere riportate".

Nonostante la sua influenza a livello mondiale, Iarc è un'organizzazione relativamente piccola, con un budget di 43 milioni di euro ed è finanziata da 24 stati membri. Dal 1971 Iarc ha esaminato mille sostanze, di cui la metà classificate come cancerogene, probabili cancerogene e possibili cancerogene.

Fonte: Reuters Health News

Kate Kelland

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)



Giovedì 01 MARZO 2018

# Scoperto un batterio che protegge dai tumori della pelle

Il microbioma cutaneo potrebbe proteggere dai tumori della pelle, causati dall'esposizione ai raggi ultravioletti. A dare la notizia sono i ricercatori della University of California San Diego che hanno scoperto un particolare ceppo di stafilococco, produttore di una molecola, la 6-HAP, in grado di inibire la formazione e la diffusione dei tumori cutanei. Ancora presto per dire se questa molecola potrà essere un giorno utilizzata come forma trattamento; bisognerà aspettare i risultati di ulteriori studi disegnati per rispondere a questa domanda.

Si chiama *Staphylococcus epidermidis* ed è un batterio che alberga, in genere pacificamente, sulla nostre cute. Una presenza invisibile che adesso si scopre potrebbe avere un gran valore nel proteggere contro le neoplasie cutanee.

A darne l'annuncio sono Teruaki Nakatsuji e colleghi della University of California San Diego dalle pagine di [Science Advances](#).

“Abbiamo individuato – racconta Richard Gallo, direttore del dipartimento di Dermatologia presso la UC San Diego School of Medicine – un ceppo di *Staphylococcus epidermidis*, un batterio comunemente presente sulla cute umana, che esercita in maniera selettiva la capacità di inibire la crescita di alcune forme tumorali. Questo ceppo di batteri produce una sostanza chimica in grado di uccidere diverse tipi di cellule tumorali, senza risultare tossico per le cellule normali.”

I ricercatori americani hanno individuato uno speciale ceppo di *Staphylococcus epidermidis* produttore di 6-HAP (6-N-idossiaminopurina), una molecola in grado di inibire l'attività dell'enzima DNA polimerasi. In coltura la 6-HAP si è dimostrata in grado di inibire selettivamente la proliferazione di linee tumorali, ma non dei cheratinociti normali. La 6-HAP è una molecola che inibisce la sintesi del DNA e previene la diffusione delle cellule tumorali come anche alla formazione di tumori indotti dalle radiazioni ultraviolette (UV).

In un esperimento su modello animale, i ricercatori americani hanno dimostrato che i topi che albergavano *S.epidermidis* non in grado di produrre 6-HAP, sviluppavano una serie di tumori della pelle dopo essere stati esposti a radiazioni ultraviolette (UV); questo non si verificava negli animali in presenza di *S.epidermidis* produttore di 6-HAP.

In un altro esperimento, i topi ai quali veniva somministrato per via endovenosa la 6-HAP ogni 48 ore per un periodo di 2 settimane, non presentavano effetti collaterali; quando venivano sottoposti a trapianto di cellule di melanoma, il diametro tumorale risultava soppresso di oltre il 50%, rispetto al gruppo di controllo.

“Ci sono sempre più prove che anche il microbioma cutaneo rappresenti un elemento molto importante per la salute dell'uomo – commenta Gallo – In un nostro precedente lavoro avevano dimostrato che alcuni batteri presenti sulla cute sono in grado di produrre peptidi ad attività anti-microbica, in grado di difendere da ceppi patogeni quali *Staphylococcus aureus*”.

Nel caso dello *Staphylococcus epidermidis* produttore di 6-HAP, si avrebbe addirittura un effetto di protezione contro i tumori cutanei. Saranno naturalmente necessari ulteriori studi per comprendere se la somministrazione di 6-HAP possa essere utilizzata per prevenire i tumori cutanei e anche se la perdita della capacità di produrre 6-HAP aumenti il rischio di cancro.

Per adesso, la prevenzione più efficace contro i tumori cutanei resta quella di evitare esposizioni prolungate al sole, soprattutto nelle ore più calde durante il periodo estivo; la stessa raccomandazione vale per le lampade UV.

Maria Rita Montebelli

# Cure palliative, diritto fondamentale

«Si estendano conoscenza e accesso»: in Vaticano l'appello dei medici

## L'impegno

Dal meeting mondiale della Pontificia Accademia per la Vita proposte per diffondere la consapevolezza di una nuova cultura medica

EMANUELA GENOVESE

**T**redici raccomandazioni e un "libro bianco" per promuovere le cure palliative in tutto il mondo. È l'iniziativa lanciata ieri a Roma dalla Pontificia Accademia per la Vita (Pav) al termine delle due giornate di convegno in Vaticano con decine di professionisti da tutto il mondo, appartenenti a diverse religioni. Le raccomandazioni (che sono uno degli sviluppi di Pal-Life, il progetto Pav che vede coinvolti 13 leader nello studio e nella promozione delle cure palliative) sono dirette ad associazioni, politici, media e università. Sono 40 i milioni di persone che ogni anno avrebbero bisogno di questi trattamenti, non solo a causa dell'invecchiamento della popolazione ma per la tipologia delle malattie e il persistere di infermità croniche e infettive. Una maggiore consapevolezza degli utenti è perciò la ba-

se per creare una vera cultura delle cure palliative nell'era dei social media e della condivisione a distanza. L'investimento a favore delle cure nelle strutture sanitarie diventa una necessità per la loro efficace diffusione. Per questo motivo ai politici, fruitori della prima "raccomandazione", è richiesto di facilitare l'accesso ai trattamenti, riconoscendo il loro valore etico e sociale. L'università è il secondo interlocutore: far diventare obbligatoria la formazione di base sulle cure palliative è una necessità che coinvolge le facoltà dedicate al mondo della sanità, compresi assistenti sociali e cappellani. Su questo punto emerge il ruolo di avanguardia dell'Italia che in gennaio, attraverso una mozione della Conferenza permanente dei Presidenti di consiglio dei corsi di laurea di Medicina e Chirurgia, ha reso obbligatori i tirocini nelle strutture che praticano le cure palliative. A favore della formazione professionale si articolano alcune raccomandazioni, come la certificazione adeguata e continua, requisito imprescindibile degli operatori sanitari. Ai farmacisti e alle autorità di farmacovigilanza si dirigit la terza e la quinta proposta. Spesso il dosaggio e l'accesso ai farmaci impone condizioni troppo rigide al malato. Ai primi, perciò, si raccomanda l'accessibilità al paziente dei trattamenti nella composizione e-

stemporanea di dosaggio non standard; mentre ai secondi si chiede di puntare alla morfina, prima dell'accesso agli oppioidi, nella sua formulazione orale a rilascio immediato, come farmaco preferenziale per il controllo del dolore oncologico. Ulteriori destinatari cui è rivolta una specifica raccomandazione sono gli ospedali e i centri sanitari che dovrebbero offrire, a costi accessibili, i farmaci di base per le cure palliative. Associazioni e società professionali, invece, sono chiamate a sostenere le risoluzioni mondiali a favore delle cure palliative, frutto di partnership e di studio. Occorre anche incoraggiare le organizzazioni per i diritti umani a tenere in attenta considerazione le dichiarazioni internazionali a favore di questi trattamenti. Le ultime raccomandazioni hanno come soggetti le organizzazioni benefiche e le istituzioni a sfondo religioso, alle quali è richiesta una presenza efficace e concreta in tutti i contesti sanitari. Una richiesta che corrisponde alle esigenze del paziente, bisognoso di una vera alfabetizzazione sanitaria e di trovare non solo nelle cure ma anche nelle persone un sollievo al proprio dolore. Sollievo che, come suggerisce la stessa parola *pallio*, può restituire quella dignità e quella pace necessarie per ogni persona malata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE RELIGIONI

### Islamici, indù, ebrei: la dignità lingua globale della vita umana

Non violare la sharia. È la raccomandazione seguita dai musulmani nell'elaborazione di un testamento biologico. L'ha spiegato Dariush Atighetchi, dell'Università di Lugano, parlando di santità della vita e prospettiva islamica al convegno della Pav. «In ambito islamico - ha detto - sono pochi i ricorsi dei pazienti contro i medici, perché il buon medico musulmano farà del suo meglio nel curare il paziente e, di conseguenza, i parenti, convinti che la decisione

della morte spetta a Dio, accettano la fine della vita come un evento al di fuori del proprio controllo». Pluralità, tolleranza e assimilazione sono invece i principi indù ricordati da Vidya Viswanath, di Pallium India. «Di fronte ai dilemmi etici, so che devo compiere il dovere di curare il malato al meglio delle mie capacità senza inseguire le mie aspettative. Per noi la morte è un'evoluzione dell'anima e la pratica delle cure palliative per la religione indù è un modo per comprendere meglio la nostra spiritualità». La fede è la prospettiva che accompagna gli ebrei: «Giacobbe è stato il primo a vivere i benefici delle cure palliative» secondo Barry Kinzbrunner, della Vitas Jealthcare Corporation di Miami. (E.G.)



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

## FARMACI

# Biosimilari: brevetti in scadenza, risparmi in vista

Entro il 2020 scadranno dodici brevetti di farmaci biotecnologici in importanti aree terapeutiche e verosimilmente il conseguente ingresso dei loro biosimilari avrà un significativo impatto clinico ed economico sulle politiche sanitarie. Un'indagine condotta recentemente sull'impiego di otto importanti medicinali biologici a brevetto scaduto stima che tra il 2014 e il 2020 si potrebbero risparmiare tra i 500 e i 755 milioni.

Se ne è parlato giovedì 1 marzo a Milano in un convegno organizzato, per la prima volta in Italia, con il contributo non condizionante di una Big Pharma cinese, Techdow, da poco sbarcata nel nostro Paese.

A oltre dieci anni dall'approvazione dei primi farmaci biosimilari da parte della European Medicine Agency (EMA), oggi queste nuove opzioni terapeutiche sono entrate a far parte della pratica clinica quotidiana e in Italia il loro consumo sta progressivamente aumentando.

In un momento storico caratterizzato dalla necessità di razionalizzare la spesa sanitaria e, al tempo stesso, assicurare ai pazienti le cure migliori – sottolinea Stefano Carugo, direttore della Cardiologia dell'ospedale San Paolo di Milano - tutto quello che può consentire a noi clinici di impiegare terapie efficaci, di pari qualità e, al tempo stesso, a un costo inferiore è senz'altro il benvenuto».

«La prima generazione di farmaci biologici sta raggiungendo, o ha già raggiunto, la scadenza brevettuale e molti biosimilari si stanno affacciando sul mercato italiano» osserva Francesco Saverio Mennini, direttore del Centro per la valutazione economica e HTA (EEHTA del CEIS) all'Università di Roma "Tor Vergata". Con benefici anche per le casse del servizio sanitario pubblico che, suggerisce Mennini, potranno essere «un ottimo bacino di risorse per investimenti futuri all'interno del sistema che le ha generate».



**Il seminario in programma oggi a Roma organizzato dal presidente dell'ordine, Vincenzo D'Anna**

# I biologi a convegno discutono di longevità, vaccini e nanoparticelle

■ ■ ■ **CLAUDIA OSMETTI**

■ ■ ■ «Non si tratta in alcun modo di un convegno no-vax, le polemiche degli ultimi giorni sono semplicemente strumentali».

Vincenzo D'Anna, presidente dell'ordine dei Biologi e senatore in quota Ala, non le manda a dire. Sul tavolo c'è il seminario che andrà in scena a Roma questo pomeriggio: si parla di nanoparticelle, di vaccini e di biotestamento.

A far scaldare gli animi, però, è stata la lista dei relatori (per la verità smussata, visto che qualcuno ha dato forfait all'ultimo momento) che comprende nomi come quelli di Antonietta Gatti, Luc Montagnier e Yehuda Schoenfeld. Personalità che qualcuno ha discusso.

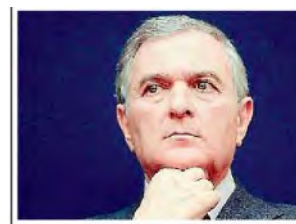
«Ma la nostra è una prospettiva meramente scientifica», attacca D'Anna, «è facile puntare il dito e dire "eh, ma non tutto è stato provato". Il nostro scopo, anzi, è quello di approfondire questi argomenti. Non a caso», prosegue D'Anna, «abbiamo inviato anche Giulio Tarro, che non può che essere annoverato tra gli estimatori della pratica vaccinale». Insomma, i biologi italiani non ci stanno a farsi bollare come

contrari alle punture da ambulatorio. E per questo tirano dritti.

«Siamo partiti dagli studi di due ricercatori che si sono chiesti come mai nella "Terra dei fuochi" campana ci siano gruppi etnici tra i più longevi della regione. Sembra un paradosso, ma è proprio così», spiega l'organizzatore. «E hanno scoperto che nell'alimentazione di queste persone c'era una tipolo-

gia di grano molto ricca di selenio. Il nostro simposio vuole, quindi, fare il punto sugli effetti tossici che hanno determinate sostanze e che, se inalate o inoculate, possono portare a gravi patologie».

Il punto di vista, insomma, è quello del microscopio: verranno trattati gli argomenti relativi agli agenti inquinanti, alle componenti neurotossiche e all'interazione che da queste possono scaturire. «Ma ci saranno», conclude D'Anna, «anche relazioni giuridico-filosofiche, affidate all'ex giudice Paolo Maddalena e al filosofo Diego Fusaro che sviscereranno le recenti norme in fatto di testamento biologico».



Vincenzo D'Anna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Perché sia più sostenibile, si potrebbe applicare alla sanità italiana il piano Industria 4.0

DI ANTONIO SPERA\*

**A**lla vigilia delle elezioni torna centrale il dibattito sulla sostenibilità e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, che deve fare i conti con l'invecchiamento della popolazione, malati cronici più numerosi, terapie più complesse e costose, la necessità di ottimizzare la spesa e migliorare gli esiti clinici per i pazienti. Tutte sfide che oggi vanno affrontate con risposte concrete, che devono anche garantire la sostenibilità economica del sistema.

Nel 2016 in Italia la spesa sanitaria, pubblica e privata, si attestava al 9,2% del pil, rispetto a una media europea del 9,4%. Restrungendo l'analisi alla spesa pubblica, in Italia quella per la Sanità è del 14% sul totale, anche in questo caso meno della media europea (15,2%). Eppure la spesa sanitaria in termini nominali è aumentata da 143,6 miliardi di euro nel 2013 a 149,5 miliardi nel 2016, per via dell'invecchiamento della popolazione e il cronicizzarsi di molte malattie, ma tale aumento non è stato sostenuto da un parallelo aumento di pil. Secondo l'Istat oggi gli italiani over 65 sono 13 milioni - il 22% della popolazione - e di questi 8 su 10 soffrono di patologie croniche, con un costo sanitario circa 2,8 volte quello medio pro capite. Da qui a 30 anni, quando i cittadini più anziani supereranno un terzo del totale, il rapporto crescerà fino a 3,5 volte. Sarà quindi sempre più difficile preservare l'equilibrio finanziario del Sistema Sanitario, cosa molto difficile già oggi, se si considera l'esplosione proprio in questa fascia d'età dell'incidenza delle patologie neurodegenerative, quelle a maggior impatto socio economico e assistenziale. Un valido alleato in questa sfida deve essere l'innovazione, tecnologica ma anche di processo, organizzativa e clinica. In particolare un aiuto concreto può arrivare dall'Internet of Things, che utilizza sensori, app e monitoraggio a distanza per fornire in continuo informazioni cliniche, ma anche i dati in cloud che permettono ai clinici l'accesso alle informazioni necessarie per il trattamento dei pazienti a casa, nel loro ambulatorio o altrove, consentendo il consulto con altri specialisti in tutto il mondo.

Da un'analisi di GE Healthcare un'applicazione ottimale dei sistemi di Industrial

Internet negli ospedali - che migliori tracciabilità dei trattamenti, flusso dei pazienti e utilizzo delle tecnologie, in modo da migliorare l'efficienza solo dell'1% - si tradurrebbe in un risparmio per il Ssn di oltre 1 miliardo di euro l'anno. Su questo fronte, tuttavia, l'Italia deve ancora fare molta strada: nel 2016, la spesa pubblica per la digitalizzazione della Sanità in Italia è stata 1,27 miliardi di euro, cioè circa l'1,1% della spesa pubblica, 21 euro per abitante, e per giunta in contrazione del 5% rispetto al 2015. Le potenzialità inesprese della Sanità 4.0 restano molte: già oggi si possono introdurre applicazioni innovative per la gestione delle liste d'attesa o dell'appropriatezza prescrittiva in modo da eseguire solo esami necessari. Ma a tale scopo vanno superati alcuni ostacoli, che gli operatori del settore indicano nella carenza di risorse finanziarie e umane e nella scarsa preparazione professionale degli addetti ai lavori. È quindi fondamentale investire sulla Sanità digitale anche in termini di risorse umane.

Se il futuro della Sanità italiana passa per l'innovazione digitale, a questa si deve accompagnare l'ammodernamento del parco tecnologico. In Italia, infatti, un gran numero di apparecchiature ha superato i limiti di obsolescenza tecnologica e non soddisfa più gli standard di utilizzo: secondo Assobiomedica, l'età media dei sistemi di diagnostica per immagini supera i 7 anni, in alcuni casi addirittura i 13 anni. Una sanità dalla tecnologia obsoleta è limitante nel risultato clinico, e a volte è rischiosa per il paziente e per gli stessi operatori sanitari, oltre a presentare maggiori costi di manutenzione e gestione. Bisogna perciò svecchiare il parco installato e qui le proposte non mancano: compartecipazione di capitali pubblici e privati, ricorso alla leva fiscale, rottamazione dell'usato, estensione del piano nazionale Industria 4.0 e relativo iper-ammortamento agli investimenti nella Sanità. Oggi il peso delle tecnologie nella cura dei pazienti tende a crescere rispetto alle altre voci di spesa. Restando fermi su questo versante si rischia di lasciare l'Italia fuori della medicina di eccellenza. (riproduzione riservata)

*\*amministratore delegato,  
GE Healthcare Italia*



**TRISTI PARADOSSI**

## IN AFRICA IL NUOVO AIDS SI CHIAMA OBESITÀ

«Quella che sta per arrivare è probabilmente la peggiore epidemia che abbia colpito l'Africa negli ultimi anni, forse persino peggio dell'epidemia di Hiv negli anni 90». A parlare così è un cardiologo keniota, intervistato dal *New York Times* circa lo stato di salute dei suoi pazienti e l'imprevisto aumento dell'obesità che sta interessando il suo come molti altri Paesi del continente. Benché siano ben lontani dall'aver sconfitto la malnutrizione (anzi: per i prossimi mesi l'Onu prevede l'esplosione di nuove carestie in Somalia, Nigeria e Sud Sudan), molti Stati africani si ritrovano a fare i conti, a sorpresa, con il sovrappeso e l'obesità e con il loro corollario di malattie, come diabete e cardiopatie.



È un cortocircuito paradossale, ma secondo l'Università di Washington otto delle 20 nazioni al mondo con i tassi di obesità adulta in più rapida crescita si trovano in Africa, in particolare in Ghana, Togo, Etiopia e Benin. Lì l'obesità negli adulti è cresciuta del 500 per cento negli ultimi 36 anni, mentre in Burkina Faso è schizzata in su addirittura del 1.400 per cento. La ragione principale è il sempre più diffuso inurbamento. Si lasciano le campagne per le città, si inizia a svolgere una vita più sedentaria e ad avere, con la complicità dei fast food, un'alimentazione più grassa e zuccherina: pasti ad alto apporto calorico, grande soddisfazione di gusto, e basso prezzo. E la cosa assurda (davvero una beffa) è che molte di queste persone in passato sono stati bambini e giovani malnutriti. A complicare le cose ci si mette il fatto che non ci sono medici preparati ad affrontare una simile emergenza: negli ultimi anni i sistemi di sanità pubblica sono stati così concentrati su Aids, malaria, tubercolosi e febbri tropicali che poche risorse sono rimaste per le "malattie non trasmissibili". In Kenya, Paese di 48 milioni di persone, ci sono solo 40 cardiologi.

(luciana grosso)



# Applicazioni al posto dei farmaci I medici prescrivono cure digitali

L'agenzia regolatoria americana ha approvato le prime «terapie da cellulare»

■ Ci sono farmaci che non si comprano in farmacia e non si devono assumere, ma scaricare sul telefono, come un'app. L'Agenzia regolatoria statunitense Fda (Food and drug administration) ha approvato le prime applicazioni che il paziente potrà avere nello smartphone, su prescrizione del medico. Nelle ricette, i medici americani possono prescrivere, al momento, app per il controllo di diabete (Bluestar) e dipendenze (Reset). È prossima l'approvazione di Akl-To1, un videogame per la cura dei disturbi dell'attenzione (Adhd).

Le terapie digitali, che utilizzano digiceutici (strumenti digitali per la salute), possono essere prescritte accanto o al posto di un farmaco. Del resto, a differenza di altri tipi di app, queste sono delle digital therapy (come le chiamano Oltreoceano) e hanno un iter di approvazione simile a quello di un medicinale: devono essere testate per l'efficacia in studi clinici da presentare a Fda, che rilascia l'autorizzazione al commercio.

Il termine digital therapy ha iniziato a girare intorno al 2013, in gran parte grazie a Sean Duffy che indicava così il suo software di coaching online sviluppato per aiutare i pazienti con diabete a perdere peso. Queste terapie a portata di clic, nella maggior parte dei casi, raccolgono dati, chiedendo informazioni e utilizzando sensori per fornire ai pazienti, in tempo reale, indicazioni e consigli sulla terapia oltre alle attività da svolgere per ottenere i migliori benefici dalla cura. Ciascuna applicazione, a cui il paziente può accedere per sessioni quotidiane, in caso di assunzione di farmaci, rende tutti i dati raggiungibili in ogni momento sia dal medico che dal paziente. Già la disponibilità di tutte queste informazioni permette un monitoraggio della malattia assolutamente innovativo. L'app per il diabete, ad esempio, funziona con interfacce in cui il

paziente inserisce una serie di dati su cui l'algoritmo rielabora i consigli sullo stile di vita. Le app che curano le dipendenze si basano sulla terapia cognitivo comportamentale. L'applicazione che cura la dipendenza da fumo di sigaretta, in particolare, si collega a un sensore del respiro e, grazie anche all'intelligenza artificiale, l'algoritmo fornisce consigli personalizzati per la gestione di vari sintomi.

La maggior parte delle applicazioni è sviluppata da start up. Attualmente sono circa 150 le aziende impegnate nello sviluppo di digiceutici. Una di queste, Pear therapeutics, ha un piano di sviluppo (pipeline) che assomiglia molto a quello di un'azienda farmaceutica. Le indicazioni delle applicazioni sono praticamente quelle di un farmaco, visto che servono a trattare la dipendenza da oppiacei, la schizofrenia, l'ansia, l'insonnia, disturbo da stress post traumatico (Ptds), la depressione e il dolore cronico. L'app Reset di Pera therapeutics, per esempio, tratta i disordini relativi all'abuso di alcol, cocaina e altre sostanze psicoattive. Potrà essere scaricata sul cellulare nel giro di qualche mese. L'applicazione ha dimostrato di essere più efficace, rispetto ai trattamenti di riferimento, nell'aiutare il paziente a riconoscere quotidianamente gli stimoli scatenanti (trigger) e i sintomi di astinenza, che vengono monitorati e tracciati. Alcuni investitori scommettono che queste terapie potrebbero sostituire anche i farmaci tradizionali. Altri, più cauti, vedono in queste app una potenziale aiuto nella gestione delle terapie. Quello che è certo è che, con costi di sviluppo più alti di un farmaco e una corsia di approvazione veloce predisposta da Fda, i digiceutici daranno nuovo slancio all'innovazione in medicina proponendo, caso più unico che raro, cure innovative a costi più bassi.

M.G.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

