



RASSEGNA STAMPA 10-07-2018

1. LA REPUBBLICA Convegno Nazionale farmaci biosimilari in oncologia
2. LA REPUBBLICA Quello strano rapporto tra oncologi e big pharma
3. LA REPUBBLICA Con un tumore e malnutriti "sensibilizzare i medici"
4. LA REPUBBLICA Tumori "la burocrazia contro i malati"
5. LA REPUBBLICA Col gene killer meglio levare lo stomaco
6. LA REPUBBLICA Così, se l'assessore non c'è, il cancro canta vittoria
7. STAMPA Generazione provetta la procreazione assistita celebra i primi 40 anni
"tasso di successo al 36%"
8. STAMPA Le regole e le dosi, per bambini e adulti
9. AVVENIRE Vaccini. Autocertificazione, i presidi attaccano il governo
10. LA STAMPA "Reazioni avverse" alle vaccinazioni: solo un centinaio ogni
milione di abitanti
11. STAMPA Quando la cannabis è nella ricetta "un tipo di farmaco su cui si fa
troppa confusione"
12. REPUBBLICA Anatomia del cervello del bevitore
13. QN Boom di farmaci anti stanchezza «Sono droghe per lavorare di più»
14. LIBERO Nelle prigioni italiane ci sono troppi malati

CONVEGNO NAZIONALE

Farmaci biosimilari in oncologia

Position paper

Roma, 12 luglio 2018

Ministero della Salute, Auditorium Cosimo Piccinno
Lungotevere Ripa 1

Da molti anni in oncologia sono disponibili i farmaci biologici, alcuni stanno per perdere la copertura brevettuale e verranno affiancati da farmaci biosimilari, essenzialmente simili al farmaco originatore di riferimento in termini di qualità, efficacia e sicurezza.

Qual è il punto di vista dei clinici sui biosimilari? Possono garantire risparmi al sistema sanitario? A chi spetta la decisione sul

farmaco, biosimilare o originatore, da prescrivere? Sono alcune delle domande a cui risponde il Position Paper sui farmaci biosimilari in oncologia firmato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), dalla Società Italiana di Farmacologia (SIF), dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO), dal Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) e da Fondazione AIOM.

Il Position Paper sarà presentato in un convegno nazionale giovedì 12 luglio alle 10.15 a Roma al Ministero della Salute (Auditorium, Lungotevere Ripa 1).

Nel Position Paper viene riportata anche la posizione dei pazienti oncologici che fanno riferimento a Fondazione AIOM. L'aggiunta di questa parte ha lo scopo di offrire l'opportunità di far valere il ruolo attivo e consapevole dei pazienti nella gestione della loro malattia. Le persone colpite da tumore infatti devono e vogliono essere coinvolte nel processo decisionale terapeutico, sia quando si debba decidere l'inizio di un nuovo trattamento antitumorale sia quando si debba valutare il passaggio da un farmaco originatore a un biosimilare, anche se la decisione deve essere del medico.

RELATORI & MODERATORI:

AIOM

Stefania Gori

Presidente AIOM

Giordano Beretta

Presidente eletto AIOM

Roberto Bordonaro

Segretario AIOM

Massimo Di Maio

Oncologia Università Torino

Valter Torri

IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

SIF

Giorgio Racagni

Presidente eletto SIF

Romano Danesi

Coordinatore Sezione Farmacologia clinica

SIFO

Barbara Rebesco

Responsabile Scientifico SIFO

CIPOMO

Fausto Roila

Membro Consiglio Direttivo CIPOMO

FONDAZIONE AIOM

Fabrizio Nicolis

Presidente Fondazione AIOM

Annamaria Mancuso

Associazione Salute Donna Onlus

Membro CDA Fondazione AIOM

Elisabetta Iannelli

Aimac Onlus

Membro CDA Fondazione AIOM

Claudia Santangelo

Associazione Vivere senza stomaco (si può!) Onlus

Membro CDA Fondazione AIOM

Paola Mosconi

IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano, Membro CDA Fondazione AIOM

Adriana Bonifacino

IncontraDonna Onlus

10.15 SALUTI ISTITUZIONALI

Dr. ssa **Giulia Grillo**, Ministro della Salute*
Prof. **Stefano Vella**, Presidente AIFA

10.30 SESSIONE I

Moderatori: **Barbara Rebesco**, **Giorgio Racagni**

10.30 BIOSIMILARI E SOSTENIBILITÀ

Stefania Gori

10.45 BIOSIMILARI: processo autorizzativo EMA

Giordano Beretta

11.00 ESERCIZIO DI COMPARABILITÀ:

critéri metodologici alla base della validazione strutturale, biologica e farmacologica del biosimilare

Romano Danesi

11.15 ESERCIZIO DI COMPARABILITÀ:

studi clinici di equivalenza e di non inferiorità

Valter Torri

11.30 DISCUSSIONE

12.00 SESSIONE II

Moderatori: **Stefania Gori**, **Roberto Bordonaro**

12.00 ASPETTI CRITICI: estrapolazione, switch, sostituibilità automatica

Fausto Roila

12.15 POSITION PAPER

AIOM-SIF-SIFO-CIPOMO-Fondazione AIOM

Massimo di Maio

12.30 DISCUSSIONE

12.45 SESSIONE III

Moderatori: **Fabrizio Nicolis**, **Paola Mosconi**

La parola ai pazienti

Aimac, **Elisabetta Iannelli**

Salute Donna, **Annamaria Mancuso**

Vivere senza stomaco (si può!), **Claudia Santangelo**

IncontraDonna, **Adriana Bonifacino**

13.15 DISCUSSIONE

13.30 CONCLUSIONI

*invitata

**RISERVATO**

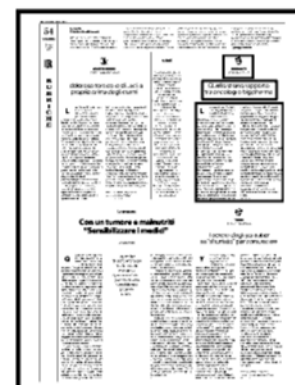
di Michele Bocci

Quello strano rapporto tra oncologi e big pharma

La maggior parte degli oncologi italiani ha un conflitto di interessi con l'industria farmaceutica. A dirlo non è un'associazione per l'etica nella sanità ma sono, pensate un po', gli stessi oncologi (che comunque non pensano di essere gli unici in questa situazione, attribuiscono anche ad altre discipline mediche il problema). Per la precisione lo affermano il 68 per cento dei 321 professionisti coinvolti dall'associazione Cipomo, che raccoglie i primari di questa specialità, in una ricerca che è stata di recente pubblicata dal British Medical Journal. Probabilmente grazie all'anonimato i professionisti si lasciano andare e fanno capire cosa pensano. Il campione rappresenta il 13 per cento degli oncologi italiani. Ebbene, il 62 per cento dei medici sentiti dichiara di aver ricevuto pagamenti diretti dall'industria negli ultimi tre anni. Presumibilmente si tratta di soldi corrisposti per partecipazione ai

congressi. A proposito di queste occasioni, il 75 per cento ritiene che sia appropriato ricevere il pagamento di viaggio e alloggio quando si recano in giro per il mondo per incontrarsi con i colleghi. Riguardo la formazione, l'82 per cento considera che sia prevalentemente supportata sempre dall'industria. Il 60 per cento è d'accordo sul fatto che l'industria riconosca un gettone per i medici che mettono a disposizione pazienti da arruolare negli studi ma il 79 per cento dice che bisognerebbe specificare nel consenso informato questa circostanza. Perché i malati vengono inseriti nelle ricerche scientifiche senza saperlo. Lo studio è un bel colpo per le società scientifiche degli oncologi e infatti qualcuno non lo ha molto gradito. A proposito, il 90 per cento pensa che queste associazioni dovrebbero pubblicare annualmente i fondi ricevuti dall'industria. Perché ora non lo fanno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La proposta

Con un tumore e malnutriti “Sensibilizzare i medici”

di SARA PERO

Qualcuno se lo sarà sentito dire, magari da un familiare o da un amico, che ha perso troppo peso. Troppo in fretta. Una condizione esacerbante se interessa il paziente oncologico, perché perdendo peso si riduce l'efficacia delle terapie, e quindi l'aspettativa di vita. Su questo si sono confrontati pazienti e rappresentanti delle istituzioni alla Camera dei Deputati. Una giornata per valutare le azioni da mettere in campo, nell'auspicabile speranza di risolvere quest'emergenza sanitaria. Che purtroppo non riguarda solo chi è affetto da una malattia oncologica in fase avanzata: «Stiamo parlando di pazienti che sono arrivati per la prima volta in un ambulatorio di Oncologia – spiega Paolo Marchetti, ordinario di Oncologia medica alla Sapienza di Roma – e che nella metà dei casi non ha una malattia metastatica. Hanno magari un tumore alla mammella di due centimetri, uno al colon di un centimetro e mezzo».

Come rivela lo studio PreMiO, pubblicato sulla rivista *Oncotarget*, e descritto durante l'incontro, oltre la metà dei pazienti oncologici, prima ancora di iniziare le cure, è a rischio di malnutrizione, se non già malnutrita. Complici di questo problema, l'aumento del metabolismo da parte delle cellule tumorali che consumano le riserve energetiche. Ma non so-

La perdita di peso interessa anche malati non gravi. E per inserirla tra i parametri vitali si mobilitano pazienti e clinici

lo. Bisogna tenere conto anche delle limitazioni fisiche (difficoltà a deglutire), e poi nausea, diminuzione dell'appetito e malassorbimento dei nutrienti.

Le linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali in questo tipo di pazienti, siglate dal ministero della Salute a dicembre scorso, sono un passo avanti, ma la strada per arginare il problema è ancora lunga: «Manca una buona preparazione del medico per quanto riguarda gli aspetti della nutrizione, che non viene insegnata nei corsi di laurea, non solo di medicina, ma anche delle altre professioni sanitarie», dice Maurizio Muscaritoli, professore di Medicina interna alla Sapienza.

E intanto c'è chi rappresenta i malati e chiede azioni concrete in attesa di un'eventuale legge volta a garantire un accesso equo al trattamento della malnutrizione. «È necessario far sì che l'analisi dello stato nutrizionale venga riconosciuta come parametro vitale – commenta Sabrina Nardi, vice coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato – proprio come la misurazione di pressione arteriosa e la temperatura corporea. Questa è una battaglia di civiltà, come è stata quella sulla terapia del dolore, che ha portato all'attuazione della legge 38 del 2010, garantendo l'accesso alle cure palliative».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Tumori

“La burocrazia contro i malati”

Si chiama prontuario regionale
Causa ritardi. Ma una soluzione c'è

di ROBERTO BORDONARO

Il percorso che un medicinale oncologico deve compiere prima di divenire erogabile dal Servizio sanitario nazionale inizia con la sottomissione della richiesta di registrazione all'European Medicine Agency (Ema) che, valutata la qualità delle evidenze scientifiche prodotte a corredo del dossier registrativo, si pronuncia sull'accoglimento o meno di tale richiesta; la procedura seguita per tutti i medicinali di area oncologica vale per tutti i paesi della Comunità Europea. A differenza di quanto accade in alcuni paesi come ad esempio la Germania, dove il farmaco viene reso disponibile immediatamente dopo la registrazione di Ema, in Italia è previsto un secondo passaggio autorizzativo all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che provvede al rilascio dell'autorizzazione alla immissione in commercio, ne decide le modalità di dispensazione, ne negozia il prezzo e le eventuali modalità di rimborso: questo processo fa sì che, tra l'avvenuta registrazione di Ema ed il momento in cui il medicinale diviene teoricamente erogabile anche in Italia, trascorrono in media 806 giorni (2,2 anni).

“Teoricamente”, perché la pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale* della registrazione non è sufficiente a renderlo acquistabile dalle aziende sanitarie e disponibile ai pazienti. A parte il caso virtuoso di Lombardia, Veneto e Friuli Venezia Giulia, la registrazione Aifa e la pubblicazione sulla *Gazzetta Uffi-*

ciale di prezzo e modalità di rimborso dovranno essere seguite dall'inserimento nei Prontuari terapeutici ospedalieri regionali (Ptor) da parte di una apposita Commissione. L'ulteriore passaggio si consuma in tempi molto variabili a seconda delle diverse realtà regionali, passando da un minimo di 40 giorni (Umbria) a un massimo di 170 (Calabria).

Ma non è ancora finita: la registrazione nei prontuari regionali non è ancora un via libera all'acquisto. Deve far seguito la raccolta dei fabbisogni delle singole aziende, che devono essere comunicati alla Centrale unica di committenza, da cui deve arrivare un Codice identificativo generale; cosa a cui seguono altri passaggi che rubano tempo. Come altro tempo si consuma nei tempi tecnici di consegna del medicinale per i pazienti.

Pazzesco, no? In questo panorama si iscrive il recente caso Sicilia, esempio paradigmatico di come la farraginosità e l'indifferenza della burocrazia si possano fare strumenti di diseguaglianza sociale (vedi articolo sotto).

Bisogna pensare a come eliminare questi prontuari regionali: sono di fatto un terzo filtro, che segue a due gerarchicamente superiori già pronunciatisi su efficacia, sicurezza d'uso, prezzo e modalità di rimborso di un farmaco; non possiede lo spazio normativo né talvolta le risorse professionali per indirizzare l'utilizzo del farmaco (non può intervenire sulle indi-

cazioni) ed in alcune regioni non garantisce nemmeno la continuità amministrativa.

Non solo: i farmaci che Aifa registra come classe H (ospedalieri) o come “innovativi” entrano automaticamente nei livelli essenziali di assistenza. Se non li rendiamo disponibili lediamo il diritto alla miglior cura dei pazienti. È venuto quindi il momento di cambiare le regole.

In questo possibile modo:

- sottrarre alla Commissione che redige i prontuari regionali la funzione di terzo filtro, stabilendo che i farmaci ospedalieri e innovativi siano disponibili nel momento stesso della loro registrazione sulla *Gazzetta ufficiale*;

- semplificare l'identificazione dei centri prescrittori autorizzati a erogare nuovi farmaci;

- far sì che la raccolta dei fabbisogni delle aziende sanitarie venga avviata preventivamente rispetto alla pubblicazione sulla *Gazzetta* della registrazione del nuovo farmaco;

- sbloccare l'acquisto da parte delle aziende, semplificando e studiando le combinazioni contabili che riescano a evitare un aggravio extra-budget alle divisioni ospedaliere che li utilizzano.

Insomma, garantire un accesso ai nuovi farmaci ai nostri pazienti è possibile, sfrondando la burocrazia regionale che opprime l'iter. Per il bene dei malati.

*direttore dell'Oncologia Medica
dell'ospedale Garibaldi di Catania*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COSA SONO

Sotto accusa

Si chiamano prontuari terapeutici ospedalieri regionali. E sono un terzo livello di decisione sull'ammissibilità di un farmaco dopo le decisioni europee (Ema) e nazionali (Aifa): comportano gravi ritardi e sono di fatto una giungla burocratica



Oncologia

Col gene killer meglio levare lo stomaco

di AGNESE CODIGNOLA

Una mutazione del Dna condanna a un raro cancro gastrico. Letale. Scovarla permette l'intervento del chirurgo

Nel 2006 se n'era andato Stephen, 46 anni. 11 mesi dopo la diagnosi di carcinoma gastrico diffuso. Quattro anni più tardi era toccato a sua madre: troppo per essere una coincidenza nella famiglia Walsh. E così i quattro fratelli di Stephen – Elizabeth (44 anni), Michael (48), Kathleen Flores (51) e David (55) – hanno fatto un esame genetico. Tre su quattro hanno scoperto di avere la stessa mutazione che aveva portato alla morte il fratello e la madre, quella di un gene chiamato *Cdhl* (solo David si salvava) e hanno deciso di sottoporsi a un'asportazione preventiva dello stomaco, perché la mutazione è associata a un rischio di sviluppare quel tumore che va dal 70 a oltre l'80%. Il caso è stato ripreso da diversi giornali inglesi e statunitensi, perché non capita spesso che tre fratelli si facciano asportare lo stomaco per evitare una malattia che ancora non si vede.

Ma la scelta ha giustificazioni molto solide, come spiega Luigi Ricciardiello, chirurgo e docente di Gastroenterologia dell'università di Bologna, che ha studiato queste forme nell'ambito

di un progetto finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc): «Questa malattia è particolarmente ostica, perché è diffusa, cioè insorge in più punti della parete gastrica contemporaneamente, è molto difficile da vedere anche con le gastroscopie più raffinate, dà facilmente metastasi e purtroppo non è contrastabile con farmaci specifici. Tutto ciò spiega perché la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi sia attorno al 20% e perché quando ci sono le condizioni, la gastrectomia è un'opzione che ha motivazioni più che valide. Tanto più che gli interventi oggi consentono una qualità di vita accettabile».

Di questa mutazione si sanno parecchie cose, anche se è stata scoperta solo nel 1998, come ricorda la massima esperta italiana nell'ambito della ricerca, Guglielmina Ranzani, docente di Genetica umana dell'università di Pavia, anche lei sostenuta dall'Airc nello studio dei meccanismi di base della malattia: «Il gene codifica per una proteina molto importante per l'architettura delle cellule della parete, e infatti in chi ha un tumore le cel-

lule cambiano forma e tutta la struttura perde compattezza. Forse anche per questo danno facilmente metastasi».

Ma come si fa a capire che si è portatori del gene? «L'unico modo è il test genetico, che i centri ad alta specializzazione sono in grado di fare e che si consiglia quando in famiglia ci sono altri casi di questo tumore fortunatamente raro», fa notare l'esperta, che aggiunge: «È poi importante essere particolarmente attenti quando nella famiglia ci sono anche casi di tumore al seno di tipo lobulare, anch'esso non tra i più diffusi, perché le due forme sono spesso associate», aggiunge l'esperta. Che racconta di una paziente operata per un tumore al seno di questo tipo a soli 36 anni, e che era stata sottoposta al test nell'ambito di uno studio in corso in collaborazione con lo Ieo di Milano. La donna era risultata positiva (la sua era una delezione, cioè una sorta di mutilazione del gene, un difetto molto grave), e aveva deciso di fare la gastrectomia; quindi aveva invitato i due fratelli a sottoporsi al test; uno dei due lo ha fatto ed è stato poi operato,

l'altro ha preferito un programma serrato di controlli che tuttavia, in questo caso, non sono efficaci come in altre forme familiari.

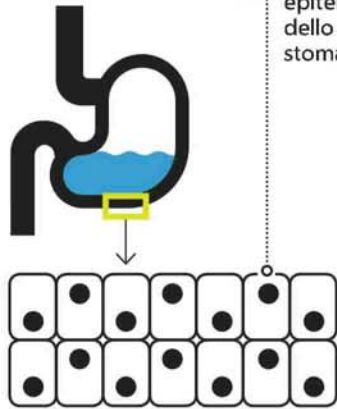
«La signora non aveva una storia familiare, ma alcuni elementi come la giovane età di quel tipo di cancro al seno giustificavano un'attenzione partico-

lare, e probabilmente grazie alla sua consapevolezza e al suo coraggio ha salvato la vita anche al fratello», commenta Ranzani. Sì, perché un fatto che tutti gli esperti sottolineano fa capire quanto sia importante non sottovalutare la sindrome. Ancora Ranzani: «Praticamente in

tutti i casi descritti in letteratura di gastrectomia si è visto che anche se la gastroscopia non aveva evidenziato nulla, nel tessuto dello stomaco c'erano già numerosi piccoli nuclei tumorali, che sarebbero di sicuro stati scoperti troppo tardi».

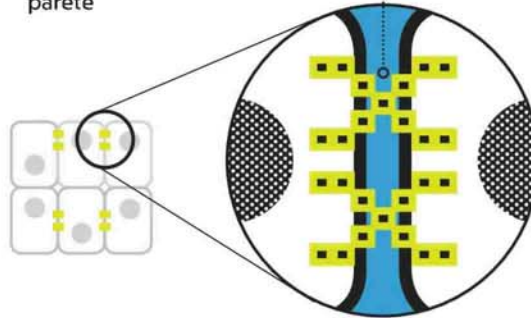
©RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cellule sane



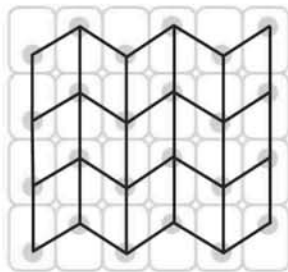
1 Tessuto epiteliale dello stomaco

2 Il gene CDH1 codifica per una proteina di adesione cruciale per l'architettura della parete

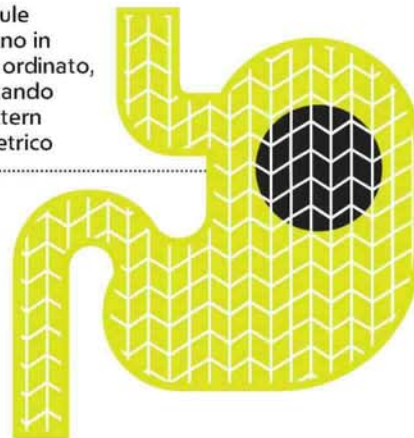


3 Le proteine di adesione non mutate legano le cellule le une alle altre

Struttura normale

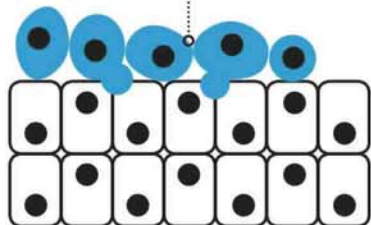


4 Le cellule crescono in modo ordinato, rispettando un pattern geometrico



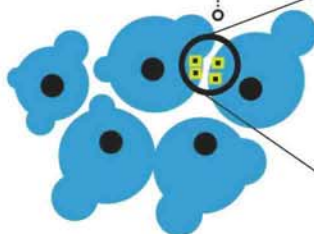
Quando le cellule impazziscono

1 Cellule di tessuto gastrico colpite da carcinoma gastrico diffuso ereditario

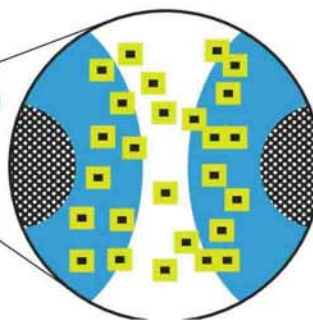


Il gene CDH1 produce proteine di adesione difettose

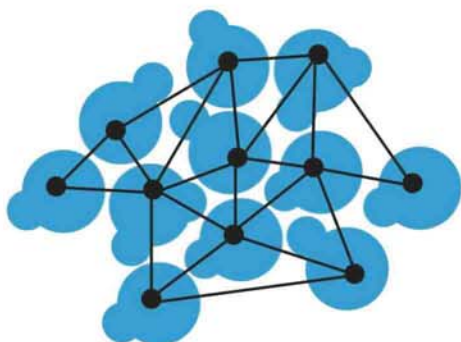
2



3 Le proteine mutate non riescono a mantenere le cellule compatte



Struttura anomala



3 Le cellule cambiano forma e tutta la struttura perde compattezza



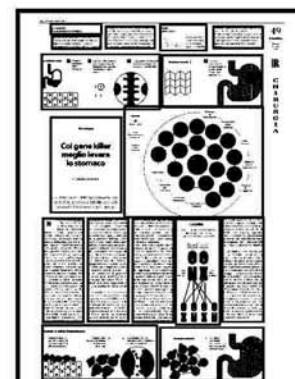
**La malattia
È una sindrome familiare**

La malattia, il cui nome è sindrome ereditaria di carcinoma gastrico diffuso (Hdgc l'acronimo inglese) colpisce indistintamente uomini e donne, e quando una persona ne è colpita la probabilità che i suoi figli la ereditino è del 50%. Si stima che questi tumori rappresentino tra l'1 e il 3% di tutti i tumori dello stomaco, e che siano ancora poco riconosciuti, per esempio dai medici di base, come sindromi familiari che necessitano una presa in carico globale, un counselling genetico e un percorso di cura con controlli molto stringenti. Di solito si manifesta attorno ai 40 anni, ma può colpire anche ragazzi molto giovani: è quindi opportuno che la presenza di più casi in una famiglia desti il necessario allarme.

**In Italia
Quanti sono**

13mila

Gli italiani che si sono ammalati di carcinoma gastrico nel 2017



La storia

Così, se l'assessore non c'è, il cancro canta vittoria

Due farmaci importanti negati ai siciliani. Perché si devono fare le elezioni

Questa è la storia dei percorsi per l'autorizzazione di due nuove molecole anticancro, l'osimertinib (attivo contro uno specifico tipo di tumore del polmone) e palbociclib (per il tumore del seno metastatico). Entrambi registrati in classe H (farmaci ospedalieri) con fissazione di prezzo da parte di Aifa l'8 agosto del 2017 per il primo e il 22 dicembre 2017 per il secondo. La commissione per il Prontuario regionale siciliano decade automaticamente nell'ottobre 2017 al decade dell'Assessore che l'ha nominata; l'ultima seduta utile si svolge in ottobre, ma l'inserimento di osimertinib non viene discusso. Da ottobre a marzo 2017, periodo in cui la Sicilia viene chiamata a eleggere il nuovo governo regionale, la commissione del prontuario regionale, quindi, non esiste

più ed il nuovo governo ha tante criticità con cui confrontarsi. Sta di fatto che solo nel marzo 2018 viene nuovamente nominata: 8 mesi dopo la registrazione di osimertinib e 3 mesi dopo quella di palbociclib. In aprile la commissione si insedia e ammette entrambi i farmaci: siamo al 14 aprile. Segue la raccolta dei fabbisogni delle aziende nei due bacini, orientale e occidentale, e la loro trasmissione in regione. Passa altro tempo: solo la terza settimana di giugno l'autorizzazione arriva alle singole aziende sanitarie ed è in corso da parte di queste la procedura per poter finalmente acquistare i farmaci, cosa peraltro ad oggi ancora non possibile.

E sono trascorsi oltre 10 mesi dalla registrazione di osimertinib e 6 da quella di palbociclib, dal momento in cui entrambi i farmaci sono stati messi a disposizione dei malati residenti nelle tre regioni italiane in cui non esiste un prontuario regionale. Ho il dovere deontologico di sottolineare che un paziente per cui sia indicato l'uso di osimertinib, qualora non possa riceverne la sommini-

strazione e venga avviato alla migliore terapia alternativa, non solo vede la propria aspettativa di vita ridursi del 60%, ma è destinato ad andare incontro a decesso entro quattro mesi circa: ciò dovrebbe chiaramente rendere conto di come ritardi del tipo di quelli verificatisi in Sicilia possano essere esiziali per la storia di malattia di numerosi pazienti.

Per sopperire alle inaccettabili carenze e ai ritardi della burocrazia, alcune (poche) aziende sanitarie isolate hanno acquistato i medicinali con procedure di contrattazione "ponte", garantendo una parte dei pazienti. Va ricordato, però, che comprare i farmaci in questo modo impedirà alle aziende virtuose di richiedere la compensazione dei costi (possibile solo se la procedura descritta è completata) e vedranno quindi gli stessi costi gravare sui loro bilanci, mettendo se stesse a rischio di penalizzazioni economiche, se non di sanzioni. Per aver garantito il diritto costituzionale alla migliore cura dei propri pazienti.

- r. b.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TECNICA SEMPRE PIÙ SOFISTICATA, MA CHE NON RISOLVE TUTTI I PROBLEMI

Generazione provetta

La procreazione assistita celebra i primi 40 anni

"Tasso di successo al 36%"

Le opzioni sono diverse e adesso l'iniezione dello spermatozoo sta diventando la più diffusa. «Ma è fondamentale capire che la prima gravidanza andrebbe portata a termine entro i 35 anni»

FABIO DI TODARO

Il 25 luglio Louise Brown, la prima bambina nata in provetta, festeggerà i primi 40 anni. Nell'estate 1978, all'ospedale di Oldham, nel Nord dell'Inghilterra, si concretizzò una gravidanza ottenuta da una fecondazione assistita.

I genitori di Louise, Lesley e John, tentavano di avere un figlio da un decennio. A quel punto decisero di affidarsi a Patrick Steptoe e Robert Edwards: il primo un ginecologo che aveva messo a punto una tecnica chirurgica contro l'occlusione delle tube, il secondo un biologo esperto di manipolazione dei gameti. Entrambi sarebbero diventati i pionieri della procreazione medicalmente assistita, fondamentale per superare l'in-

tutto il mondo. In Europa - dove si è passati dai 100 mila cicli del 1995 ai 700 mila del 2014 - è la Spagna la nazione più attiva. Ma anche in Italia l'offerta è ormai diffusa e variegata, anche se l'accesso alle cure per uomini e donne non è sempre gratuito.

Tante varianti. Le opportunità sono diverse: di primo livello (con l'inseminazione semplice) e di secondo e di terzo (con la fecondazione in vitro e con l'Icsi). Gli ultimi dati nazionali disponibili si riferiscono al 2015: 95 mila i cicli effettuati, poco meno di 13 mila i bambini nati vivi. Significa che quasi tre neonati su 100 sono venuti alla luce grazie alla procreazione medicalmente assistita.

La scelta della tecnica più congeniale - il tasso medio di successo è oggi del 36%, quasi raddoppiato dal 2000, anche se le probabilità non sono mai assolute e dipendono dalle condizioni di ogni partner e dalla struttura a cui ci si rivolge - è legata alle cause (che sono numerose) dell'infertilità. L'inseminazione intrauterina, che consiste nell'introduzione il seme nell'utero e nel monitoraggio dell'ovulazione della donna, è consigliata in caso di sterilità senza cause evidenti, di alterazione moderata di alcuni parametri del liquido seminale o di impedimenti per

l'atto sessuale. Oggi, però, è più frequente la fecondazione in vitro e soprattutto l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo, l'Icsi.

Nel primo caso, dopo aver stimolato l'ovulazione della donna, si prelevano gli ovociti per metterli in coltura con un numero molto alto di spermatozoi: tra 10 e 100 mila unità. La fecondazione e poi lo sviluppo dell'ovocita fecondato è un processo delicato che avviene su terreni di coltura, dopodiché l'embrione viene impiantato nell'utero nei tre giorni che seguono la fecondazione.

L'iniezione dello spermatozoo, invece, è consigliabile nei casi di grave infertilità maschile, di un ridotto numero di ovociti o dell'utilizzo di gameti congelati.

Gameti in freezer? Mentre resta vietata quella degli embrioni, in Italia è aumentato il ricorso alla crioconservazione dei gameti. La procedura può avvenire in due modi: congelamento lento oppure vitrificazione, con quest'ultima soluzione che garantisce tassi di gravidanza più alti.

La crioconservazione dei gameti è utile per chi deve affrontare terapie mediche che compromettono la fertilità, come alcune cure anticancro. Ma negli ultimi anni è in aumento il numero di donne che sceglie questa via come «social freezing»: è considerata un'arma anti-infertilità da chi vuole rimandare il momento di diventare mamma. Una scelta che, secondo Eleonora Porcu, responsabile del centro infertilità e procreazione medicalmente assistita del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, non è però da incentivare. «L'esito non è scontato. E, oltre all'età

Sono già otto milioni i bambini nati in tutto il mondo

fertilità o la sterilità.

Grazie alle loro ricerche, oggi, sono più di otto milioni i bambini venuti alla luce in



dell'ovocita, che risulta fermata, esistono anche altri fattori che possono compromettere una gravidanza. Occorre quindi ripensare il concetto di fertilità: la prima gravidanza dovrebbe essere portata a termine entro i 35 anni della donna».

I limiti dell'eterologa. In Italia, dal 2014, è possibile ricorrere alla fecondazione eterologa. I dati, però, sono fermi al primo anno: 601 i bambini, potenzialmente oltre mille fino a oggi. Ma ci sono due ostacoli: la penuria di donatori (soprattutto di ovociti) e la disomogeneità nell'accesso ai servizi sanitari. Non in tutte le Regioni, infatti, le cure sono gratuite, sebbene il percorso terapeutico sia previsto nei «Livelli essenziali di assistenza» per le donne sotto i 43 anni. Fino a quest'età, e per un massimo di tre cicli, il trattamento è a carico del Sistema sanitario nazionale, poi si deve pagare. —

© BY NC ND AL GIU' IN DIRITTI RISERVATI

Fa discutere il social freezing per rimandare la maternità

PROBLEMI DI COPPIA

Le differenze tra l'infertilità e la sterilità

Una coppia che dopo un anno di rapporti regolari non riesce a concepire è considerata infertile. Se una coppia ha già avuto figli, ma non riesce ad averne altri, si dice affetta da «infertilità secondaria». La sterilità riguarda, invece, le coppie affette da una malattia irreversibile o che restano infertili dopo un iter diagnostico e terapeutico svolto in un tempo ragionevole. In entrambi i casi, indipendentemente dal fatto che sia l'uomo o la donna ad avere problemi riproduttivi, è possibile (ma non certo) iniziare una gravidanza ricorrendo alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. F.D.T.



1. Louise Brown nacque il 25 luglio 1978. 2. Oggi è madre di due bambini. 3. La sua storia fece subito il giro del mondo



Il rischio numero uno è sempre rappresentato da sovrappeso e obesità

Le regole e le dosi, per bambini e adulti

LA GUIDA

NICLA PANCIERA

Non solo brioche e biscotti, ma ketchup, minestrone, sughi pronti e yogurt. Nella preparazione di questi alimenti si aggiunge sempre lo zucchero, generalmente fruttosio o sciroppo di glucosio. Con delle conseguenze. Gli effetti degli zuccheri aggiunti sul rischio di sviluppare malattie cardiovascolari - la principale causa di morte in Europa - non sono diretti, ma mediati dal sovrappeso e dall'obesità che questi inducono.

Calorie e nutrienti. A differenza degli zuccheri naturalmente presenti in molti alimenti, dalla frutta alla verdura, gli zuccheri aggiunti costituiscono un problema. Come sostiene l'American Heart Association, «contribuiscono a un'alimentazione ad alto contenuto calorico, ma povera di nutrienti, e aumentano il rischio di sviluppare obesità, malattie cardiovascolari, ipertensione, tumori associati all'obesità e carie». I cardiologi americani ribadiscono che, «sebbene in una

dieta sana, gli zuccheri aggiunti possano essere consumati in piccole quantità, ben pochi bambini si mantengono entro questi limiti: ecco perché si tratta di un obiettivo di salute pubblica».

Quanto è troppo? «Secondo l'Oms, gli zuccheri aggiunti non devono superare il 10% dell'apporto energetico quotidiano e meglio sarebbe restare sul 5%, un valore che consente di mettersi al riparo dalla carie», spiega Silvia Scaglioni, pediatra nutrizionista della Fondazione De Marchi e dell'Irccs Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Quindi, per una dieta da 2 mila kcalorie al giorno, gli zuccheri aggiunti non dovrebbero superare i 50 grammi (10 cucchiaini da tè): è un limite difficile da rispettare a meno di non verificare tutti gli zuccheri, più o meno nascosti, aggiunti alla maggioranza dei cibi.

La raccomandazione dell'Oms non riguarda invece gli zuccheri nella frutta fresca e nei vegetali o quelli naturalmente presenti nel latte, poiché non vi sono evidenze di effetti avversi legati alla loro assunzione. Le linee-guida della Società italiana di nutrizione, tuttavia, non distinguono

no ancora gli zuccheri totali da quelli aggiunti.

Non è mai troppo presto. Dopo l'anno d'età le raccomandazioni nutrizionali sottolineano l'importanza di assumere un'elevata quota di carboidrati a lento assorbimento, come i cereali di tipo integrale, orzo, farro e legumi, riducendo a meno del 10% gli alimenti che contengono zuccheri a rapido assorbimento. «La preferenza per il sapore dolce rischia di essere rinforzata dall'esposizione perinatale - spiega la Scaglioni -. Ecco perché l'introduzione precoce di zuccheri aggiunti nella dieta dei bambini può promuovere la preferenza per il gusto dolce: bisognerebbe sempre tenerne conto».

Cibi sani e appetibili. Per arginare sovrappeso e obesità crescenti è chiaro come non sia sufficiente concentrarsi sulla sfera medica o sanitaria, ma bisogna agire sulla «food chain», la catena di produzione, distribuzione e commercializzazione degli alimenti: a suggerirlo è l'iniziativa europea Food2030 nell'ambito della lotta all'obesità infantile. Per Corinna Hawkes, direttrice del Centre for Food Policy della University of London City, «la prima cosa da fare è

chiara: rendere i cibi sani più disponibili, più appetibili e a prezzi più accessibili. È un problema di equità». Inoltre si deve porre attenzione ai messaggi rivolti ai soggetti più vulnerabili e influenzabili, i bambini: ci vogliono strategie per regolare e limitare il marketing in tv e online.

Imporre una tassa. In questo contesto si discute dell'opportunità di introdurre disincentivi all'acquisto di determinati cibi. In molti Paesi la «sugar tax» esiste già: in Gran Bretagna, dove questa misura è stata introdotta nel 2016, l'obiettivo è proprio incentivare l'industria alimentare ad abbassare il contenuto di zucchero dei propri prodotti, in primo luogo le bibite.

Scenari futuri. Sono anche importanti le etichette. «In Europa, oggi, deve essere dichiarato il solo «zucchero totale» e non c'è alcuna etichettatura obbligatoria per gli zuccheri aggiunti, cosa che andrebbe invece introdotta», denuncia Scaglioni, che conclude così: «Ci vogliono politiche per ridurre l'assunzione di zuccheri liberi a tutte le età, lavorando sull'educazione e introducendo standard per la mense scolastiche». —

© BY NC ND AL DL NI D R I T T I R I S E R V A T I



Vaccini. Autocertificazione, i presidi attaccano il governo

Dura presa di posizione dell'associazione nazionale: «Disinteresse verso chi veramente lavora nelle scuole». E anche l'Anagrafe «è di là da venire»

La semplificazione e digitalizzazione delle procedure? Soltanto «una prassi retorica» nella quale i presidi riconoscono «il disinteresse dell'amministrazione verso chi veramente lavora nelle scuole». È durissima, la presa di posizione dell'Associazione nazionale dei dirigenti scolastici, sulle nuove procedure per gli adempimenti vaccinali, concordate tra i ministeri della Salute e dell'Istruzione. In particolare, l'Anp contesta la procedura dell'autocertificazione che, scrivono in una nota, farà, ancora una volta, «gravare sulle scuole l'onere di verificare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive». «Non viene neanche ipotizzato – ri-

cordano i presidi – un sistema informativo digitale di “colloquio” tra le Asl e le istituzioni scolastiche, mentre è ancora di là da venire l'istituzione di una Anagrafe nazionale dei vaccini».

A questo riguardo, si legge sul sito del ministero della Salute, «il decreto ministeriale è pronto e seguirà al più presto il suo iter procedurale». Quando, però, non è dato sapere, come mettono in evidenza anche i dirigenti scolastici: «Non è prevista una data, neanche in termini previsionali, di unificazione delle Anagrafi regionali». Intanto, dopo le polemiche scatenate da un servizio del *Times* sull'impennata dei casi di morbillo in Gran Bretagna, determinata da cittadini britannici che erano stati in Italia, il ministero della Salute fa sapere che, dallo scambio dei dati con le autorità inglesi, è emerso che «nessuna delle segnalazioni registrate fa presagire situazioni di allarme per casi di morbillo provenienti dall'Italia». «La sorveglianza è molto attiva e dimostra una limitata circolazione di casi di varia provenienza», ricorda il ministero, che con il Commissario europeo per la salute, Vytenis Povilas Andriukaitis, farà «piena luce sulle dichiarazioni pubblicate in questi giorni».

Paolo Ferrario

ATTUALITÀ

Terremoto, l'Umbria si rialza con i Centri di comunità
 Ne sono stati aperti 6, col sostegno della Caritas

€irenia

SARDEGNA 29€

SICILIA 41€

CORSICA 24€

www.irenia.it

“Reazioni avverse” alle vaccinazioni: solo un centinaio ogni milione di abitanti

L'Agencia del farmaco: rara la correlazione con le punture
Per l'utilizzo di medicinali comuni l'incidenza arriva a 750

PAOLO RUSSO
ROMA

Un centinaio di reazioni avverse ogni milione di abitanti, delle quali solo il 20% considerate gravi e in diversi casi non correlabili ai vaccini. Ad esempio solo il 52% dei problemi di salute segnalati dopo il vaccino trivalente contro morbillo, rosolia e parotite è correlabile alla somministrazione. Il che non significa tra l'altro che anche in quei casi la causa certa della reazione avversa sia proprio il vaccino. E comunque, salvo dieci decessi, dei quali uno solo ipoteticamente attribuibile a una vaccinazione, in tutti gli altri casi si è andati

Il nesso causale nei casi di decesso dopo la somministrazione resta “indeterminato”

verso una risoluzione completa della malattia o danni alla salute di carattere transitorio.

Numeri che per i non addetti ai lavori potrebbero sembrare comunque allarmanti, ma che sono in realtà di molto inferiori a quelle circa 750 reazioni avverse che generalmente si riscontrano ogni milione di italiani per tutti gli altri farmaci.

A riprova della sicurezza dei vaccini e a smentire la propaganda no-vax ecco il

rapporto sulla “vaccino-sorveglianza 2017” redatto dall'Aifa, l'Agencia italiana del farmaco, che già aveva concluso il monitoraggio per il triennio precedente.

Un trend stabile negli ultimi quattro anni, con un incremento delle segnalazioni nel 2017 che l'Aifa ascrive all'aumentata attività di sorveglianza, non certo all'aumento di problemi legati alle vaccinazioni, smentiti dall'analisi dei singoli casi. Compresi i 10 decessi verificatisi dopo la somministrazione di uno o più vaccini, ma attribuibili alla presenza di altre gravi malattie, magari non diagnosticate prima.

L'eccezione

Unica eccezione un neonato di 11 mesi, deceduto lo scorso anno dopo una “encefalomielite acuta disseminata”, malattia rara del sistema nervoso centrale, nel 95% dei casi causata da alcuni tipi di virus, tra i quali l'herpes. La correlazione con i vaccini «è molto rara e controversa», specifica il rapporto, concludendo però che «in base alla valutazione medico legale non si può stabilire se l'esito infausto possa essere ricondotto agli agenti infettivi identificati o alla vaccinazione». Pertanto il nesso causale, pur sempre unico su milioni di

vaccini somministrati, resta «indeterminato».

Per il resto nelle 6.696 segnalazioni (delle quali solo 4.822 insorte nel 2017), quasi tremila si traducono in un po' di febbre, a altrettante in reazioni locali o cutanee generalizzate. L'iperpiressia, ossia la febbre alta da 39 e mezzo in su, ha riguardato circa 900 casi. Ma attenzione, per queste come per le altre reazioni avverse non si può puntare l'indice contro i vaccini, in quanto, come specifica l'Aifa, per evento avverso si intende un qualsiasi problema di natura medica che si verifichi dopo la vaccinazione, ma non necessariamente a questa correlato.

Il caso influenza

Se il rapporto rischio-beneficio è più che favorevole per i vaccini in genere lo è ancora di più per quelli contro l'influenza, che l'ultimo anno ha steso a letto 4 milioni di italiani, facendone ricoverare in rianimazione 744, mentre 160 non ce l'hanno fatta. A fronte della gravità di questi numeri le reazioni avverse al vaccino sono state 1,6 ogni 100mila dosi

Il trend di segnalazioni

di effetti negativi risulta stabile negli ultimi quattro anni

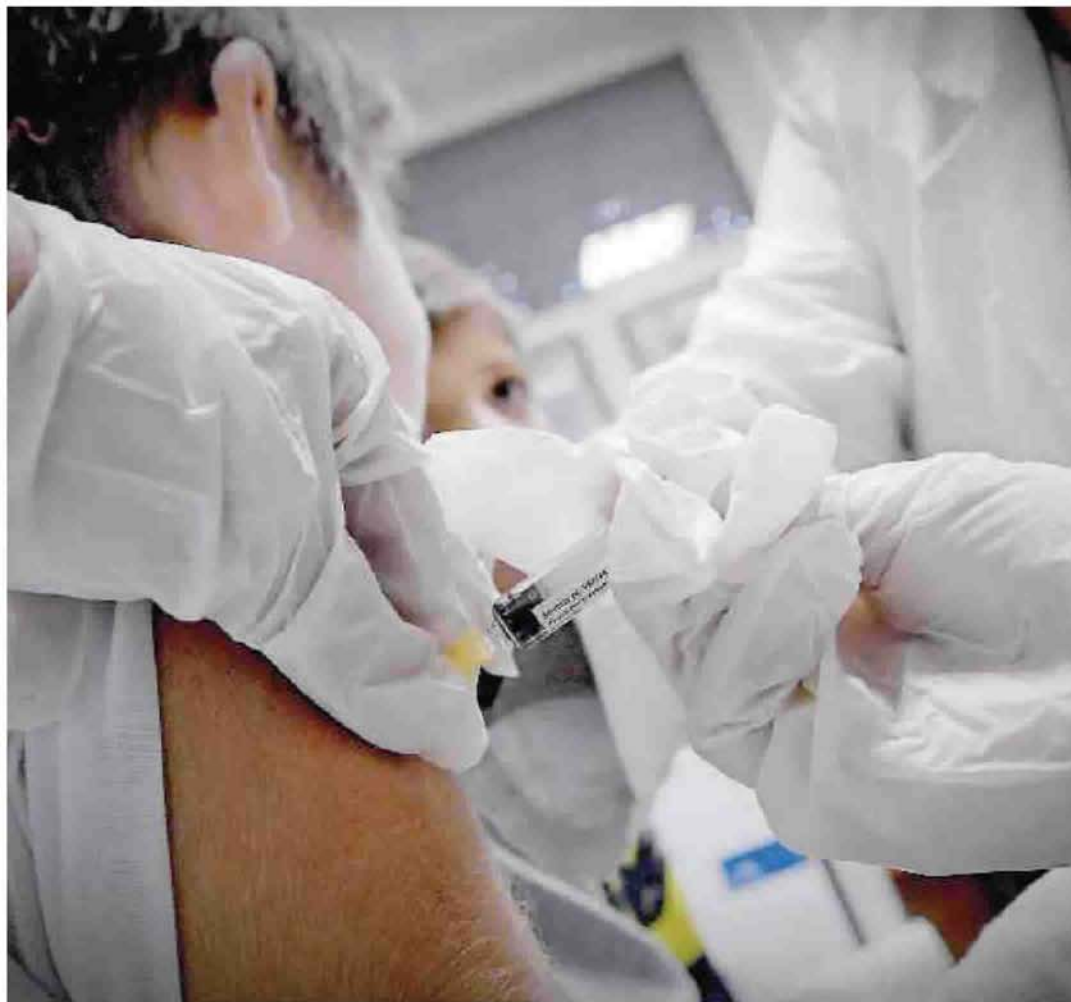
somministrate, quelle gravi

solo un quarto.

La regione dove le segnalazioni abbondano è comunque il Veneto, che con 1952 casi da sola cumula quasi un terzo di quelli del resto d'Italia.

Questo non perché i veneti siano più degli altri allergici ai vaccini ma perché probabilmente lì la rete di rilevazione funziona meglio. Un'attività che il **Ministro della salute**, Giulia Grillo, vuole ulterior-

mente potenziare, coinvolgendo più attivamente le famiglie nella vigilanza, visto che ora solo 882 segnalazioni su quasi settemila provengono dai diretti interessati. —



L'Aifa ha presentato il "Rapporto vaccino-sorveglianza 2017"

Quando la cannabis è nella ricetta

"Un tipo di farmaco su cui si fa troppa confusione"

Molti confondono ancora il preparato clinico con la versione light degli shop autorizzati. Oggi contrasta dolori e disturbi cronici, ma in futuro potrebbe allargare i propri utilizzi

DANIELE BANFI

Argomento cannabis è tornato sotto la luce dei riflettori in seguito al parere negativo del Consiglio Superiore di Sanità alla vendita della cosiddetta «cannabis light». Un parere, quello degli esperti, che si basa sull'assunto che non può essere esclusa la pericolosità dei prodotti contenenti o costituiti da infiorescenze di canapa. Ma il dibattito su questo tipo di cannabis non deve indurre nell'errore di pensare che la marijuana sia tutta uguale. Quella terapeutica - oggi somministrata esclusivamente su prescrizione medica - è un farmaco a tutti gli effetti e nulla ha a che vedere con quella che si può acquistare nei «cannabis shop» o attraverso canali illegali.

I segreti della pianta. «La cannabis - spiega Vittorio Guardamagna, direttore della divisione di Cure Palliative e Terapia del Dolore presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano - è una pianta dalle cui infiorescenze essiccate è possibile ottenere la marijuana, un complesso di molecole che agiscono a livello del sistema nervoso centrale e periferico. Le più note sono Thc e Cbd, ovvero delta-9-tetraidrocannabinolo e cannabidiolo». Gli effetti indotti sono svariati e dipendono essenzialmente dalla percentuale di queste due componenti e dalle modalità di somministrazione.

Versione «light». «Il Thc - spiega lo specialista - è responsabile principalmente dell'effetto farmacologico, mentre il Cbd tampona l'azione psicotropa ed è responsabile dell'effetto ansiolitico e rilassante. La cannabis light, a differenza delle altre tipologie, prevede per legge un contenuto di Thc molto basso, pari allo 0.2-0.6%. Una quantità talmente contenuta che non può essere paragonata a quella contenuta nella cannabis destinata all'uso terapeutico».

Un percorso a ostacoli che inizia in farmacia e molte Regioni non prevedono rimborsi

I farmaci in commercio, per esempio, hanno una percentuale che può arrivare al 22%, come nel caso del Bedrocan, uno dei più utilizzati.

Light o meno, le sostanze contenute nelle infiorescenze interagiscono comunque con i recettori endocannabinoidi, proteine responsabili della regolazione del dolore, dell'appetito, dell'umore e della memoria. Fondamentale ai fini del risultato che si vuole raggiungere è il bilanciamento nella composizione dei due principi attivi e la presenza di altre molecole capaci di migliorare il legame di Thc e Cbd ai propri recettori.

In versione farmaco. A differenza di quanto si possa

pensare la cannabis a scopo terapeutico è indicata in casi limitati, ma non è escluso che in futuro trovi un impiego su più vasta scala. «Allo stato attuale delle conoscenze l'uso terapeutico della cannabis è limitato al controllo di nausea, vomito e mancanza di appetito, principalmente nei pazienti sottoposti a chemioterapia, e poi al controllo di alcune forme di dolore cronico come quello neuropatico. Altra indicazione è quella nel trattamento dei dolori da spasticità muscolare. Un esempio è il Sativex, un farmaco contenente solo Thc e Cbd, utile proprio nel controllo degli spasmi muscolari dovuti alla sclerosi multipla. E, infine, un'altra indicazione importante è quella dei casi di fibromialgia. In tutte queste indicazioni - aggiunge - la cannabis non rappresenta sempre la prima scelta, ma può essere utile laddove altri trattamenti falliscono».

Difficoltà di reperimento. Nonostante le evidenze sull'utilità della cannabis terapeutica, l'approvvigionamento per il malato è tutt'altro che semplice. Esclusa la possibilità di acquistarla nei «cannabis shop» proprio perché si tratta di un prodotto completamente differente, a chi ne ha bisogno non è sufficiente la sola ricetta del medico.

Il percorso ad ostacoli inizia dalla farmacia. Non tutte, infatti, sono abilitate alla vendita. Non soltanto. Il problema è rappresentato anche dal prezzo: in media - quando la si trova - il costo si aggira intorno ai venti euro al grammo, ma, mentre alcune Regioni rimborsano interamente il prodotto, altre lo fanno solo per

Le formulazioni acquistate su canali non ufficiali non sono una cura

alcune specifiche patologie e altre ancora non prevedono alcuna forma di contributo.

Più ricerca. «Il fatto che la cannabis sia utile solo per alcuni disturbi è principalmente dovuto alla scarsa ricerca scientifica che è stata portata avanti fino ad oggi. Sono convinto, però, che nel tempo estenderemo l'indicazione a molte più patologie - dice Guardamagna - . Per farlo però occorre investire di più in ricerca. E ciò che bisogna sempre ricordare è che la cannabis va trattata come farmaco. Tutte le altre formulazioni acquistate tramite canali non ufficiali non rappresentano affatto una cura».

© BY NC ND ALDUNI DIRITTI RISERVATI



La ricerca

Anatomia del cervello del bevitore

Un'alterazione nell'amigdala alla base della dipendenza

L'alcolismo è una patologia complessa, difficile da trattare, ma anche da replicare. Creare dei modelli che siano predittivi di quanto accade nella specie umana non è semplice. Per questo la pubblicazione dello studio condotto dal team di Markus Heilig della Linköping University nei giorni scorsi su *Science* ha creato non poco entusiasmo. Heilig e colleghi sono riusciti a riprodurre nei ratti quanto accade nell'uomo, ottenendo indizi preziosi sui protagonisti molecolari della dipendenza dall'alcol che potrebbero aiutare lo sviluppo di farmaci mirati per i soggetti più a rischio.

I ricercatori svedesi hanno dato agli animali la possibilità di scegliere una bevanda alcolica o una zuccherina. In alcune sessioni gli animali per avere le bevande dovevano ogni volta eseguire un numero maggiore di pressioni su una leva usata per l'erogazione, e in altre l'assunzione dell'alcol era asso-

ciata a una scossa elettrica o a una sostanza amara. «In questo modo i ricercatori tentavano di riprodurre tre condizioni tipiche di chi soffre di alcolismo: il rischio di trascurare, bevendo, altri piaceri gratificanti, la disponibilità a spendere energie per ottenere dell'alcol e a farlo pur sapendo che questo avrà degli effetti dannosi sulla salute», commenta Giancarlo Colombo dell'Istituto di neuroscienze del Cnr, che a Cagliari studia i meccanismi biochimici e comportamentali alla base dell'alcolismo proprio nei modelli animali. Nello studio circa il 15% degli animali che sceglieva l'alcol al posto della bevanda zuccherina mostrava comportamenti associati alla dipendenza. Una percentuale simile, tra il 10-15%, sviluppa problemi associati all'alcol nell'uomo.

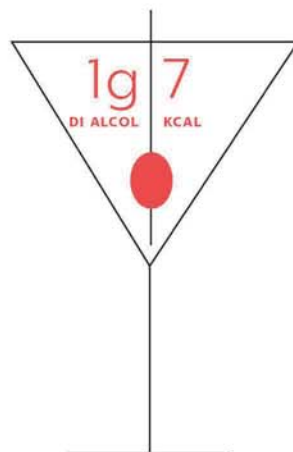
Ma perché non tutti quelli che bevono diventano dipendenti? I ricercatori hanno analizzato cosa accadeva in alcune regioni del cervello, trovando qualcosa di interes-

sante nell'amigdala dei ratti che preferivano l'alcol: un'alterazione a livello delle vie molecolari legate al neurotrasmettitore Gaba. La stessa alterazione è stata vista nel cervello analizzato post-mortem di alcune persone con storia di alcolismo.

«Quanto osservato conferma che l'amigdala è importante nel mediare gli effetti dell'alcol - commenta Colombo - ma lo studio fa un passo avanti. Mostra infatti che esiste una proteina, Gat-3, che controlla i livelli del Gaba, poco espressa in caso di dipendenza, sottolineando il ruolo di questo neurotrasmettitore nello sviluppo di nuovi trattamenti contro l'alcolismo». Il coinvolgimento del Gaba è infatti noto da tempo e alcune molecole che ne influenzano l'azione hanno già trovato applicazioni nel trattamento dell'alcolismo. Ma la strada da fare è ancora lunga.

— **anna lisa bonfranceschi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

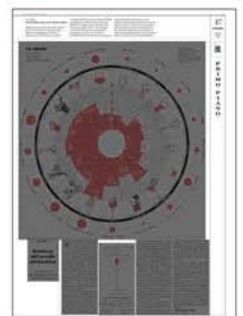


L'EQUAZIONE

Per calcolare le calorie dall'alcol

$$\text{Kcal} = \text{gradi} \times 7,9 \times \text{litri} \times 7$$

Gradazione alcolica Peso specifico dell'alcol



Boom di farmaci anti stanchezza «Sono droghe per lavorare di più»

Gli esperti: danno dipendenza. Il fenomeno negli Usa e in Europa

Paola Benedetta Manca
ROMA

FARE MEGLIO, sempre meglio, sul lavoro e nello studio. Riuscire a soddisfare standard sempre più alti e ritmi sempre più serrati. E se il corpo e la mente non riescono a farcela da soli, ecco la tentazione delle «smart drugs» che migliorano le prestazioni nello studio e sul lavoro e potenziano memoria e attenzione.

E L'INQUIETANTE scenario messo in luce dal boom di consumo, nei Paesi dell'Unione Europea, di farmaci normalmente prescritti per disturbi da deficit di attenzione e iperattività (Adhd) e per curare i disordini del sonno, come la narcolessia. A essere presi d'assalto, secondo una ricerca apparsa sull'*International Journal of Drugs and Policy* che sta facendo discutere, non sono dunque gli stupefacenti che danno il lasciapassare per paradisi artificiali o per 'sballarsi' ma le cosiddette «droghe smart». Dall'indagine emerge

CHI LE UTILIZZA

Sono persone normalissime: studenti e professionisti sotto pressione per le scadenze

che, negli Usa, è stato registrato il più alto tasso di utilizzo: nel 2017 quasi il 30% degli intervistati le ha assunte, non per motivi di salute, almeno una volta nei precedenti 12 mesi; nel 2015 erano il 20%. Ma gli aumenti più preoccupanti sono stati in Europa: dal 2015 al 2017 l'uso in Francia è salito dal 3% al 16%; nel Regno Unito dal 5% al 23%; in Olanda dal 10% al 24%; in Irlanda dal 4% al 18%. Quasi la metà (48%) delle persone ha dichiarato di aver avuto i farmaci attraverso gli amici; il 10% li ha acquistati da un rivenditore o su internet e il 6% li ha ottenuti da un membro della famiglia. Solo il 4% aveva delle prescrizioni mediche. Ma i «super poteri» dati da questi farmaci non sono a co-

sto zero. «Si tratta - mette in guardia Gabriele Miceli, ordinario di Neurologia presso l'Università di Trento - di amfetamine e amfetaminosimili che vanno presi sotto controllo medico, perché oltre a diminuire il senso di stanchezza, aumentano pressione e frequenza cardiaca». Quello che si rischia, poi, è la dipendenza. «Al senso di euforia ed energia indotte da queste sostanze è difficile rinunciare» sottolinea Miceli.

A UTILIZZARE le «smart drugs» sono persone normalissime che spesso non hanno mai fatto uso di stupefacenti: studenti e professionisti, in buone condizioni di salute ma sotto pressione per una scadenza imminente o un esame. Un quadro che parla «di un disagio che ci porta a esigere sempre più da noi stessi e da un organismo che non è pensato per i ritmi che la società impone», avverte Miceli. «È un problema rilevante e noto all'estero più che da noi, anche perché in Italia i dati ufficiali sono scarsi e il fenomeno non è indagato quanto dovrebbe», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Picco tra 2015 e 2017

Tra il 2015 e il 2017 è aumentato l'utilizzo di «smart drugs», in particolare nei Paesi europei, con incrementi di oltre il 15%. In Italia il fenomeno è poco monitorato

Stati Uniti

Negli Usa, è stato registrato il più alto tasso di utilizzo di «droghe smart»: nel 2017 quasi il 30% degli intervistati le ha assunte e non per motivi di salute. Nel 2015 erano il 20%

Francia e Regno Unito

L'utilizzo smodato di farmaci e amfetamine in Francia è salito dal 3 al 16%. Un incremento è stato registrato anche nel Regno Unito, dove l'utilizzo è passato dal 5 al 23%

Olanda e Irlanda

In Olanda decolla il consumo di «smart drugs»: si passa dal 10% al 24%. Anche in Irlanda, il loro utilizzo è aumentato in modo massiccio, dal 4 al 18%

Dopo il caso Dell'Utri, scarcerato per motivi di salute

Nelle prigioni italiane ci sono troppi malati

Cinquemila detenuti con l'Hiv, 6mila con l'epatite B, 30mila con l'epatite C, addirittura 42mila con disturbi mentali. E gli istituti di pena non sono attrezzati

SANITÀ DIETRO LE SBARRE

○ **100** le persone che muoiono ogni anno

○ **2** detenuti su **3** avrebbero bisogno di cure ospedaliere

potrebbe soffrire di disturbi mentali

77%

combatte contro una malattia osteoarticolare

17%

contro una cardiovascolare

16%

ha problemi metabolici

11%

ha problemi dermatologici

10%

Malati

● **Hiv** 5.000 ● **Epatite B** 6.500 ● **Epatite C** 30.000



CLAUDIA OSMETTI

Non c'è mica solo Marcello Dell'Utri. Per l'ex senatore di Forza Italia le porte del carcere di Rebibbia si sono (finalmente) aperte: 77 anni, una malattia oncologica e una patologia cardiaca gli hanno permesso di accedere ai domiciliari qualche giorno fa. Chiariamo subito: è una bella notizia. Non perché si tratta dello storico braccio destro di Silvio Berlusconi, ma perché si tratta di un essere umano. Malato, per giunta. E quindi

«incompatibile con la vita penitenziaria».

Già. Ma quanti Marcello Dell'Utri ci sono nelle galere tricolori? Ogni anno, dietro le sbarre dello Stivale, muoiono più di cento persone. Persone, in questo caso, non delinquenti: a causa di un infarto, di un malanno che non è stato curato troppo bene, di un deperimento fisico che è la diretta conseguenza di un male cronico gestito non nel migliore dei modi. Lo mette nero su bianco un report di Ristretti

Orizzonti, il sito che da anni monitora quello che avviene dentro le celle italiane.

E la fotografia è davvero impietosa: due detenuti su tre dovrebbero trovarsi in ospedale, non in carcere. Molti di loro non sanno nemmeno di essere malati, il 77% della popolazione carceraria attualmente al gabbio potrebbe soffrire di disturbi mentali. Il sovraffollamento non è il solo problema sulla scrivania del neo guardasigilli Alfonso Bonafede (M5S), pure l'aspetto sanitario rischia di tramutarsi in una bella gatta da pelare. Tanto per cominciare ci sono le infezioni: 5mila prigionieri hanno l'Hiv, 6.500 l'epatite B, 30mila (30mila!) l'epatite C.

La metà degli stranieri che stanno scontando una pena (e sono il 34% del totale) è alle prese con la tubercolosi. Basterebbe un minimo di umanità. Che non significa necessariamente resettare la fedina penale e perdonare l'imperdonabile. Ma non chiudere gli occhi di fronte alla sofferenza altrui, anche a quella di un "delinquente". Dell'Utri è solo il caso più eclatante, la punta di un iceberg sommerso che non ha la fortuna di finire sui giornali e nei tg nazionali.

Cancro, leucemia, diabete, epilessia. Per un Dell'Utri che ce l'ha fatta (ribadiamo: per fortuna) c'è un Daniele Zoppi che nel 2014 è morto nella casa circondariale di Monta-

cuto (Alessandria) con una cartella clinica che avrebbe dovuto mandarlo dritto dritto in ambulatorio. Altroché. Tre ernie al disco, una stenosi lombare, disturbi vari legati all'obesità non gli hanno garantito il trasferimento in una struttura sanitaria. Ed è morto circondato dai secondini. Loro, intendiamoci, fanno quel che possono: è il sistema che lascia impietriti. Lo certificano, tra l'altro, pure la Simspe (la Società italiana di medicina penitenziaria) e la Sip (la Società italiana di psichiatria). A sentire Francesco Ceraudo, presidente dell'Associazione medici penitenziari recentemente chiamato in causa dal quotidiano *Il Tempo*, c'è davvero da mettersi le mani nei capelli: «Con i tagli alle risorse e la diminuzione del personale che è già insufficiente di suo», spiega il professore, «non è più possibile garantire al detenuto quel diritto alla salute sancito dalla Costituzione».

Non è punto un vanto di un Paese civile. Il 17% dei detenuti in Italia combatte contro una malattia osteoarticolare, il 16% contro una cardiovascolare, l'11% ha problemi metabolici, il 10% dermatologici.



L'incidenza nelle regioni

Distribuzione delle segnalazioni nel 2017	Vaccini obbligatori Età ≤ 16 anni		*Casi per 100mila abitanti
	Numero	Tasso*	
PIEMONTE	198	31,2	
VALLE D'AOSTA	27	137,7	
LOMBARDIA	233	14,7	
P.A. BOLZANO	112	118,2	
P.A. TRENTO	41	45,4	
VENETO	894	117,2	
FRIULI V. G.	216	126,1	
LIGURIA	43	21,2	
EMILIA ROMAGNA	279	41,5	
TOSCANA	100	18,6	
UMBRIA	13	10,1	
MARCHE	51	22,5	
LAZIO	81	8,9	
ABRUZZO	21	11,0	
MOLISE	8	19,3	
CAMPANIA	57	5,7	
PUGLIA	420	65,9	
BASILICATA	12	14,8	
CALABRIA	25	8,2	
SICILIA	331	40,5	
SARDEGNA	29	13,2	
NON INDICATO	12	-	
TOTALE	3.203	34,3	
NORD	2.043	48,3	
CENTRO	245	13,6	
SUD E ISOLE	903	27,4	

*Casi per 100mila abitanti

scattimatti - LA STAMPA

