Doctor33

20-12-2015

http://www.doctor33.it

ONCOLOGIA, AIOM: SERVE UN FONDO NAZIONALE DEDICATO AGLI INNOVATIVI

Un centesimo per ogni sigaretta. La cifra ottenuta sarebbe sufficiente per creare un fondo oncologico nazionale capace di garantire a tutti i pazienti l'accesso ai nuovi farmaci antitumorali. Quello della sostenibilità del sistema di fronte all'incremento dei costi conseguente all'introduzione di farmaci innovativi è un problema cui sono sensibili gli oncologi italiani dai quali viene appunto la proposta di finanziare l'acquisto dei nuovi farmaci con il gettito derivante dal tabacco. «L'innovazione in oncologia ha permesso di raggiungere risultati straordinari e la ricerca scientifica ha reso disponibili armi sempre più efficaci come l'immuno-oncologia e le terapie target personalizzate, che potrebbero consentire di cronicizzare diverse malattie neoplastiche anche molto aggressive e in fase avanzata» puntualizza **Carmine Pinto**, Presidente nazionale Aiom. Innovazione vuole però anche dire costi sempre più alti. «Fra il 2013 e il 2014 la spesa per i farmaci oncologici è ancora aumentata di quasi un altro 10 % - ricorda il Presidente Aiom -; negli ultimi anni sono state introdotte 45 nuove molecole e nei prossimi 3 anni ne arriveranno almeno altre 15 che impatteranno su grosse patologie come il tumore del polmone, della mammella, del rene, il melanoma e il cancro della vescica. Molti di questi farmaci hanno un costo importante e l'impatto sulla sanità pubblica sarà difficilmente sostenibile». Una via per trovare risorse è senza dubbio quella di migliorare la gestione di quelle disponibili: «Evitare gli sprechi, applicare i Pdta è una strada da percorrere, ma che probabilmente non è sufficiente per far fronte a quello che ci si prospetta - puntualizza l'oncologo -. Noi riteniamo che sia necessario avere, non un fondo generico per i farmaci innovativi, ma un fondo nazionale unico per i farmaci innovativi in oncologia e proponiamo di ottenere dei fondi dalle sigarette, da quello cioè che è un forte fattore cancerogeno». Questo consentirebbe di garantire a tutti i malati l'accesso alle terapie innovative. «L'innovazione è fondamentale per il paziente perché significa

salvare delle vite, ma significa anche migliorare la qualità della vita durante la terapia - commenta **Annamaria Mancuso**, Presidente di Salute Donna onlus -. Di conseguenza penso che la creazione di un fondo sanitario nazionale che consenta ai malati di accedere alle terapia innovative sia assolutamente dovuto e che sia giusto implementare questo fondo con una tassa di scopo come quella sulle sigarette. Il fumo è un costo che si ripercuote sulla società per le malattie che nascono dalle sigarette: oltre ai tumori, le bronco pneumopatie e le malattie cardiovascolari». Grazie a un fondo unico si potrebbero evitare anche quelle differenze fra regione e regione nell'accesso ai nuovi farmaci spesso lamentate dai pazienti, evitando così il fenomeno della migrazione sanitaria. «Aiom e Favo hanno documentato la disparità territoriale nell'accesso ai farmaci che in alcune Regioni arrivano al letto del malato mediamente dopo 600 giorni dall'autorizzazione all'immissione in commercio, ma che in alcuni casi hanno tardato addirittura tre anni - ribadisce **Elisabetta Iannelli**, Segretario Generale Favo (Federazione delle Associazione di Volontariato in Oncologia) -. L'istituzione di un fondo nazionale dedicato ai farmaci oncologici innovativi, finanziato con le accise sul tabacco, garantirebbe l'accesso ai farmaci innovativi a tutti i malati italiani».

Franco Marchetti

CORRIERE DELLA SERA.it

19-12-2015
Lettori
57.304

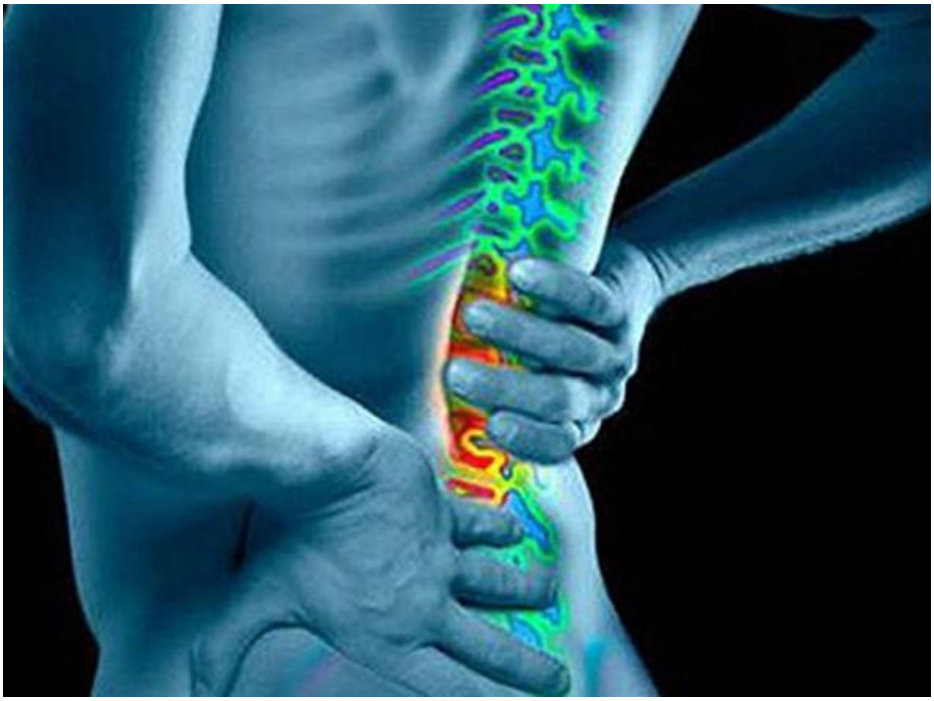
http://www.corriere.it/salute/

ONCOLOGIA

Nuova procedura per riparare le vertebre danneggiate dal tumore

L'intervento, messo a punto allo Ieo di Milano per i pazienti con metastasi ossee alla spina dorsale, integra in un'unica seduta in day hospital radioterapia e vertebroplastica

di V.M.



Non sono poche le strategie oggi disponibili contro le metastasi alle ossa causate da un tumore: termoablazione o ipertermia , radioterapia, ultrasuoni focalizzati ,cifoplastica , elettroporazione sono alcune delle svariate terapie che, a seconda dei singoli casi, possono essere utili per riparare le fratture ossee e alleviare il dolore dei pazienti. Recentemente, poi, all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano è stata presentata una nuova strategia per curare senza bisturi le vertebre danneggiate, la Vertebro-IORT, ovvero un intervento che associa gli effetti della radioterapia intraoperatoria alla vertebroplastica in radiologia interventistica, ottenendo in una sola seduta in day hospital tre risultati: la stabilizzazione delle vertebre, la remissione locale della malattia e la riduzione drastica del dolore.

Circa un paziente oncologico su tre soffre di metastasi osee

La nuova procedura è studiata per i pazienti con metastasi ossee alla spina dorsale, che possono soffrire di complicazioni come instabilità ortopedica e neurologica, compressione midollare, predisposizione alle fratture e dolore. Circa il 30 per cento dei malati oncologici sviluppa infatti metastasi ossee (la metà delle quali alla spina dorsale) che vengono generalmente trattate con chirurgia ortopedica o neurochirurgia, seguita o preceduta da radioterapia frazionata in un ciclo di due settimane, per evitare la ripresa

ravvicinata della malattia. « Il trattamento applicato in Ieo permette di condensare entrambi i trattamenti in poche ore, senza ricovero e con risultati analoghi - spiega Barbara Jereczeck, direttore della Radioterapia dell'Istituto - : il paziente può dire da subito addio all'eventuale busto ortopedico e al dolore, e ricominciare la sua vita con buona qualità. La collaborazione strettissima fra radioterapia e radiologia interventistica ha permesso di mettere a punto un intervento che integra radioterapia e vertebroplastica e che risolve, insieme ai sintomi oncologici, anche i problemi dovuti alla fragilità della spina dorsale. Con V-IORT otteniamo la stabilizzazione vertebrale e allo stesso tempo la sterilizzazione delle cellule cancerose, con un'estensione del tempo di intervento di vertebroplastica di non più di 15 minuti».

Un'opzione in più per garantire una buona qualità di vita ai malati

«Il nuovo intervento dimostra concretamente che il malato oncologico oggi può ottenere una buona qualità di vita, anche in caso di malattia avanzata - dice Franco Orsi, direttore della Divisione di Radiologia Interventistica Ieo -. Tutto l'impegno della radiologia interventistica va essenzialmente in questa direzione: cronicizzare la malattia, che significa prolungare al massimo la durata della vita con la migliore qualità possibile. Ridurre l'invasività delle cure, a parità di efficacia, è il primo passo fondamentale. La vertebroplastica è un esempio di questa filosofia. La procedura in sé consiste nell'iniezione di un cemento osseo già da tempo impiegato in interventi ortopedici, attraverso un apposito ago introdotto nel corpo vertebrale sotto guida della fluoroscopia digitale o della TAC. L'effetto è l'immediata risoluzione del dolore e riacquisto della mobilità, nel 90 per cento dei casi».

quotidianosanità.it

Venerdì 18 DICEMBRE 2015

Troppe “bufale” tra le pubblicazioni scientifiche. E il *New England Journal* lancia l’allarme: “Rivedere i criteri di selezione e verifica”

Negli ultimi tre anni sarebbero più di 250 gli articoli pubblicati in varie riviste scientifiche e poi ritirati dopo aver scoperto che le revisioni da parte dei peer review erano taroccate. Un fenomeno nato in Cina, che si è andato allargando a macchia d’olio grazie a ‘buchi’ nei sistemi di log-in delle riviste e a false identità create apposta per aumentare il numero dei falsi revisori, ovviamente tutti a favore di un autore truffaldino

Lo scorso agosto, forse sperando nella ‘distrazione’ della pausa estiva, l’editore Springer ha ritirato qualcosa come 64 articoli da 10 diverse sue pubblicazioni dopo che – si legge sul sito della Springer - ‘alcuni controlli editoriali hanno rilevato una serie di falsi indirizzi email e che successive indagini interne hanno scoperto dei rapporti di *peer review* fabbricati ad arte’.

Ma il problema non è nuovo e c’era già stato un importante precedente. Qualche mese prima, BioMed *Central* (anche questo di proprietà Springer) aveva provveduto a fare la *retraction* di altri 43 articoli. Per lo stesso motivo. Giudizi dei revisori falsificati o meglio costruiti a tavolino dalla stessa persona.

La ‘nuova tendenza’, come la chiama **Alison McCook** nel blog Retraction Watch, sta evidentemente diventando una moda.

‘Moda’ inaugurata - ricorda **Charlotte Haug** in un articolo pubblicato sull’ultimo numero di *New England Journal of Medicine* - dal sud-coreano **Hyung-in Moon** tre anni fa, quando il ricercatore, messo alle strette, fu costretto ad ammettere che si era inventato un numero imprecisato di indirizzi di posta elettronica, per potersi scrivere da solo i giudizi sui lavori che aveva sottomesso alle riviste scientifiche.
Ed ecco il sistema escogitato da Moon, studioso di piante medicinali. Il ricercatore suggeriva ai giornali nomi di studiosi da coinvolgere per fare la revisione delle sue pubblicazioni, fornendo i loro indirizzi *email*. Ovviamente era lui o i suoi ‘compari’ a ricevere queste email. All’editore non sembrava vero: tutti questi ricercatori fantasma accettavano subito di buon grado di rivedere i paper di Moon, senza dover essere sollecitati in alcun modo e addirittura inviando il loro giudizio (sempre assolutamente favorevole) spesso nell’arco di ore rispetto a quando era arrivata loro la richiesta.

Ma qualcuno ha cominciato a nutrire dei sospetti. Fatte delle indagini e scoperto il trucchetto, il furbetto di turno è stato messo alle strette. La sua confessione ha prodotto il ritiro di 28 delle sue ricerche ed è costata la testa al direttore di uno di questi giornali, che si è dimesso.

Sempre restando in estremo oriente, un altro ricercatore disinvolto, questa volta un ingegnere di Taiwan, **Peter Chen**, aveva fatto un’altra gran bella pensata. Si era creato un cerchio di *peer review* e citazioni, fatto di ben 130 falsi indirizzi email e altrettante false identità, per ottenere ‘recensioni’ favorevoli. Tutto è filato liscio fino a quando l’editor di una rivista della *Sage Publication* ha cominciato a mangiare la foglia e deciso di vederci chiaro. Il frutto della sua indagine certosina ha portato alla

retraction di 60 articoli nel luglio del 2014.

Nell’arco di questi tre anni sarebbero oltre 250 gli articoli pubblicati, poi ritirati per false revisioni, un numero che rappresenta il 15% circa di tutti gli articoli ‘cancellati’ dalla memoria di PubMed e della rete.

E comunque i ricercatori fraudolenti non sembrano aver perso il vizietto se alla fine del 2014 BioMed Central e altri editori hanno messo in allerta il *Committee on Publication Ethics* (COPE) contro nuovi tentativi di frode sulle revisioni dei manoscritti. Nel gennaio 2015 il COPE ha pubblicato sul suo sito la notizia che tutto questo sistema di falsificazione delle revisioni potrebbe addirittura essere gestito da agenzie ‘specializzate’ che non si limitano ad assistere gli autori nella redazione degli articoli scientifici, ma addirittura offrono agli stessi autori, ovviamente a pagamento, una serie di revisioni certamente favorevoli. Insomma un prodotto chiavi in mano.

Ovviamente – fa notare la Haug – questo sistema continuerà a funzionare se i giornali insisteranno nel chiedere agli autori di fornire i nomi di possibili revisori per le loro pubblicazioni. Una pratica piuttosto comune nell’ambiente perché in ambito superspecialistico, gli autori sono quelli che meglio di altri conoscono i colleghi in grado di dare un giudizio qualificato su quel tipo di ricerca. Non va dimenticato poi che l’editore è ben contento di non dover fare continui solleciti a revisori lenti, pigri o svogliati. Infine, giornali e case editrici sono sempre più multinazionali e difficilmente dunque conoscono direttamente i singoli ambiti scientifici e le persone che se ne occupano. Avere qualcuno che ti suggerisce i nomi dei revisori‘giusti’, risparmia un sacco di tempo e grattacapi.

Certo, alla luce di tutti questi scandali, diversi giornali stanno abbandonando la pratica di chiedere all’autore di suggerire lui dei peer reviewer. Ma forse neppure questo basta a garantirsi dalle frodi.

La scorsa primavera, l’editore Hindawi ha deciso di andare a scartabellare tutte le revisioni, pertinenti ad articoli pubblicati sulle sue riviste, dal 2013 al 2014. La procedura di revisione di questo editore si basa prevalentemente sui membri del board editoriale e degli editor ‘ospiti’ dei numeri speciali, ai quali viene chiesto di indicare dei peer reviewer, senza operare alcun controllo su queste figure. Anche in questo caso, è venuto a galla che tre editor occasionali avevano falsificato identità a fabbricato email per fornire revisioni fasulle. Risultato, la cancellazione ‘con onta’ di 32 pubblicazioni.

La Haug invita dunque a riflettere sulla sicurezza dei sistemi di gestione elettronica dei manoscritti, a facile portata di hacker e ricorda come Moon e Chen abbiano sfruttato una falla di ScholarOne. Le email inviate ai ricercatori per invitarli a rivedere un manoscritto includono le informazioni per il log-in, quindi chiunque riceva questi messaggi può entrare nel sistema.

La pressione a pubblicare tanto, in maniera veloce e possibilmente su giornali ad elevato impact factor è particolarmente sentita in Cina; non è un caso dunque che proprio da questo Paese arrivino i sistemi più ingegnosi per aggirare le barriere del sistema di peer-review.
Ma naturalmente il problema non è confinato ai Paesi asiatici. Ed è forse arrivato il momento di porvi rimedio.

Maria Rita Montebelli

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 21.495
Lettori Ed. I 2015: 84.000
Quotidiano - Ed. Milano

IL GIORNO MILANO

Dir. Resp.: Giancarlo Mazzuca

19-DIC-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il ministro chiama Melazzini: sono pronto

L'assessore regionale futuro presidente dell'Agenzia del farmaco

L'assessore regionale alla Ricerca Mario Melazzini

L'ENTE
L'AIFA REGOLA IN ITALIA LA MESSA IN COMMERCIO DEI FARMACI

L'INDAGINE
HA PORTATO ALLE DIMISSION DI PECORELLI

CURRICULUM DIVERSO
... E non solo perché sono in carrozzina. Diciamo che dell'argomento un po' ne capisco. Grato al ministro Lorenzin

MI METTO AL SERVIZIO
Nel momento in cui la nomina diventasse ufficiale mi farò carico dell'impegno mirando a correttezza e trasparenza

di GIULIA BONEZZI

– MILANO –

GLI HANNO già fatto tutti i complimenti, dal presidente dell'Istituto superiore di sanità a quelli degli industriali farmaceutici e dei farmacisti. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha indicato Mario Melazzini come presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, al posto del rettore dell'università di Brescia Sergio Pecorelli, dimissionario dopo esser stato sospeso a seguito di un'indagine interna su un suo presunto conflitto d'interesse (per i ruoli ricoperti in una fondazione e come advisor di una società di *venture capital* che investe in farmaceutica). Lui, Mario Melazzini, assessore alla Ricerca della Regione Lombardia, si dice «grato e onorato», e ricorda che la nomina non è ancora ufficiale. Preferirebbe parlare solo del suo ultimo libro, «Lo sguardo e la speranza», che ha presentato giovedì al 39 esimo piano di Palazzo Lombardia, e racconta la sua esperienza di medico e scienziato malato di Sla; preferirebbe perché il ricavato andrà tutto ad Arisla, la fondazione che presiede per la ricerca sulla sclerosi laterale amiotrofica, e al centro clinico Nemo, per i pazienti con malattie neuromuscolari.

Però assessore sarà lei il prossimo presidente dell'Aifa.

«È stata fatta questa proposta, bisogna vedere se il mio nome sarà condiviso in Conferenza Stato-Regioni. Nel momento in cui fosse ufficializzata la mia nomina, come sempre ho fatto mi metterò al servizio dell'istituzione e dei cittadini in modo corretto e trasparente».

Il ministro ha scelto lei.

«Non mettiamo il carro davanti ai buoi. Posso solo dire che se sarò io il presidente dell'Aifa, la prima cosa che farò sarà liberare il campo da ogni potenziale conflitto d'interessi o incompatibilità».

Cioè i problemi che hanno portato alle dimissioni di Pecorelli...

«Pecorelli all'Aifa ha fatto un ottimo lavoro. Un grande lavoro».

Lei comunque ha un profilo un po' diverso.

«Sicuramente ho un curriculum diverso, e non perché sono in carrozzina... Diciamo che dell'argomento un po' ne capisco. Sono grato e onorato che il ministro Lorenzin abbia pensato a me. Adesso stiamo a vedere».

giulia.bonezzi@ilgiorno.net

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Sanità24 24 ORE

19-12-2015

Lettori
4.451

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Screening metabolici neonatali: il Ddl alla Camera da gennaio. Consenso bipartisan sul testo

La Commissione Sanità del Senato ha concluso nella giornata di ieri, 17 dicembre, l'esame, in sede deliberante, del ddl recante disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie (AS. 998 Paola Taverna - M5S). Dopo il voto all'unanimità, il testo passa direttamente alla Camera per il sì definitivo. **Paola Taverna**, prima firmataria del testo: «Lo screening neonatale è un semplice esame che permette di individuare nei neonati oltre 40 malattie metaboliche rare che possono, se prese in tempo, essere neutralizzate o curate».

Prossimo step alla Camera

La legge sullo screening neonatale «arriverà a breve a Montecitorio, dove sarà discussa a partire da gennaio». A spiegarlo è **Mario Marazziti** (Pi-Cd), presidente della Commissione Affari sociali della Camera. In merito alla legge che vuole ampliare e rendere uniforme l'offerta degli esami del sangue effettuati alla nascita per identificare precocemente malattie metaboliche rare, aggiunge: «ci impegneremo in un iter celere affinché diventi realtà il prima possibile». «Da oggi i bambini nel nostro Paese hanno una speranza in più». **Emilia Grazia De Biasi** esprime «piena soddisfazione» per l'approvazione all'unanimità in sede deliberante dalla Commissione Sanità del Senato della legge sullo screening neonatale. «Una legge importante per la salute dei bambini, per la prevenzione e il riconoscimento della

malattie - sottolinea la presidente della Commissione di Palazzo Madama - Importante perché d'ora in avanti le Regioni dovranno intervenire con le stesse regole sugli screening neonatali. Importante perché con questa legge affermiamo un'idea di scienza e ricerca ancora una volta rivolta alla salute delle persone e, in questo caso, dei bambini». La senatrice Pd, inoltre, ricorda che «un altro grande motivo di soddisfazione è l'approvazione all'unanimità in sede deliberante dalla Commissione Sanità del Senato, che ho l'onore di presiedere, a dimostrazione che la funzione del Parlamento è anche quella di fare buone leggi superando la logica di maggioranza e opposizione».

Sensibilità oltre gli schieramenti

«Grande soddisfazione» dal relatore del testo in Commissione Sanità del Senato, **Piero Aiello** (Ncd). «Si è trattato di un percorso lungo e faticoso, durato un paio di anni. Ma il risultato è stato importante. Sia per l'approvazione in sede deliberante, che ha permesso di accorciare i tempi evitando il passaggio per l'aula, che per il via libera all'unanimità, sintomo di sensibilità da parte di tutti i gruppi». La legge, prevede l'inserimento dello screening nei Livelli essenziali di assistenza. «Fino ad ora - sottolinea **Donella Mattesini c**apogruppo Pd in commissione bicamerale Infanzia e adolescenza - era lasciato alla decisione delle singole Regioni». Laddove realizzato, aggiunge, ha permesso «risultati importanti nella prevenzione e cura delle malattie metaboliche, con riscontri positivi nel contenimento dei costi per il servizio sanitario a lungo termine».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-DIC-2015
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA MEDICINA

Cannabis di Stato anti-dolore c'è il bugiardino con le istruzioni

MICHELE BOCCI

INDICAZIONI: dolore cronico resistente agli antinfiammatori, anoressia, nausea. Effetti collaterali: alterazione dell'umore, ansia. Posologia e istruzioni per l'uso: 200 milligrammi per volta per via orale o inalatoria. Da pochi giorni anche la cannabis ha il suo "bugiardino".

A PAGINA 25

Cannabis di Stato, istruzioni per l'uso "Così ci aiuterà a curare il dolore"

In un decreto del ministero della Salute le regole per l'utilizzo terapeutico della marijuana Con rischi ed effetti collaterali

Utile come analgesico nelle patologie croniche ma anche contro la nausea e l'anoressia

Pronti ad aprile i fiori della piantagione creata dallo Stato a Firenze per risparmiare sull'import

MICHELE BOCCI

INDICAZIONI: dolore cronico resistente agli antinfiammatori, anoressia, nausea. Effetti collaterali: alterazione dell'umore, ansia. Posologia e istruzioni per l'uso: 200 milligrammi per volta per via orale o inalatoria. Proprio come se fosse un farmaco per la febbre o per l'ipertensione, da pochi giorni anche la cannabis ha il suo "bugiardino". Il fatto che la marijuana venga trattata esattamente come le pillole e gli sciroppi in un decreto ministeriale appena entrato in vigore segna una quasi rivoluzione. L'Italia apre all'uso terapeutico della cannabis e passa dalle esperienze di un gruppo di Regioni sempre più nutrito a un atto del Governo. «Il decreto, oltre a individuare nel ministero della Salute le funzioni di organismo statale per la coltivazione della cannabis, contiene un allegato tecnico rivolto a medici e farmacisti per consentire l'uso medico della cannabis in maniera omogenea in Italia», scrivono dal ministero. All'inizio di quest'anno si è scelto di coltivare la canapa all'Istituto farmaceutico militare di Firenze, anche per risparmiare. Ma fino a che l'Esercito non sarà pronto, cioè fino all'aprile prossimo, si potrà anche continuare ad acquistare all'estero la pianta sempre più richiesta dai malati. Il decreto avvia un progetto pilota: per due anni si studieranno i risultati, tramite le schede dei pazienti compilate dai medici. Si stima che le Regioni chiederanno almeno 100 chili di sostanza per rispondere alla domanda.

Il tutto avviene poco prima che il Parlamento discuta la legge sulla legalizzazione della cannabis promossa da Benedetto Della Vedova. Qui siamo in un campo diverso, quello della cura. Ormai sono una decina le amministrazioni locali dove i fiori della canapa sono uno dei tantissimi strumenti a disposizione dei dottori. Il "bugiardino", e cioè l'allegato dell'atto legislativo, dà tutte le informazioni necessarie. Intanto sulle indicazioni. La premessa è che, in base agli studi scientifici, «l'uso medico di cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico di supporto a quelli standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati o hanno provocato effetti secondari non tollerabili». Non un medicinale di prima scelta dunque, ma da usare dopo una valutazione del medico. Per affrontare cosa? Intanto il dolore. La cannabis serve come analgesico in quello cronico di natura neurologica o legato a patologie come la sclerosi multipla. Poi ha effetti sulla nausea causata da chemio o altre terapie, stimola l'appetito in chi ha anoressia nervosa, aiuta nel glaucoma e nella sindrome di Tourette.

Ai pazienti viene consegnata una scatoletta di plastica con dentro i fiori di canapa. «È possibile preparare un decotto di infiorescenze in acqua bollente — si spiega — e assumere tale preparazione dopo circa 15 minuti di bollitura con coperchio. Il rapporto è di 500 milligrammi di cannabis per 500 millilitri d'acqua». Indicazioni piuttosto chiare. Se gli effetti non sono quelli desiderati, si può inalare utilizzando un vaporizzatore. Di solito si usano 200 milligrammi a dose, la frequenza la decide il medico. Riguardo agli effetti collaterali, il "bugiardino" fa notare come esistano molti studi su quelli provocati dall'uso "ricreazionale" della cannabis ma pochi sull'uso medico, dove dosaggi e quantità di principio attivo sono standard. Per questo ci si basa sui primi. «Alterazione dell'umore, insonnia e tachicardia, crisi paranoiche e di ansia, reazioni psicotiche e infine sindrome amotivazionale». Sono state valutate anche le associazioni con altre sostanze, come l'alcol, e con certe patologie. Tra le avvertenze, si sottolinea che la cannabis «può indurre dipendenza complessa», un rischio però ridotto proprio dall'uso medico. Certo, il tono di certi passaggi inquieta un po', ma è lo stesso che si trova sui fogli di avvertenze di qualunque farmaco, anche il più comune.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 374.064
Diffusione 10/2015: 262.723
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-DIC-2015
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Le indicazioni mediche

Analgesico
in patologie che danno spasticità e dolore (sclerosi multipla e lesioni del midollo)

Anticinetico e antiemetico
nella nausea o nel vomito provocati da chemio, radio, terapie per Hiv non risolte in altro modo

Ipotensivo
nel glaucoma resistente

Analgesico
nel dolore cronico (se inefficace il trattamento con antinfiammatori non steroidei, cortisonici o oppioidi)

Stimolante dell'appetito
in anoressia, cachessia, malattie oncologiche o Aids

Riduzione dei movimenti
involontari per la sindrome di Gilles de Tourette

La preparazione

Per ottenere il decotto far bollire i fiori per 15' con il coperchio

usare **500 ml.** d'acqua ogni **500 mg.** di cannabis

dose/tipo: **200 mg.** di infiorescenze

si può assumere per via orale o inalare con un vaporizzatore

Gli effetti collaterali
(studiati solo nell'uso ricreativo)

- alterazione dell'umore
- insonnia e tachicardia
- crisi paranoiche e di ansia
- reazioni psicotiche
- sindrome amotivazionale

Il consumo in Italia

32%
I cittadini tra i **15** e i **64** anni che l'hanno provata almeno una volta

40%
Se si considera la fascia di età dai **15** ai **34** anni

9,2%
Persone tra i **15** e i **64** anni che ne hanno fatto uso nell'ultimo anno

1,5- 3 milioni di kg.
Il mercato annuo stimato dalla Direzione nazionale antimafia

147mila
I chili di hashish e marijuana sequestrati nel 2014

121mila
Le piante sequestrate dalle forze dell'ordine nel 2014

Nel mondo

USA

1. **California**
Il primo stato ad autorizzare l'uso terapeutico
2. **Stato di Washington**
Legale il consumo per uso ricreativo
3. **Colorado**
Legalizzati consumo e vendita a chi ha più di **21 anni**

URUGUAY
Legalizzati consumo, vendita e produzione

PORTOGALLO
Depenalizzato l'uso di tutte le droghe

REPUBBLICA CECA
Depenalizzato il possesso di piccole quantità

SPAGNA
Si può fumare grazie al Social cannabis club

INDIA
Vendita libera in alcuni negozi, legalizzata in alcuni Stati

PAESI BASSI
Tollerati e regolamentati possesso, acquisto e coltivazione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 123.580
Diffusione 10/2015: 65.952
Lettori Ed. II 2015: 199.000
Settimanale - Ed. nazionale

MILANO FINANZA

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

19-DIC-2015
da pag. 42
foglio 1
www.datastampa.it

I segreti dell'healthcare

di Francesca Vercesi

Alla ricerca delle opportunità di crescita in termini di performance, ecco che c'è chi scommette su sanità e pharma, soprattutto sull'industria dei farmaci generici. «Il settore healthcare è molto meno sensibile di altri settori alle fluttuazioni economiche globali e alle tensioni geopolitiche», spiega Michael Sjöström, cofondatore e capo degli investimenti di Sectoral asset management, società canadese nata nel 2000 e specializzata nel settore healthcare con 3 miliardi di dollari in gestione. Il gruppo punta sull'Italia che è il mercato più importante in termini di distribuzione dei prodotti in Europa meridionale. Sjöström ha un passato in Pictet & Cie, prima come analista farmaceutico, poi come gestore del fondo Pictet biotech e responsabile del team sul pharma. Nel 2000 ha lasciato la società per fondare, assieme a Jérôme Pfund, Sectoral am. Continua: «Il settore beneficia della tendenza globale all'invecchiamento della popolazione». Nel quinquennio 2012-2017 è previsto, ad esempio, un tasso di crescita del mercato globale dei farmaci generici intorno al 10% annuo, che porterà a un incremento del fatturato complessivo del settore di oltre 400 miliardi di dollari. La società ha lanciato in Italia quattro anni fa il fondo SSgA Sectoral healthcare equity (che investe a livello globale all'interno dell'intero universo healthcare), il primo dei suoi tre attuali prodotti venduti nel Paese, per il momento, offerti solo a istituzionali. I prodotti registrati per la vendita in Italia sono, oltre a questo fondo lanciato assieme a State street global advisors (che è anche azionista di minoranza di Sectoral am), anche il Sectoral emerging markets healthcare (lanciato nel 2014, investe nei mercati emergenti nei settori dei farmaci generici, medtech e biotecnologie), e infine il Sectoral generics, (fondo internazionale che investe nei generici e nelle specialità farmaceutiche). «Questo è un settore dal grande potenziale che però va gestito da esperti», continua il manager. La società ha 50 professionisti coinvolti negli investimenti, tutti con studi scientifici, specializzazioni in lifescience e relazioni con istituzioni coinvolte nel comparto. «Il settore è uno dei più grandi dell'economia e occupa il 13% della capitalizzazione globale di mercato», spiega il manager. E sul lungo periodo ha fatto bene. Se si guarda infatti all'S&P sugli ultimi 25 anni l'healthcare ha dato ritorni doppi rispetto ai top performer dell'indice. Una cifra pari a 100 euro avrebbe dato un ritorno sull'S&P di 850 euro mentre su healthcare di 1.600 euro, con una volatilità in linea col mercato. «Il settore dell'healthcare tratta 16 volte gli utili, è dunque a più buon mercato rispetto ai consumer staple per esempio. L'healthcare raggruppa circa 2 mila compagnie, tra cui 1.600 società appartenenti al mondo sviluppato e 400 dei mercati emergenti. Di queste 2 mila, ce ne sono una ventina che pesano per circa la metà sul totale del settore; la parte restante è composta da tanti gruppi più piccoli. Conclude il manager: «le grandi società oggi sono molto care, perché trattano 16-20 volte gli utili, ma presentano bassi tassi di crescita, in media del 3-4%, mentre ci sono delle aziende più piccole che trattano 18-20 volte gli utili ma con un tasso di crescita del 15-20%. E questo soprattutto nel settore dei generici e nei mercati emergenti». (riproduzione riservata)

Michael Sjöström

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2014: 78.653
Diffusione 06/2014: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

left

Dir. Resp.: Giovanni Maria Bellu

19-DIC-2015
da pag. 76
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

La rivoluzione della vecchiaia

Si può essere in buona salute anche oltre i 75 anni. Lo dimostrano uno studio su *Science* e il rapporto Oms. Ma oltre alla biologia contano cultura e ambiente. E soprattutto: mai spegnere il cervello

di Pietro Greco

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2014: 78.653
Diffusione 06/2014: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale
Dir. Resp.: Giovanni Maria Bellu
19-DIC-2015
da pag. 76
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Il Giappone è una terra fortunata. Non solo perché nell'arcipelago la speranza di vita è la maggiore del pianeta. Ma anche perché oggi, come rileva un recente report del governo nipponico, una persona di 75 anni gode di buona salute come una che di anni ne ha dieci di meno. Non solo, quando nel 2030 le persone con più di 75 anni saranno il 20 per cento dell'intera popolazione giapponese, godranno in media di ottima salute e (perché) avranno una educazione superiore. Questo, almeno sostiene la signora Hiroko Akiyama, ricercatrice dell'Istituto di Gerontologia dell'università di Tokio in un editoriale appena pubblicato sulla rivista americana *Science*.
Il Giappone è terra fortunata, dunque, non solo e non tanto perché la vita media dei suoi cittadini si allunga, ma perché la loro è sempre più un *healthy aging*: un invecchiamento in buona salute.

Un tema, questo dello *healthy aging* (o *ageing*, come dicono gli inglesi), che suscita notevole e crescente interesse in tutto il mondo. Perché non è solo nell'arcipelago nipponico che la vita si allunga, ma un po' in tutto il pianeta. Ed è un tema che interessa in particolare l'Italia, che - dopo il Giappone - è il Paese con la più alta longevità e con il più alto numero relativo di anziani del mondo. Non è dunque un caso se nei giorni scorsi all'invecchiamento in salute la stessa *Science* ha dedicato uno speciale, *Toward healthy aging* e l'Organizzazione Mondiale di Sanità (Oms) un lungo rapporto: il *World Report on ageing and health*. I due rapporti sono molto diversi tra loro, anche se rispondono alla medesima domanda: cosa possiamo fare per invecchiare in buona salute? Nel primo, lo speciale di *Science*, viene proposto soprattutto un approccio biologico e, comunque, individuale al problema dell'invecchiamento. Nel secondo, il rapporto dell'Oms, viene proposto un approccio epigenetico, dunque ambientale e sociale. I due approcci non sono alternativi, ma complementari. Per costruire un futuro come quello giapponese e, magari, ancora migliore, ovvero per aumentare il numero di anni liberi da gravi malattie come il cancro o il declino mentale, sostiene *Science*, dobbiamo puntare su almeno quattro filoni di studio: quello dei telomeri (la parte terminale dei nostri cromosomi) che con l'età si accorciano; quello delle cellule staminali, che possono riparare i danni a organi e tessuti; quello sui mitocondri (la fabbrica cellulare dove vengono sintetizzate le proteine); quello del coenzima Nad+, la cui modulazione può aiutare a incrementare sia la lunghezza sia la qualità della vita.
Ma non bisogna pensare che tutto quello che abbiamo da fare è aspettare i risultati di queste (e altre) ricerche. Già oggi, sostengono Matt Kaeberlein e due suoi colleghi del Dipartimento di patologia della University of Washington di Seattle, possiamo utilizzare otto buoni strumenti per soddisfare la nostra speranza di una vecchiaia in salute. Il primo è la *dietary restriction*, un'attenta riduzione nell'assunzione di alcuni nutrienti che, è stato dimostrato da studi in laboratorio, determina sia un allungamento sia una migliore qualità di vita. C'è poi l'esercizio fisico: facile da consigliare, difficile da praticare per la componente più anziana della popolazione anziana. In caso di difficoltà, sostengono Kaeberlein e colleghi, è possibile surrogare in parte l'esercizio fisico con farmaci. Già, i farmaci: la rapamicina, un antibiotico inibitore dell'mTor (*mammalian target of rapamycin*), un complesso che funge da interruttore per l'attivazione e l'inibizione della riproduzione cellulare, pare proprio che funzioni. Così come funzionano la metformina e l'acarbosio (due farmaci noti a chi ha problemi di diabete) e i precursori della nicotinammide adenina dinucleotide (Nad). Ancora, è possibile utilizzare tutti i farmaci che impediscono ai telomeri di rattrappirsi, mentre è quantomeno controverso l'uso di ormoni in sostituzione di quelli che si riducono con l'età (steroidi sessuali, ormoni della crescita, fattori di crescita simili all'insulina). Pare, infine, che funzionino anche alcuni antiossidanti che hanno come obiettivo i mitocondri. Con questa squadra speciale di otto componenti, sotto stretto controllo medico, possiamo già combattere la vecchiaia e migliorare la qualità della vita in età anziana.

Ma non illudiamoci più di tanto, perché da sola questa strategia non basta. A determinare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2014: 78.653
Diffusione 06/2014: 57.256
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

left

Dir. Resp.: Giovanni Maria Bellu

19-DIC-2015
da pag. 76
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

l'invecchiamento e le malattie della vecchiaia sono anche (qualcuno dice soprattutto) fattori epigenetici. Insomma, è l'ambiente, fisico e cognitivo, nel quale viviamo. È questo che sostiene, a ben vedere, l'Oms nel suo recente rapporto. L'età, con il declino fisico e intellettivo che comporta, è solo uno dei fattori che determinano l'invecchiamento. E, infatti, noi vediamo in giro persone di 75 anni e più in splendida forma e, magari, persone più giovani di età in forma meno smagliante. Il motivo è, sostiene, l'Oms, che ci sono altri due grandi fattori che dobbiamo prendere in considerazione: i comportamenti individuali e l'ambiente, fisico e sociale, in cui le persone vivono. I comportamenti individuali a rischio sono relativamente facili da individuare, ma non semplici da modificare. Chi non fuma, ha una dieta controllata e svolge una soddisfacente attività fisica ha maggiori probabilità di passare in buona salute la sua età più anziana. Sembra facile a dirsi e, tutto sommato, anche a farsi. E tuttavia il nostro stile di vita non sempre soddisfa queste semplici regole. Per questo, come spiega il rapporto *Healthy literacy for healthy ageing*, pubblicato a novembre dal progetto Irohola, occorre creare una cultura del sano invecchiamento. E, tuttavia, non bastano né i farmaci né la consapevolezza a far sì che la vita che si allunga sia anche una vita in buona salute. Occorrono, anche, un ambiente adatto, fisico e sociale. L'ambiente fisico adatto al buon invecchiamento è quello, in generale, auspicabile in ogni fascia di età: il più salubre possibile. Che non significa solo mancanza di inquinanti, ma anche ricco di stimoli. In una parola godibile. Va da sé che una cosa è vivere in un malandato quartiere di periferia di una città con pochi spazi e poche opportunità a disposizione, dove non conosci e frequenti nessuno, altra cosa è vivere in una villa in montagna o al mare in un paese in cui conosci e frequenti tutti.

Non conta certo meno l'ambiente cognitivo. L'età anziana non è quella in cui si può smettere di allenare il cervello, al contrario è l'età in cui è possibile continuare e persino rendere più intensa la propria vita culturale. Chi continua ad allenare il cervello aumenta le probabilità di una vita non solo più soddisfacente, ma anche più lunga e più fisicamente sana. In realtà, se leggiamo con attenzione il rapporto dell'Oms, dovremmo dire chi è messo in condizione di continuare ad allenare il cervello. E, più in generale, chi è messo nelle condizioni di continuare a vivere una vita attiva. Questo è il grande tema dello *healthy aging*: dare agli anziani un ruolo sociale. Che significa non solo una base economica soddisfacente. Ma anche una vera e propria attività (un lavoro) socialmente utile. La cui utilità sia riconosciuta. In un ambiente sociale in cui la persona anziana sente valorizzata la sua attività, lo *healthy aging* cessa di essere un'utopia e diventa una concreta realtà, come dimostra proprio il caso del Giappone.

È chiaro che per creare questo ambiente adatto c'è bisogno di un forte impegno pubblico. L'Oms indica i due obiettivi prioritari di questo intervento: ridurre le disuguaglianze economiche, sociali e di salute; offrire un ventaglio di possibilità di scegliere cosa fare e persino dove vivere la propria età anziana. Le disuguaglianze sociali sono micidiali, anche nei Paesi occidentali. In Inghilterra l'aspettativa di vita nella fascia più povera della società è di 73 anni, contro gli 83 della fascia più ricca: una differenza di dieci anni. Ma anche una sana vecchiaia dipende dalla condizione sociale. Nella medesima Inghilterra nella fascia più povera della società ci si può aspettare di vivere in salute (senza gravi disabilità) fino, in media, a 52 anni; mentre nella fascia più ricca della società questa aspettativa sale a 70 anni: una differenza di 18 anni! Ciò che occorre, dunque, non è tanto una "politica per gli anziani", quanto un nuovo modello sociale, economicamente sostenibile, in cui gli anziani abbiano un ruolo attivo - come avviene in Giappone, ma anche in molti paesi del nord Europa - che non confligga, ma cooperi con l'altra fascia di età più debole: i giovani.

Le ricerche biologiche puntano su vari filoni: dal ringiovanimento dei cromosomi alla riattivazione della riproduzione cellulare. Così si ottiene l'*healty aging*

Lavorare a questo progetto è essenziale, visto che in questo secolo per la prima volta nella sua storia, l'umanità sarà costituita più da anziani che da giovani. ω

data stampa
dal 1980 monitoraggio media