



RASSEGNA STAMPA

04-06-2018

1. CORRIERE DELLA SERA Cancro al seno 7 su 10 curabili senza chemio
2. REPUBBLICA Tumore al seno, la svolta: arriva il test genetico che evita la chemioterapia
3. MATTINO Il tumore al polmone potrà essere curato senza la chemio
4. STAMPA Così le cure diventano a misura di pazienti
5. ANSA Tumore della prostata, bene la terapia chemio-free
6. QUOTIDIANO SANITÀ Oms. Ecco le sei priorità indicate per ridurre del 30% le malattie non trasmissibili
7. IL FATTO Come al drive in: in farmacia in auto
8. REPUBBLICA Int. a Filippo Anelli - "Per la facoltà di Medicina nuovi corsi a pagamento oltre il numero chiuso"

 Lo studio

«Cancro al seno 7 su 10 curabili senza chemio»

di **Adriana Bazzi**

La chemioterapia si può anche evitare. Almeno il 70% di donne con un tumore al seno, nelle fasi iniziali, potrebbe risparmiarsi gli effetti collaterali del trattamento grazie a un test che misura l'attività di 21 geni, coinvolti nelle ricadute della malattia. È questa la conclusione di uno studio, presentato all'Asco, il congresso mondiale dell'American Society of Clinical Oncology in corso a Chicago, finanziato con fondi federali americani e firmato, come primo autore, da Joseph Sparano dell'Albert Einstein Cancer Center di New York. Uno studio che è destinato a cambiare la pratica clinica per quelle donne che hanno la forma più frequente di malattia, quella cioè caratterizzata, da un punto di vista biologico, dalla presenza di recettori ormonali sulle cellule tumorali, ma dall'assenza di un altro tipo di recettori, i cosiddetti Her2 (caratteristiche che riguardano almeno la metà di tutti i tumori). Fra queste donne il test riesce a predire chi è meno a rischio di progressione della malattia, che potrà, quindi, optare per un trattamento *chemio-free* e chi, invece, dovrà essere curato secondo gli schemi attuali, con beneficio, anche se a prezzo di effetti collaterali. Con questa ricerca la cosiddetta «medicina di precisione», che significa «trattare il paziente giusto con il farmaco giusto al momento giusto», fa un altro passo avanti. E la possibilità di analizzare la genetica del tumore sta diventando una guida sempre più preziosa per la personalizzazione della medicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Valuta l'efficacia delle cure ormonali

Tumore al seno, la svolta: arriva il test genetico che evita la chemioterapia

DANIELA MINERVA, pagina 18

L'annuncio

Tumore al seno arriva il test che evita la chemio

Sette donne su 10 possono essere trattate solo con la terapia ormonale. Senza che la cura perda efficacia. Lo dice uno studio presentato negli Usa

Si chiama OncotypeDX ed esamina l'attività di 21 geni. Ad oggi è a pagamento: in Italia costa 3180 euro

Dalla nostra inviata

DANIELA MINERVA, CHICAGO

Cinquantamila e 500 donne ogni anno in Italia scoprono che la loro vita è irrimediabilmente cambiata. Che, qualunque cosa stiano facendo, qualunque età abbiano, debbono fermarsi per combattere la battaglia che le salverà. Perché il tumore del seno si può combattere e vincere (più dell'80% delle donne ce la fa) ma il prezzo da pagare è alto: chirurgia, radioterapia (a volte), ormonoterapia e, quel che è peggio, chemioterapia; la chiamano adiuvante ma vuol dire mesi di cure e relativa tossicità: capelli che cadono, astenia, perdita di sensibilità degli arti. Intendiamoci, la chemioterapia adiuvante è utilissima perché può salvare la vita, ma: sempre necessaria? Tutte, ma proprio tutte le donne che vi si sottopongono ne hanno bisogno per battere il loro cancro? È a questa domanda che dà una bella e positiva risposta

uno studio presentato con gran clamore al meeting dell'American Society of Clinical Oncology in corso a Chicago. Che ha dimostrato la validità di un test genetico capace di capire se, dopo l'intervento, sarà necessario fare la chemioterapia insieme alla ormonoterapia. E a far suonare le campane a festa è il dato secco: può farne a meno il 70% delle donne ammalate del tumore del seno più diffuso, ovvero quello che è sensibile agli ormoni, che ha un certo profilo genetico (che gli esperti chiamano Her2 negativo) e che non ha coinvolto linfonodi. Certo non tutte le italiane che si ammalano hanno questo profilo, ma gli esperti stimano che, fatti tutti i debiti distinguo, circa 3.000 italiane ogni anno potranno risparmiare risparmiarsi la caiena della chemioterapia.

Il test si chiama OncotypeDX ed esamina l'attività di 21 geni. «Senza Oncotype DX non siamo in grado di dire con certezza quale possa essere il trattamento migliore – spiega Joseph Sparano, dell'Albert Einstein Cancer Center di New York che ha presentato lo studio – ogni donna con meno di 75 anni che ha un tumore del seno in uno stadio iniziale e ha il profilo giusto deve essere sottoposta a questo test di modo che i risultati possano gui-

dare le scelte del suo medico». Anche se, ad oggi, il test è a pagamento: disponibile anche in Italia al costo di 3180 euro.

«Questo studio trasformerà immediatamente la pratica clinica in meglio – commenta Harold Burstein, del Dana Farber Cancer Institute di Boston – Perché migliaia di donne potranno evitare la chemioterapia e i suoi effetti collaterali senza danneggiare la qualità e l'efficacia della cura». È la medicina personalizzata in azione: dopo molto parlarne ecco un caso molto concreto. Tanto che gli autori dello studio dicono che «è il primo trial di medicina di precisione mai fatto sui tumori del seno».

Nella stessa direzione va un altro lavoro presentato sempre qui a Chicago, uno studio italiano di ricerca indipendente che vuole capire se altre migliaia di donne con, però, un profilo diverso (Her2 posi-



tivo e positive anche ai recettori ormonali) possono essere curate senza chemioterapia. Ancora la risposta è sì. E ancora si tratta di un lavoro che dimostra il valore della medicina personalizzata. Si tratta infatti di donne con tumori ad alto rischio, che hanno solitamente bisogno della chemioterapia, ma commenta Valentina Guarnieri, professore associato di Oncologia all'università di Padova, che presenterà domani lo studio qui a Chicago: «Selezionando le pazienti sulla base della sensibilità agli ormoni e della velocità di crescita del tumore, siamo in grado di curarne una percentuale senza chemioterapia, ma soltanto con l'ormonoterapia e una combinazione di due anticorpi monoclonali».

Uno dopo l'altro, con un'accelerazione inedita, gli scienziati sono in grado di comprendere sempre meglio come costruire la cura su misura per ogni paziente. Perché oggi sappiamo, è vero, che le armi disponibili possono battere il killer delle donne e riportarne in vita la stragrande maggioranza. Ma il nuovo obiettivo è poterlo fare sottoponendole al minor strazio possibile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

Il cancro al seno

50.500

Le nuove diagnosi in Italia nel 2017

Sopravvivenza a 10 anni **80%**

Sopravvivenza a 5 anni **87%**

767.000

Le donne che in Italia vivono con una diagnosi di tumore al seno, ovvero che ne sono state curate e a oggi sono sopravvissute

1 DONNA SU 8

in Italia si ammala di tumore al seno nel corso della sua vita

29%

La causa dei decessi nelle donne prima dei 50 anni

21%

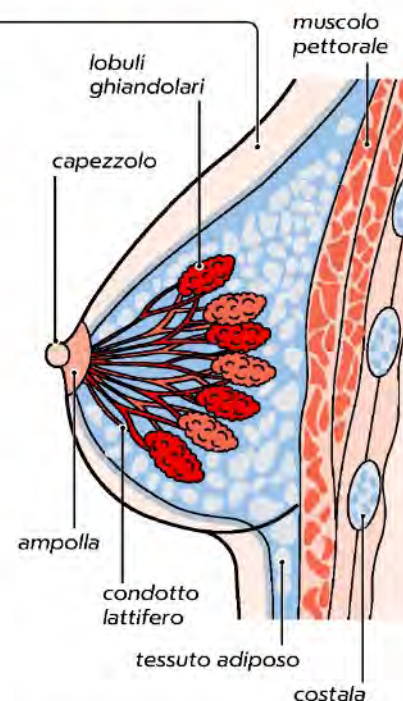
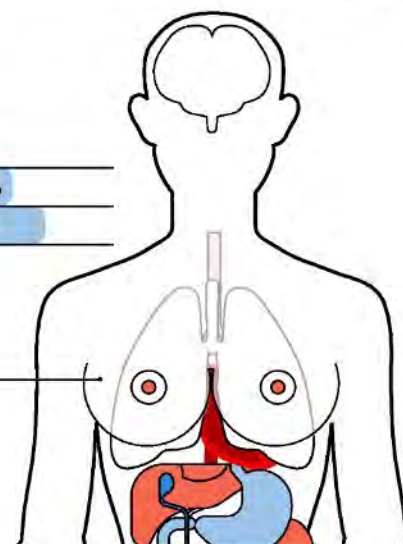
di quelle tra 50 e 69 anni

16%

di chi ha oltre 70 anni

28%

è la causa delle neoplasie



INCIDENZA (2008-2013) Casi su 100.000 donne

Nord	162,2
Centro	143,2
Sud- isole	124,5

Lo studio TaylorX ha coinvolto 10273 pazienti in 6 paesi

La scoperta
Il tumore
al polmone potrà
essere curato
senza la chemio
Pappagallo a pag. 11

Cancro al polmone cura senza la chemio

► Nuove strade per l'immunoterapia presentate all'Asco di Chicago ► I farmaci devono essere mirati a misura del singolo paziente

GRIDELLI:
«ABBIAMO CAPITO
COME IL TUMORE
È IN GRADO
DI INIBIRE LE DIFESE
DELL'ORGANISMO»

«SONO STATI
SVILUPPATI
FARMACI IN GRADO
DI RIMUOVERE
IL BLOCCO
DEI LINFOCITI»

Mario Pappagallo

CHICAGO Curare il tumore al polmone senza la chemioterapia. È una prospettiva che, a tempi brevi, potrebbe diventare realtà per 4 pazienti su 10, e questo grazie alla nuova arma dell'immunoterapia di precisione, ovvero utilizzando i farmaci innovativi mirati a risvegliare il sistema immunitario contro il cancro in combinazioni «a misura di paziente», sulla base cioè delle caratteristiche del tumore del singolo individuo. Precisione e personalizzazione sono le nuove parole d'ordine nella sfida al tumore, con una strategia che non prevede armi letali non intelligenti ma armi che rieducano l'organismo a combattere il cancro con le difese naturali, il sistema immunitario dell'organismo, che all'inizio sono imbrogliate dal cancro stesso. Ora si sa come far in modo che l'imbroglio salti. Quando? Tra 10-15 anni? No. Da subito. Molecole adatte a questa strategia sono già approvate e test genetici per mirare al target giusto anche.

È lo scenario delineato dagli oncologi in occasione della presentazione del nuovo test TmbMB (Tumor mutational bur-

den) in grado di fotografare in modo completo le alterazioni molecolari del tumore analizzando fino a 500 geni e, sulla base di ciò, aprire la strada alla migliore immunoterapia per quel singolo paziente.

Circa 40 mila presenze al palazzo dei congressi di Chicago, in McCormick Place, per l'annuale appuntamento, ormai immanicabile, del gotha dell'oncologia mondiale. Cioè il meeting 2018 dell'American Society of Clinical Oncology (Asco, 1-5 giugno 2018), ormai alla sua cinquantaquattresima edizione. Dieci anni fa, il 3 giugno 2008, il senatore dell'Illinois Barack Obama raggiunse il quorum necessario per la candidatura a presidente, diventando così il primo afroamericano a correre per la Casa Bianca in rappresentanza dei democratici. Il suo discorso davanti a 20 mila oncologi all'Asco di allora fu l'ultimo discorso delle primarie, da lì è partita la sua avventura presidenziale terminata nel 2017.

«Diffondere le scoperte della ricerca ed espandere i risultati della medicina di precisione»: questi gli obiettivi

dichiarati dal titolo dell'edizione 2018. Il focus sulla precision medicine è stato indicato dal presidente degli oncologi americani, Bruce Johnson, come obiettivo di una comunità medico-scientifica che è orientata oggi più che mai a non «trattenere o disperdere i risultati della ricerca», ma a «finalizzarli il più possibile a beneficio del singolo paziente». In particolare, grandi attese vengono nell'ambito dei tumori al polmone, una delle patologie più devastanti, con la presentazione a Chicago di importanti risultati da studi e trials internazionali attualmente in atto.

Nutrita, come sempre, la presenza italiana tra i relatori dell'Asco. Uno è Cesare Gridelli,



direttore del Dipartimento di Oncematologia dell'Azienda ospedaliera S.G. Moscati di Avellino. È il 2 giugno, brindisi per la festa della Repubblica in corso nella lontana Italia, e fuori da un'aula dove dovrà parlare facciamo con lui due chiacchiere scientifiche. Immunoterapia? «Negli ultimi anni importanti passi avanti sono stati effettuati nella terapia medica dei tumori – risponde Gridelli -. Oggi, oltre alla chemioterapia, abbiamo a disposizione trattamenti innovativi: la cura con farmaci a bersaglio molecolare, possibile solo però in circa il 20-25% dei tumori caratterizzati da una alterazione genetica che diventa il bersaglio dei farmaci, e l'immunoterapia. L'immunoterapia, potenzialmente utilizzabile in quasi tutti i pazienti, è un trattamento che cerca di favorire la risposta del nostro sistema immunitario per combattere il cancro. In realtà il sistema immunitario è di per sé una sentinella a guardia del nostro organismo. La teoria della sorveglianza immunitaria si basa proprio sul concetto che in ogni individuo, più volte nel corso della vita, si hanno alterazioni del Dna che inducono la trasformazione di alcune cellule sane in cellule tumorali. È nelle fasi iniziali che il nostro sistema immunitario interviene in vari modi, ma prevalentemente con una serie di cellule "killer", i linfociti T, che riconoscono le cellule tumorali come estranee e le distruggono. Lo sviluppo di un tumore invece si determina proprio quando questa sorveglianza viene a mancare o è insufficiente a fermare il processo di proliferazione delle cellule cancerose».

Quindi, il nostro sistema difensivo potrebbe vincere il cancro da solo. Perché non accade? «Ci arriviamo – riprende l'oncologo di Avellino -. Da sempre si è pensato alla immunoterapia come trattamento dei tumori. Sono stati utilizzati prevalentemente i vaccini, iniettando sostanze (antigeni) simili o uguali a parti di cellule tumorali, cercando così di innescare e di potenziare la risposta immunitaria dell'organismo. Purtroppo, tutti questi studi precedenti sono falliti e non si riusciva a capirne il motivo». Recenti scoperte hanno spiegato i fallimenti: con i vaccini si cercava di potenziare la risposta immunitaria ma il problema era un altro. «Esatto. Il tumore è in grado di bloccare la risposta immunitaria mediante l'aumento di alcuni re-

cettori (PD-L1) che andando a legarsi ad altri recettori (PD-1) presenti sui linfociti T (le cellule soldato del nostro sistema immunitario), li inattivano – spiega Gridelli -. Questo ha aperto allo sviluppo di nuovi farmaci che, legandosi ai recettori PD-L1 o PD-1, evitano l'interazione cellula tumorale-linfocita T rimuovendo così il blocco del tumore alla risposta immunitaria. Oggi questi farmaci, superata la fase di sperimentazione sono entrati nella pratica in diversi tipi di cancro con risultati sorprendenti in particolare nel melanoma e nel carcinoma polmonare non a piccole cellule. Oggi, 2 giugno 2018, sono stati presentati dati interessanti su un aspetto fondamentale per l'immunoterapia: come selezionare i pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato mediante l'utilizzo di biomarcatori. Nella pratica clinica già utilizziamo un biomarcatore rappresentato dal recettore PD-L1 presente sulla superficie delle cellule tumorali. Mediante un esame semplice di laboratorio su tessuto tumorale è possibile misurare l'espressione di PD-L1 per identificare i pazienti che possono essere trattati con l'immunoterapia. Quando vi è una forte espressione di PD-L1 uguale o superiore al 50%, l'immunoterapia ha sostituito ormai la tradizionale chemioterapia contenente platino come trattamento di prima linea. Infatti, l'immunoterapico pembrolizumab in prima linea ha dimostrato un netto miglioramento della sopravvivenza rispetto alla chemioterapia in pazienti in fase avanzata di malattia». Sopravvivenza è per ora il metro di paragone rispetto alle cure precedenti, ci vorrà più tempo di cura per parare di guarigioni. Ma l'ottimismo è alto e prima si individua un tumore come quello polmonare prima si avranno risultati finora non raggiunti. Purtroppo, la diagnosi precoce sembra ancora lontana nei numeri. «I tassi di screening al polmone sono molto più bassi rispetto a quelli per il cancro al seno e al colon-retto», dichiara Danh Pham, oncologo presso il James Graham Brown Cancer Center, Università di Louisville, Kentucky . Qui Asco 2018, la porta verso la sconfitta del tumore è aperta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ONCOLOGO

“Così le cure diventano a misura di paziente”

GIUSEPPE CURIGLIANO, responsabile Nuovi farmaci dello Ieo di Milano
 “L'impatto di queste scoperte sulla pratica clinica sarà immediato”

INTERVISTA

NADIA FERRIGO

Tra i 39mila ricercatori e scienziati che popolano il McCormick Centre, sterminato centro congressi sulle rive del lago Michigan che in questi giorni ospita il congresso dell'American Society Clinical Oncology, c'è Giuseppe Curigliano, direttore della divisione Nuovi farmaci dell'Istituto europeo di Oncologia di Milano.

A Chicago si discute il presente e il futuro della lotta al cancro. Sarà la medicina di precisione a trasformare l'oncologia, con farmaci specifici per ogni paziente?

«Si pensava che sequenziare il genoma potesse dare un beneficio a pochi. Ma non è così, perché sappiamo che non tutti i tumori si curano allo stesso modo. Individuando una specifica alterazione molecolare, possiamo sapere a quale terapia risponderà meglio il paziente».

Il trial «TAILORx», condotto con fondi federali americani, è la più innovativa delle scoperte presentate all'Asco? Perché?

«Tailor in inglese vuol dire “sarto”. Il nome è più che mai azzeccato perché fa ben capire l'importanza dello studio, di cui ho seguito la presentazione nella sessione plenaria più importante. Con un test

genomico, si possono ottenere tre diversi risultati. Nei casi di basso rischio di recidiva non si arriva alla chemioterapia, in quelli ad alto rischio sì. Nei casi intermedi di norma si è sempre prescritta».

Ma analizzandone le informazioni genomiche...

«Grazie a questo studio saremo in grado di stabilire in quali casi la chemio non è necessaria. Anche questa è una scoperta che va nella direzione del congresso di quest'anno, cioè trattamenti sempre più personalizzati e quindi sempre più efficaci».

Altre buone notizie dal mondo internazionale della ricerca?

«Ci sono. Sono confermati i buoni risultati del farmaco Ribociclib come terapia iniziale di prima linea per il trattamento delle donne con tumore al seno localmente avanzato o metastatico. È un buon inibitore delle cicline e migliora il tempo di controllo della malattia».

E sulla prevenzione?

«Sono stato alla presentazione di uno studio sulle analisi delle cellule tumorali sequenziate dopo un prelievo del sangue. In quattro casi su dieci, sono stati individuati tumori polmonari in stadio precoce. Vuol dire che lo stesso test potrebbe essere usato su pazienti ad alto rischio, come i grandi fumatori». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



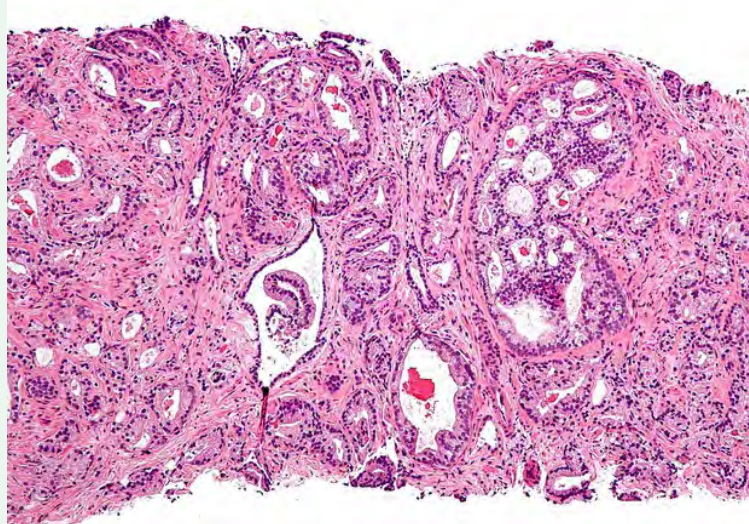
IMAGO/ECONOMICA



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

Tumore della prostata, bene la terapia chemio-free

Ben tollerata ed efficace a lungo termine



La terapia 'chemio-free', con l'aggiunta della molecola abiraterone al trattamento ormonale standard si conferma efficace nel mantenere stabile la malattia, e quindi allungare la sopravvivenza, dei pazienti con tumore alla prostata metastatico alla diagnosi e ad alto rischio, con più del 50% dei pazienti ancora in vita a 41 mesi di follow up.

Lo confermano gli ultimi dati dello studio di fase 3 LATITUDE, effettuato su 1.200 uomini e presentati al congresso dell'American Society of clinical oncology (Asco). Lo studio ha mostrato che abiraterone ha diminuito il rischio di morte del 36%. "Questi dati – commenta Giuseppe Procopio, Responsabile Unità Oncologia medica genitourinaria dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano – delineano un cambio di paradigma per il trattamento di uno dei tumori alla prostata più aggressivi.

Questo per due ragioni: per gli uomini che ricevono una diagnosi di cancro alla prostata in fase avanzata rappresenta un'evoluzione, un nuovo efficace approccio. Il risultato terapeutico che abbiamo osservato in questo studio, dato dall'uso precoce di abiraterone, è comparabile a quello della chemioterapia. La differenza è che abiraterone è un farmaco orale e molto ben tollerato. Buona notizia per questi pazienti, poiché - sottolinea - significa vivere più a lungo con un ridotto impatto di effetti collaterali e una miglior qualità della vita".

Seconda cosa, ma non meno importante, prosegue, è che "non avevamo mai avuto dei dati di così lungo follow up per una terapia ormonale orale alternativa alla chemio. Tali risultati di efficacia ci aprono delle prospettive di cronicizzazione della malattia". Infatti, conclude l'esperto, "fino a qualche anno fa sembrava impossibile, invece oggi l'orizzonte è quello di cronicizzare una malattia come il tumore della prostata".

quotidianosanita.it

Lunedì 04 GIUGNO 2018

Oms. Ecco le sei priorità indicate per ridurre del 30% le malattie non trasmissibili responsabili di 41 milioni di morti l'anno entro il 2030

Malattie non trasmissibili (NCD); collettivamente cancro, diabete, patologie polmonari cardiache uccidono 41 milioni di persone ogni anno, rappresentando il 71% di tutti i decessi a livello globale, 15 dei quali si verificano tra i 30 ei 70 anni. Il rapporto focalizza l'attenzione sulle crescenti, ma spesso trascurate, sfide come i disturbi mentali e l'obesità e richiede un impegno politico di alto livello e l'immediato potenziamento delle azioni per affrontare l'epidemia di malattie non trasmissibili. [IL RAPPORTO.](#)

Un nuovo rapporto della Commissione indipendente di alto livello dell'Organizzazione mondiale della sanità sulle malattie non trasmissibili (NCD), pubblicato il 1° giugno, chiede un'azione urgente per affrontare le malattie croniche e i disturbi della salute mentale.

E richiede un impegno politico di alto livello e l'immediato potenziamento delle azioni per affrontare l'epidemia di malattie non trasmissibili, principali cause di morte e malattie.

Collettivamente, il cancro, il diabete, malattie polmonari e le malattie cardiache uccidono 41 milioni di persone ogni anno, rappresentando il 71% di tutti i decessi a livello globale, 15 dei quali si verificano tra i 30 ei 70 anni. Il rapporto focalizza l'attenzione sulle crescenti, ma spesso trascurate, sfide come i disturbi mentali e l'obesità.

Il presidente dell'Uruguay (e della Commissione), Tabaré Vázquez, ha invitato i leader mondiali a "raddoppiare gli sforzi" per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile per ridurre la morte prematura per malattie non trasmissibili di un terzo entro il 2030 e per promuovere la salute mentale e il benessere: "Preservare e migliorare la qualità delle persone della vita è un modo di migliorare la dignità umana per progredire in termini di crescita economica, giustizia sociale e convivenza umana ", ha detto Vázquez, che ha presentato il rapporto al direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus a Ginevra. "La salute è essenziale per la pace e la democrazia. Non si tratta di spendere molto, ma di fare buoni investimenti ".

"Conosciamo il problema e abbiamo le soluzioni, ma se non aumentiamo i finanziamenti per le NCD e chiediamo a tutte le parti interessate di assumersi le responsabilità indicate e promesse, non saremo in grado di accelerare i progressi", ha dichiarato il co-presidente della Commissione, **Sania Nishtar**. "L'epidemia delle NCD è esplosa nei paesi a basso e medio reddito negli ultimi due decenni. Dobbiamo muoverci rapidamente per salvare vite umane, prevenire sofferenze inutili e impedire il collasso di sistemi sanitari fragili ".

Soddisfare la promessa di una copertura sanitaria universale, per garantire a tutte le persone in tutto il mondo l'accesso a servizi sanitari di qualità senza subire difficoltà finanziarie, è una delle principali priorità dell'Oms. La relazione della Commissione aiuterà i paesi a orientarsi verso la salute di tutti e ad affrontare sia le malattie non trasmissibili che i killer infettivi.

"L'Oms è stata fondata 70 anni fa con la convinzione che la salute è un diritto umano di essere goduto da tutte le persone, e non un privilegio per pochi", ha detto il direttore generale dell'Oms **Tedros Adhanom Ghebreyesus**. "Le raccomandazioni di questo rapporto rappresentano un passo importante verso la realizzazione di questo diritto prevenendo la sofferenza e la morte causate da malattie non trasmissibili".

Invitando i capi di Stato e di governo a assumersi la responsabilità per le malattie non trasmissibili, il rapporto, che è stato anche pubblicato simultaneamente sulla rivista medica The Lancet, riconosce la necessità di

garantire che i ministeri della salute abbiano l'influenza di cui hanno bisogno per garantire che il problema sia sostenuto la volontà politica e il finanziamento meritano.

La presentazione della relazione al direttore generale dell'Oms è la prima attività della Commissione, che continuerà a fornire un sostegno di alto livello alla comunità NCD, catalizzando azioni e finanziamenti, soprattutto nei paesi.

Il 27 settembre 2018, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ospiterà la terza riunione ad alto livello sulle NCD a New York. La relazione della Commissione aiuterà a consigliare l'Oms mentre si prepara a questa cruciale occasione.

I copresidenti della Commissione comprendono i presidenti di Finlandia, Sri Lanka e Uruguay, il ministro della Sanità della Federazione russa e Sania Nishtar, una delle principali esperti e difensori delle NCD, ex ministro federale della sanità del Pakistan. La Commissione comprende i leader della salute e dello sviluppo di governi, società civile e imprese.

Le malattie non trasmissibili (NCD), comprese le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete, le malattie respiratorie croniche e i disturbi mentali, tendono a essere di lunga durata e sono il risultato di una combinazione di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali.

L'uso del tabacco, l'inattività fisica, l'uso dannoso di alcol e diete malsane aumentano il rischio di morire da una NCD. La rilevazione, lo screening e il trattamento delle malattie non trasmissibili e delle cure palliative sono componenti chiave della risposta alle malattie non trasmissibili. L'Oms riconosce anche che l'inquinamento atmosferico come fattore di rischio critico per le malattie non trasmissibili.

A NCD e disturbi mentali sono interessati miliardi di persone in tutto il mondo in tutte le fasi della vita, dall'infanzia all'età adulta.

Quattro malattie - malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete - rappresentano la maggior parte del carico NCD.

Nel 2015, i paesi hanno concordato la sostenibilità degli Obiettivi di sviluppo, che include un obiettivo NCD specifico all'interno dell'obiettivo 3 sulla salute con la riduzione di un terzo di mortalità prematura della NCD entro il 2030 attraverso la prevenzione e trattamento delle malattie non trasmissibili e la promozione della salute mentale e benessere (obiettivo SDG 3.4). Nonostante i numerosi interventi e gli impegni assunti per combattere le malattie non trasmissibili, i progressi sono stati lenti e irregolari.

Questo anche per la mancanza di volontà politica e della definizione delle priorità, l'impatto dei fattori economici, commerciali e di mercato, e l'insufficiente finanziamento.

La Commissione indipendente ad alto livello dell'Oms sulle NCD è stata convocata dal direttore generale dell'Oms nell'ottobre 2017 per consigliarlo su come i paesi possono accelerare i progressi verso il conseguimento dell'obiettivo SDG 3.4.

E sulla base del lavoro già svolto e di quello nuovo messo in campo la Commissione ha concordato su sei chiavi raccomandazioni.

1 Iniziare dall'alto

Leadership politica e responsabilità, dalle capitali ai villaggi.

A I capi di Stato e di governo, non solo i ministri della salute, dovrebbero supervisionare il processo di creazione e proprietà a livello nazionale delle malattie non trasmissibili e della salute mentale.

B I leader politici a tutti i livelli, compreso il livello subnazionale, ad esempio i sindaci della città, dovrebbero assumere la responsabilità di azioni locali globali, insieme con il settore sanitario, che possano far progredire l'azione contro le malattie non trasmissibili e i disturbi mentali.

2 Priorità

I governi dovrebbero identificare e attuare una serie specifica di priorità all'interno del programma per

NCD e salute mentale, basato sui bisogni di salute pubblica.

A Un governo dovrebbe identificare e attuare una serie specifica di priorità all'interno del programma sanitario per le NCD e la salute mentale, basato sui bisogni di salute pubblica.

3 Incorporare ed espandere le NCD entro sistemi sanitari e universali di copertura sanitaria

I governi dovrebbero riorientare i sistemi sanitari per includere la promozione della salute, la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili e dei servizi di salute mentale nelle loro politiche e piani UHC (copertura sanitaria universale) , secondo i contesti e le esigenze nazionali.

A I Governi dovrebbero garantire che il pacchetto nazionale di assistenza sanitaria UHC comprenda i servizi per NCD e salute mentale, compresa la promozione e la prevenzione della salute e gli interventi prioritari di assistenza sanitaria e l'accesso a medicine e tecnologie essenziali.

B I servizi sanitari di base dovrebbero essere rafforzati per garantire una copertura equa, comprese le funzioni essenziali sanitarie pubbliche, con una forza lavoro multidisciplinare adeguata e ben attrezzata, in particolare includendo operatori sanitari della comunità e infermieri.

C Le sinergie dovrebbero essere identificate nelle piattaforme di assistenza per le cronicità esistenti, come l'HIV e la tubercolosi, per far ripartire i servizi per NCD e salute mentale.

4 Collaborare e regolare

I governi dovrebbero aumentare la regolamentazione efficace, l'impegno appropriato con il settore privato, università, società civile e comunità, sulla base di un approccio globale alle NCD e condividere esperienze e sfide, inclusi modelli di policy che funzionano.

Governi

A I governi devono prendere l'iniziativa nella creazione di ambienti che proteggono la salute attraverso leggi robuste, dove e se necessario, e attraverso il dialogo, se del caso, sulla base del principio "la salute è la priorità", compresi obiettivi chiari, trasparenza e obiettivi concordati. Il dialogo non deve, tuttavia, sostituire la regolamentazione nei casi in cui la regolamentazione è l'unica misura efficace. Qualsiasi piattaforma di dialogo dovrebbe includere trasparenza e un meccanismo per la responsabilità e la valutazione e un calendario.

Settore privato

B I governi dovrebbero essere incoraggiati a impegnarsi in modo costruttivo con il settore privato, a eccezione dell'industria del tabacco e con la dovuta attenzione alla gestione degli interessi commerciali e di altri interessi acquisiti, pur proteggendo da qualsiasi influenza indebita, cercando modi per rafforzare impegni e contributi a raggiungere gli obiettivi di salute pubblica, in conformità con il mandato degli OSS.

C Prendendo in considerazione e gestendo eventuali interessi commerciali e altri interessi acquisiti, al fine di contribuire per accelerare i progressi verso l'obiettivo SDG 3.4, i governi dovrebbero lavorare con: alimenti e aziende produttrici di bevande non alcoliche in settori quali la riformulazione, l'etichettatura e la regolamentazione del marketing; industrie del tempo libero e dello sport per promuovere l'attività fisica; l'industria dei trasporti per garantire sicurezza, pulizia e sostenibilità nella mobilità; l'industria farmaceutica e i produttori di vaccini per garantire l'accesso a prezzi accessibili, qualità garantita per medicine e vaccini essenziali; e con le aziende tecnologiche per sfruttare le tecnologie emergenti per l'azione sulle NCD.

D I governi dovrebbero dare la priorità alla limitazione della commercializzazione di prodotti non sani (quelli contenenti quantità eccessive di zuccheri, sodio, grassi saturi e grassi trans) per i bambini. L'Oms dovrebbe esplorare la possibilità di stabilire un codice di condotta internazionale su questo tema, pur riconoscendo la necessità di partenariati basati sull'allineamento degli interessi.

E Si dovrebbero considerare sia gli incentivi fiscali che i disincentivi per incoraggiare stili di vita sani promuovendo il consumo di prodotti sani e diminuendo il marketing, la disponibilità e il consumo di prodotti malsani.

Società civile

F I governi dovrebbero garantire l'impegno e la partecipazione della società civile e delle persone che vivono con

le malattie non trasmissibili e i disturbi mentali, compreso, se del caso, rafforzando le alleanze in particolare nei paesi a basso e medio reddito. I governi dovrebbero lavorare con la società civile per far crescere la consapevolezza, aumentare la difesa, fornire servizi e monitorare i progressi. Oltre la società civile, possono essere utilizzati meccanismi multisettoriali, come le commissioni nazionali delle NCD e gli equivalenti del meccanismo di coordinamento globale, per garantire un'ampia consultazione.

G Le persone con cattive condizioni di salute mentale e la società civile devono essere coinvolte per porre effettivamente fine alla discriminazione e violazioni dei diritti umani. Dovrebbero anche essere coinvolti nella pianificazione dei servizi di salute mentale.

H I governi dovrebbero aumentare la responsabilizzazione delle persone a intraprendere azioni promuovendo attivamente l'alfabetizzazione sanitaria, compresi i programmi di studio dell'istruzione formale e le campagne di informazione e comunicazione mirate. Questo potrebbe includere la convocazione di esperti di marketing ed economisti comportamentali per sviluppare campagne di sanità pubblica progettate per educare diverse popolazioni su come meglio prevenire e mitigare i fattori di rischio e i danni delle malattie non trasmissibili.

Ruolo di supporto dell'Oms

I L'Oms dovrebbe sostenere gli sforzi dei governi per impegnarsi con il settore privato per la prevenzione e il controllo di malattie non trasmissibili, comprese le eventuali misure normative, tenendo conto della logica, dei principi, dei benefici, e rischi e la gestione dei conflitti di interesse in tale impegno.

5 Finanza

I governi e la comunità internazionale dovrebbero sviluppare un nuovo paradigma economico per finanziare l'azione sulle malattie non trasmissibili e la salute mentale.

I Governi nazionali dovrebbero

A

- Sviluppare e implementare un nuovo paradigma economico per le azioni contro le malattie non trasmissibili, sulla base di prove che misure efficaci sono gli investimenti nel capitale umano e la crescita economica.
- Aumentare la percentuale dei bilanci nazionali destinati alla salute, alla promozione della salute e alle funzioni di salute pubblica essenziali e nell'ambito della salute, alle malattie non trasmissibili e alla salute mentale.
- Attuare misure fiscali, tra cui l'aumento delle tasse su tabacco e alcol, e su altri prodotti non salutari.
- Con il supporto degli strumenti sviluppati dall'Oms, condurre valutazioni dell'impatto sulla salute e, dove possibile, valutare quali fattori nel costo reale per le società di politiche ha l'impatto sulle NCD.

La comunità internazionale dovrebbe

B

- Aumentare i finanziamenti e i prestiti per la prevenzione e la gestione delle malattie non trasmissibili attraverso canali bilaterali e multilaterali;
- Esplorare una serie di meccanismi per aumentare i finanziamenti per l'azione sulle NCD, che potrebbe includere: istituzione di un contributo globale al tabacco e all'alcol solidale come finanziamento innovativo volontario meccanismo utilizzato dagli Stati membri per la prevenzione e il trattamento delle malattie non trasmissibili: prendere in considerazione l'istituzione di un fondo multi-donatore, per catalizzare il finanziamento per lo sviluppo della risposta alle malattie non trasmissibili nazionali e mentali in coerenza con le politiche a livello nazionale.
- Integrare le NCD negli indici di capitale umano e di sviluppo umano.
- Convocare un forum sulla salute per gli investitori per sostenere l'azione contro le malattie non trasmissibili.

C L'Oms dovrebbe dare la priorità alle malattie non trasmissibili e alla salute mentale. Ciò richiede che gli Stati membri considerino l'aumento o la riallocazione dei loro contributi all'Organizzazione in modo che l'Oms possa

soddisfare la domanda di sostegno.

Il supporto per affrontare le NCD è la principale richiesta da parte dei paesi, ma il budget dell'organizzazione è stato ridotto nel biennio in corso a causa della mancanza di finanziamenti da parte dei donatori.

6 Agire per responsabilità

I governi dovrebbero rafforzare la responsabilità nei confronti dei propri cittadini per l'azione sulle malattie non trasmissibili.

A Un governo dovrebbe creare o rafforzare i meccanismi nazionali di responsabilità, tenendo conto del meccanismo globale di responsabilità per le NCD e le valutazioni dell'impatto sulla salute.

B L'Oms dovrebbe semplificare l'attuale meccanismo di responsabilità per le NCD e stabilire una tracciabilità chiara e per i programmi di maggiore impatto che possono portare al raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.4, tra cui il conto alla rovescia al 2030 per le malattie non trasmissibili e la salute mentale.

SANTÀKO L'esperimento anche in Italia

Come al drive in: in farmacia in auto

» CHIARA DAINA



Non solo hamburger e patatine. Al drive in si possono acquistare anche i farmaci. Che sia una buona o cattiva notizia forse è troppo presto per dirlo. Anche se il messaggio che un servizio del genere rischia di portare con sé è che pillole e sciroppi diventino facili da ordinare e consumare come un cheeseburger al fast food. Sono ancora poche comunque le farmacie in Italia che stanno sperimentando lo sportello drive in. L'ultima è la farmacia Santa Rita di Bologna che ha lanciato il servizio a fine febbraio. Oggi almeno 5 clienti al giorno comprano le medicine senza scendere dall'auto. Si tratta soprattutto di mamme con un neonato a bordo e persone che hanno difficoltà nella deambulazione. Il drive in nasce anche per aiutare gli autisti con animali e i lavoratori sempre di corsa che non hanno tempo di trovare parcheggio. Non esiste un limite al tempo di sosta per adesso, visto che ancora non si creano file allo sportello. Il cliente al volante però ha già il diritto di precedenza rispetto a quello in coda dentro la farmacia. Altri esempi di farmadrive si trovano a Isola della Scala, in provincia di Verona, a Curtatone, nel Mantovano, a Molinetto, nell'hinterland bresciano.



“Per la facoltà di Medicina nuovi corsi a pagamento oltre il numero chiuso”

INTERVISTA A FILIPPO ANELLI, PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE ORDINI DEI MEDICI (FNOMCEO): “LA PROPOSTA DAREBBE AD ALTRI CANDIDATI LA POSSIBILITÀ DI TROVARE UN'OCCUPAZIONE AL DI FUORI DELLE ASL”. PER ELIMINARE LE FILE PER LE VISITE “SI POTREBBE CAMBIARE IL SISTEMA DELL'INTRA MOENIA”
Adriano Bonafede

Roma

«No, non è vero che i medici siano stati i meno colpiti, fra i vari professionisti, dalle varie norme sulla concorrenza entrate in vigore negli ultimi anni. Anche noi abbiamo subito una maggiore pressione concorrenziale». Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la potentissima federazione degli ordini dei medici e degli odontoiatri che conta oltre 400 mila iscritti, respinge ogni accusa.

Scusi dottor Anelli, ma le lenzuolate di Bersani e quelle successive sembrano avervi solo sfiorato...

«Intanto c'è da dire che in effetti la Bersani ha cancellato anche per noi le tariffe minime, non ci sono più. Però la vera liberalizzazione per noi viene dall'Unione europea».

Perché?

«In Europa sta passando l'idea di considerare i professionisti come imprese, mentre finora la legislazione italiana ha considerato i due settori come assolutamente diversi. Le conseguenze per i medici sono molto forti».

Per quale motivo?

«Le imprese, in generale, hanno una minore regolamentazione rispetto alle professioni. Ma c'è dell'altro».

Cosa?

«Sul versante dell'odontoiatria, soprattutto, c'è una spinta verso una maggiore liberalizzazione: ci sono ormai società che fanno una sempre più spietata concorrenza ai liberi professionisti. Nel mercato stanno entrando grandi società, anche internazionali, che hanno capacità impressionanti di investimenti e di penetrazione».

Lei ha parlato prima di tariffe libere. Ma quasi tutti i medi-

ci lavorano nelle Asl e svolgono poi un'attività professionale privata in collaborazione con le stesse Asl: è la cosiddetta attività intra moenia, che peraltro viene svolta anche in strutture private con l'autorizzazione della stessa azienda sanitaria. In questo caso le tariffe minime sono fissate dalle stesse Asl e a volte, per i primari, possono arrivare anche a 250 euro per una visita. E il professionista non può, anche volendo abbassare la tariffa. Non sembra proprio una liberalizzazione.

«In effetti è vero che per le attività professionali private intra moenia i prezzi sono determinati e controllati dalla struttura sanitaria pubblica».

Quale parte del ricavo va alla Asl?

«In media un 30-40 per cento».

Ma le sembra normale che per il restante 60 o 70 per cento venga fatto divieto al medico di abbassare la propria tariffa? Si ha la sensazione di una presa in giro ed è strano che finora non sia mai intervenuto l'Antitrust su questo tema. E poi, scusi, viene anche il sospetto che dietro lo schermo della tariffa pubblica, i medici riescano a ottenere quello che, se fossero dei veri privati, non otterrebbero.

«In effetti lei coglie una contraddizione. Il fatto che le Asl stabiliscano le tariffe intra moenia è in contrasto con tutta la teoria delle liberalizzazioni tariffarie. Ma soltanto con questo sistema, se lei riflette bene, il paziente può scegliere il medico, cosa che gli è preclusa se si rivolge alla struttura pubblica per ottenere un appuntamento».

Senza considerare che mettendosi in fila per una visita in regime di prestazione pubblica ci potrebbero volere mesi se non anni. Ma non varrebbe la pena di ripensare questo meccanismo?

«Si può teoricamente ripensare a questo meccanismo. Bisognerebbe garantire al cittadino la scelta del medico, ma quest'ultimo dovrebbe avere lo status non di un dipendente ma di lavoratore autonomo e indipendente».

Ha una sua proposta?

«Possiamo immaginare che il medico possa essere convenzionato con la struttura pubblica. In un rapporto, insomma, determinato da una convenzione».

E questa convenzione cosa dovrebbe stabilire?

«Un tot numero di visite annue. Ad esempio, il medico potrebbe ricevere una somma forfettaria per 100 diabetici. Questi ultimi non pagherebbero la visita».

Scusi, ma oltre questa cifra, gli altri dovrebbero pagare...

«Ma ci sarebbero sempre 100 pazienti che hanno avuto una prestazione gratuita con il medico che hanno scelto e così sarebbe superato anche il problema delle liste d'attesa. Comunque ho solo dato un'idea di massima. Io penso che si debba passare da una sistema a tempo, com'è oggi quello dell'intra moenia, a un sistema a prestazione dove il medico abbia a disposizione un budget da gestire in autonomia e una platea di pazienti».

A proposito di liberalizzazioni, voi medici, con il numero chiuso all'ingresso dell'Università, vi garantite che non ci sarà molta concorrenza. Questo sistema di selezione, basato su test di cultura generale, è stato molto criticato e si è detto che sarebbe meglio passare al modello francese, dove la selezione si fa dopo il primo anno. Il ministro della Salute, Lorenzin, ne aveva parlato ma poi non si è fatto più nulla.

«Le università non sono strutturate per offrire al primo anno aule e insegnanti di alto livello».

Sì, scusi, ma se non si comincia mai, non si farà mai.

«Le vorrei ricordare che il vecchio sistema, quando non c'era il numero chiuso, comportava il fatto che all'università si doveva arrivare molte ore prima per prendere un posto da seduti. No, penso che il numero chiuso non si possa eliminare. Tuttavia si possono introdurre elementi di liberalizzazione».

In che modo?

«Oggi la formazione medica avviene soltanto in relazione alle esigenze del servizio sanitario nazionale: questo spiega il numero chiuso. Ma, accanto al



fabbisogno dello Stato, si potrebbe realizzare una formazione al di fuori del numero chiuso, a costi superiori. Questo aprirebbe a una competizione tra le università che potrebbe elevare il livello dell'insegnamento ed attrarre anche giovani dall'estero».

Sembra di capire che lei vorrebbe fare in Italia quello che già avviene all'estero, dove molti nostri giovani vanno a studiare se non passano il test iniziale: in Albania, in Romania, ecc.

«Certo, perché non lo facciamo noi qui in Italia? E questo, ripeto, potrebbe inserire il nostro sistema formativo in un contesto internazionale, con positive ricadute su occupazione e produzione».

Scusi ma i giovani usciti da questi corsi, diciamo così, non collegati al fabbisogno del servizio sanitario pubblico, sarebbero poi esclusi da quest'ultimo?

«No, magari potrebbero avere un punteggio di partenza più basso. Però c'è tanta occupazione aggiuntiva che si sta creando in settori attigui alla sanità, ad esempio nelle assicurazioni per le loro polizze sanitarie, nei tribunali per le perizie, nei centri di guardie mediche. E poi ci sono i giovani che vanno all'estero»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Filippo Anelli,
presidente
della
Fnomceo



LA SCHEDA

La Federazione riunisce 106 ordini professionali



La Fnomceo è un ente pubblico non economico nazionale, sussidiario dello Stato, dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare che riunisce e coordina i 106 Ordini professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri provinciali italiani e collabora con le Istituzioni pubbliche competenti in materia sanitaria. La Federazione è stata istituita con legge 29 ottobre 1954, n. 1049, ed è regolamentata dal D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e s.m.i., dai regolamenti statali di esecuzione, e dalle norme

regolamentari emanate nell'esercizio della propria autonomia. La Fnomceo ha lo scopo di promuovere e assicurare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni medica e odontoiatrica e del relativo esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva. (a.bon.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

[L'OSSERVATORIO]**Il monitoraggio contro la violenza negli ambulatori**

Del 4.000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1.200 riguardano operatori della sanità: all'interno di questo 30 per cento del totale, il 70 per cento è contro professioniste donne, soprattutto medici della guardia medica. Sono dati pesanti quelli elaborati dall'Inail, portati dalla Fnomceo all'attenzione dell'"Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari" istituito nei giorni scorsi e presieduto dal ministro della Salute. L'organismo è composto dal comandante dei Carabinieri del Nas, dal coordinatore degli assessori alla sanità regionali, dai presidenti delle Federazioni degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, degli infermieri, dei veterinari, dei farmacisti, dal presidente della Federazione nazionale degli Ordini della professione di Ostetricia, dal direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dai direttori generali della Prevenzione, della Programmazione, della Sanità animale e dei Farmaci veterinari e delle Professioni sanitarie del ministero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I MEDICI IN ITALIA PER FASCIA D'ETÀ

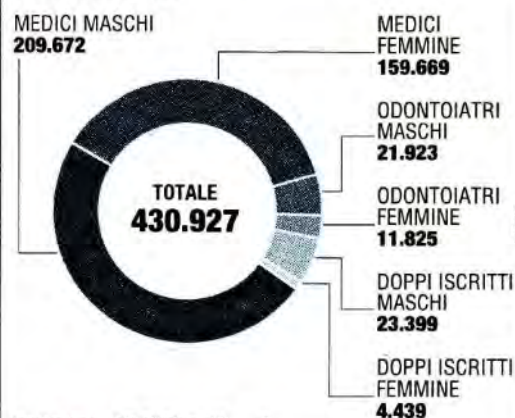
Dati 2017



Fonte: elaborazione a cura del CEO-FINOMCaO 7 marzo 2018

LA DISTRIBUZIONE PER GENERE

Iscritti all'albo, 2017



Fonte: elaborazione a cura del CEO-FINOMCaO 7 marzo 2018

363**MILA MEDICI**

Nel 2017 per la prima volta diminuisce il numero degli iscritti che svolgono la professione "pura"

160**MILA DONNE**

Anche in questo campo la professione si è femminilizzata ma i maschi sono ancora la maggioranza (210 mila)

GLI ISCRITTI ALL'ORDINE