

IL PREZZO DA PAGARE

“Anti-tumorali troppo cari, si cura chi può”

di Chiara Daina

La corsa al rialzo dei prezzi degli antitumorali (il 25% della spesa farmaceutica) è insostenibile. Di questo passo, il Sistema sanitario nazionale non tutelerà più il diritto alla salute. “La legge prevede l’obbligo per l’Aifa di valutare le domande dei farmaci innovativi entro cento giorni perché siano rimborsabili dallo Stato. Ma la scadenza non viene rispettata - spiega Stefano Cascinu, presidente dell’associazione italiana di Oncologia medica - e c’è il rischio di creare discriminazioni tra chi può curarsi e chi no. L’ospedale non ha sempre i soldi per il farmaco e tende a privilegiare i pazienti assicurati”.

BIG PHARMA si difende così: “Ricerca e sviluppo di un farmaco ci costano un miliardo di dollari”. È un dato trasparente e accessibile? No. “Quella cifra è

uno dei grandi miti dell’industria”: a dirlo è stato Andrew Witty, direttore dell’ufficio esecutivo di Glaxo Smith Kline, casa farmaceutica inglese sesta al mondo per giro d’affari. “Per registrare un farmaco si parte dall’analisi di 10 mila molecole in vitro, ma solo una alla fine verrà sviluppata. Il costo quindi include anche gli esperimenti falliti” spiega Gabriella Varallo Bedarida, direttore medico di Pfizer Italia. Ma molti esperti di economia farmaceutica non sono convinti della cifra. Tra questi, Donald Light, professore di Politica sanitaria all’Università del New Jersey e al Centro etico di Harvard, che sfata le stime di Big Pharma con la strategia della spirale dei prezzi: “Le ditte aumentano la tariffa di anno in anno e poi fissano il prezzo di un nuovo prodotto partendo dal livello di mercato aggiornato”.

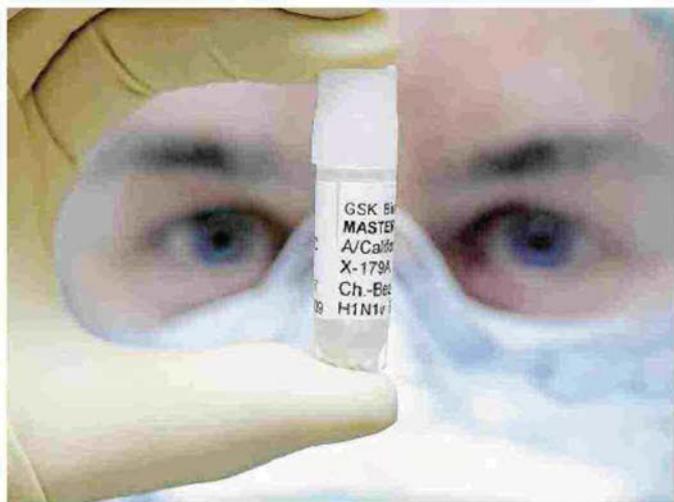
IL CALCOLO delle industrie non tornerebbe. Nel 2013 la spesa globale per farmaci anticancro

ha raggiunto i 91 miliardi di dollari (+5% l’anno). “Più dell’84% della ricerca di base è finanziata dal pubblico - spiega Light -. Nel caso degli antitumorali, l’investimento maggiore arriva dal National cancer institute (una delle 11 agenzie all’interno del dipartimento della Salute degli Usa, ndr). Quindi le ditte farmaceutiche spendono solo l’1,3% dei loro ricavi in questa fase”. “Metà del costo rivendicato dalle ditte si basa sulla stima dei profitti che avrebbe fatto se non si fosse impegnata nella ricerca. Se si sottraggono questi ‘mancati profitti’ la spesa scende a 650 milioni di dollari circa”. Ci sono altri due fattori da considerare: “I contribuenti sostengono metà della ricerca attraverso le deduzioni fiscali e la stima dell’industria viene fatta solo sui primi 5 medicinali più costosi e impropriamente attribuita al resto della produzione. Pochi progetti costosi distorcono il costo medio, andrebbe usato il valore più frequente”. Risultato: la stima

scende a 125 milioni di dollari. “Una legge americana del 2003 - aggiunge Light - impedisce al sistema sanitario pubblico di negoziare i prezzi, che infatti hanno iniziato a gonfiarsi da allora”.

SILVIO GARATTINI, farmacologo dell’Istituto Mario Negri di Milano, mette a fuoco cosa non funziona in Europa. “Il dossier per la registrazione del farmaco presentato all’Ema è frutto delle industrie, che producono e vogliono vendere il farmaco: questo è uno dei più evidenti conflitti di interesse. Un ente super partes dovrebbe eseguire almeno una parte degli studi clinici”. Altra opacità. “Il prezzo viene deciso dall’industria. È vero, l’Aifa lo negozia sulla base del rapporto costo/benefici ma come si calcola il beneficio? Ci sono cure da 20 mila euro che allungano la vita di pochi mesi ma ne peggiorano la qualità perché tossici, ha senso spendere così tanto per così poco?”. Infine, il peso del marketing: “Incide circa del 30%. Ma le aziende tengono segreti i dati”.

Il costo dei farmaci include tutta la ricerca e quindi anche gli esperimenti “falliti” Ansa



16 Il Registro delle attività da Venezia

“Anti-tumorali troppo cari, si cura chi può”

CON ALTROCONSUMO FAI PIAZZA PULITA DI SPORCO E MACCHIE.

È gratis la guida che ti dà i consigli giusti per ogni tipo di pulizia.

RICHIEDILA GRATIS.

800.13.18.49

Pulizia a base

GRATIS

Indagine choc

Ospedali vecchi e senza tecnologia

Nord e Sud del Paese accomunati da sprechi e ritardi: da 10 anni c'è una carenza cronica di risorse

Paolo Russo A PAGINA 11

Ospedali, rapporto choc: apparecchiature vecchie ed edifici a rischio crolli

Nord e Sud Italia uniti da ritardo tecnologico e sprechi

IL PASSATO REMOTO
Il 9 per cento delle strutture risale all'epoca napoleonica

GLI STANZIAMENTI
La denuncia delle Asl: «Da 10 anni c'è una carenza cronica di risorse»



Che l'Italia non sia proprio un Paese per giovani è risaputo. Ma la cosa si fa preoccupante se alla terza, anzi, alla quarta età, appartiene anche la maggioranza dei nostri ospedali. Vecchi fuori e pure dentro. Perché la maggior parte di loro è stata costruita prima della guerra e quasi uno su dieci ha visto passare persino le truppe napoleoniche. Mentre le apparecchiature per gli accertamenti sanitari basilari non tengono il passo con l'innovazione tecnologica. Colpa dell'assenza cronica di investimenti in sanità e degli sprechi.

Gli strumenti

Un'indagine condotta da Assobiomedica, l'associazione delle imprese che producono

apparecchiature elettromedicali, rivela che quasi il 40% delle Tac hanno più di dieci anni, quando non dovrebbero superare i 7 anni di vita. Sono ancora a 16 strati, ossia riescono a leggere molto meno in profondità nel nostro corpo, visto che quelle più moderne di strati arrivano a visionarne 200. Stesso discorso vale per i mammografi. Dovrebbero essere ricambiati ogni sei anni e invece il 66,8% è lì da oltre 10 anni: non sanno cosa sia la tecnologia digitale. A doppia cifra è anche l'età dell'84,7% degli apparecchi per le radiografie al torace, mentre va meglio per chi deve dare una controllatina a vene e arterie, visto che in questo caso gli angiografi ultradecennali sono «solo» il 30,7% del totale.

Le risonanze magnetiche non dovrebbe superare i 5 anni, ma circa il 60% delle apparecchiature ha alle spalle più «anzianità di servizio» e il 23,2% supera i 10 anni di età.

Poi c'è anche il rovescio della medaglia. Nella terra degli sprechi e delle liste d'attesa infinite, la Sicilia, lo scorso anno sono state ritrovate Tac, risonanze, mammografi e altre apparecchiature costose acquistate e rimaste imballate nei sottoscala o attivate dopo anni. E casi del genere, qua e là, sono spuntati anche in altre parti d'Italia. Ma questo appartie-

ne al capitolo «sprechi» della nostra sanità, che in parte spiega anche perché poi scarseggino i soldi da destinare al ricambio tecnologico dei macchinari. O alla ristrutturazione dei nostri ospedali.

La manutenzione

Basta incrociare i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sul nostro sistema sanitario e quelli della Protezione civile per rendersene conto. Il 9% delle strutture (ovvero 75) risalgono all'era napoleonica, nel 15% dei nostri nosocomi la prima pietra è stata messa quando i nostri bisnonni combattevano la prima guerra mondiale, mentre il 35% è stato costruito prima che finisse il secondo conflitto mondiale. In pratica 6 ospedali su 10 hanno più di 70 anni di vita alle spalle. E nemmeno ben portati. La Protezione civile denuncia che di manutenzione se ne fa ben poca è così il 60% rischia di venire giù con un terremoto nemmeno troppo violento.

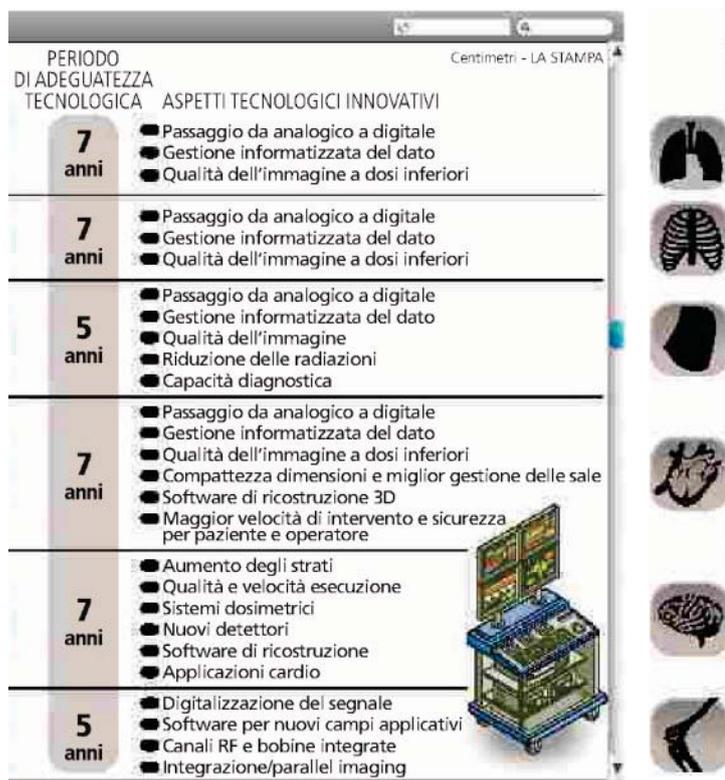
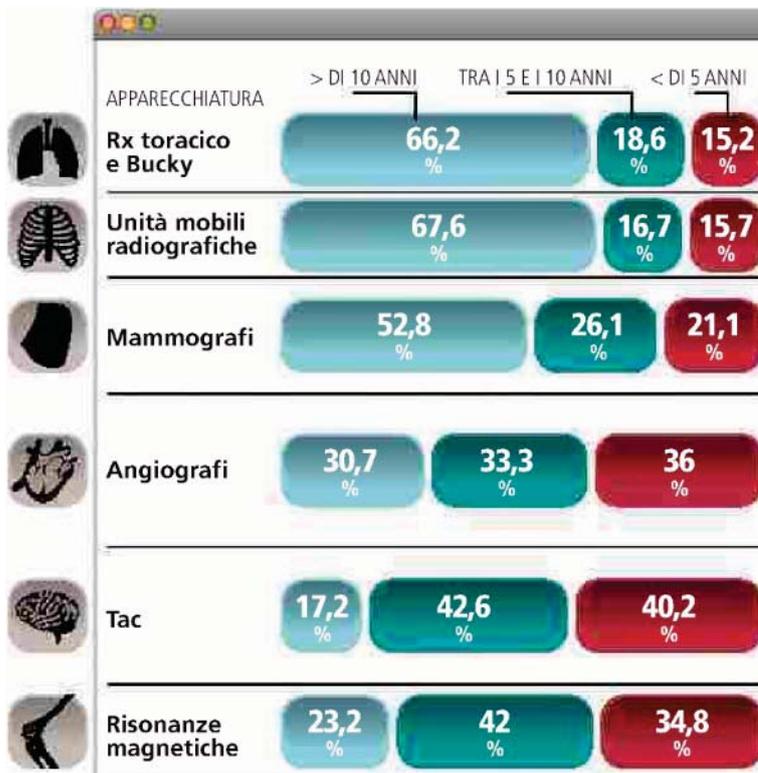
Oltre alle statistiche quelli



della Protezione hanno buttato giù anche una piccola black list degli ospedali pericolosi. Casi esemplificativi e non esaustivi, come quello del "Ss. Annunziata" di Napoli, classe 1889, senza manutenzione e investimenti, definito il più pericoloso della Regione. Ed è tutto dire, visto che sempre in Campania sorge l'Ospedale del Mare, che in realtà è a soli 7 chilometri dal Vesuvio, ossia in «zona rossa» per la Protezione civile.

Ma anche il nord ha le sue perle. Come la clinica pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Parma. Inaugurata nel 1920, nel febbraio del 2013 ha generato una pioggia di calcinacci che solo per miracolo non ha fatto vittime. Anziché provvedere a opere di ristrutturazione si è preferito chiudere un'ala.

Storie di ordinaria follia che hanno origine anche da una carenza cronica di investimenti. «Da dieci anni la spesa per investimenti in conto capitale è ferma per carenza cronica di risorse» denuncia Valerio Fabio Alberti, Presidente della Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali. «Come quota di investimenti pubblici su quelli privati siamo oramai ultimi in Europa, ci batte solo la piccola Irlanda», rimarca sciocinando numeri. Tutto questo nonostante un Piano di investimenti per l'edilizia sanitaria da quasi 17 miliardi di euro, messi a disposizione della Stato negli anni, ma utilizzato solo al 40%, denuncia la Corte dei conti. Che individua le colpe nelle procedure farraginose e nell'incapacità di realizzare progetti da parte delle amministrazioni locali. Gli stessi mali che ci fanno perdere decine di miliardi di cofinanziamenti europei.



le **i**nchieste del Mattino Costi e controlli, mancano regole
Eterologa, dopo il sì c'è la giungla

Titti Marrone

Maria vuole mantenere l'anonimato, però racconta volentieri il suo desiderio di

avere un figlio. La sua è la storia di una giovane napoletana in menopausa precoce pronta ad andare in Spagna per sottoporsi a fecondazione, cui la sentenza della Consulta, che in aprile ha

cancellato il divieto dell'eterologa in Italia e smantellato la legge 40, restituisce speranza. Ora di quella sentenza sono state rese note le motivazioni, con il diritto di tutti ad avere figli consenten-

do la donazione di gameti per coppie che non possono averne. «Finalmente» dice Maria «con quella legge orribile si aboliscono anche le discriminazioni».

> Segue a pag. 11

La legge 40

Fecondazione assistita sanità pubblica in panne

Il via alla eterologa trova molte strutture impreparate

Titti Marrone

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

«E in particolare la discriminazione tra chi poteva pagare i viaggi all'estero e chi non ne aveva la possibilità. Ho quarant'anni, non vorrei aspettare ancora».

Probabilmente Maria è tra le 50 persone che ogni settimana dallo scorso aprile telefonano al Centro regionale per la cura della sterilità della Federico II, al Secondo Policlinico, chiedendo di accedere all'eterologa. E se nei primi venti giorni dopo la decisione della Consulta le richieste a livello nazionale sono diventate 3200, ora che si conoscono le motivazioni della sentenza sono destinate ad aumentare. Le motivazioni sono a loro volta storiche perché lasciano immaginare una partenza immediata: per i giudici, abolendo la legge 40 non si viene a creare vuoto normativo, dal momento che le norme previste nel nostro ordinamento sono sufficienti perché le strutture sanitarie pubbliche e private possano procedere.

Festeggiano «la fine di una barriera» le coppie che hanno presentato i ricorsi contro la legge 40. La ex radicale e femminista Eugenia Roccella, oggi deputata del Pdl, in una lettera ai parlamentari caldeggia una nuova legge. Ma stavolta, di fronte alla prospettiva del vuoto normativo e

all'idea di centri pubblici e privati pronti a partire, ha poco peso la divisione del passato, con cattolici e destra decisi a difendere i palletti della legge 40 e sinistra e laici contrari. Ora a pesare è soprattutto il punto di vista di famiglie e operatori sanitari. E per quelli della sanità pubblica è forte l'esigenza che il vuoto normativo venga riempito, se non con una nuova legge, almeno con linee guida che disegnino un chiaro percorso attuativo.

Non si tratta certo di tornare indietro, dal momento che l'Italia, con la legge 40, era diventata

Regole
 Il vuoto normativo va riempito con linee guida da parte del ministero

di selezione dei donatori, il consenso informato, la definizione dei percorsi di fecondazione eterologa, garantendo scurezza, qualità e tracciabilità». Le verifiche da svolgere devono però avere tempi rapidi perché ad aspettare, come l'aspirante mamma Maria, sono oltre 9 mila coppie italiane.

Che Napoli e la Campania sia-

no un avamposto della fecondazione assistita lo dice l'alto numero di centri presenti, tra pubblico e privato, quasi un record a livello nazionale: una ventina, tra cui solo cinque di sanità pubblica e quindici privati. E se la quantità di centri privati accessibili sborsando ingenti somme può suggerire il business, a segnalare che questa zona sia più esposta di altre alle rischiose conseguenze della mancanza di controlli lo dicono episodi come quello del 1995 della bambina Giada, nata con una grave malattia genetica del sangue per uno scambio di provette in un centro privato napoletano.

Ecco uno dei punti centrali: il vuoto normativo ipotizza, sì, la parità con il pubblico, ma con le note difficoltà di sistemi sanitari come quello campano, rischia di favorire i privati e il giro di affari a essi legato. Oggi un primo ciclo costa, nel privato e all'estero, circa 5 mila euro ma i prezzi possono lievitare, il che farebbe rientrare dalla finestra la discriminazione che la Consulta voleva eliminare.

«Non si può partire alla ventura», dice il professor Giuseppe De Placido, direttore del Centro di riferimento regionale di diagnostica e cura della sterilità e infertilità di coppia della Federico II. «Le linee guida sono necessarie: chi sono i donatori? Quante volte possono donare? Vengono pagati o no? Serve una valuta-

zione dei rischi clinici, serve fissare limiti all'età delle donne. Soprattutto: se si classifica l'impossibilità ad avere figli come malattia, questa deve essere assunta come spesa dalla sanità pubblica». Elungo l'elenco dei problemi pratici verificati ogni giorno nel centro del Secondo Policlinico, il più importante della Campania. De Placido ha fatto installare da una ditta svizzera le apparecchiature per monitorare la conservazione dei gameti 24 ore su 24. «Dotazioni pagate 18mila euro con i soldi della mia ricerca», spiega, ricordando l'episodio romano in cui un blackout rovinò ovuli e spermatozi custoditi senza le cautele opportune, con richieste di risarcimenti di un milione di euro a coppia. «Qui abbiamo 480 embrioni in azoto liquido, liquido seminale lasciato da 400 donatori, 1333 ovociti sottoposti a crioconservazione», spiega un suo collaboratore, il fertologo Pasquale De Rosa.

Problemi di fondi e attrezzature per le strutture pubbliche, sì, ma anche di regole chiare, senza di che la disinvoltura di alcuni

centri privati - ad esempio su donazione e utilizzo degli ovociti - potrebbe provocare la concorrenza vincente di questi ultimi. Paradossalmente, si potrebbe anche tornare alla situazione della legge 40, con coppie impegnate a versare cifre serie a centri italiani invece che stranieri: è quanto paventa Nico Colacurci, direttore di Clinica ostetrica al Vecchio Policlinico, che punta a un regolamento «che potenzi la struttura pubblica».

Più che vedere però uno scontro tra giudici e medici della sanità pubblica, è utile valutare i problemi posti dall'eterologa nella loro complessità. Cioè, come fa notare il neo-eletto presidente della Società Italiana di Medicina legale, il napoletano Claudio Buccelli, «dobbiamo sempre tener presente che non si tratta solo di un evento biologico, clinico. E non c'è solo il diritto a essere genitori, c'è anche quello del nascituro, difficile da tutelare ma imprescindibile». Il che porta dritti al campo della bioetica: far conoscere o no ai figli nati dall'eterologa l'identità del dona-

tore, anche per sapere le caratteristiche genetiche foriere di patologie? Qui serve una normativa agile ma seria, capace di affrontare il tema dell'identità anche con i genitori, orientarli a "conoscere" il nascituro come proprio figlio a tutti gli effetti, rintuzzandone paure come: che dirà la gente se non assomiglierà a noi? E se porta in sé aspetti negativi pronti ad affiorare da adulto?

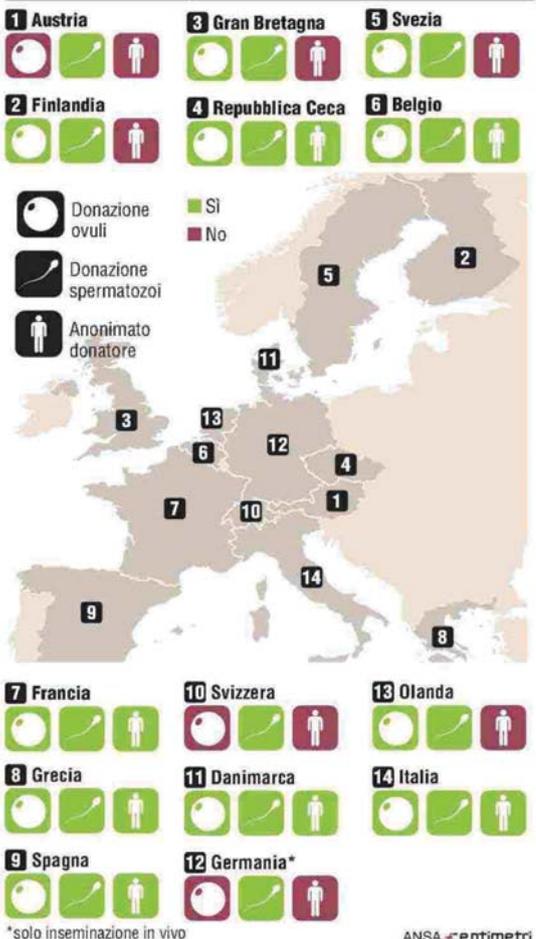
La sentenza della Consulta, insomma, è un primo importante passo, ma c'è molto altro da fare per fornire risposte a problemi umanissimi, profondi. Sarebbe bello se i passi successivi venissero fatti senza strumentalità, senza pregiudiziali divisioni. Tutelando i diritti di chi è in condizione di debolezza senza approfittare per farne mercato.

Etica

Va chiarito se il nascituro ha il diritto a conoscere chi è il donatore

© RIPRODUZIONE RISERVATA

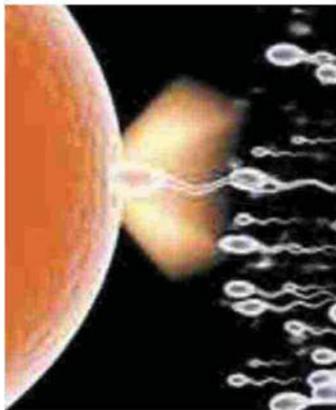
Così in Europa Com'è regolamentata la fecondazione eterologa



Le sentenze

La legge 40 bocciata per 19 volte

In 10 anni la legge 40 che regola la procreazione medicalmente assistita in Italia ha visto per 28 volte l'intervento dei tribunali (con 19 bocciature) e la riscrittura di alcune sue parti con sentenza della Corte Costituzionale. Sono quattro i pilastri della legge sulla fecondazione in vitro abbattuti dai giudici: il divieto di produzione di più di tre embrioni; l'obbligo di impianto contemporaneo di tutti gli embrioni prodotti; il divieto di diagnosi preimpianto; il divieto di fecondazione eterologa. Resta il divieto di utilizzare gli embrioni non utilizzati a fini di ricerca.



(C) Il Mattino SpA - 1010000000 - P. 18/32 - 02/14/87





Indagine choc

Ospedali vecchi
e senza tecnologia

Nord e Sud del Paese accomunati da sprechi e ritardi: da 10 anni c'è una carenza cronica di risorse

Paolo Russo A PAGINA 11

Ospedali, rapporto choc: apparecchiature vecchie ed edifici a rischio crolli

Nord e Sud Italia uniti da ritardo tecnologico e sprechi

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Che l'Italia non sia proprio un Paese per giovani è risaputo. Ma la cosa si fa preoccupante se alla terza, anzi, alla quarta età, appartiene anche la maggioranza dei nostri ospedali. Vecchi fuori e pure dentro. Perché la maggior parte di loro è stata costruita prima della guerra e quasi uno su dieci ha visto passare persino le truppe napoleoniche. Mentre le apparecchiature per gli accertamenti sanitari basilari non tengono il passo con l'innovazione tecnologica. Colpa dell'assenza cronica di investimenti in sanità e degli sprechi.

Gli strumenti

Un'indagine condotta da AssoBiomedica, l'associazione delle imprese che producono apparecchiature elettromedicali, rivela che quasi il 40% delle Tac hanno più di dieci anni, quando non dovrebbero superare i 7 anni di vita. Sono anco-

ra a 16 strati, ossia riescono a leggere molto meno in profondità nel nostro corpo, visto che quelle più moderne di strati arrivano a visionarne 200. Stesso discorso vale per i mammografi. Dovrebbero essere ricambiati ogni sei anni e invece il 66,8% è lì da oltre 10 anni: non sanno cosa sia la tecnologia digitale. A doppia cifra è anche l'età dell'84,7% degli apparecchi per le radiografie al torace, mentre va meglio per chi deve dare una controllatina a vene e arterie, visto che in questo caso gli angiografi ultradecennali sono «solo» il 30,7% del totale.

Le risonanze magnetiche non dovrebbe superare i 5 anni, ma circa il 60% delle apparecchiature ha alle spalle più «anzianità di servizio» e il 23,2% supera i 10 anni di età.

Poi c'è anche il rovescio della medaglia. Nella terra degli sprechi e delle liste d'attesa infinite, la Sicilia, lo scorso anno sono state ritrovate Tac, risonanze, mammografi e altre apparecchiature costose acquistate e rimaste imballate nei sottoscala o attivate dopo anni. E casi del genere, qua e là, sono spuntati anche in altre parti d'Italia. Ma questo appartiene al capitolo «sprechi» della

nostra sanità, che in parte spiega anche perché poi scarseggino i soldi da destinare al ricambio tecnologico dei macchinari. O alla ristrutturazione dei nostri ospedali.

La manutenzione

Basta incrociare i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sul nostro sistema sanitario e quelli della Protezione civile per rendersene conto. Il 9% delle strutture (ovvero 75) risalgono all'era napoleonica, nel 15% dei nostri nosocomi la prima pietra è stata messa quando i nostri bisnonni combattevano la prima guerra mondiale, mentre il 35% è stato costruito prima che finisse il secondo conflitto mondiale. In pratica 6 ospedali su 10 hanno più di 70 anni di vita alle spalle. E nemmeno ben portati. La Protezione civile denuncia che di manutenzione se ne fa ben poca è così il 60% rischia di venire giù con un terremoto nemmeno troppo violento.

Oltre alle statistiche quelli della Protezione hanno buttato giù anche una piccola black list degli ospedali pericolosi. Casi esemplificativi e non esaustivi, come quello del «Ss. Annunziata» di Napoli, classe 1889, senza manutenzione e investimenti, definito il più

pericoloso della Regione. Ed è tutto dire, visto che sempre in Campania sorge l'Ospedale del Mare, che in realtà è a soli 7 chilometri dal Vesuvio, ossia in «zona rossa» per la Protezione civile.

Ma anche il nord ha le sue perle. Come la clinica pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Parma. Inaugurata nel 1920, nel febbraio del 2013 ha generato una pioggia di calcinacci che solo per miracolo non ha fatto vittime. Anziché provvedere a opere di ristrutturazione si è preferito chiuderne un'ala.

Storie di ordinaria follia che hanno origine anche da una carenza cronica di investimenti. «Da dieci anni la spesa per investimenti in conto capitale è ferma per carenza cronica di risorse» denuncia Valerio Fabio Alberti, Presidente della Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali. «Come quota di investimenti pubblici su quelli privati siamo oramai ultimi in Europa, ci batte solo la piccola Irlanda», rimarca sciorinando numeri. Tutto questo nonostante un Piano di investimenti per l'edilizia sanitaria da quasi 17 miliardi di euro, messi a disposizione della Stato negli anni, ma utilizzato solo al 40%, denuncia la Corte dei conti. Che individua le colpe

nelle procedure farraginose e nell'incapacità di realizzare

progetti da parte delle amministrazioni locali. Gli stessi

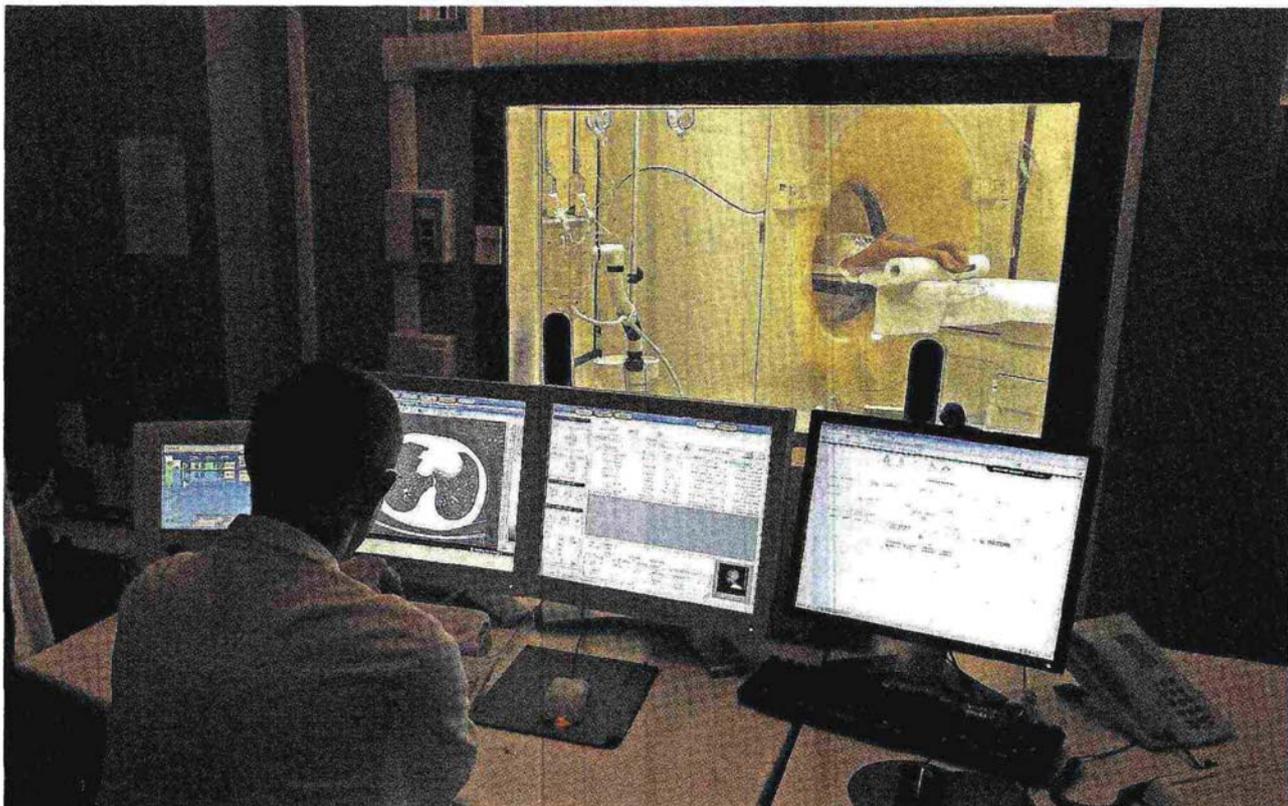
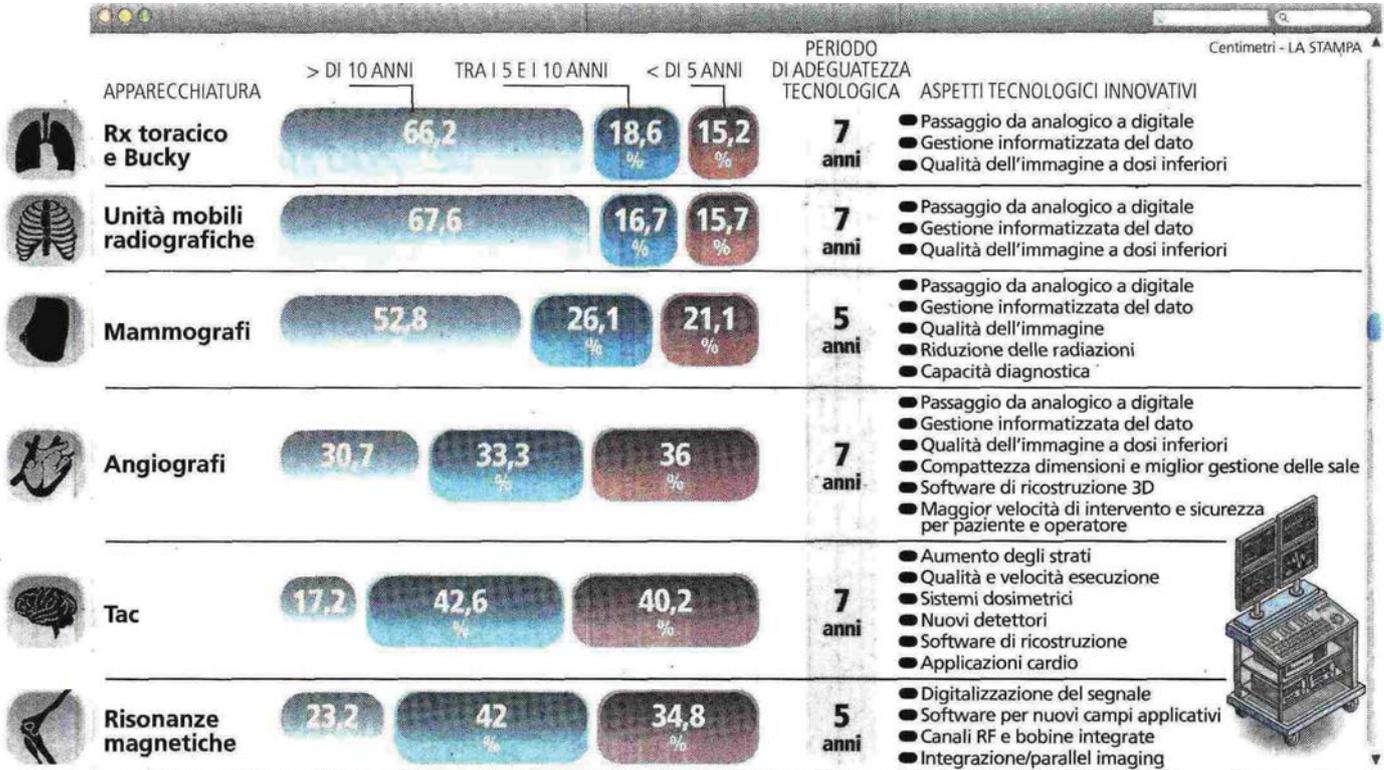
mali che ci fanno perdere decine di miliardi di cofinanziamenti europei.

IL PASSATO REMOTO

Il 9 per cento delle strutture risale all'epoca napoleonica

GLI STANZIAMENTI

La denuncia delle Asl: «Da 10 anni c'è una carenza cronica di risorse»



Uno dei punti critici del sistema sanitario italiano: la scarsa innovazione tecnologica

FOTO DI LUCA/BUENAVISTA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Chirurgia ginecologica senza bisturi

Una ricerca ne decreta i vantaggi, anche in termini di risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale. A Legnano, in provincia di Milano, un centro di eccellenza

Meno dolore, rischio minimo di traumi e complicanze, ricoveri e convalescenza più brevi. Sono i vantaggi della chirurgia ginecologica dolce che senza bisturi, attraverso il canale vaginale, permette di intervenire in modo mini-invasivo nella maggior parte delle patologie intime 'in rosa'. Un approccio che non taglia la paziente, ma taglia la spesa per il Servizio sanitario nazionale: ogni anno 50 mila euro in meno per un singolo ospedale che, a parità di intervento, applichi la metodica transvaginale al posto della laparoscopia. Entrando cioè da un 'tunnel' naturale, invece che da buchi praticati nell'addome, per sfilare il tessuto malato o ripararlo. A calcolare per la prima volta il risparmio della chirurgia ginecologica 'ultra-soft' è uno studio dell'università Liuc di Castellanza, in provincia di Varese, che ha analizzato l'esperienza dell'azienda ospedaliera di Legnano nel Milanese, dove è bisturi-free almeno il 60% degli interventi di ginecologia (oltre 350 all'anno). E che da oggi al 7 giugno ospita un Corso di formazione che ha richiamato 'camici verdi' da tutta Italia.

Lo studio

Lo studio è stato condotto dall'ingegner Alessio Damonti come tesi di un corso di perfezionamento in Health Technology Assessment (Hta), sotto il coordinamento di Emanuele Porazzi, docente della Scuola di ingegneria industriale Liuc e ricercatore del Crems (Centro di ricerca in economia e management in sanità e nel sociale) dell'ateneo. Nell'ambito di un'analisi Hta negli ospedali pubblici e privati, è stata confrontata la chirurgia ginecologica transvaginale con quella laparoscopica nei presidi di Legnano e Magenta. «Abbiamo comparato tutte le fasi, dal pre al post-ricovero, in una tipologia di intervento e nell'altra - spiega Damonti all'Adnkronos Salute - ed è risultato che il costo totale di un intervento in colpoceliotomia (via transvaginale) è stato di 1.336 euro, contro i 1.789 della laparoscopia». Circa 450 euro di differenza che "nell'arco di un anno, considerando la casistica legnanese sulla quale abbiamo lavorato (118 interventi per via vaginale e 48 laparoscopie), producono un risparmio complessivo pari a circa 50 mila euro». L'approccio mini-invasivo «ha prodotto un risparmio significativo sul budget annuale nonostante nella casistica esaminata - sottolinea Damonti - il numero di interventi transvaginali eseguiti fosse superiore al numero di quelli 'standard'. E nonostante un investimento iniziale di 5 mila euro necessario a formare gli operatori a questo tipo di chirurgia, ancora poco conosciuta e sottoutilizzata. Lo studio ha anche dimostrato che la chirurgia ginecologica 'soft' "migliora anche i processi organizzativi all'interno dell'azienda. In tempi di spending review, razionalizzazione e grande attenzione alla sostenibilità dei sistemi sanitari, i vantaggi rilevati suggeriscono l'opportunità di sviluppare e promuovere sempre di più questo tipo di metodica».

"Attraverso la via vaginale possono essere effettuati gran parte degli interventi ginecologici", con poche eccezioni, evidenziano i promotori dell'evento. Questa "dovrebbe essere, a parere unanime della letteratura, la via di scelta per esempio per l'asportazione dell'utero. Purtroppo, però, il ricorso alla via vaginale sta diminuendo nelle realtà ospedaliere soprattutto per l'aumento della laparoscopia e per la maggiore difficoltà a effettuare una didattica specifica. A fronte del proliferare di corsi di formazione in laparoscopia, sono sempre meno gli eventi didattici che abbiano come tema la chirurgia transvaginale. L'obiettivo del Corso è sopperire a questa carenza". Addestrandolo i chirurghi ginecologi a un approccio 'naturale' che aiuta non solo la paziente, ma anche le casse del Ssn.

SANITA': LORENZIN, SERVONO INGEGNERI NO DIRETTORI

(ANSA) - FIRENZE, 15 GIU - "Serve una politica sanitaria forte e un ministero forte: a me servono ingegneri, economisti e statistici e non direttori sanitari, di questi ne ho anche troppi": lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, a Firenze. Per il ministro Lorenzin bisogna quindi riformare il titolo V ma senza farlo "all'italiana", cioe' "dobbiamo correggere cio' che non va, senza ribaltare tutto, vedere cosa realmente non funziona". Le politiche sanitarie devono essere fatte dal ministero "e le Regioni devono fare la gestione. Ma no si puo' chiedere alle Regioni di fare le nozze coi fichi secchi". Il ministro ha quindi ricordato che per quanto riguarda la centrale unica di spesa, "e' una legge e le Regioni che non ce l'hanno devono farla al piu' presto pena di sanzioni molto pesanti".(ANSA).

Miliardi di multe ai colossi

LE MULTINAZIONALI del farmaco sono state multate spesso. Anche se l'efficacia su giri d'affari multi-miliardari è dubbia. Il governo italiano ha chiesto un risarcimento di 1,2 miliardi a Roche e Novartis: si sarebbero accordate, questa l'accusa, per favorire un farmaco contro la maculopatia (Lucentis) molto più caro di un altro altrettanto efficace. A danno dei malati e del sistema sanitario. Nel 2012 la Pfizer è stata sanzionata per 10,6 milioni per aver creato il monopolio del latanoprost, la molecola per la cura del glaucoma mentre nel 2009 gli Usa l'avevano multata per 2,3 miliardi di dollari per il Bextra. La Eli Lilly invece è stata multata per 1,4 miliardi per un antipsicotico, lo Zyprexa. Sanzione simile, 950 milioni di dollari, alla Merck per il Vioxx. Alla Abbott sono stati chiesti 1,6 miliardi per l'uso del Depakote su pazienti affetti da demenza senile e schizofrenia (2012); 3 miliardi infine alla Glaxo Smith Kline per degli antidepressivi (2012).

161
LE VIOLAZIONI DELLA
GLAXO SMITH KLINE
NEL SOLO 2013

IN UN REPORT pubblicato sul sito web della Glaxo Smith Kline si legge che solo nel 2013 sono state contestate allo staff 161 violazioni delle politiche di marketing e vendita e 113 segnalazioni.

1,2MLD
LA RICHIESTA DEL
GOVERNO ITALIANO
A ROCHE E NOVARTIS

IL GOVERNO italiano chiesto un risarcimento di 1,2 miliardi di euro alle società svizzere Roche e Novartis per i danni causati al Sistema sanitario nazionale. Per i due colossi anche una multa di 180 milioni dall'Antitrust.

3 MLD
LA MULTA NEGLI USA
COMMUNATA A
GLAXO SMITH KLINE

NEGLI USA Tra le multe miliardarie va ricordata quella da tre miliardi alla Glaxo Smith Kline per degli antidepressivi non autorizzati dalla Food and Drug Administration (2012).



Tom Tom e occhi bionici per la cura dei tumori del naso e del basi cranio

Approcci endoscopici multidisciplinari mininvasivi, anche in casi di tumori in sedi complesse e scomode, che hanno permesso di migliorare le performance. Su 20 mila casi trattati negli ultimi 20 anni, qualità della vita migliorata dell'80% e benefici anche in termine di sopravvivenza a 5 e 10 anni. Ce lo raccontano gli esperti.

Non si può più perdere la bussola, neanche in sala operatoria. Strumentazioni altamente tecnologiche che neuronavigando all'interno del campo operatorio – come una sorta di 'tom tom' endoscopico chirurgico – non solo creano un campo magnetico ma permettono di localizzare con precisione millimetrica la sede in cui opererà lo strumento chirurgico (e quindi la mano del chirurgo) consentono efficacia, radicalità nell'asportazione della malattia, sicurezza operatoria anche per i tumori di localizzazione anatomica più difficile. Come quelli endonasali, del basi cranio, spinali ed endoventricolari che, fino ad ora, imponevano grossi limiti di trattamento. E poi ancora endoscopi – l'occhio bionico del chirurgo – che fanno osservare la malattia, permettendo di toccarla virtualmente e esaminarla anatomicamente, dall'interno; schermi ad alta definizione con aumentata profondità di campo e in 3D; lo sviluppo di trapani orientabili, aspiratori ad ultrasuoni, fibre laser e doppler supportano la precisione dell'asportazione della tumore ma preservando le strutture sane. Poi, oltre allo strumentario, il corredo di nuovi materiali emostatici, sigillanti e riepitelizzanti concorre ad una maggiore sicurezza durante l'intervento ed una più rapida guarigione della sede chirurgica.

Tutto ciò si traduce in una ottimizzazione delle performance chirurgiche, con la possibilità di raggiungere attraverso cavità naturali, quali le fosse nasali ed i seni paranasali, lesioni in punti critici (nervi cranici ed ottici, carotide interna, bulbi olfattori) ritagliando l'intervento su misura della patologia con un netto miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita.

Teatro delle novità chirurgiche ed endoscopiche è stato il 6th World Congress for Endoscopic Surgery of the Brain Skull Base & Spine & Second Global Update on Fess, the Sinuses & the Nose, tenutosi a Milano dal 14 al 17 Aprile scorsi e presieduto da Paolo Castelnovo, Giorgio Frank, Davide Locatelli ed Ernesto Pasquini, che oggi tornano a spiegarci i progressi in questo ambito.

“Le nuove tecnologie – spiega **Paolo Castelnovo**, uno dei quattro presidenti di EndoMilano 2014 e direttore della Clinica Otorinolaringoiatrica all'Università dell'Insubria-Varese – sono state fondamentali nella cura del paziente, sia in ambito diagnostico che chirurgico. Perché hanno dato un'enorme possibilità di ottimizzazione della visione del campo chirurgico interno, grazie all'utilizzo delle fibre a visione grandangolare presenti nelle telecamere in Full-HD, con la possibilità di avere 4 o 5 settaggi che si adattino al tipo di tessuto che si sta osservando anche in presenza di maggiore sanguinamento (perché il sangue assorbe la luce e rende scuro il campo operatorio). Una possibilità, questa, che rende personalizzabile al 100% il setting chirurgico raffinando la tecnica, l'esperienza e la sensibilità del medico stesso, riuscendo in questo modo ad essere sempre più preciso”.

Ma le novità non finiscono qui: “La recente creazione di ottiche 3D – continua Castelnovo – permette inoltre una visione bioculare del campo chirurgico dando una migliore percezione del senso di profondità, aumentando il dettaglio dell'immagine soprattutto nella chirurgia endocranica, cioè all'interno della scatola cranica. Ma migliorano anche il riconoscimento delle varie strutture come

nervi, vasi sanguigni e pareti tumorali, facilitando il movimento chirurgico”.

Oltre a questo, le strumentazioni più innovative consentono di neuronavigare nel corpo umano: “Un aspetto, questo, molto importante – commenta **Davide Locatelli**, Direttore del dipartimento di Neuroscienze, U.O.C. Neurochirurgia dell’Azienda Ospedaliera di Legnano – ovvero l’innovativa possibilità di localizzare la punta dello strumento all’interno del campo chirurgico sfruttando la percezione del campo magnetico che permette di utilizzare le immagini radiologiche nelle 3 proiezioni spaziali riducendo il rischio che il chirurgo “si perda” in un campo operatorio angusto e pieno di insidie quale quello naso sinusale e del basi cranio. Inoltre, la recente introduzione di TC e Risonanza magnetica all’interno della sala operatoria, permettono di seguire passo passo l’asportazione tumorale e di “ricalibrare” durante l’operazione il navigatore”.

In pratica un monitor diviso in 4 parti evidenzia in tre porzioni la situazione radiologica e nella quarta trasmette l’immagine chirurgica, permettendo di operare in tempo reale la distanza dello strumento da strutture vitali quali i vasi, la carotide interna ed il nervo ottico. Evitando, così, danni permanenti al paziente che viene operato con un ridotto grado di invasività e un tasso di sicurezza mai raggiunto in precedenza.

“La fusione delle immagini TC e Risonanza Magnetica – aggiunge **Ernesto Pasquini**, direttore dell’U.O.C. Otorinolaringoiatria, dell’Azienda AUSL di Bologna – unita ai nuovi strumenti per la chirurgia endonasale quali trapani angolati ad alta velocità, aspiratori con capacità di demolizione meccanica o ad ultrasuoni dei tessuti molli, sonde doppler ultrasottili e malleabili per l’individuazione delle arterie, ma anche sostanze che favoriscono il controllo del sanguinamento chirurgico, della sigillatura nella ricostruzione del basicranio o, come per esempio l’acido ialuronico, che permettono una più rapida guarigione’, hanno migliorato in maniera eccellente la nostra capacità operatoria. Si tratta di strumentazioni effettivamente molto costose, ma il costo è solo iniziale ed “apparente” in quanto il miglioramento dell’efficacia chirurgica, in termini di entità di rimozione tumorale, controllo dei rischi chirurgici intraoperatori e ridotto numero di reinterventi per residui tumorale, permettono in poco tempo di compensare le spese iniziali. Curare mantenendo una buona qualità di vita non è solo un vantaggio per il paziente - ridotta degenza, ridotte terapie riabilitative e più rapido recupero lavorativo - ma anche un ridotto carico economico e sociale per la collettività”.

“Il trattamento delle patologie naso-sinusali, del basi-cranio e dell’endocranio – prosegue **Giorgio Frank**, già Coordinatore Scientifico del Centro di Chirurgia dei Tumori Ipofisari e Chirurgia Endoscopica del Basi-cranio dell’Ospedale di Bellaria (Bologna) – richiede un approccio multidisciplinare, come rilevato nei maggiori centri mondiali nei quali questa chirurgia si è sviluppata. E’ indispensabile la collaborazione con radiologo e neuroradiologo interventista, l’anatomopatologo che aiutato dall’evoluzione dei nuovi marcatori biochimici ha incrementato le capacità di diagnosi differenziale tra vari tipi tumorali. Momento cruciale, questo, per la decisione terapeutica divisa tra chemioterapia, radioterapia o chirurgia, a seconda del tipo istologico. Specialisti oncologi e radioterapisti hanno apportato innovazioni importanti che si sono integrate con la chirurgia, là dove il team operatorio ha previsto al suo interno un otorino, un neurochirurgo, un chirurgo maxillofaciale e un oculista. Perché il trattamento richiede la possibilità della scelta: in primis della tipologia del trattamento stesso, chirurgico-radiante-chemioterapico, e in secondo luogo, nell’ambito chirurgico delle tecniche endonasali, transcraniche o transorbitarie migliori”.

Risultati insperati solo fino a qualche anno fa, per l’Italia: “Questi traguardi e la grande esperienza maturata in questi ultimi 20 anni – conclude Castelnuovo – ha migliorato sensibilmente la vita degli oltre 20.000 pazienti avuti in cura soprattutto grazie alla creazione di una rete di professionisti sempre disposti a mettersi in gioco e a vagliare la decisione più indicata solo dopo un profondo confronto interdisciplinare, come dovrebbe essere in qualunque ambito che affronti da vicino la nostra salute e il nostro benessere”.

Mindfulness, la terapia cognitiva è utile anche nel diabete

Uno studio evidenzia come una terapia cognitiva basata sulla meditazione mindfulness, o consapevolezza, possa essere utile nel migliorare i sintomi depressivi nei pazienti affetti da diabete



Non è raro; anzi piuttosto frequente che chi soffre di diabete possa avere anche sintomi depressivi. Ma, **per chi non vuole ricorrere agli psicofarmaci** o non risponde alle cure, un aiuto può arrivare dalla Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) e dalla Individual Cognitive Behavior Therapy (CBT) che, in uno studio pubblicato su *Diabetes Care*, mostrano di essere efficaci sia nei pazienti con diabete di tipo 1 che di tipo 2.

Un team di ricerca dell'University Medical Center di Groningen nei Paesi Bassi, coordinato dalla dott.ssa K. Annika Tovote, ha condotto uno studio randomizzato controllato coinvolgendo **94 pazienti ambulatoriali con diabete di tipo 1 e 2 e concomitanti sintomi depressivi**. I partecipanti sono stati suddivisi a caso in tre gruppi, da 31, 32 e 31 soggetti, al fine di essere avviati rispettivamente o a un programma di MBCT o CBT, o messi in una lista di attesa. Tutti i pazienti hanno compilato una serie questionari e sono stati sottoposti a interviste prima del trattamento e tre mesi più tardi.

In base ai dati raccolti e ai risultati della partecipazione alle sessioni di MBCT e CBT, i ricercatori hanno scoperto che vi erano state riduzioni significativamente maggiori nei sintomi depressivi per i pazienti trattati con MBCT e CBT rispetto agli appartenenti al gruppo di controllo della lista d'attesa. **Il miglioramento clinicamente rilevante si è attestato rispettivamente al 26% e 29% contro il 4% del gruppo lista d'attesa.**

In entrambi gli interventi sono stati osservati significativi effetti positivi sull'ansia e il disagio legato al diabete, con un miglioramento del benessere in generale. Quanto ai valori di emoglobina glicata, non è stato rilevato alcun effetto significativo.

«Sia la terapia individuale MBCT che CBT sono **risultate efficaci nel migliorare una serie di sintomi psicologici** in soggetti con diabete di tipo 1 e di tipo 2», concludono gli autori.

Ecco un altro caso in cui la meditazione mindfulness, anche abbinata a terapie di supporto, è risultata utile nel promuovere il benessere della persona.

<http://www.lastampa.it/2014/06/13/scienza/benessere/medicina-naturale/mindfulness-la-terapia-cognitiva-utile-anche-nel-diabete-J4WmeBCfoOzROo04iT7oRL/pagina.html>

TUMORI. Importanti novità dal congresso della Società Americana di Oncologia (ASCO)

Obiettivo: agire sul sistema immunitario

L'immunoterapia è la grande speranza dell'oncologia del terzo millennio; non sorprende dunque che tutti i riflettori fossero puntati sugli studi di questo campo, anche al recente congresso della Società Americana di Oncologia (ASCO). Il sistema immunitario, come ha dimostrato per primo l'ipilimumab può essere un potente alleato nella battaglia contro il tumore. "Gli immunoterapici sono una famiglia di farmaci, in grado di 'rieducare' il sistema immunitario a tenere a bada il tumore – spiega il professor Michele Maio, Direttore dell'Immunoterapia oncologica, Policlinico 'Santa Maria alle Scotte' di Siena, Istituto Toscano Tumori –. Nei pazienti che rispondono a questi trattamenti, il tumore rimane 'congelato' a tempo indefinito e la malattia viene quindi cronicizzata". La maggior parte degli studi effettuati finora riguarda il melanoma. Si è cominciato con le forme metastatiche, quelle con una prognosi di pochi mesi di vita, prima dell'introduzione dell'ipilimumab; poi, sono stati condotti studi anche su stadi più precoci di malattia, come l'EOTC029, uno studio internazionale coordinato dall'Università di Siena, nel quale l'ipilimumab è stato somministrato subito dopo l'intervento chirurgico di rimozione del melanoma e delle metastasi linfonodali, con buoni risultati. Il farmaco è adesso in sperimentazione anche in altre forme tumorali, quali il tumore della prostata e

del polmone, in fase metastatica. Altri studi hanno esplorato l'utilità di associare due immunoterapici diversi; è il caso della combinazione ipilimumab-nivolumab nel melanoma in fase avanzato. Dopo due anni di trattamento il tasso di sopravvivenza dei pazienti trattati è risultato dell'88% (ad un anno era del 94%) e questo conferma la 'durabilità' dell'azione antitumorale di questi farmaci. "Questo studio conferma l'utilità di associare due farmaci con azioni diverse sul sistema immunitario – spiega il professor Paolo Ascierto, Direttore Unità melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto Tumori di Napoli - I pazienti con melanoma metastatico, sopravvivono in media due mesi; con l'ipilimumab possiamo guarire oggi il 20% dei pazienti, come dimostrano i dati a 10 anni. Ma l'associazione ipilimumab-nivolumab determina addirittura una sopravvivenza a due anni dell'88%; questo dato, se confermato dagli studi attualmente in corso, porterà a rivoluzionare il trattamento del melanoma". **(M. R. M.)**



adnkronos
salute

○ 16 giugno 2014
○ NUMERO 104 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Vescica iperattiva per 3 mln italiani, Ispo fotografa sofferenza in 'rosa'

Soffrono in silenzio, per la vita stravolta, la vergogna e l'imbarazzo. Tutto pur di non uscire allo scoperto ammettendo di avere un disturbo che è ancora un tabù. E' la quotidianità che accomuna 3 milioni di italiani alle prese con la Sindrome da vescica iperattiva, condizione che causa il più delle volte incontinenza urinaria. Un problema che assilla in particolare le donne, maggiormente colpite dal disturbo. A fotografare la sofferenza 'in rosa' è un'indagine condotta per conto di Astellas dall'Istituto Ispo ricerche di Renato Mannheim, che ha esplorato l'impatto dell'incontinenza urinaria al femminile attraverso un 'bulletin board', gruppo di discussione online al quale hanno partecipato alcune donne con il problema e, dall'altro lato, attraverso un'analisi 'netnografica' sulle web community che si addensano spontaneamente sul tema, coinvolgendo diversi luoghi virtuali e relativi utenti. L'incontinenza, spiegano gli esperti durante un incontro a Milano, stravolge la vita sociale, lavorativa e affettiva ma chi ne è affetto non descrive i sintomi al medico e non sa che il problema può essere trattato. Il tema sarà anche al centro del 38.esimo Congresso nazionale della Società italiana di uro-

dinamica (Siud) che si svolgerà nel capoluogo lombardo da giovedì 19 giugno fino a sabato 21. Un vero 'esercito invisibile', quello delle donne con incontinenza. Fra i sentimenti più diffusi rabbia, frustrazione, insicurezza, senso di perdita della femminilità. L'indagine punta a rompere il silenzio su una delle "condizioni a maggior impatto per la qualità di vita", spiega Stefano Salvatore, responsabile Unità funzionale di uroginecologia dell'ospedale San Raffaele di Milano. "I pazienti - racconta - indossano abiti neri per paura delle macchie, vivono con l'angoscia costante di dover correre in bagno, di emanare un odore sgradevole, di portare i pannoloni". Un incubo che si traduce in "perdita di autostima e sensi di colpa che in molti casi portano all'isolamento sociale e alla negazione della vita affettiva e sessuale", riflette Salvatore. Lo scenario delineato dall'indagine è dominato da scarsa informazione e pregiudizi. Solitudine, rassegnazione e autogestione del disturbo sono la norma. Si fatica a considerare l'incontinenza una malattia. Le donne, rileva la ricerca, vorrebbero parlarne ma l'imbarazzo le frena e si rivolgono al web. Il problema, sottolineano gli esperti, è che le informazioni su Interne

e tra le web community sono spesso inaffidabili e non aiutano a trovare percorsi di cura. "I farmaci oggi disponibili - sottolinea Andrea Tubaro, professore associato di Urologia alla Sapienza di Roma e responsabile Uoc di urologia, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea - sono quelli che agiscono sui recettori muscarinici presenti sul muscolo detrusore vescicale e nell'uretra, e il primo di una nuova classe di farmaci, agonisti dei recettori beta-3-adrenergici presenti sulla vescica, che si lega ad essi e con un meccanismo innovativo induce il rilassamento dei muscoli vescicali. La tendenza che si sta affermando è quella di impiegarlo in prima linea". Gli esperti segnalano comunque difficoltà di accesso a questi farmaci, non rimborsati dal Ssn. E l'incontinenza urinaria, "frequente nella fascia d'età perimenopausale", resta un disturbo da celare, conclude Michele Meschia, direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'ospedale 'G. Fornaroli' di Magenta, "in parte per un fatto culturale che considera la perdita di urine come qualcosa di ineluttabile, legato all'invecchiamento".

Lucia Scopelliti

IL PREZZO DEL PRINCIPIO ATTIVO

Fare profitti con l'epatite C, il tariffario della vita

di Chiara Daina

L'industria farmaceutica dà un prezzo alla vita umana. Un malato di epatite C, per esempio, vale 60 mila euro per 12 settimane, il tempo di cura previsto con il **Sovaldi** (*sofosbuvir* è il principio attivo), il nuovo antivirale prodotto dalla Gilead Sciences, autorizzato al commercio lo scorso dicembre negli Stati Uniti e a gennaio nell'Unione europea. Il farmaco è in grado di eliminare il virus dal sangue, evitando il trapianto di fegato e, nel peggiore dei casi, la morte. In Italia si contano dai 300 ai 500 mila pazienti e circa novemila morti l'anno a causa della malattia. Per garantire il trattamento a tutti lo Stato dovrebbe sborsare 25 miliardi di euro più o meno, in pratica la somma che oggi serve per sostenere l'intera spesa farmaceutica.

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin aveva promesso entro il 19 giugno la contrattazione del prezzo tramite l'**Aifa**, ma la ditta per ora ha deciso di sospendere le trattative e di fornire gratis la terapia ai pazienti più urgenti come "uso compassionevole". Gli altri, se va bene, aspettano.

UNA COSA È CERTA: la lista delle molecole proibitive lievita ogni volta che si scopre un antitumorale o un farmaco salvavita. L'**Aifa** ha stilato una classifica dei trenta principi attivi più costosi a carico dello Stato. In testa c'è il **Dexrazoxano**, un antitumorale, oltre 20 mila euro. Il **Treprostinil**, un antiipertensivo, quasi dieci mila euro. Come il **Canakinumab**, usato per la cura di una malattia rara (un trattamento annuale, sei somministrazioni da 150 mg, costa circa 58 mila euro). Il resto non scende sotto i tre mila euro.

Da 240 milioni di euro a 60 milioni il conto totale all'anno per i 30 cicli terapeutici più cari. Al primo posto c'è quello con il **Trastuzumab** per il carcinoma al seno (mille euro solo un flaconcino). Seconda, la terapia contro l'artrite reumatoide con l'**Etanercept** (4 fiale 1600 euro), e terza, per lo stesso disturbo, quella a base di **Adalimumab** (dieci mila euro l'anno). A fine maggio 30 mila oncologi da tutto il mondo riuniti a Chicago in occasione del congresso della Società americana di oncologia hanno lanciato un grido d'allarme. "Non possiamo andare avanti così, con i prezzi che continuano a salire" ha detto Richard Pazdur, della Food and drug administration. Stefano Cascinu, presidente dell'associazione italiana di Oncologia medica, presente anche lui al meeting, avverte: "Il costo totale del cancro in Europa è ogni anno di 126 miliardi di euro, di cui 16 in Italia. Nel 2030 il 30 per cento degli italiani sarà over 65 e i pazienti con il cancro dai 2,8 milioni attuali passeranno a 4,5 milioni. È chiaro che le risorse a disposizione non basteranno".

IL PROBLEMA È ALLA RADICE: come si determina il prezzo di un farmaco? C'è un caso che fa scuola, quello del **Glivec** (*imatinib*), l'antitumorale della Novartis per la leucemia mieloide cronica, in commercio dal 2001. Costo: 30 mila dollari a paziente per un anno di terapia. La molecola nella maggior parte dei casi garantisce la perfetta guarigione dal tumore. Prima invece si moriva. Nel giugno

2013 un gruppo di cento oncologi da tutti i continenti ha firmato un articolo uscito su *Blood*, la rivista della Società americana di ematologia (e ripreso dal New York Times), denunciando il costo eccessivo del farmaco e spiegando come il gigante svizzero starebbe facendo profitto da capogiro sui malati. La polemica è scivolata nel silenzio dei governi di tutto il mondo.

Due anni fa negli Stati Uniti il costo del Glivec è cresciuto a 92 mila dollari all'anno, "nonostante i costi di ricerca fossero già compresi nella tariffa iniziale" e "la popolazione che stava assumendo il farmaco era aumentata". Morale, "nel 2012 l'azienda fattura 4,7 miliardi di dollari". Il prezzo di un farmaco oggi si basa soprattutto sul valore terapeutico previsto, anche se non risolve la patologia e prolunga soltanto di qualche mese la vita di una persona con effetti collaterali molto pesanti. La conclusione dei medici è che "il prezzo riflette il contesto geopolitico e socioeconomico" del Paese dove viene venduto "che non dipende dai costi di ricerca e sviluppo della molecola". Il Glivec costa 24 mila dollari all'anno in Russia, 54 mila in Germania, 40 mila in Francia, 29 in Messico, per esempio. Il brevetto del Glivec è scaduto il 28 maggio del 2013. La Food and drug administration ha preferito prorogarlo fino a gennaio 2015. L'Ema (l'agenzia del farmaco europea) addirittura fino a marzo 2016. Intanto in Sud Corea, Canada e Israele esiste già il generico equivalente. La Novartis vorrebbe spingere il **Tasigna** (*nilotinib*) come farmaco di prima linea, finora usato nei pazienti intolleranti all'*imatinib*. "Il farmaco ha molte controindicazioni - spiega Carlo Gambacorti, ematologo e oncologo all'ospedale San Gerardo di Monza, che ha contribuito allo sviluppo preclinico e clinico del Glivec -: può causare ictus, infarti e trombosi negli arti". A segnalare gli effetti collaterali del Nilotinib sono decine di oncologi di tutto il mondo che da oltre tre anni pubblicano gli inconvenienti del principio attivo sui loro pazienti su importanti riviste, dall'*American journal of hematology* al *Journal of the National Cancer Institute*, punti di riferimento per la comunità scientifica internazionale. "Dopo aver scritto due articoli sugli effetti collaterali del Nilotinib - racconta al *Fatto quotidiano* un ematologo tedesco in anonimato - sono stato subito contattato dai responsabili della Novartis: 'non avresti dovuto dire quelle cose a tutti' mi hanno detto. E poi: 'Dovevi aspettare e al massimo usare il condizionale'. L'azienda non mi ha più fatto collaborare con lei".



PROFITTE RICERCA In laboratorio di una casa farmaceutica. I prezzi dei farmaci sono alle stelle. I produttori replicano che la ricerca ha costi molto elevati



AGI Solution

16-06-2014

ICTUS: ANTICORPO PER CRESCITA NERVI E MIGLIORA ARTO DOPO ATTACCO

(AGI) - Boston, 15 giu. - Un arto compromesso dopo un ictus puo' recuperare quasi completamente la sua funzionalita' con un trattamento che associ agenti promotori della crescita alla terapia riabilitativa. Almeno questo e' quello che avviene nei topi, in base a uno studio che e' stato pubblicato sulla rivista Science. Si tratta di una ricerca molto importante soprattutto perche' gli attuali trattamenti per il recupero post-ictus hanno spesso esiti molto limitati. Gli studiosi dell'ETH di Zurigo, Svizzera, hanno dimostrato che un training riabilitativo e' in grado di ripristinare quasi completamente le abilita' motorie di topi che hanno subito un ictus, se preceduto dalla somministrazione di un anticorpo promotore della crescita dei nervi. L'anticorpo agisce contro la proteina Nogo, che e' uno dei piu' potenti inibitori della crescita dei nervi del sistema nervoso centrale. I topi che ricevevano l'anticorpo di promozione della crescita nervosa prima della riabilitazione mostravano un significativo recupero della funzionalita' degli arti anteriori: i processi ripetitivi di training, spiegano gli scienziati, stabilizzavano le fibre nervose e i nuovi circuiti innescati dalla somministrazione dell'anticorpo.

<http://scm.agi.it/index.phtml>