

Aborti spontanei e nascite pretermine, attenzione alla celiachia



21 aprile 2015

Le donne con malattia celiaca diagnosticata da un medico hanno maggiore probabilità di abortire o di partorire pretermine rispetto alle donne senza storia della malattia. Questo è quanto mostrato da un piccolo studio americano che è stato pubblicato sulla rivista **Annals of Gastroenterology**.

La celiachia è una malattia immuno-mediata del piccolo intestino che si sviluppa in individui geneticamente predisposti a seguito dell'esposizione al glutine. La celiachia potrebbe avere manifestazioni extraintestinali che influiscono sulla salute riproduttiva delle donne.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la fertilità e gli esiti della gravidanza nelle donne con malattia celiaca.

"Ci sono molte cause abbastanza comuni di complicazioni della gravidanza, ma le donne che non riescono a capire perché non possono concepire o portare a termine una gravidanza dovrebbe scoprire se hanno la malattia celiaca" ha dichiarato l'autore principale dello studio la dr.ssa Stephanie Moleski, ricercatrice della Thomas Jefferson University Hospital di Philadelphia.

"L'aborto spontaneo in pazienti con malattia celiaca è stato collegato a carenze di vitamine, zinco, selenio, ferro e acido folico," ha proseguito la dr.ssa Moleski. "Quando vedo i pazienti che hanno avuto complicazioni nella fertilità o gravidanza ritengo sia opportuno prendere in considerazione il test per la celiachia."

La dr.ssa Moleski e i suoi colleghi hanno esaminato 329 donne con malattia celiaca confermata da biopsie e 641 donne senza tale condizione.

Utilizzando questionari online, i ricercatori hanno sottomesso alle pazienti domande circa la loro salute riproduttiva, dall'età del primo ciclo mestruale, al numero di gravidanze portate avanti e le circostanze di nascita per eventuali bambini nati.

Delle 970 donne incluse nello studio, 733 (75,6%) ha riferito che avevano avuto gravidanze a un certo punto; non vi era alcuna differenza significativa tra le donne con la malattia celiaca (n=245/329, 74,5%) e controlli (488/641, 76,1%; p=0.57). Tuttavia, meno donne con malattia celiaca rispetto ai controlli (79,6% vs. 84,8%) avevano dato alla luce neonati a seguito di 1 o più gravidanze (p=0.03). Le donne con malattia celiaca avevano percentuali più alte di aborto spontaneo rispetto ai controlli (50,6% vs 40,6%; p=0,01), e di parto prematuro

(23,6% vs. 15,9%; $p=0.02$). L'età media al menarca era più alta nel gruppo malattia celiaca (12,7 anni) rispetto ai controlli (12.4 anni; $p=0.01$).

L'analisi dei questionari ha quindi evidenziato che non c'era alcuna differenza nel numero di donne con o senza malattia celiaca che erano rimaste incinte almeno una volta, ma le donne con malattia celiaca avevano meno probabilità di dare alla luce un bambino.

Le donne con malattia celiaca avevano aborti in circa la metà dei casi, rispetto al 40% delle altre donne nello studio. Circa una donna su quattro con malattia celiaca aveva parti prematuri, rispetto al 16% delle altre donne.

I limiti dello studio risiedono proprio nei questionari in quanto dipendono dai ricordi più o meno precisi dei pazienti; inoltre, non è possibile verificare se i partecipanti hanno avuto altre problematiche di salute che potrebbero aver portato ad aborti o parti prematuri.

L'aver ristretto il gruppo celiaco alle sole donne con diagnosi fatta attraverso biopsia potrebbe significare anche che alcune donne nel gruppo non-celiaco potrebbero aver avuto celiaca non diagnosticata, che avrebbe falsato i risultati.

"Mentre la ricerca precedente ha collegato la celiachia ai problemi di fertilità e gravidanza, la ragione esatta della relazione con aborti e bambini prematuri è sconosciuta", ha precisato il prof. Govind Makharia, professore di gastroenterologia e nutrizione a All India Institute of Medical Sciences di Nuova Delhi.

"Allo stato attuale, l'associazione tra infertilità, aborto spontaneo, bambini pretermine e la malattia celiaca è congetturale e non definitiva", ha sottolineato il prof. Makharia, che non è stato coinvolto nello studio. La celiachia potrebbe essere una causa, ma altre cause sono più probabili. "Tuttavia, non credo ci siano dei problemi a fare screening per la celiachia".

In conclusione, quest'analisi retrospettiva di coorte ha esaminato le caratteristiche riproduttive delle donne con malattia celiaca, ed ha associato la celiachia con aumenti significativi in aborto spontaneo, parto prematuro ed età del menarca. Sulla base di questi risultati i ricercatori hanno evidenziato che le donne con aborti o parti prematuri dovrebbero essere controllate per un'eventuale malattia celiaca non diagnosticata.

Emilia Vaccaro

Moleski SM et al. Increased rates of pregnancy complications in women with celiac disease. Ann Gastroenterol. 2015 Apr-Jun;28(2):236-240.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25831067>

[[chiudi questa finestra](#)]

Martedì 21 APRILE 2015

Combattere il tumore dell'ovaio nel suo microambiente

Da uno studio americano, presentato al congresso dell'AACR, la speranza di mettere a punto trattamenti su 'misura' in grado di colpire selettivamente le cellule del cancro dell'ovaio nel loro microambiente. Grazie a tecniche di sequenziamento multiplo, individuate alterazioni dei microRNA e di alcuni geni che potrebbe rappresentare nuovi target terapeutici in questa forma tumorale.

L'individuazione delle alterazioni molecolari che si producono all'interno dei tessuti, all'indomani della chemioterapia, potrebbe rivelarsi di importanza fondamentale per il trattamento del tumore ovarico. Lo suggerisce una nuova ricerca effettuata dai ricercatori del *Magee-Womens Research Institute and Foundation* (MWRIF) e dell'Istituto di Oncologia dell'Università di Pittsburgh (UPCI), partner dell'UPMC *Cancer Center*, presentata al congresso dell'*American Association for Cancer Research* (AACR).

Il *gold standard* del trattamento per il cancro dell'ovaio per anni è consistito nella somministrazione intraperitoneale di chemioterapici, dopo l'intervento chirurgico. E per questa patologia tumorale purtroppo, a differenza di altre, non sono stati registrati cambiamenti e progressi sostanziali da diversi anni a questa parte.

“La somministrazione intraperitoneale di chemioterapici – spiega **Shannon Grabosch**, ginecologa oncologa al Magee-Womens Hospital dell'UPMC e primo autore dello studio – per le donne con un carcinoma dell'ovaio, ha rappresentato uno dei maggiori progressi terapeutici, nel migliorare la sopravvivenza di queste pazienti. Purtroppo, ancora non sono noti i meccanismi biologici alla base di questo fenomeno. Per questo, siamo andati ad indagare le alterazioni a livello del microambiente tumorale, dopo la somministrazione della chemioterapia; la scoperta di queste alterazioni infatti potrebbe portare ad individuare nuovi *target* terapeutici personalizzati”.

I ricercatori dell'Università di Pittsburgh hanno esaminato il liquido peritoneale e campioni di sangue di 13 donne; il materiale biologico è stato prelevato prima del trattamento intraperitoneale e dopo il primo e il secondo ciclo di chemioterapia. E attraverso tecniche di sequenziamento multiplo, gli studiosi sono riusciti ad individuare una serie di alterazioni molecolari, indotte dalla chemioterapia.

“Siamo riusciti ad individuare – spiega Grabosch - alterazioni correlate al trattamento chemioterapico, sia a livello dei micro-RNA (miRNA) che di alcuni geni. E, cosa forse ancora più importante, siamo riusciti a individuare significative alterazioni a livello della cavità peritoneale, risultate diverse rispetto a quelle presenti nel sangue, fatto questo che dimostra come l'ambiente tumorale locale sia un campo sotto-studiato e non ancora sfruttato come possibile nuovo ambito di trattamento. A questo punto è necessario far partire nuovi studi per valutare se le alterazioni evidenziate nel microambiente tumorale dopo la chemioterapia possono rappresentare potenziali *target* per nuovi farmaci 'su misura' e per comprendere meglio i meccanismi alla base del funzionamento della chemioterapia intraperitoneale”.

Maria Rita Montebelli

ONCOLOGIA

Meno biopsie per la ricerca del tumore della prostata

Luisa Romagnoni

■ È la neoplasia più frequente nella popolazione maschile. Tanto da rappresentare il 20 per cento di tutte le diagnosi di cancro negli uomini, con più di 50 anni. Il tumore della prostata (una piccola ghiandola che fa parte del sistema riproduttivo maschile, quasi 42 mila i nuovi casi registrati ogni anno in Italia), oggi può essere meglio intercettato, grazie ad una nuova e sofisticata procedura per la biopsia prostatica: consente una diagnosi più accurata e sicura della patologia, con un minor numero di prelievi biotici. La novità si chiama «biopsia per fusione» e di recente è stata al centro dell'attenzione, al congresso internazionale di urologia (Eau 2015), tenutosi a Madrid.

Questa tecnica nasce dall'unione di immagini provenienti da Risonanza Magnetica ed ecografia e permette di guidare la biopsia, riuscendo a indagare meglio le zone sospette. È già stata adottata questa metodologia all'Istituto Humanitas di Rozzano (Mi), dall'équipe di urologia guidata dal professor Giorgio Guazzoni, responsabile dell'unità operativa di urologia del

nosocomio, mira in modo preciso le parti evidenziate dalla Risonanza Magnetica, trasferendovi informazioni acquisite sull'immagine ecografica. Il risultato è una mappa tridimensionale che guida la biopsia, utile a ricostruire nel dettaglio la localizzazione e il volume del tumore. «La biopsia per fusione - spiega Guazzoni - aumenta la precisione ed evita di dover pungerne più volte la stessa zona, poiché permette di mirare al bersaglio indicato dalla Risonanza Magnetica, fuso con l'ecografo. L'accoppiamento delle due immagini, frutto della tecnologia, può determinare un aumento delle percentuali di detection rate (meno tumori passano inosservati) ed una riduzione del numero dei prelievi (solo quelli davvero necessari vengono effettuati)». In casi selezionati o dubbi, questa tecnica consente di effettuare un campionamento mirato, evitando biopsie multiple. «Rispetto ai dodici prelievi compiuti in media dal chirurgo - aggiunge il professore - con la fusion imaging si scende a uno, due o tre. Si eseguono le biopsie anche in zone che non vengono analizzate, come la parete anteriore della prostata».



Tumori. Presto in pensione la vecchia biopsia

Basterà un test del sangue (indolore, rapido e più efficace) per diagnosticare il cancro. Altro test promettente negli Usa

Roma. Sono sempre di più gli studi e le ricerche che puntano a mandare "in pensione" la biopsia chirurgica per sostituirla con un test del sangue, indolore e più facile da fare, per diagnosticare il tumore. L'ultimo esempio è la "biopsia liquida", con cui si cercano i minuscoli frammenti del Dna tumorale nel sangue del paziente, testata dal National Cancer Institute negli Stati Uniti.

Nello studio pubblicato su *Lancet oncology*, i risultati preliminari sono incoraggianti. Nella ricerca, condotta su 126 pazienti con la più comune forma di linfoma, il test è riuscito a prevedere la ricomparsa del tumore con oltre tre mesi di anticipo rispetto alla tac, e identificato i pazienti che probabilmente non avrebbero risposto alla terapia. «Ogni cancro ha una mutazione che può essere monitorata con questo metodo – spiega David Hyman, uno dei ricercatori –. È come mettere un codice a barre al tumore nel sangue». L'obiettivo è di arrivare, tramite l'analisi del sangue, a capire se la terapia sta funzionando, e se il tumore sviluppa delle resistenze. Così, i trattamenti inefficaci potrebbero rapidamente essere sostituiti da terapie alternative.

Anche il progetto italiano Cancer-Id, dell'Istituto oncologico veneto e coordinato dall'University Medical Center di Hamburg-Eppendorf (Germania) e dall'Università di Twente (Olanda), punta a individuare nuovi marker.





22-04-2015

Lettori
86.000

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

Tumori: Aifa, al via uso compassionevole nivolumab

(AGI) - Roma, 21 apr. - Allo scopo di garantire ai pazienti italiani tempestivo accesso a terapie farmacologiche efficaci, l'Agenzia Italiana del Farmaco comunica che, grazie alla disponibilit  dell'azienda Bristol-Myers Squibb, e' stato attivato un programma di uso compassionevole per l'accesso di tutti i pazienti, con diagnosi di tumore al polmone squamocellulare non resecabile e/o metastatico, al trattamento con nivolumab. Il risultati dello studio di fase III CheckMate-017 che confrontava, in pazienti con NSCLC squamocellulare metastatico in progressione, durante o dopo una I linea di chemioterapia contenente platino, il nivolumab vs. docetaxel, hanno mostrato un vantaggio di sopravvivenza altamente significativo, con OS mediana di 9.2 vs 6 mesi a favore del trattamento con nivolumab. Tenuto conto di tali risultati ottenuti in uno specifico setting terapeutico caratterizzato da prognosi infausta e limitate alternative terapeutiche, AIFA, AIOM e CIPOMO hanno congiuntamente richiesto a Bristol Myers Squibb l'attivazione di un programma di uso compassionevole, ai sensi del DM 8 maggio 2003, per tutti i pazienti italiani. L'Azienda si e' resa disponibile a procedere all'immediata attivazione del programma, con l'impegno ad accogliere richieste per il trattamento di nuovi pazienti sino alla data di registrazione europea (EC decision).

Nivolumab appartiene ad una classe di nuovi farmaci immuno-terapici che, in virtu' del loro meccanismo d'azione sembrano in grado di indurre risposte durature, prolungando l'aspettativa di vita dei pazienti.

Tumore del polmone, uso compassionevole di nivolumab approvato da AIFA



21 aprile 2015

L'Aifa ha approvato l'avvio immediato del programma per uso compassionevole di nivolumab in II linea e successive, per i pazienti con diagnosi di tumore al polmone squamocellulare non resecabile e/o metastatico

Allo scopo di garantire ai pazienti italiani tempestivo accesso a terapie farmacologiche efficaci, l'Agenzia Italiana del Farmaco comunica che, grazie alla disponibilità dell'azienda Bristol-Myers Squibb, è stato attivato un programma di uso compassionevole per l'accesso di tutti i pazienti, con diagnosi di tumore al polmone squamocellulare non resecabile e/o metastatico, al trattamento con nivolumab.

Il risultati dello studio di fase III CheckMate-017 che confrontava, in pazienti con NSCLC squamocellulare metastatico in progressione, durante o dopo una I linea di chemioterapia contenente platino, il nivolumab vs. docetaxel, hanno mostrato un vantaggio di sopravvivenza altamente significativo, con OS mediana di 9.2 vs 6 mesi (HR=0,59 95%IC 0.44,0.79; p=0,00025) a favore del trattamento con nivolumab.

Tenuto conto di tali risultati ottenuti in uno specifico setting terapeutico caratterizzato da prognosi infausta e limitate alternative terapeutiche, AIFA, AIOM e CIPOMO hanno congiuntamente richiesto a Bristol Myers Squibb l'attivazione di un programma di uso compassionevole, ai sensi del DM 8 maggio 2003, per tutti i pazienti italiani. L'Azienda si è resa disponibile a procedere all'immediata attivazione del programma, con l'impegno ad accogliere richieste per il trattamento di nuovi pazienti sino alla data di registrazione europea (EC decision).

Il Presidente di CIPOMO – Collegio Italiano dei Primari Oncologici Medici Ospedalieri, dott. **Gianpiero Fasola**, dichiara quanto segue: "Credo che questo sia l'esempio di un buon modo di collaborare tra professionisti, Istituzioni e Aziende: CIPOMO, AIOM e AIFA hanno richiesto e ottenuto da Bristyol Meyers Squibb che i pazienti italiani che ne abbiano la necessità possano utilizzare da subito il Nivolumab, farmaco efficace nel carcinoma squamoso del polmone anche in condizioni nelle quali finora le opzioni erano davvero poche. Le attese su questo nuovo gruppo di immunomodulatori sono elevate, per diversi tumori. L'auspicio è che quando cesserà il programma di accesso, dopo l'approvazione di EMA, il farmaco possa entrare subito nell'uso

corrente in Italia. Certo, ci sarà un problema di costi, ma, per quanto ci riguarda, CIPOMO è disponibile a lavorare con AIOM e AIFA per valutare gli strumenti utili a fare spazio all'innovazione di valore.”

Nivolumab appartiene ad una classe di nuovi farmaci immuno-terapici che, in virtù del loro meccanismo d'azione sembrano in grado di indurre risposte durature, prolungando l'aspettativa di vita dei pazienti.

[[chiudi questa finestra](#)]

Martedì 21 APRILE 2015

Cancro al polmone. Anche in Italia il super farmaco che aumenta la sopravvivenza. *Nivolumab* sarà dato per uso "compassionevole" in attesa di registrazione europea

L'Aifa ha comunicato l'avvio immediato del programma per uso compassionevole del farmaco della Bristol-Myers-Squibb in II linea e successive, per i pazienti con diagnosi di tumore al polmone squamocellulare non resecabile e/o metastatico. Il programma durerà fino alla data di registrazione europea del nuovo medicinale.

Allo scopo di garantire ai pazienti italiani tempestivo accesso a terapie farmacologiche efficaci, l'Agenzia Italiana del Farmaco comunica che, grazie alla disponibilità dell'azienda Bristol-Myers Squibb, è stato attivato un programma di uso compassionevole per l'accesso di tutti i pazienti, con diagnosi di tumore al polmone squamocellulare non resecabile e/o metastatico, al trattamento con *nivolumab*.

Il risultati dello studio di fase III CheckMate-017 che confrontava, in pazienti con NSCLC squamocellulare metastatico in progressione, durante o dopo una I linea di chemioterapia contenente platino, il *nivolumab* vs. *docetaxel*, hanno mostrato un vantaggio di sopravvivenza altamente significativo, con OS mediana di 9.2 vs 6 mesi (HR=0,59 95%IC 0.44,0.79; p=0,00025) a favore del trattamento con *nivolumab*.

Tenuto conto di tali risultati ottenuti in uno specifico setting terapeutico caratterizzato da prognosi infausta e limitate alternative terapeutiche, AIFA, AIOM e CIPOMO hanno congiuntamente richiesto a Bristol Myers Squibb l'attivazione di un programma di uso compassionevole, ai sensi del DM 8 maggio 2003, per tutti i pazienti italiani. L'Azienda si è resa disponibile a procedere all'immediata attivazione del programma, con l'impegno ad accogliere richieste per il trattamento di nuovi pazienti sino alla data di registrazione europea (EC decision).

Nivolumab appartiene ad una classe di nuovi farmaci immuno-terapici che, in virtù del loro meccanismo d'azione sembrano in grado di indurre risposte durature, prolungando l'aspettativa di vita dei pazienti.

Fonte: Aifa

LA NOVITÀ

**Tumore
al polmone:
con nivolumab
la terapia è ok**

ROMA - I risultati dello studio "CheckMate -057" con nivolumab dimostrano per la seconda volta un vantaggio in termini di sopravvivenza nel tumore del polmone. Lo afferma lo studio di fase 3 in aperto, randomizzato per valutare nivolumab rispetto a docetaxel in pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) non squamoso metastatico, precedentemente trattati. Aver raggiunto subito l'obiettivo della ricerca porta così il "CheckMate -057" ad essere interrotto in anticipo. Bristol-Myers Squibb si è attivata per permettere che i pazienti siano informati della possibilità di proseguire o iniziare il trattamento con il farmaco nell'estensione in aperto dello studio.

«Il nostro programma di sviluppo clinico di nivolumab mira ad offrire al maggior numero di pazienti la possibilità di una sopravvivenza a lungo termine, in diverse linee di terapia e in diversi stadi di malattia», sottolinea Michael Giordano, senior vice president, Head of Development, Oncology. (A.Cap.)



Malati & Malattie

Incisive tecniche di riconoscimento pre - istologico per i tumori cutanei

di Gloria Sacconi Jotti

Si è svolto recentemente a Torino il Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di diagnostica non invasiva in dermatologia dal titolo «Integrazione ed innovazione tecnologica nella diagnosi dermatologica», organizzato dal dottor Paolo Broganelli. L'evoluzione delle tecniche diagnostiche non invasive ha caratterizzato gli ultimi decenni della dermatologia mondiale. I dermatologi italiani si sono contraddistinti nel mondo grazie al notevole contributo scientifico e, nonostante si sia scritto molto, ancora oggi è possibile migliorare la conoscenza delle tecniche già consolidate. La maggior parte di queste ci ha permesso di aumentare l'aspettativa di vita della popolazione grazie ad interventi preventivi efficaci che sino a pochi anni fa non erano immaginabili. L'apporto della diagnostica non invasiva è aumentato parallelamente all'incremento di incidenza dei tumori cutanei, in particolare del melanoma. Dal 2011 Torino è al primo posto tra le città italiane per numero di melanomi diagnosticati con circa 19 casi all'anno ogni 100.000 abitanti su una media italiana di 12 casi ed i numeri sono in costante incremento. La sola causa ambientale correlata pare sia l'esposizione intensa ed intermittente ai raggi UV solari naturali ed artificiali. Le popolazioni del Nord Italia sono a maggior rischio per la carnagione chiara e per la scarsa abitudine della pelle all'esposizione solare. Per fortuna, mentre l'incidenza è andata aumentando, la mortalità si è mantenuta sostanzialmente stabile. Fondamentale la diagnosi precoce e quindi l'individuazione ed asportazione del melanoma sottile. Pur non essendo l'unico tipo di tumore cutaneo, il melanoma è caratterizzato da un maggior rischio di mortalità. Persiste purtroppo un ristretto gruppo di pazienti con melanoma spesso, per lo più di tipo nodulare, a prognosi potenzialmente sfavorevole e ad elevato rischio di progressione a livello viscerale. Per questi pazienti vi sono oggi terapie innovative. Negli ultimi anni la dermoscopia e la microscopia confocale hanno affinato le tecniche di riconoscimento pre-istologico dei tumori cutanei. La nuova microscopia a fluorescenza (metodica sperimentale) poi permette di osservare in vivo le strutture cellulari.

gloriasj@unipr.it



Ca testa-collo, aggiunta di Epo non migliora il controllo loco regionale nei pazienti anemici



21 aprile 2015

Nei pazienti anemici con un carcinoma a cellule squamose della testa e del collo (HNSCC), l'aggiunta di eritropoietina (Epo) alla radioterapia non solo non migliora il controllo locoregionale, ma può essere addirittura dannosa. Lo dimostrano i risultati a lungo termine dello studio 9903 del Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), pubblicati di recente sull'*International Journal of Radiation Oncology • Biology • Physics*.

I pazienti oncologici anemici hanno risultati peggiori rispetto ai pazienti con livelli di emoglobina normali. L'idea alla base dello studio era quella di aumentare i livelli di emoglobina nei pazienti anemici con un carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, nella speranza che aumentare l'apporto di ossigeno al tumore potesse migliorare gli effetti della radioterapia. Ma questa speranza è andata delusa.

I primi risultati del trial, pubblicati nel 2007, avevano dimostrato che l'aggiunta di Epo alla radioterapia definitiva non aveva migliorato gli outcome. Questo risultato era "inaspettato e portò all'interruzione anticipata dello studio a causa di un possibile effetto negativo dell'Epo" spiega l'autore principale del lavoro George Shenouda, del McGill University Health Centre di Montréal, in un comunicato stampa.

I risultati di quest'analisi a lungo termine, intrapresa per valutare se ci fossero fallimenti aggiuntivi, secondi tumori primari e/o altre tossicità dopo 8 anni di follow-up, confermano che l'Epo "non è un'opzione terapeutica appropriata" per i pazienti anemici con un carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, aggiunge Shenouda.

Todd A. Aguilera e Amato J. Giaccia, della Stanford University, nel loro editoriale di commento si dicono d'accordo. "Sulla base dei dati preclinici e clinici possiamo ora concludere che l'Epo non è sicura e deve essere usata con cautela nei pazienti oncologici, specie nel contesto di una terapia curativa" scrivono i due specialisti.

Lo studio RTOG 9903 è uno studio di fase 3 randomizzato e in aperto che ha coinvolto 148 pazienti con un carcinoma a cellule squamose della testa e del collo (arruolati tra il giugno 2000 e il novembre 2003 in 54

centri) che avevano livelli di emoglobina pretrattamento compresi tra 9 e 13,5 g/dl e un punteggio del Zubrod performance status da 0 a 2. Dopo l'arruolamento, quattro pazienti sono stati considerati non idonei e tre hanno abbandonato lo studio, per cui i pazienti valutabili sono risultati alla fine 141.

Di questi partecipanti, 69 sono stati sottoposti alla sola radioterapia o alla chemioradioterapia standard e 72 allo stesso trattamento con, in più, Epo, somministrata la prima volta da 7 a 10 giorni prima dell'inizio della radioterapia e poi una volta alla settimana alla dose di 40.000 unità durante il trattamento, a meno che i livelli di emoglobina superassero i 16 g/dl negli uomini o i 14 g/dl nelle donne. Nei pazienti i cui livelli di emoglobina non aumentavano di più di 1 g/dl dopo quattro somministrazioni di Epo, si è aumentato il dosaggio a 60.000 unità.

Il follow-up è stato di 7,95 anni per i pazienti sopravvissuti e 3,33 anni per tutti i pazienti.

Nonostante un aumento dei livelli di emoglobina rispetto ai valori di partenza ottenuto grazie all'Epo, nessuna delle differenze nei risultati tra i due gruppi di trattamento è risultata statisticamente significativa e addirittura si è trovata una tendenza verso outcome migliori senza l'Epo. Un effetto negativo "non si può escludere" scrivono gli autori.

Dopo 5 anni di follow up, il tasso di fallimento locoregionale stimato è stato del 46,2% nel gruppo trattato con l'Epo contro 39,4% in quello di confronto. (HR per la terapia con Epo rispetto alla sola radioterapia pari a 1,27 secondo l'analisi univariata e 1,40 secondo l'analisi multivariata, P = 0,42), mentre la sopravvivenza libera da progressione locoregionale a 5 anni è stata rispettivamente del 31,5% contro 37,6% (HR 1,28 secondo l'analisi univariata e 1,39 secondo l'analisi multivariata; P = 0,20).

La sopravvivenza globale (OS) a 5 anni è stata del 36,9% contro 38,2 (HR 1,13 secondo l'analisi univariata 1,23 e secondo l'analisi multivariata; P = 0,54), mentre la percentuale di metastasi a distanza a 5 anni è risultata rispettivamente del 15,6% contro 14,5% (HR 1,03 secondo l'analisi univariata e 1,07 secondo l'analisi multivariata 0,46-2,50; P = 0,88).

"È importante essere consapevoli del fatto che l'Epo è un fattore di crescita e, come tale, può stimolare la crescita delle cellule tumorali, con una conseguente riduzione del controllo del tumore. Servono studi clinici disegnati con cura per capire come trattare l'anemia nei nostri pazienti oncologici" afferma Shenouda nel comunicato. .

Nel loro editoriale, Aguilera e Giaccia scrivono che si sa da tempo che l'ipossia del tumore è "nemica della radioterapia, ma per molti anni non si è stati in grado di trattarla efficacemente. Col senno di poi, usare l'Epo è stato un approccio maldestro per colpire l'ipossia ". Tuttavia, i due esperti continuano a ritenere l'ipossia "un obiettivo attraente", seppure con diversi aspetti a cui fare attenzione.

I due riferiscono che "sono attualmente in fase di sviluppo diversi agenti mirati dimostratisi promettenti, ma la prossima sfida sarà capire come combinarli con la radioterapia".

Alessandra Terzaghi

G. Shenouda, et al. Long-Term Results of Radiation Therapy Oncology Group 9903: A Randomized Phase 3 Trial to Assess the Effect of Erythropoietin on Local-Regional Control in Anemic Patients Treated With Radiation Therapy for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Un sito per conoscere l'immunoncologia

Nasce il primo portale web italiano con tante informazioni preziose

SIENA - Nasce il primo portale web italiano interamente dedicato all'immunoncologia, per saperne di più ed essere sempre informati sull'immunoterapia applicata al trattamento dei tumori. L'iniziativa parte da un team di esperti e dall'Immunoterapia Oncologica dell'AOU Senese, diretta dal dottor Michele Maio, in collaborazione con il NIBIT (Network Italiano per la Bio-Immunoterapia dei Tumori) e la Fondazione NIBIT. Hanno raccolto le numerose richieste, provenienti da pazienti e medici, di essere sempre più informati su quella che è ormai considerata la quarta strategia terapeutica per combattere il cancro, accanto a chemioterapia, chirurgia e radioterapia.

Collegandosi all'indirizzo www.immunoncologia.it si accede ad un'area pubblica, con link utili per approfondire che cos'è l'immunologia, l'immunoncologia e quali sono le opzioni terapeutiche attualmente disponibili. Nella sezione riservata ai medici, accessibile tramite registrazione, sono presentati gli aggiornamenti scientifici commentati e i contributi audio e video.

(A.Cap.)



quotidianosanita.it

Martedì 21 APRILE 2015

Manovra. "Con biosimilari risparmi fino a 500 mln l'anno". La proposta di aziende e pazienti

Più o meno l'ammontare dell'intera manovra sui farmaci allo studio della Stato Regioni. Questa la ricetta che il Gruppo Italiano Biosimilari, l'Associazione Donne in Rete, medici specialisti ed esperti di economia sanitaria suggeriscono a Governo e Regioni. "Gare d'acquisto finalmente libere e trasparenti, dove vinca il miglior prezzo senza vincoli e barriere predeterminate".

Alla vigilia della Conferenza Stato Regioni (prevista per il prossimo 23 aprile) che dovrebbe sancire l'intesa su come e dove tagliare il fondo sanitario nazionale 2015, il Gruppo Italiano Biosimilari, l'Associazione Donne in Rete, medici specialisti ed esperti di economia sanitaria sollecitano il Governo e le Regioni a valutare una misura alternativa ai tagli alla farmaceutica che da sola porterebbe risparmi al Ssn per 500 milioni l'anno.

"Nessuna ricetta miracolosa - spiegano - . Si tratta di applicare finalmente anche nel nostro Paese le basilari regole del mercato, prevedendo gare d'acquisto regionali trasparenti e rigorose che pongano al primo posto la sicurezza del paziente e l'economicità delle forniture farmaceutiche di medicinali biotecnologici".

Come? "Armonizzando la disciplina delle procedure pubbliche di acquisto dei farmaci biologici. Favorendo il confronto concorrenziale diretto tra i biosimilari e l'originator di riferimento ed escludendo il sistema delle cosiddette 'quote predeterminate', che rischiano, non solo di mettere al riparo l'originator dalla concorrenza di prezzo dei biosimilari, ma di nuocere anche alle casse della sanità pubblica che potrebbe risparmiare molto di più con gare "aperte" dove vince il miglior offerente".

Basta barriere alla libera concorrenza. "Con il sistema delle 'quote predeterminate', infatti - spiegano - si riserva ai biosimilari uno spazio molto limitato nel bando di gara restringendolo solo al fabbisogno stimato per i nuovi pazienti mai trattati con questo tipo di medicinale e riservando invece agli originator la gran parte della fornitura d'acquisto".

Garantire comunque la libertà prescrittiva. "Un sistema senza alcuna giustificazione e basato unicamente sul timore di non poter garantire la continuità terapeutica a quei pazienti già trattati con il farmaco biotecnologico brevettato. In realtà, si può facilmente risolvere la questione garantendo in ogni caso al medico di prescrivere un farmaco diverso dal vincitore della gara, sulla base della propria valutazione della situazione clinica. L'Aifa ha da tempo escluso che il farmaco biotecnologico possa essere sostituito automaticamente dal biosimilare ed ha chiarito che la scelta della terapia rimane una decisione clinica affidata al medico: ma la libertà prescrittiva non si preserva certo alterando i meccanismi concorrenziali. E non bisogna partire da zero. Esistono infatti già alcuni modelli di regolazione delle gare già sperimentati con successo in alcune regioni, quale ad esempio quello della Regione Toscana, che possono essere estesi senza difficoltà a tutte le Regioni".

Biosimilari in crescita. Secondo una elaborazione del Centro Studi AssoGenerici su dati IMS Health, nel 2014 il consumo complessivo di biosimilari rispetto al mercato di riferimento per epoetine, filgrastim e somatropina ha superato il 50% in Toscana e nel Trentino - Alto Adige, mentre si registrano valori al di sotto del 15% in Basilicata, Puglia e Calabria, con una mediana che si è attestata intorno al 24%.

In arrivo molte scadenze di brevetto. Il Ssn deve saper cogliere l'opportunità. Risparmi per 500 milioni l'anno. "Nei prossimi cinque anni - concludono - verrà a scadenza la copertura brevettuale su altri farmaci biologici, per i quali il Servizio sanitario nazionale spende in media 1,5 miliardi all'anno: la concorrenza dei biosimilari consentirebbe, a regime, di liberare risorse fino a 500 milioni all'anno, che potrebbero essere reinvestite nel sistema per consentire al Ssn di rimborsare i farmaci innovativi".

LOTTA AGLI SPRECHI Lorenzin, Zaia e sindacati contrari

Le Regioni faranno pagare gli esami inutili ai medici

Spaventati dalle cause legali, i camici bianchi hanno moltiplicato le prescrizioni facendo volare la spesa sanitaria. Ma ora è guerra

Francesca Angeli

Roma Prestazioni in appropriate? Paga il medico. Le Regioni vogliono stringere i cordoni della borsa e ridurre la spesa sanitaria a qualunque costo e dunque chiedono che a pagare risonanze magnetiche, ecografie, lastre e analisi che si rivelano inutili sia il medico che le richiede.

È guerra tra i sindacati dei camici bianchi e le Regioni. Al centro dello scontro un accordo siglato tra Stato ed Enti locali che prevede la responsabilità patrimoniale per il medico che prescrive esami non appropriati. Si tratta di un emendamento non ancora approvato nell'Intesa Stato-Regioni e al quale è contraria pure **Beatrice Lorenzin, ministro della Salute**. I medici però non si accontentano del parere della Lorenzin e alzano le barricate contro un provvedimento che, dicono, avrebbe «effetti devastanti sulla salute dei cittadini, inficiando anche l'articolo 32 che tutela il diritto alla salute dei cittadini».

In ballo ci sono milioni di prestazioni prescritte ogni anno a carico (parziale o totale) del servizio sanitario nazionale che ovviamente incidono pesantemente sulla spesa sanitaria. In previsione di ulteriori tagli al fondo sanitario le regioni si mobilitano e cercano di risparmiare dove possono ma i medici ritengono una follia l'idea di sca-

ricare su di loro i costi degli esami. «Non possiamo più accettare la logica delle Regioni che invece di tagliare gli sprechi che sono sotto gli occhi di tutti scelgono di tagliare i servizi sanitari ai cittadini e di far cadere sacrifici ed oneri sui medici - attacca Riccardo Cassi, presidente Cimo - Come mai nessun sacrificio viene richiesto ai ricchi emolumenti dei consiglieri regionali e dei vertici delle partecipate regionali e nessun ridimensionamento è in programma per quanto riguarda gli elefanti e i burocrati regionali? A pagare le Regioni sono sempre gli stessi: medici e cittadini». Il segretario nazionale Anao Assomed, Costantino Troise, sottolinea che «ogni atto medico ha una responsabilità civile, penale ed erariale» ma è «inaccettabile pretendere di collegare la necessità di accennare l'appropriatezza clinica ad un atteggiamento intimidatorio nei confronti dei professionisti».

A fianco dei medici il ministro **Lorenzin** e il governatore del Veneto, Luca Zaia, che non condivide la richiesta degli altri presidenti. «Sono l'unico ad aver votato contro l'accordo - spiega Zaia - A pagare ingiustamente non sarebbero soltanto i medici ma anche i cittadini. Sono contrario a provvedimenti punitivi come questo».

Dietro alla richiesta delle Regioni esiste comunque un problema enorme: il fenomeno crescente della cosiddetta medicina difensiva. L'aumento esponenziale delle cause nei confronti degli operatori sanitari e l'obiettivo difficile di trovare assicurazioni che coprano il loro operato ha prodotto tra gli altri risultati sicuramente quello di un eccesso di prescrizioni diagnostiche che in molti casi servono semplicemente a tutelare il medico in caso di ricorsi. L'impatto economico di questo fenomeno non è facilmente calcolabile perché nella maggioranza dei casi è obiettivamente difficile stabilire se un esame è oppure no inappropriato. Uno studio condotto negli Usa ha calcolato in 27 miliardi di dollari annui il costo della medicina difensiva.

In Italia un monitoraggio dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, condotto in Lombardia ha messo in luce che il 57 per cento dei medici intervistati ha dichiarato di aver praticato comportamenti di medicina difensiva.

TROPPE ANALISI

È guerra tra i sindacati dei medici e le Regioni. Al centro dello scontro un accordo siglato tra Stato ed Enti locali che prevede la responsabilità patrimoniale per il medico che prescrive esami non appropriati. In ballo ci sono milioni di prestazioni prescritte ogni anno a carico del servizio sanitario nazionale



Brevi

LO SCONTRO Prescrizioni improprie, medici contro le Regioni

La richiesta delle Regioni di far rispondere i medici delle prescrizioni inappropriate è «un ricatto le cui conseguenze ricadranno sulla spesa dei cittadini». I sindacati medici alzano gli scudi contro l'ipotesi, avanzata durante il confronto fra Governo e Regioni per designare i nuovi tagli, che però vede già contro il ministro della salute Beatrice Lorenzin. E in vista delle difficoltà future cercano una nuova unità sindacale. Le siglie dei professionisti Fimmg, Fimp, Sumai-Assoprof, Cimo e Anaa-Assomed, non hanno escluso una protesta se la norma dovesse passare.



Sanità. Sindacati contrari al trasferimento della responsabilità patrimoniale in caso d'errore

Prescrizioni, medici in trincea

CONTRAPPOSIZIONE

La misura proposta dai governatori regionali, che potrebbe essere siglata domani, è stata già bocciata dal ministro **Lorenzin**

Barbara Gobbi

■ Tutte le **sigle mediche** si scagliano contro l'ipotesi delle Regioni di addossare ai camici bianchi la **responsabilità patrimoniale** in caso di **prescrizioni inappropriate**. La misura, proposta dai governatori nel testo dell'Intesa sui tagli da 2,3 miliardi in sanità che (forse) sarà siglata domani, è già stata bocciata a caldo dalla ministra **Beatrice Lorenzin**. Ma i medici alzano il tiro e annunciano barricate e sit-in con i cittadini se l'emendamento dovesse rientrare nel giro di vite complessivo su farmaceutica, beni e servizi, strutture e inappropriatezza.

A guidare la rivolta, Fimmg e Anaa, i principali sindacati dei medici convenzionati e ospedalieri. Che avvertono: a farne le spese sarebbe innanzitutto il cittadino, costretto a pagare di tasca propria. Ma a venire al pettine, aggiungono, è soprattutto il nodo di una Conferenza delle Regioni che «da anni non tutela

più il Ssn, dimostrando il fallimento di un federalismo sanitario che ha portato più danni che vantaggi». L'indicazione dei medici è chiara: il governo della salute va di nuovo centralizzato.

«Le Regioni continuano, in definitiva, a scaricare le responsabilità della propria inefficienza - attacca il segretario nazionale Fimmg, Giacomo Milillo - senza decidersi a scegliere politiche adeguate ed efficaci in grado di sventare i rischi della medicina difensiva, che si stima pesi intorno ai 10 miliardi, della fuga delle assicurazioni per l'aumento del contenzioso e degli ulteriori esborsi "out of pocket" a carico dei pazienti».

Per il leader Anaa, Costantino Troise, la responsabilità patrimoniale in capo ai medici prescrittori è una "boutade" assurda e impraticabile. «È il messaggio da inviare alle regioni - precisa - è che la sanità non può subire ulteriori sforbiciate. «È già stato tagliato tutto il tagliabile - spiega Troise -. Il federalismo sanitario ha fallito. La sanità deve tornare al governo, mentre ai medici va assegnato il ruolo che gli spetta: disponiamo di organi, capacità e competenze per valutare qualsiasi scelta migliore, anche in ambito prescrittivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

LA RICERCA

Vaccini e autismo, un nuovo studio smentisce la relazione

La ricerca pubblicata su Jama dimostra che non esiste un legame tra l'immunizzazione e il manifestarsi della malattia neppure per bimbi che in famiglia hanno casi di autismo

di Anna Meldolesi



Quindici anni di studi avevano già fornito chiare evidenze: non sono i vaccini a causare l'autismo. Ma da oggi, grazie a uno studio pubblicato sul *Jama*, le prove a discolora sono ancora più convincenti perché viene sciolto anche un ultimo dubbio. Come possiamo escludere che l'immunizzazione, pur non essendo la causa del male, faccia precipitare in qualche modo la cascata degli eventi? E' comprensibile che qualcuno si ponga questa domanda quando un bambino che sembra perfettamente sano fino all'età di 1 anno o 2, nello stesso periodo in cui è prevista la prima dose del vaccino per morbillo-parotite-rosolia (Mpr), inizia a manifestare i sintomi dello spettro autistico.

Lo studio su fratelli

La risposta va cercata nelle famiglie più a rischio, quelle in cui è già stato diagnosticato un caso di autismo e se ne potrebbe presentare un secondo. Innanzitutto perché in questo sottogruppo sono sicuramente presenti i fattori genetici e ambientali, solo parzialmente noti, che predispongono alla malattia. In secondo luogo perché i genitori di un bambino autistico spesso sono tentati di non vaccinare i figli avuti successivamente, o di ritardarne l'immunizzazione. Se il vaccino Mpr avesse un ruolo scatenante, l'incidenza dell'autismo dovrebbe essere più alta per i fratelli minori vaccinati dei bambini autistici, rispetto ai fratelli minori non vaccinati. Ma così non è. Il campione che Anjali Jain e i colleghi del Lewin Group hanno avuto a disposizione per il loro studio comprende quasi centomila bambini seguiti almeno fino al compimento dei 5 anni, di cui 1929 hanno un fratello affetto e 994 hanno ricevuto loro stessi una diagnosi di autismo o altre forme più lievi dello spettro. Il tasso di vaccinazione è risultato effettivamente più basso per i fratelli minori dei bambini autistici, ma questo non ha ridotto la loro probabilità di diventare autistici. Insomma i numeri portano a concludere che non esista un legame tra il vaccino e il manifestarsi dell'autismo nemmeno per i piccoli delle famiglie più a rischio.

Nessuna differenza tra vaccinati e non vaccinati

In definitiva, scrive Bryan H. King nell'editoriale che accompagna la ricerca, «prese insieme, alcune dozzine di studi hanno ormai dimostrato che l'età in cui i disordini dello spettro autistico si manifestano non differisce tra bambini vaccinati e non vaccinati, che la severità del corso non differisce tra bambini vaccinati e non vaccinati, e ora che il rischio di ricorrenza all'interno delle famiglie non differisce tra bambini vaccinati e non vaccinati». Sembra davvero che sia arrivato il momento di lasciarsi alle spalle una falsa credenza che, a partire dalla screditata ricerca di Andrew Wakefield del 1998, ha fatto sin troppi danni. Da allora la diffidenza nei confronti del vaccino Mpr ha eroso i tassi di immunizzazione e ha contribuito alla diffusione del morbillo in diversi paesi. La California ha appena dichiarato spento un consistente focolaio che era partito da Disneyland a dicembre. Mentre l'Oms ha invitato l'Europa a rilanciare le campagne di vaccinazione, con particolare attenzione all'Italia che nel 2014 ha riportato 1674 casi di morbillo. Le controversie sembrano seguire l'autismo come la coda segue l'aquilone, nota King sul Jama. Le polemiche hanno rappresentato uno stimolo per eseguire nuovi studi e fare progressi, finché il vento ha soffiato. Lo specialista di autismo dell'Università di Washington comunque è cautamente ottimista: questo settore di ricerca merita che torni finalmente il sereno e le previsioni del tempo tendono al buono.

IL CASO

“Nessun legame tra il trivalente e l'autismo”

Uno studio su
95mila bambini
confuta ogni
collegamento

ROMA. Con l'ultimo studio, uno dei più importanti mai fatti e uno dei pochi su soggetti con un fratello maggiore malato, anche i dubbi che restavano sull'ipotesi di legame tra vaccino trivalente, quello contro morbillo, rosolia e parotite, e disordini dello spettro autistico dovrebbero essere eliminati. L'associazione, spiega la ricerca pubblicata dalla rivista *Jama*, semplicemente non c'è, e i dati confutano anche le teorie secondo cui l'immunizzazione potrebbe essere la “scintilla” che fa scattare la malattia.

La ricerca, coordinata da Anjali Jain del Lewin group di Falls Church, in Virginia, ha coinvolto 95mila bambini studiati per almeno cinque anni tra il 2002 e il 2012. Il 2 per cento dei piccoli, appunto, con un fratello già colpito da sindrome dello spettro autistico, una condizione che aumenta il rischio fino a 8 volte. Se fosse vero che il vaccino “scatena” l'autismo, ragionano gli autori, si dovrebbero trovare percentuali più alte della malattia in chi è più predisposto. «Non abbiamo trovato nessuna evidenza che aver ricevuto una o due dosi di vaccino trivalente sia associato con un aumento di rischio di autismo — sottolineano gli autori — neanche tra bambini che hanno un fratello maggiore con la malattia». La bufala su vaccini e autismo nasce da uno studio pubblicato su *Lancet* nel 1998 dal medico Andrew Wakefield, poi ritirato, ma ancora citato dai gruppi contro i vaccini.



PREVENZIONE Si devono evitare gravi complicanze

Gli anziani vanno vaccinati

Sono 8mila all'anno i decessi dovuti all'influenza, l'80% nell'età senile

Luigi Cucchi

■ Con oltre un milione e 700 mila italiani con più di 85 anni e 16.500 ultracentenerari (quasi triplicati negli ultimi dieci anni), l'Italia risulta essere il Paese con più vecchi del mondo, insieme a Germania e Giappone. In Italia vi sono 6 milioni di 65-74enni (10,6% della popolazione), più di 4 milioni di 75-84enni (7,6%). Un popolo sempre più numeroso di anziani, ma fragile, a rischio. Godere della propria vecchiaia in modo pieno e consapevole è una sfida costante. L'anziano deve diventare un equilibrista, sapere destreggiarsi tra mille possibili cadute, avere un alto rispetto per la propria ecologia mentale evitando di avvitarci.

Prevenire i fattori di rischio, comprese le malattie infettive, è un dovere. Di questo tema si è discusso al **ministero della salute**, nell'ambito del convegno «La longevità nasce dalla prevenzione. Il contributo della vaccinazione per la salute dell'anziano», promosso da Italia Longeva, la rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità.

L'età rappresenta di per sé un fattore di rischio, per via del fisiologico declino delle funzioni di difesa del sistema immunitario, oltre ad associarsi inevitabilmente a un aumento delle comorbidità. «Esistono semplici regole di vita quotidiana, dal prestare attenzione allo stile di vita, ad avere uno scopo e mantenere una rete sociale, che insieme a un altro importante strumento, la prevenzione, possono garantire anni di buona salute, vita attiva e rapporti umani gratificanti. Vaccinare significa prevenire o ridurre ad un minimo costo la presenza di condizioni croniche, di alto impatto sulla mortalità e sulla qualità di vita dell'anziano», dichiara Roberto Bernabei, presidente di Italia Longeva. In Italia l'influenza è ancora oggi la terza causa di morte per patologia infettiva dopo AIDS e tubercolosi.

Ogni anno vengono colpite in media 4 milioni di persone. Negli anziani la malattia può causare complicanze tali da rendere necessario il ricovero ospedaliero, portare alla perdita dell'autosufficienza e, in casi estremi, alla morte. Sono circa 8.000 all'anno i decessi correlabili all'influenza, di cui l'80% è rappresentato da anziani. Alti tassi di mortalità si registrano anche per la polmonite pneumococcica, causa in Europa del 2% dei ricoveri ospedalieri con degenza superiore ai 10 giorni. Secondo dati Istat, nel 2012 in Italia sono morte oltre 9.200 persone con più di 65 anni a causa di questa infezione; oltre 100 mila sono stati gli anziani dimessi per polmonite in seguito a ricovero ospedaliero. Anche l'herpes zoster, alias Fuoco di Sant'Antonio, è una patologia ad alto impatto sulla popolazione anziana. È destinata a soffrire nel corso della propria vita circa 1 persona su 4, in 2 casi su 3 dopo i 50 anni. L'infezione, causata dalla riattivazione del virus della varicella contratto da bambini, colpisce ogni anno oltre 1,7 milioni di persone in Europa, circa 157 mila in Italia. Il 20-25% dei pazienti over 50 sviluppa inoltre la sua complicanza più temibile, la nevralgia post-erpetica, un dolore neuropatico forte che può perdurare per anni, tale da impedire il proseguimento di una vita normale.

Secondo un'indagine realizzata da Censis, la popolazione anziana ha una conoscenza piuttosto imprecisa delle vaccinazioni come strumento di prevenzione di molte malattie, di cui proprio l'età avanzata rappresenta un fattore di rischio. Nella stagione antinfluenzale 2013-2014, solo il 55,4% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni si è vaccinata, realizzando un tasso di copertura ben al di sotto degli obiettivi di sanità pubblica indicati da OMS e Consiglio Europeo, che sono del 75% come soglia minima e del 95% come soglia ottimale.



La città che si mette in fila per l'allarme meningite "Tutti a caccia del vaccino chiamano anche di notte"

Empoli, cinque casi di contagio e tre morti in due mesi
L'ospedale preso d'assalto: "Ma dobbiamo evitare la psicosi"

La Asl darà l'antidoto a tutti gli under 45 e in Toscana si potrebbe ordinare mezzo milione di dosi

DAL NOSTRO INVIATO
MICHELE BOCCI

EMPOLI. L'epicentro è in un palazzo moderno, con la facciata tutta a vetri e gli ascensori con vista strada. Al piano terra ci sono gli ambulatori, sopra gli uffici amministrativi. A osservarlo da fuori, dalle vie mai affollate di questa cittadina a mezz'ora da Firenze, il sisma non si nota. Eppure dentro sbatte forte. I telefoni della sede della Asl non hanno smesso mai di squillare per giorni, pure quelli degli uffici che niente hanno a che fare delle malattie infettive, la gente si è messa in coda per chiedere informazioni, ha riempito i corridoi fuori dagli studi degli specialisti. «Quando posso fare il vaccino?», «Costa caro?», «C'è pericolo per mio figlio che ha 25 anni?». Domande pertinenti: qui il meningococco di tipo C, clone ST-11, ha colpito duramente. Cinque casi non collegati tra loro e tre morti in due mesi, dai primi di febbraio a questo mese. Cioè oltre il doppio di quelli registrati finora negli anni peggiori.

Proprio da Empoli è scattato il primo allarme, quello che ha spinto regione e Istituto superiore di sanità a portare i batteri nei laboratori e ad accendere le telecamere delle videoconferenze. Sono state colpite anche Firenze, Lucca, Arezzo, Pisa, Prato. Sedici casi provocati dal tipo C, che teoricamente dovrebbe essere meno diffuso del B (due casi in Toscana quest'anno) perché si vaccina ormai dal

2005. Come mai? Il rebus sanitario non è stato ancora risolto ma viene affrontato con decisione dall'assessorato alla Salute, da dove hanno avviato una campagna di sanità pubblica senza precedenti, almeno per la meningite. Tutti i giovani toscani tra gli 11 e i 20 anni, circa 300 mila persone, verranno chiamati a fare il vaccino contro il meningococco C, per la prima volta o per la seconda se lo avevano già fatto da piccoli. Anche chi ha tra i 21 e i 45 anni sarà convocato, se vive o lavora nelle zone dove sono avvenuti i casi e può aver avuto contatti con i malati. Poi c'è Empoli. Qui, vista la concentrazione dei casi in una comunità piccola, la Asl ha deciso di offrire il vaccino a tutti gli under 45, che sono circa 100 mila. E ancora non è chiaro se anche per questo provvedimento la città sarà capofila, cioè se la misura sarà estesa a tutte le altre Asl dove il batterio ha colpito. Si deciderà oggi. Intanto, fatti un po' di conti, la Toscana già così dovrà ordinare circa mezzo milione di dosi all'industria farmaceutica.

«Da giorni siamo presi d'assalto dai cittadini — spiega Paolo Filidei, responsabile della prevenzione malattie infettive dell'azienda sanitaria empolesse — Ci chiedono di tutto. Mi ha appena telefonato l'allenatore di una squadra di calcio di una città toscana a 100 chilometri da qui per chiedermi se è pericoloso venire a fare un torneo. Una donna di Livorno l'altro giorno voleva sapere se una passeggiata pomeridiana da queste parti l'aveva messa in pericolo. E noi a spiegare di non preoccuparsi, che la meningite se si trasmette lo fa dopo

contatti ravvicinati e prolungati. Parliamo con tutti, anche con chi ha chiamato un collega al cellulare di servizio alle 3 di notte per avere informazioni». Se chi sta lontano si agita, chi abita nei dintorni nei giorni scorsi ha vissuto momenti di panico. A morire sono stati due ragazzi, 13 e 17 anni, e un'infermiera trentunenne. Lavorava in ospedale, altro punto nevralgico della paura. Dopo ogni caso il pronto soccorso si è riempito di persone con la febbre che temevano di aver preso la malattia. Ci sono volute pazienza e attenzione per visitarle, tranquillizzarle e rimandarle a casa. Intanto è stata fatta la profilassi a tutti i contatti dei cinque ammalati. A ciascuno di loro, centinaia di persone tra amici, parenti, compagni di scuola o della palestra, frequentatori di locali o centri sportivi, sono stati prescritti antibiotici per prevenire la meningite. Poi sono partite le vaccinazioni, già oltre 3.500 in pochi giorni. «Una cosa del genere non ci era mai capitata — spiega Filidei — è stato molto difficile evitare il caos». Hanno dato una mano anche i medici di famiglia e i pediatri, che con l'aumento dei casi hanno accettato di vaccinare i loro pazienti senza mandarli agli ambulatori Asl. Anche questa misura è stata presa prima a Empoli poi nel resto della Toscana, dove ci sono zone che stanno sperimentando adesso quello che ha passato la cittadina. Inizia sempre tutto dall'epicentro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'allarme meningite

ST11

Il clone di **Meningococco di tipo C** che si è diffuso in Toscana

16

Le persone che si sono ammalate dall'inizio dell'anno



4

i morti



I giovani tra gli 11 e i 20 anni che saranno vaccinati dalla regione



Le persone da 21 a 45 anni alle quali è stata proposta la vaccinazione nell'Empolese



La spesa prevista dalla Regione per vaccinare

L'INTERVISTA/ GIOVANNI REZZA

“Più casi di quelli attesi ma con l'estate il batterio colpirà meno”

**Per ora
non ha senso
estendere la
vaccinazione
di adolescenti
e giovani
adulti al resto
del Paese**

GIOVANNI Rezza è il direttore delle malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità e in questi giorni sta concordando con la regione Toscana come agire contro la meningite.

Come mai questo meningococco vi preoccupa?

«Perché abbiamo avuto più casi di quelli attesi. Siamo di fronte a quello che si chiama un cluster spazio-temporale. E poi perché questo clone del meningococco C provoca infezioni gravi, con un'alta mortalità».

Contro questo tipo di batterio si vaccina ormai da 10 anni. Perché l'incidenza è così alta?

«Il meningococco C, rispetto al B, ha una tendenza maggiore a provocare focolai epidemici. La Toscana ha vaccinato precocemente e bene i bambini. Ma è molto presente, specialmente nei giovani adulti. Non ci spieghiamo perché».

La situazione toscana è unica?

«Ci sono altri casi in varie parti d'Italia ma sporadici. La fascia della Toscana coinvolta è un'eccezione. In passato ci sono stati episodi simili in Veneto e in Francia».

C'è il rischio che il cluster si allarghi?

«No, perché adesso arriva la stagione più calda, che fa calare la circolazione del meningococco grazie al fatto che le persone stanno meno in luoghi affollati e al chiuso».

Non ha senso estendere la vaccinazione di adolescenti e giovani adulti al resto del Paese?

«No, basta rispettare il calendario vaccinale, che prevede di fare il vaccino per il meningococco C ai bambini di un anno e mezzo. Si vaccina di più solo se aumentano i casi». (mi. bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovanni Rezza




[Share](#) stampa

Senato. De Filippo: "Per diabete mellito individuata lista dispositivi erogabili codificati uniformemente su tutto il territorio nazionale"

Lo ha riferito il sottosegretario alla Salute, in Commissione Igiene e Sanità, rispondendo a un'interrogazione presentata da Venera Padua (Pd). "La codifica ha lo scopo di estendere a questa tipologia di assistenza il monitoraggio delle prestazioni erogate, con procedure analoghe a quelle in uso per l'assistenza farmaceutica e specialistica, nonché di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni mediche".



21 APR - "Il [Ministero della salute](#) segue con costante attenzione le iniziative connesse alle problematiche riguardanti la prevenzione e la cura del diabete mellito, patologia ricompresa negli ambiti degli interventi e dei servizi erogati dai Livelli Essenziali di Assistenza". Lo ha garantito [Vito De Filippo](#), sottosegretario alla Salute, rispondendo in Commissione Igiene e Sanità del Senato a un'interrogazione presentata da Venera Padua (Pd).

Al riguardo, nell'ambito della revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza, "si è proceduto ad individuare in maniera puntuale una lista positiva di dispositivi erogabili, codificati uniformemente su tutto il territorio nazionale. La codifica – ha sottolineato – ha lo scopo di estendere a questa tipologia di assistenza il monitoraggio delle prestazioni erogate, con procedure analoghe a quelle in uso per l'assistenza farmaceutica e specialistica, nonché di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni mediche, oltre che le spese sostenute in ciascuna Regione o Asl".

Il sottosegretario ha quindi spiegato che "sarà possibile intervenire più efficacemente ove fossero rilevate carenze o inapproprietezze. Si fa presente che lo schema di d.p.c.m. è attualmente all'esame delle Regioni e del Ministero dell'economia e delle finanze, per le rispettive valutazioni di competenza".

Per gli aspetti di competenza regionale, De Filippo ha riferito che "l'Assessore alla Salute della Regione Sicilia ha inteso segnalare che le questioni relative ai presidi per l'autocontrollo della glicemia sono state affrontate con provvedimenti a firma dello stesso Assessore. In data 23 dicembre 2014, con decreto assessoriale n. 2264, è stato approvato l'Accordo con Federfarma relativo alla distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia".

E con successivo decreto assessoriale n. 141 del 3 febbraio 2015, si è provveduto a disciplinare la fornitura dei presidi per l'autocontrollo della glicemia da parte delle parafarmacie e sanitarie. In virtù dell'Accordo con Federfarma Sicilia, tutte le farmacie convenzionate presenti nel territorio regionale si sono impegnate a garantire – ha concluso De Filippo – l'erogazione continuativa dei presidi per diabetici, alle condizioni economiche indicate dallo stesso accordo".

21 aprile 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

articoli precedenti

- :: [Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato](#)
- :: [Costi standard. Rinvia a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark](#)
- :: [Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato](#)
- :: [Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione](#)
- :: [Di lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro](#)

segui [ilFarmacistaonline.it](#)

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 **Manovra sanità 2015. Tagli per 2,637 miliardi. Colpiti Beni e servizi e dispositivi medici. Prestazioni specialistiche e riabilitative "inutili" a carico del cittadino. Sforbiciata ai "primariati" e a ricoveri privati. Mazzata per la farmaceutica. Ma c'è stop Regioni. Rinvio al 23 aprile**
- 2 **Farmaci equivalenti. Ministero dice no a sostituzione del farmacista quando in ricetta è indicata anche azienda produttrice**
- 3 **I falsi miti e le leggende metropolitane sulla sanità. È ora di metterli da parte. Sul serio**
- 4 **Fofi. Andrea Mandelli e Luigi D'Ambrosio Lettieri confermati ai vertici della Federazione**
- 5 **Manovra Sanità. Medici in rivolta contro proposta Regioni su responsabilità patrimoniale dei prescrittori. "Governo stoppi questo delirio"**
- 6 **Gli 'sgarri' alimentari delle vacanze inceppano il metabolismo**
- 7 **Manovra sanità. Sindacati medici: "Taglio ai primariati? Un regalo all'Ipasvi". Per il resto "Nessun intervento su sprechi e privilegi"**
- 8 **Farmaci. Per il 35,2% degli italiani offerta Ssn insufficiente. E crisi economica e cattiva politica frenano le imprese. Il rapporto Censis-Forum Ricerca Biomedica**
- 9 **Intervista a Scaccabarozzi: "Proposte Regioni inaccettabili. Dicano loro ai malati che i farmaci se li dovranno pagare"**
- 10 **Specializzazioni Medicina. Farone (Miu): "Le prove per il secondo concorso nazionale si svolgeranno entro il 31 luglio"**

ilFarmacista online
Quotidiano della Federazione
degli Ordini
dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile
Andrea Mandelli

Direttore editoriale
Cesare Fassari

Editore
Edizioni Health Communication
srl
[contatti](#)
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.

