



RASSEGNA STAMPA 09-06-2018

1. CORRIERE.IT Le novità per combattere il cancro al Congresso degli oncologi

Usa

2. ITALIA OGGI Cancro, ora non serve più asportare il rene

3. ILSECOLOXIX.IT "Sperimentazioni ancora troppo rigide. Ora dobbiamo

arruolare più pazienti"

4. QUOTIDIANO SANITÀ Farmaci. Biosimilari, equivalenza terapeutica e libertà di

scelta del medico

5. QUOTIDIANO SANITÀ Farmaci. Grillo: "È necessario implementare modelli

organizzativi più efficienti"

https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro

Le novità per combattere il cancro al Congresso degli oncologi Usa

Oggi la terapia contro i tumori si gioca sulla «medicina di precisione», cioè la possibilità di offrire il farmaco giusto, al paziente giusto, nel momento giusto. Ecco come



Se un cittadino comune, o addirittura un malato di tumore, chiedesse a un giornalista scientifico, che ha partecipato al congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), appena concluso a Chicago, una sintesi delle notizie più importanti sul cancro e delle novità in fatto di cure, lo metterebbe di fronte a una sfida seria. Il suddetto cronista ha già scritto in tempo reale sulle breaking news, quelle che sono arrivate sul sito online del Corriere ([corriere.it/salute/sportello_cancro](https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro)) e sul [quotidiano di carta](#). Ma c'è molto, molto di più da raccontare.

Appuntamento mondiale

L'Asco è il più grande congresso al mondo sul cancro e, quest'anno, ha visto la partecipazione di quasi 40mila specialisti: non è facile riassumere le ricerche che

farmaco funziona anche nei pazienti con bassa espressione di PD-L1» commenta Filippo de Marinis, direttore dell'Oncologia Toracica all'Istituto Europeo di Oncologia a Milano. È una novità perché i farmaci immunoterapici che agiscono su questo recettore per riattivare il sistema immunitario (cioè sui PD-L1) lavorano soltanto quando il recettore è molto espresso, cioè molto presente sulle cellule tumorali. Da non dimenticare, però, la target therapy con un farmaco, come l'alectinib, indicato in presenza di una particolare alterazione genetica del tumore, chiamata ALK, che aumenta la sopravvivenza di pazienti con tumore polmonare sempre "non a piccole cellule" rispetto alla terapia con un altro farmaco, il crizotinib. Difficile districarsi fra tutti questi nomi e tutte queste novità. Che cosa può aspettarsi un paziente? Può aspettarsi che queste terapie vengano presto rese disponibili dal nostro sistema sanitario nazionale, dopo la registrazione, e che sia curato in centri oncologici di riferimento dove medici esperti conoscano questi farmaci e dove questi ultimi siano davvero disponibili (si sa che in Italia la disponibilità delle cure è diversa da Regione a Regione).

Tumore alla mammella

Una delle più importanti notizie emerse dall'Asco è quella che riguarda la possibilità, per donne con tumore al seno, di evitare la chemio grazie a un test genetico, come appunto già riportato dal *Corriere*. È l'ultima frontiera della "medicina di precisione" che si avvale dei test genetici. Ma c'è un'altra notizia. Nelle donne con tumore al seno, positivo per i cosiddetti recettori Her2, è possibile dimezzare la dose della terapia a base di trastuzumab (che funziona contro questi recettori Her2 e viene somministrato in associazione con la chemioterapia dopo l'intervento). Con quali vantaggi? Una ridotta tossicità cardiaca. E un risparmio di costi.

Tumore al colon

Non ci sono state particolari novità sul piano terapeutico, ma va segnalato uno studio interessante che sottolinea il problema dei costi legati a queste nuove terapie. A parità di farmaci utilizzati nel trattamento del cancro del colon metastatico, il costo della terapia è risultato il doppio nello Stato di Washington (Usa) rispetto a quello della British Columbia (Canada). Dove sta la differenza? Il primo è basato su un sistema assicurativo, il secondo su un sistema universalistico (come in Italia). Morale: non basta avere i farmaci giusti: se i farmaci vengono gestiti in un sistema universalistico, la sostenibilità delle cure aumenta. Altrimenti il paziente paga. E tanto.

Tumore alla prostata

Anche in questo caso si stanno cercando strategie terapeutiche che facciano a meno della chemioterapia nel caso di tumori avanzati metastatici: l'alternativa alla chemio è un farmaco, l'abiraterone (anche lui inibisce la sintesi di ormoni androgeni ed è somministrato per bocca) da aggiungere alla classica terapia ormonale: questa nuova associazione si è rivelata in grado di ridurre la progressione della malattia e il rischio di morte per i pazienti. «Ci avviamo verso la cronicizzazione della malattia»

ha commentato Giuseppe Procopio, responsabile dell'Oncologia medica genito-urinaria all'Istituto Tumori di Milano. E arriviamo ai tumori più o meno rari.

Melanoma

Il 50 per cento delle persone con melanoma avanzato è ancora vivo dopo dieci anni: merito della target therapy, la terapia a bersaglio molecolare, e dell'immunoterapia. «L'Italia ha guidato le sperimentazioni, in particolare nel campo dell'immunoterapia, che hanno portato all'approvazione, nel 2011, del primo farmaco-immunoncologico, l'ipilimumab, per la cura del melanoma» conferma Paolo Ascierto dell'Istituto Pascale di Napoli, una delle massime autorità internazionali in questo campo. Poi le terapie si sono perfezionate con l'arrivo di nuovi farmaci (nivolumab, pembrolizumab) e grazie anche alle associazioni di più molecole. «L'efficacia delle immunoterapie si mantiene a lungo nel tempo, anche dopo il termine della cura» ha commentato Mario Mandalà, oncologo all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

Tumore del rene

Nel tumore al rene metastatico è possibile evitare la nefrectomia, cioè l'asportazione dell'organo, grazie alla somministrazione di un farmaco a bersaglio molecolare, il sunitinib (agisce su particolari proteine della cellula tumorale). Il suggerimento arriva da uno studio francese indipendente, non finanziato dalle aziende, coordinato da Arnaud Méjean, a capo del Servizio di Urologia dell'Hopital George Pompidou di Parigi, e presentato a Chicago (pubblicato in contemporanea sul *New England Journal of Medicine*). Ecco qualche dettaglio: la metà dei pazienti trattati con sunitinib sopravvivono dopo 18 mesi a fronte di coloro che, invece, sono stati nefrectomizzati.

Tumore del fegato

Sono pazienti con forme avanzate che hanno già provato un trattamento, poi un altro, ma senza successo: la malattia va avanti. Ora c'è una terza possibilità, un farmaco chiamato cabozatinib. «Questo farmaco - ha precisato Lorenza Rimassa, responsabile della Sezione Tumori dell'apparato gastroenterico, Oncologia medica, all'Istituto Humanitas di Milano - è riuscito a prolungare la vita dei pazienti di alcuni mesi in più rispetto al placebo: due, secondo le statistiche».

Linfomi

Sono tumori dei linfociti, globuli bianchi del sistema immunitario. Finora il trattamento ha avuto un alleato prezioso nella chemioterapia, ma nuovi studi stanno dimostrando che se ne può fare a meno. «L'associazione lenalinomide (un farmaco derivato dalla talidomide, nota per avere provocato molti casi di focomelia nei bambini nati da donne che ne avevano fatto uso in gravidanza per combattere la nausea negli anni Sessanta- Settanta, ndr) più il rituximab (un farmaco il cui

hanno portato per ogni tipo di tumore, dai big killer a quelli rari o rarissimi. Tenendo conto anche del fatto che oggi i farmaci a disposizione sono tantissimi (fra molecole a bersaglio molecolare e i nuovi immunoterapici, senza dimenticare la chemioterapia) e le combinazioni potenzialmente infinite. E che i pazienti sono diversissimi per età (molti possono avere malattie concomitanti di cui tenere conto quando si parla di cura), genetica personale (che può predisporre al cancro) e quella del loro tumore (che condiziona le terapie), possibilità economiche (perché i farmaci sono sempre più costosi). Proviamo, però, a raccogliere la sfida di chi ci chiede informazioni, segnalando i progressi più importanti e partendo dal tema di quest'anno: "Delivering discoveries: Expanding the reach of precision medicine". La medicina di precisione appunto, da mettere a disposizione dei malati, il più possibile.

«Chemio-free»

«La medicina di precisione sta profondamente trasformando la cura del cancro - ha detto il Presidente dell'Asco, Bruce Johnson -. E un numero sempre maggiore di persone potranno beneficiarne». E ha puntualizzato: «Medicina di precisione significa prendere in considerazione le caratteristiche genetiche di una persona, la sua biologia, il suo stile di vita, l'ambiente in cui vive. E poi: i tratti distintivi del suo tumore, ancora una volta svelati dalla genetica, per prevenire, diagnosticare precocemente e curare al meglio la malattia». Curare al meglio la malattia. Come? Scegliendo i farmaci più adatti (ma anche interventi chirurgici o radioterapici) fra i vecchi chemioterapici (che, in molti casi, si sta cercando di eliminare in un approccio cosiddetto chemio-free), i più nuovi farmaci "a bersaglio molecolare" (cioè quelli che aggrediscono particolari recettori delle cellule tumorali, distruggendole e risparmiando i tessuti sani) e gli innovativi immunomodulanti (il cui obiettivo è quello di stimolare le difese immunitarie dell'organismo ad aggredire il tumore).

«Big killer»

Parliamo allora dei singoli tumori, partendo da quelli che finora si sono chiamati "big killer", intesi come numero di persone colpite (che si riflette poi nella mortalità, in proporzione), ma che oggi sono, forse, fra i più curabili: polmone, mammella, prostata, colon-retto. Per arrivare ai "big killer" più rari: etichettati come "killer" in base alla loro aggressività, come il tumore al fegato, in cerca di nuove terapie che aumentino sempre di più la sopravvivenza dei pazienti. E per finire con i tumori rari, da sempre trascurati, ma che oggi stanno trovando nuove soluzioni terapeutiche grazie appunto a farmaci a bersaglio molecolare o agli immunoterapici. Ecco allora un elenco che tiene conto delle notizie più importanti emerse all'Asco, caso per caso.

Tumore al polmone

Parliamo di tumore al polmone avanzato, quello cosiddetto non a piccole cellule, con metastasi (molti si presentano così alla diagnosi) . Ebbene: in questi pazienti i farmaci immunoterapici, come il pembrolizumab, somministrati in prima linea, cioè subito dopo la diagnosi, migliorano la sopravvivenza, meglio della chemioterapia. «Il

bersaglio è una proteina tumorale) - commenta Pierluigi Zinzani, professore associato di Ematologia all'Università di Bologna - risulta efficace quanto quella di rituximab più la chemioterapia». Quindi con un nuovo trattamento chemio-free.

Tumori rarissimi

È stato un italiano, Gianni Bisogno, professore all'Università di Padova, a illustrare, in una sessione plenaria del congresso di Chicago, i risultati di uno studio sul rhabdomyosarcoma, un tumore delle cellule muscolari che colpisce i bambini. «Per trent'anni abbiamo trattato il rhabdomyosarcoma nello stesso modo - ha detto Bisogno -. Ora possiamo offrire ai pazienti qualcosa di più. Usando i farmaci attualmente disponibili in maniera nuova possiamo aumentare la loro sopravvivenza». Come? «Aggiungendo piccole dosi di chemioterapia di mantenimento dopo il trattamento standard» precisa Bisogno. Anche il sarcoma di Ewing colpisce i bambini o, meglio, le loro ossa. È in sperimentazione una molecola, la lurbinectedina, che agisce proprio sul difetto genetico correlato al tumore, con risultati promettenti. La stanno studiando all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e in altri centri europei e americani, come l'Md Anderson Cancer Center di Houston nel Texas.

Dal 54° congresso mondiale di oncologia a Chicago

Cancro, ora non serve più asportare il rene

DI ANGELICA RATTI

È possibile evitare l'asportazione del rene nei pazienti affetti da tumore metastatico grazie alla terapia con farmaci mirati. È il risultato dello studio francese *Carmena* che si annuncia come una rivoluzione nella gestione di questa patologia. È stato promosso da una struttura pubblica, l'ospedale di Parigi (Ap-Hp), e condotto dal responsabile del dipartimento di urologia dell'ospedale George Pompidou, **Arnaud Méjean**. *Carmena* è stato presentato al 54° congresso mondiale di oncologia appena concluso a Chicago (Usa). Ed è fra i quattro studi selezionati dal comitato scientifico dell'associazione americana di oncologia clinica (**Asco**) che ha analizzato le 5.500 pubblicazioni presentate quest'anno al congresso che ha contato la partecipazione di oltre 30 mila oncologi di tutto il mondo. Lo studio è stato pubblicato sul *New England journal of medicine* e ripreso da *Le Figaro*.

La ricerca, condotta su 450 malati, non è stata finanziata da un laboratorio farmaceutico ma è uno studio accademico e questo conferisce valore ai risultati. Realizzati fra il 2009 e il 2017 i lavori sono stati effettuati su pazienti affetti da cancro metastatico al rene al momento della diagnosi: potevano essere operati o essere sottoposti a una terapia mirata con la somministrazione di sunitinib, un farmaco antitumorale molto efficace contro le metastasi. Abitualmente questi malati vengono operati per asportare il tumore o addirittura il rene, prima di essere sottoposti alla cura farmacologica. Ma vent'anni



Arnaud Méjean

dopo l'attuazione di questo protocollo convenzionale i medici hanno deciso di fare un'analisi comparativa sulla sopravvivenza dei pazienti trattati con terapia mirata, attuata subito dopo la scoperta del tumore, e quelli sottoposti alle cure classiche. Il risultato è stato che la metà dei pazienti trattati immediatamente con il sunitinib erano ancora in vita 18 mesi dopo, contro una media di 13 mesi dei pazienti operati, secondo quanto ha riportato *Le Figaro*. Tuttavia, tutti gli studi precedenti avevano mostrato i benefici della nefrectomia. Oggi è chiaro, ha dichiarato Arnaud Méjean a *Le Figaro*, «che il trattamento deve essere utilizzato come prima scelta per i pazienti con metastasi. Il ricorso alla terapia mirata non è sinonimo di perdita di chance di guarigione. Tra i 224 pazienti trattati con sunitinib, 38 sono stati operati. Per la maggior parte di loro il trattamento ha permesso di ottenere una remissione completa o quasi completa. La chirurgia era lì solo per eliminare il tumore primario al rene».

Una conferma arriva anche da **Bernard Escudier**, oncologo, specialista del tumore al rene all'istituto Gustave Roussy (Villejuif, Parigi), convinto che questa nuova terapia si imporrà soprattutto quando nuovi farmaci più attivi del sunitinib, come le combinazioni di immunoterapie, arriveranno sul mercato.

L'anno scorso in Francia sono stati diagnosticati più di 14 mila nuovi casi di tumore al rene. E il 20% di questi è in uno stadio avanzato della malattia.

—© Riproduzione riservata—



<http://www.ilsecoloxix.it/Facet/print/Uuid/>

“Sperimentazioni ancora troppo rigide. Ora dobbiamo arruolare più pazienti”



E' una donna la nuova presidente di «Asco»: di padre italiano, Monica Bertagnoli è docente alla Harvard Medical School e direttore della chirurgia oncologia al Dana-Farber Brigham and Women's Cancer Center.

Professoressa, come è cambiata la ricerca oncologica?

«Dopo le prime cure ad elevata tossicità, a metà degli Anni 90 sono comparsi i farmaci biologici. Solo grazie alle conoscenze biologiche acquisite con la ricerca di base, che resta cruciale, abbiamo potuto fare studi di genomica e siamo arrivati alle prime “target therapies”, e abbiamo iniziato a capire come utilizzare l'immunoterapia, che conoscevamo da tempo ma non sapevamo far funzionare».

Insieme con le terapie cellulari proprio l'immunoterapia ha portato significativi progressi, definiti, qui all'Asco, «straordinari»: quali sono le prospettive?

«La base del successo terapeutico è il continuo miglioramento di ogni metodica. Ora dobbiamo integrare i dati molecolari, genetici, radiologici e clinici, perché tutto è interconnesso. È una mole di informazioni da interpretare e condividere per costruire solide evidenze, dalle quali partire per arrivare a nuove conoscenze. I pazienti sono i primi a mettersi a disposizione. Ma bisogna avere gli strumenti adeguati».

Questa personalizzazione entrerà nel suo piano strategico di direttore di Asco?

«Il mio motto sarà “prendersi cura di ogni paziente e imparare da ogni paziente”. È uno sforzo che trasformerà radicalmente la nostra capacità di comprendere la malattia. Oggi solo il 3% dei pazienti statunitensi entra in una sperimentazione, una frazione troppo piccola rispetto a tutti quelli che vogliamo trattare. Del restante 97%, anziani, giovani e minoranze, non abbiamo dati».

A proposito di un maggiore accesso dei pazienti agli studi, in apertura di congresso Noemn Sharpless, direttore del National Cancer Institute, ha citato le sperimentazioni cliniche tra le priorità su cui lavorare: rivederle per adattare ai ritmi della ricerca. È d'accordo?

«Noi di Asco, insieme con il National Cancer Institute e la Food & Drug Administration, crediamo di dover contribuire a cambiare il sistema che abbiamo costruito: rigido e complesso, con dati di qualità e risultati accurati ma incompleti. Questa realtà può rallentare tutto il processo, mettere a repentaglio l'analisi generale dei risultati e limitare la comprensione dei fenomeni. Bisogna modificare i disegni sperimentali degli studi clinici, la raccolta dei dati e anche i criteri di reclutamento dei pazienti».

quotidianosanita.it

Sabato 09 GIUGNO 2018

Farmaci. Biosimilari, equivalenza terapeutica e libertà di scelta del medico. Per Aifa lavoro quotidiano è dare risposta ai pazienti

Fare riferimento a un parere obbligatorio e vincolante, fornito dall'autorità nazionale competente, è una garanzia di uniformità e di accesso equo alle prestazioni, che rassicura medici e pazienti. Trattare con le terapie più appropriate un maggior numero di pazienti e risparmiare risorse da re-investire nell'innovazione e nel sistema, basandosi sulle evidenze scientifiche e sull'esperienza clinica e sempre nel rispetto della libera scelta prescrittiva del medico, è l'obiettivo.

La sfida che il progresso scientifico e tecnologico ci pone oggi, come agenzie regolatorie, nel governare un mondo complesso come quello del farmaco, è coniugare con sempre maggiore efficienza innovazione, accesso alle terapie e sostenibilità.

In quest'ottica l'AIFA è chiamata a contribuire alla tutela della salute attraverso i medicinali, a garantire unitarietà ed omogeneità del sistema farmaceutico e a favorire l'equilibrio economico della spesa farmaceutica, requisito fondamentale per contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Un Servizio Sanitario Nazionale che non riuscisse a fornire ai i suoi cittadini, a partire dagli indigenti, l'accesso ai farmaci essenziali tradirebbe infatti la sua stessa missione (sancita dalla legge istitutiva del SSN n. 833 del 23 dicembre 1978).

L'attività regolatoria dell'Agenzia deve rappresentare, nel contesto del nostro sistema sanitario, una garanzia di sostenibilità e omogeneità delle prestazioni dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e un supporto tecnico-scientifico per le decisioni che vengono assunte ai diversi livelli (regionale e locale) e nella stessa pratica clinica. AIFA in nessun caso può sostituirsi al medico, che prescrive sempre secondo scienza e coscienza, avendo come primo obiettivo la salute del suo paziente, la risposta al suo bisogno, e quindi l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza della sua terapia.

Sorprendono pertanto alcune obiezioni di principio che recenti decisioni di AIFA ispirate a questi principi hanno sollevato. Mi riferisco al position paper sui medicinali biosimilari – in cui l'Agenzia dichiara di considerare i biosimilari intercambiabili con i biologici di riferimento, tanto per i pazienti naïve, quanto per i pazienti già in terapia – e alla più recente determina sull'equivalenza terapeutica, che definisce i criteri adottati da AIFA per valutare l'equivalenza terapeutica tra farmaci con la stessa indicazione ma principi attivi diversi.

Entrambi i provvedimenti hanno un comune obiettivo: ampliare la platea di pazienti che possono avere accesso a farmaci necessari, favorendo una maggiore concorrenza e una migliore allocazione delle risorse, sempre nel pieno rispetto della libera scelta prescrittiva del medico e della specificità di ogni singolo paziente.

Ricordo, ad esempio, che fornire alle regioni valutazioni " motivate e documentate " ai fini di eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica è un preciso mandato assegnato all'AIFA dal legislatore (legge n. 135/2012) e che la Commissione consultiva Tecnico Scientifica (CTS) dell'Agenzia ha già esaminato diverse richieste di questo tipo pervenute negli anni dalle Regioni.

Rendere pubblici i criteri che AIFA adotta per queste valutazioni è quindi un atto di trasparenza. Basterebbe poi andare un po' più a fondo nella lettura del documento per comprendere che l'approccio adottato è ispirato al rigore scientifico e non pregiudica né la salute dei pazienti né la libertà di scelta del medico prescrittore.

Per poter essere valutati in funzione dell'equivalenza terapeutica, due o più farmaci devono intanto possedere una serie di requisiti che riguardano le indicazioni terapeutiche, le prove di efficacia, la via di somministrazione, lo schema posologico, l'esperienza d'uso. Deve essere inoltre prodotta una relazione in cui un gruppo di lavoro multidisciplinare, che include i medici prescrittori, può identificare tra l'altro le condizioni per le quali un principio attivo sia più indicato rispetto a un altro.

L'Agenzia dà inoltre modo alle aziende di presentare eventuali studi e commenti che possano aggiungere elementi utili alla valutazione. Nelle gare di equivalenza per gli acquisti centralizzati di farmaci le regioni devono comunque riservare una quota minima del 20% per sottopopolazioni di pazienti che necessitano di uno specifico principio attivo tra quelli in gara.

Ricordo che lo scorso marzo, alcune regioni – Emilia Romagna, Lombardia e Veneto – hanno sottoscritto con il Governo accordi per l'attribuzione di forme e condizioni particolari di autonomia, in cui, tra i vari punti, emerge il tema dell'equivalenza terapeutica. In particolare viene previsto che le valutazioni tecnico-scientifiche sottoposte ad AIFA che non trovino riscontro da parte dell'Agenzia entro 180 giorni possano essere utilizzate dalle Regioni per assumere le proprie determinazioni basate sull'equivalenza terapeutica.

Fare quindi riferimento a un parere obbligatorio e vincolante, fornito dall'autorità nazionale competente, è una garanzia di uniformità e di accesso equo alle prestazioni, che rassicura medici e pazienti.

Trattare con le terapie più appropriate un maggior numero di pazienti e risparmiare risorse da re-investire nell'innovazione e nel sistema, basandosi sulle evidenze scientifiche e sull'esperienza clinica e sempre nel rispetto della libera scelta prescrittiva del medico, è l'obiettivo.

Ricordiamoci sempre che il futuro è consapevolezza concreta del presente. L'utile e il funzionale per garantire risposte concrete ai bisogni dei pazienti che devono ricevere la terapia appropriata, sulla base delle linee guida condivise dalla Comunità Scientifica nazionale e internazionale nel miglior rapporto costo-beneficio.

Mario Melazzini
Editoriale Aifa

quotidiano **sanità**.it

Venerdì 08 GIUGNO 2018

Farmaci. Grillo: "È necessario implementare modelli organizzativi più efficienti. Ora confronto con le Regioni per definire la prossima governance farmaceutica"

Così la ministra della Salute, con un post su Facebook, è intervenuta sulla [sentenza del Tribunale di Torino](#) grazie alla quale si riconosce alle Regioni la possibilità di abbassare il prezzo dei farmaci se arriva un equivalente più economico. "Le parole di Saitta vanno nella direzione riportata dal Presidente del Consiglio che ha sottolineato la volontà del Governo di lavorare d'intesa con le Regioni per implementare modelli organizzativi più efficaci rispetto a quanto avviene attualmente".

"Ho letto con interesse le dichiarazioni del Coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni **Antonio Saitta**, riguardo la possibilità delle Regioni di poter adeguare il costo dei nuovi farmaci messi in commercio anche in un periodo successivo all'aggiudicazione della gara di appalto e prima di effettuare un nuovo bando di fornitura. Sono parole che vanno nella direzione riportata dal Presidente del Consiglio in occasione del suo discorso di insediamento che ha sottolineato la volontà del Governo di lavorare d'intesa con le regioni e le province autonome per implementare modelli organizzativi più efficaci rispetto a quanto avviene attualmente".

Così la ministra della Salute, **Giulia Grillo**, con un post su Facebook, è intervenuta sulla sentenza del Tribunale di Torino grazie alla quale si riconosce alle Regioni la possibilità di abbassare il prezzo dei farmaci se arriva un equivalente più economico.

"Sarà mia cura organizzare al più presto con il coordinatore delle Regioni in Commissione salute un confronto ed affrontare tutte le tematiche aperte in Conferenza Stato-Regioni tra cui la definizione della prossima governance della farmaceutica argomento previsto nel contratto di Governo del quale faccio parte e rinviato più volte dal passato esecutivo", conclude Grillo.



Giulia Grillo

Venerdì

Ho letto con interesse le dichiarazioni del Coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni Antonio Saitta, riguardo la possibilità delle Regioni di poter adeguare il costo dei nuovi farmaci messi in commercio anche in un periodo successivo all'aggiudicazione della gara di appalto e prima di effettuare un nuovo bando di fornitura. Sono parole che vanno nella direzione riportata dal Presidente del Consiglio in occasione del suo discorso di insediamento che... [Altro...](#)

1018

144

134