

stampa | chiudi

SPESA SANITARIA

Per i tumori più cure domiciliari e più «eccellenze»

La condizione dei malati oncologici. Cresce il numero di pazienti che possono guarire o essere curate per molti anni

La salute ai tempi della crisi: i tagli possono essere un'opportunità. Lo suggerisce l'ultimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato al Senato in occasione dell'ottava Giornata nazionale del malato oncologico, organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo). Da un lato ci sono i costi in aumento per curare un numero crescente di casi di tumore, dall'altro la revisione e la riduzione delle spese a carico del Servizio sanitario nazionale. In mezzo un esercito di pazienti, familiari, oncologi, chirurghi, radioterapisti, specialisti della riabilitazione e psiconcologi, che temono di non poter più ricevere, o garantire a tutti, le migliori terapie possibili.

Nelle oltre 200 pagine del Rapporto (realizzato da Favo con le maggiori Società scientifiche oncologiche, Censis, Inps, Federazione dei medici di medicina generale, Federsanità ANCI e Ministero della Salute), però, viene tracciata una strategia per affrontare questa situazione. «Delineare un nuovo modello di cura, meno centrato sull'ospedale e più orientato a forme alternative — spiega Francesco De Lorenzo, presidente del Favo —. Un modello che privilegi ad esempio i servizi domiciliari (preferiti dai malati e meno costosi rispetto al ricovero, ndr) e gli hospice, e che coinvolga di più i medici di famiglia quando il paziente torna a casa».

Per capire le dimensioni del problema basti pensare che in termini di costi sanitari e perdita di produttività, la spesa per i tumori è pari allo 0,6 per cento del PIL, per un costo complessivo che supera gli 8 miliardi di euro all'anno (circa 25.800 euro per paziente). Considerando anche l'invecchiamento generale della popolazione, tutte le statistiche dicono che il numero di casi di tumore è destinato ad aumentare: grazie ai progressi fatti nella prevenzione e nella ricerca, sempre più pazienti possono guarire o essere curati per molti anni, rendendo il cancro una «malattia cronica».

Dai dati presentati emerge infatti una riduzione significativa della mortalità per tumore in entrambi i sessi (il calo è del 12% nei maschi, del 6% tra le donne) e anche i cosiddetti big killer (i tumori di colon retto, polmone, mammella, prostata), che ogni anno fanno registrare il maggior numero di decessi, oggi fanno meno paura. È dunque fondamentale continuare a garantire ai malati le migliori cure disponibili, pur procedendo alla riduzione dei costi, imposta dalla spending review. Ma secondo gli esperti che hanno lavorato al Rapporto è concreto il rischio che, in assenza di verifiche, le Regioni realizzino riduzioni lineari. Un primo modo intelligente per risparmiare potrebbe essere, invece, quello di incrementare ricoveri diurni, servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali, coinvolgendo di più i medici di base. «Un terzo dei pazienti con cancro muore in strutture ospedaliere destinate al contrasto di patologie acute — aggiunge Francesco De Lorenzo —. È chiara l'inappropriatezza di questi ricoveri. Vanno poi considerati

gli alti costi giornalieri delle degenze in centri complessi e ad alto tasso tecnologico, con il rischio aggiuntivo di sottrarre posti letto a malati oncologici in fase acuta».

Un gruppo di lavoro formato da esperti della Società Italiana di Chirurgia Oncologica (Sico), dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), di Favo e da rappresentanti del Ministero della Salute ha inoltre individuato i parametri (con riferimento a quelli internazionali) per stabilire i volumi minimi di attività per singola neoplasia, al di sotto dei quali le strutture chirurgiche non dovrebbero essere abilitate ad affrontare le varie patologie. Si evidenzia così che dei 1.015 Centri che ora si occupano di cancro del colon retto, solo 196 sono adeguati; dei 906 Centri per il tumore al seno, quelli adeguati sono solo 193; dei 702 che curano tumori al polmone solo 96 rientrano nei parametri, così come 118 dei 624 che curano tumori alla prostata. «Ci sono reparti di chirurgia e oncologia medica presenti in piccole strutture, prive degli indispensabili servizi di supporto e con casistiche inferiori al minimo necessario per garantire esperienza e trattamenti adeguati — spiega Stefano Cascinu, presidente Aiom —. Evidenze scientifiche dimostrano che Centri con bassi volumi di attività presentano maggiori rischi per i malati». Insomma, si potrebbero eliminare strutture inadeguate ed evitare tagli in quelle eccellenti. Incrementando anche i servizi che ancora mancano, come riabilitazione e terapia del dolore, e colmando il divario persistente fra Nord e Sud.

Vera Martinella

stampa | chiudi

Oncologia

Tumori del sangue guarire SI PUÒ

Le patologie oncoematologiche sono sempre più diffuse, ma per fortuna, grazie alla ricerca scientifica, oggi è possibile invertire questa tendenza e migliorare la qualità di vita di chi ne è affetto. La parola agli esperti

LA TECNOLOGIA CHE AIUTA

Grazie ai continui sforzi della ricerca scientifica, alcune malattie potrebbero diventare soltanto un brutto ricordo. Come nel caso dei tumori del sangue.

servizio di Deva Prato, con la consulenza del professor Fabrizio Pane, divisione di Ematologia del Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgica, presso l'Università Federico II - Napoli

Si stima che in Italia vi siano ogni anno 364mila nuove diagnosi di tumore (esclusi i carcinomi della cute), delle quali 202mila (56 per cento) fra gli uomini e circa 162mila (44 per cento) fra le donne. Il progressivo aumento della popolazione e il concomitante allungamento della vita

media, registrato in questi ultimi anni nei Paesi occidentali anche grazie alle nuove terapie, portano a un costante incremento dei nuovi casi di tumori.

Se i tassi di incidenza rimanessero invariati, quindi, osserveremmo un complessivo aumento dei casi nel prossimo futuro, rispetto alle stime 2012 (più 34 per cento nel 2020 e più 55 per cento nel 2030). Tra questi, le patologie oncoematologiche nel loro complesso rivestono un ruolo di primo piano.

Perché l'incidenza è alta

Nonostante ciascuna entità riferibile all'eterogeneo gruppo di neoplasie del sistema emolinfopoietico sia da considerare relativamente rara, se confrontata con l'incidenza delle forme più frequenti di tumori solidi, è necessario sottolineare alcuni aspetti come:

- **l'incidenza complessiva** dei tumori del sangue è il 10 per cento del totale dei vari tipi di tumori;
- **leucemie e linfomi** sono al nono

e all'ottavo posto, rispettivamente, tra le cause di morte neoplastica;

- **numeroso forme** sono particolarmente frequenti nell'età pediatrica e tra i giovani adulti. In particolare, nella fascia di età 0-45 anni, le leucemie sono la quinta causa di morte più frequente in ambo i sessi (9,8 per cento di tutti i tumori) e i linfomi la sesta causa più frequente;

- **esistono forme assai eterogenee** per presentazione clinica, caratteristiche biologiche, approcci diagnostici, prospettive prognostiche, complessità e articolazione delle strategie terapeutiche;

- **si registrano prospettive di guarigione** in percentuali spesso molto elevate di pazienti;

- **le prospettive di controllo** a medio-lungo termine della malattia sono in rapida estensione a molte forme e in percentuali crescenti di pazienti.

► **Linfomi Hodgkin e non-Hodgkin**

I linfomi sono un gruppo eterogeneo di tumori del sistema linfatico, che prendono origine dai linfonodi, cellule presenti nei tessuti con la funzione di proteggere l'organismo da agenti esterni e da malattie. I linfomi di Hodgkin costituiscono il 30-40 per cento di tutti i linfomi, con un'incidenza più marcata nei soggetti giovani (20-30 anni) e negli anziani ultrasessantenni. I linfomi non-Hodgkin rappresentano il tumore ematologico più diffuso, con un picco di incidenza in età adulta, in soggetti con età superiore ai 70 anni e con una mediana di insorgenza di 65 anni.

Dal punto di vista clinico-patologico, i linfomi non-Hodgkin si classificano in forme ad alto grado (o aggressive) e a basso grado (o indolenti). I primi si caratterizzano per un esordio improvviso con sintomatologia clinica evidente ma, paradossalmente, hanno maggiori possibilità terapeutiche; il trattamento adeguatamente effettuato può determinare la guarigione in più della metà dei casi. I linfomi non-Hodgkin indolenti, invece, si contraddistinguono per un decorso clinico lento ma insidioso e sono spesso asintomatici nelle fasi iniziali della malattia; mostrano un andamento clinico cronico-recidi-

continua a pag. 26

I vantaggi? Meno tossicità e stop all'alopecia e alla nausea

Focus sulle nuove terapie che possono combattere i linfomi...

con la consulenza di Pier Luigi Zinzani, professore associato in Ematologia presso l'Istituto di Ematologia "Seràgnoli" dell'Università di Bologna

Per quanto riguarda il mondo dei linfomi, lo scenario terapeutico specifico rappresenta una situazione del tutto particolare. Questo perché, sotto la voce "linfoma", si possono tranquillamente elencare almeno circa 30 diverse entità anatomo-cliniche che, a loro volta, possono presentare terapie molto diverse, in funzione della tipologia del linfoma. Lo scenario dell'armamentario terapeutico attuale nell'ambito del linfoma di Hodgkin è costituito dalla convenzionale polichemioterapia con la quale, ad oggi, si riesce a "guarire" circa il 75-80 per cento dei pazienti. Inoltre è **in arrivo un magico anticorpo monoclonale "drug-coniugated" (è come un killer silenzioso) e un "vecchio/nuovo" chemioterapico, la bendamustina**. I dati, anche se preliminari, di questi due farmaci hanno recentemente fatto riaccendere entusiasmo nell'approccio terapeutico dei pazienti ricaduti o refrattari alla terapia convenzionale.

Un altro settore è quello rappresentato dai linfomi non Hodgkin aggressivi: in questo caso, nell'ambito dei linfomi diffusi a grandi cellule, che costituiscono l'entità più frequente, è possibile guarire circa il 40 per cento dei pazienti, utilizzando come induzione la chemioterapia in combinazione con l'immunoterapia (rituximab). Ad oggi, in questo particolare istotipo, il regime di chemioterapia considerato il "gold standard" è il Chop. Per i pazienti che ricadono o che non ottengono una risposta completa post-induzione, le alte dosi con rescue di cellule staminali

da sangue periferico rappresentano l'approccio terapeutico convenzionale. Oggi la terapia può risultare eradicante anche nel paziente "molto anziano".

Negli ultimi anni, infatti, vengono trattati con l'intento curativo anche i soggetti di età superiore anche agli 80 anni.

In questo determinato gruppo di pazienti, diventa importante ridurre la tossicità d'organo e soprattutto la cardiotossicità, che è una classica problematica, nel momento in cui si utilizza il regime chemioterapico Chop (ciclofosfamide + doxorubicina + vincristina + prednisone), nel quale l'antraciclina è potenzialmente e decisamente cardiotossica. In questi pazienti "molto" anziani è stata testata anche la bendamustina (in combinazione con il rituximab) con ottimi risultati in termini di efficacia e con una contemporanea netta riduzione della tossicità extraematologica e, in particolare, un'assenza di quella cardiologica. **Infine, vi è il mondo dei linfomi non Hodgkin indolenti, tra cui l'entità anatomo-clinica più rilevante è il linfoma follicolare**. Anche in questo tipo di linfoma, la terapia di prima linea di trattamento è rappresentata dalla combinazione chemioterapia e immunoterapia (rituximab); per quanto riguarda la scelta del regime chemioterapico sono stati pubblicati diversi dati relativi ai classici regimi convenzionali quali la Chop, il Cvp (ciclofosfamide + vincristina + prednisone) e i regimi contenenti la fludarabina. Recentemente è stato pubblicato lo studio del gruppo tedesco che dimostra come la combinazione bendamustina e rituximab, rispetto alla classica Chop e rituximab, sia di gran lunga più efficace.

Oncologia



CONTROLLI FREQUENTI
È scientificamente testato che per una corretta prevenzione è importante tenersi sotto controllo e rivolgersi sempre al medico di fiducia, qualora si scoprisse la presenza di noduli sospetti.

Tutti i pro e i contro delle terapie farmacologiche

Con i farmaci chemioterapici si può contrastare queste gravi patologie, ma di solito sono aggressivi e potenzialmente tossici per l'organismo, con pesanti effetti collaterali. **Attualmente sono in commercio nel mondo circa 150 farmaci biologici e altri 400 sono in fase di sviluppo clinico.** Un ruolo sicuramente importante verrà giocato in futuro da quei farmaci che, a parità di efficacia, risultino ben tollerati dal paziente e possano per questo essere utilizzati senza complicanze, anche in presenza di età avanzata e di comorbidità. Considerazione non da poco, sia perché i tumori del sangue colpiscono spesso in tarda età, sia perché nel nostro Paese il tasso di natalità è fra i più bassi del mondo e gli over 65, oggi pari al 21 per cento della popolazione, sono destinati a diventare il 35 per cento entro il 2030.

La crescita delle neoplasie del sangue e l'invecchiamento della popolazione italiana vanno di pari passo. Tuttavia, se prima c'era una sorta di sfiducia negli strumenti a disposizione dell'ematologo per curare i soggetti anziani, oggi è importante conoscere le nuove possibilità, per poter offrire ai pazienti in età geriatrica terapie sempre più personalizzate, che coniughino l'efficacia alla sicurezza. Tra queste, bendamustina, un innovativo agente anti-neoplastico, può consentire una speranza di cura anche ai pazienti in condizioni di particolare fragilità.

segue da pag. 25

vante, ma non è possibile eradicare la malattia e sono quindi molto esigue le reali possibilità di guarigione.

► Leucemie acute e croniche

Anche le leucemie, sulla base del decorso clinico, si possono classificare in forme acute, caratterizzate da una rapida espansione del clone cellulare leucemico e da una veloce comparsa dei sintomi clinici, e croniche, in cui le cellule neoplastiche presentano una tendenza a espandersi molto più lenta.

Le leucemie acute sono dovute alla trasformazione neoplastica dei precursori immaturi, siti nel midollo osseo emopoietico, delle cellule del sangue. Le varie forme di leucemia hanno una diversa incidenza a seconda dell'età: la leucemia linfatica acuta ha un picco di incidenza in età pediatrica fino all'adolescenza, poi la sua frequenza decresce nel giovane adulto, per cominciare ad aumentare nuovamente dopo i 60 anni. La leucemia mieloide acuta interessa invece soprattutto l'anziano e la sua frequenza cresce progressivamente con l'età. Anche le forme di leucemia cronica tendono a prevalere in età avanzata.

► Mieloma multiplo

Il mieloma multiplo è la seconda neoplasia ematologica per incidenza dopo il linfoma ed è caratterizzata dalla trasformazione neoplastica delle plasmacellule, cellule localizzate soprattutto nel midollo osseo, che svolgono un importante ruolo "effettore" nell'ambito del sistema immunitario dell'organismo: hanno infatti il compito di produrre anticorpi per combattere le

infezioni. L'espansione della massa plasmacellulare neoplastica nel midollo osseo emopoietico si manifesta clinicamente con dolori ossei, insufficienza renale e citopenie da insufficienza midollare. La crescita neoplastica determina, infatti, erosione degli spazi intratrabecolari ossei legata, in parte, anche allo stimolo dell'attività osteoclastica indotta dalla secrezione di specifiche citochine da parte delle plasmacellule neoplastiche. Il riassorbimento del tessuto osseo minerale può essere molto rilevante, tanto da portare a fratture ossee patologiche.

Inoltre, la crescita neoplastica intramidollare determina citopenie e cioè soppressione della crescita e differenziazione di altre cellule ematiche (globuli bianchi, globuli rossi e piastrine) e può comportare quindi anemia, difetti nella coagulazione e indebolimento delle difese immunitarie. Molto frequente è anche il coinvolgimento renale con insufficienza della funzione dell'organo. Il mieloma multiplo è una neoplasia tipica dell'età avanzata (oltre 2/3 delle diagnosi riguardano persone ultra 65enni), con una maggiore diffusione nel sesso maschile.

Aspettative di vita dilatate

Grazie alla ricerca e alle nuove terapie disponibili, rispetto a 15 anni fa l'aspettativa di vita dei pazienti si è quadruplicata e, per alcune patologie, si è raggiunta persino la guarigione. La leucemia mieloide cronica è uno degli esempi più significativi, in tal senso. Questa malattia, infatti, fino a pochi anni fa poteva essere curata solo con il trapianto di cellule staminali mentre ora, dopo l'avvento delle terapie mirate, presenta altissime percentuali di sopravvivenza. Ciò fa pensare a un futuro in cui sarà possibile interrompere la cura senza recidive della malattia.

Analogamente, i nuovi farmaci biologici, cosiddetti "intelligenti" perché utilizzati per colpire solo le cellule malate senza danneggiare le altre sane, hanno portato a una percentuale di sopravvivenza fino all'80 per cento per la leucemia linfatica acuta e pari al 60 per cento per i linfomi non Hodgkin, specie nelle forme aggressive. ●

quotidianosanita.it

Venerdì 24 MAGGIO 2013

Lotta al fumo. Oms: "Sei milioni di morti l'anno. Prevenzione inadeguata"

Una nota dell'Organizzazione mondiale della sanità sottolinea che il totale dei decessi annui nel 2030 potrebbe superare quota 8 milioni. E soltanto 19 Paesi, pari al 15% della popolazione mondiale, si attengono alle migliori pratiche per le avvertenze illustrate. [IL DOCUMENTO](#)

Il tabacco uccide circa 6 milioni di persone ogni anno, delle quali oltre 5 milioni a causa del consumo diretto di tabacco e più di 600.000 per l'esposizione al fumo passivo: se non verranno intraprese iniziative urgenti, il totale dei decessi annui potrebbe salire a più di 8 milioni entro il 2030. Sono i dati allarmanti evidenziati in una nota informativa diffusa dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Per completare il quadro, il documento sottolinea che il tabacco uccide la metà dei propri consumatori e che circa l'80% del miliardo di fumatori del mondo vive nei Paesi a basso e medio reddito.

Un'ampia parte della nota informativa è dedicata agli effetti del fumo passivo. "Ci sono più di 4.000 prodotti chimici nel fumo di tabacco, tra i quali è noto che almeno 250 sono dannosi e più di 50 sono cancerogeni. Non esiste un livello sicuro di esposizione al fumo passivo". A corroborare l'analisi anche una serie di riscontri statistici.

-Negli adulti, il fumo passivo causa gravi malattie cardiovascolari e respiratorie, tra cui le cardiopatie coronariche e i tumori al polmone. Nei neonati provoca la sindrome della morte improvvisa del lattante. Nelle donne incinte, è causa di sottopeso alla nascita.

-Quasi la metà dei bambini respira regolarmente aria inquinata da fumo di tabacco nei luoghi pubblici.

-Più del 40% dei bambini ha almeno uno dei genitori che fuma.

-Il fumo passivo provoca ogni anno più di 600.000 decessi precoci.

-Nel 2004, i bambini rappresentavano il 28% dei decessi attribuibili al fumo passivo.

Problemi anche a livello di informazione e conoscenza dei rischi. "Gli studi dimostrano che poche persone comprendono i rischi specifici del tabacco per la salute. Ad esempio, un'inchiesta del 2009 in Cina ha rivelato che solo il 38% dei fumatori era consapevole che fumare provoca cardiopatie coronariche e solo il 27% sapeva che è causa di ictus". In questo senso, l'Oms sottolinea come le campagne di informazione di massa possano ridurre il consumo, "inducendo le persone a proteggere i non fumatori e convincendo i giovani a smettere di consumare tabacco".

Tuttavia gli interventi messi in campo sono pochi e insufficienti. Solamente 19 paesi, che rappresentano il 15% della popolazione mondiale, si attengono alle migliori pratiche per le avvertenze illustrate, che dovrebbero includere avvertenze scritte nelle lingue locali e coprire in media almeno la metà della superficie anteriore e posteriore dei pacchetti di sigarette. Nessun paese a basso reddito ha raggiunto il livello previsto da queste buone pratiche. Le avvertenze illustrate sono obbligatorie in 42 paesi, che rappresentano il 42% della popolazione mondiale. Più di 1,9 miliardi di persone, vale a dire il 28% della popolazione mondiale, vivono nei 23 paesi che negli ultimi due anni hanno attuato almeno una decisa campagna di comunicazione di massa contro il tabacco.

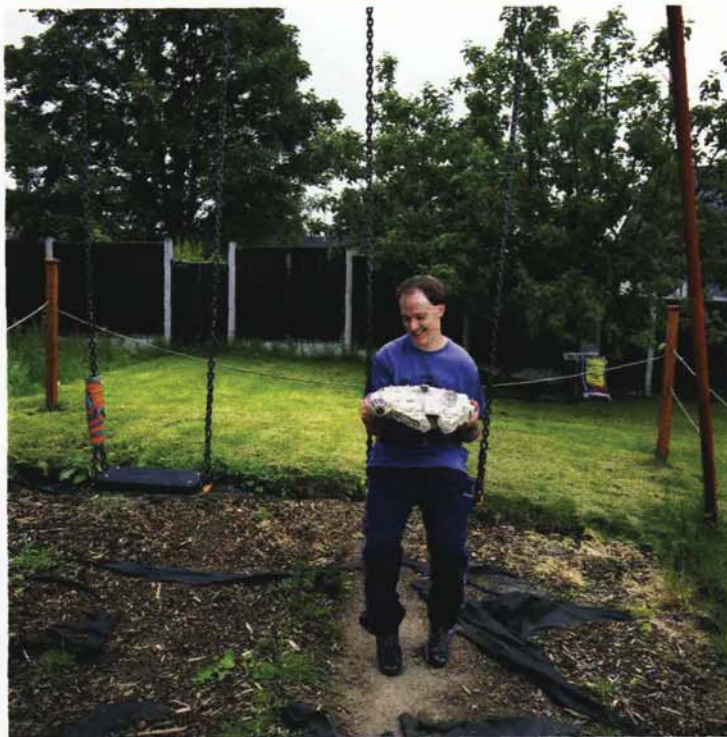
La nota sottolinea poi gli sforzi e l'impegno dell'Oms "nella lotta contro l'epidemia globale del tabacco". La Convenzione quadro per la lotta al tabagismo dell'OMS è entrata in vigore nel febbraio del 2005.

Da allora, è diventata uno dei trattati con la più ampia adesione nella storia delle Nazioni Unite, con 176 parti, che equivalgono all'88% della popolazione mondiale. La Convenzione quadro è il più importante strumento di controllo del tabacco dell'OMS e costituisce una pietra miliare nella promozione della sanità pubblica. "È un trattato basato sulle evidenze scientifiche che riafferma il diritto delle persone al più alto livello di salute raggiungibile, offre un quadro normativo per la cooperazione sanitaria internazionale e stabilisce alti standard cui conformarsi".

E di recente, nel 2008, l'OMS ha introdotto un metodo pratico, con un buon rapporto costo-benefici, per migliorare l'applicazione concreta delle disposizioni della Convenzione quadro dell'OMS. Si tratta delle misure cosiddette Mpower, che individuano i migliori approcci per la riduzione del consumo del tabacco. Ognuna delle misure MPower corrisponde ad almeno una disposizione della Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo. Le sei misure Mpower sono:

- Monitorare il consumo di tabacco e le politiche di prevenzione
- Proteggere le persone dal consumo di tabacco
- Offrire aiuto per abbandonare il consumo di tabacco
- Avvertire circa i pericoli del tabacco
- Rafforzare i divieti su pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco
- Aumentare la tassazione sul tabacco.

Scienze NEUROLOGIA



Basta un sms

Dal 20 maggio al 1 giugno è possibile agire concretamente a favore della ricerca sull'autismo e del lavoro di sostegno e riabilitazione che si svolge presso il centro Mafalda Luce di Milano. L'Associazione Amici dell'Università Campus Bio-Medico Onlus ha infatti promosso una raccolta pubblica di fondi attraverso il numero solidale 45502: chi vuole potrà donare 2 euro con un sms oppure 2 o 5 euro chiamando da rete fissa.

UN GIOVANE PAZIENTE IN UN CENTRO SPECIALIZZATO

poco: le terapie che si sono dimostrate efficaci sono scarse, e sono soprattutto di tipo comportamentale e psicoeducativo, tra cui quelle che si praticano coinvolgendo i genitori e non solo il bambino. Mancano farmaci studiati ad hoc e soprattutto è del tutto assente un metodo per diagnosticare la malattia prima che si manifesti, così da rendere più efficace la terapia.

«Il disturbo si manifesta generalmente tra i 18 e i 24 mesi, comunque prima del terzo anno di vita del bambino», dice Persico: «I genitori si accorgono che qualcosa non va perché il bimbo non risponde quando viene chiamato oppure, quando gli si parla, non guarda negli occhi l'interlocutore ma fissa la zona del collo e delle spalle». La diagnosi si basa quindi su rilevazioni di tipo qualitativo: scarsa interazione sociale, capacità linguistica limitata, comportamenti ripetitivi. Ma il sogno di chi studia questi disturbi è poter avere a disposizione un test, magari semplice come un'analisi del sangue, che possa determinare ancora prima dei 18 mesi se il bambino soffre di disturbi autistici. Per cercare di realizzarlo, il progetto europeo ha previsto di studiare 400 pazienti che saranno messi a confronto con 100 bambini sani. Tutti verranno sottoposti ad analisi avanzate per monitorare possibili marker nel sangue e nelle urine e capire quali sono i parametri che possono distinguere i malati dai sani, discernere quelli che rispondono alle terapie da quelli che invece non lo fanno. I risultati di questa parte del progetto europeo si integreranno con quelli sullo sviluppo di modelli in vitro e animali della malattia, di nuove tecniche di neuroimaging, di gestione dei dati. «Le conoscenze a livello del singolo paziente rappresentano il prerequisito fondamentale per poter poi realizzare nuove terapie molecolari personalizzate, con le quali tra alcuni anni speriamo di poter curare in modo risolutivo l'autismo», conclude Persico. ■

Obiettivo AUTISMO

Un centro specializzato per curare i piccoli pazienti. E studiare in laboratorio la malattia. Per scoprire test diagnostici e farmaci ad hoc

DI LETIZIA GABAGLIO

Rompere il muro della solitudine: quella in cui si chiude chi soffre di autismo e in cui vive la sua famiglia, ma anche quella dei ricercatori che lavorano su questa malattia. È il doppio binario su cui si muove il Campus Biomedico di Roma con la realizzazione a Milano del Centro Mafalda Luce per i disturbi pervasivi dello sviluppo e la partecipazione al progetto di ricerca europeo European Autism Interventions - A Multicentre Study for Developing New Medications. «Nella struttura semiresidenziale del centro, i pazienti troveranno ospitalità e spazio per attività di riabilitazione motoria e psicologica; accanto, però, ci sa-

ranno anche i laboratori per eseguire analisi genetiche complesse che serviranno ad accumulare dati biologici sui pazienti utili per cercare di individuare dei marker della malattia», spiega Antonio Maria Persico, neuropsichiatra infantile al Campus Bio-medico e responsabile scientifico del Centro.

Dal malato al laboratorio e viceversa, dunque. È la cosiddetta ricerca traslazionale, che cerca cioè di trasferire in tempo reale i risultati dello studio di una patologia alla pratica clinica. Di disturbi dello spettro autistico soffrono sempre più bambini: si stima che ne sia colpito un piccolo su 100, in alcune aree però si arriva anche a uno su 50. Ma la medicina, finora, ha potuto offrire molto

Foto: R. Hammond/Panosy/Luzphoto

www.ecostampa.it

097156

La spesa delle famiglie. A marzo le vendite al dettaglio segnano un calo del 3% su base annua: per i generi non alimentari flessione del 6,1%

Consumi, resistono solo gli alimentari

Tra i più colpiti l'abbigliamento (-9%), le calzature (-8,8%) e i prodotti farmaceutici (-6,4%)

Cristina Casadei

Per la media delle famiglie italiane sembrano ormai lontani i tempi in cui nel cambio di stagione si rinnovavano le scarpe e i vestiti. Il cambio di stagione, oggi, è sempre più all'insegna della rinfrescata per abiti e scarpe dell'anno prima. Il crollo verticale del potere d'acquisto costringe infatti le famiglie a ridurre al massimo la spesa di tutti i beni che non sono considerati indispensabili. È un trend che viene confermato mese dopo mese e quella dei dati Istat sul commercio al dettaglio relativi a marzo è la nona conferma consecutiva. La Pasqua, arrivata in anticipo rispetto al 2012, ha attenuato le perdite, sostenendo però solo i prodotti per la tavola, ma non è certo riuscita a invertire la tendenza negativa, che ormai prosegue da mesi e mesi. Confcommercio osserva che l'inizio del 2013 è peggiore rispetto a quello dello scorso anno che è stato il più negativo per i consumi nella storia economica repubblicana.

L'unica a resistere dunque è la

spesa alimentare. Dalle tabelle è infatti evidente che sono proprio l'abbigliamento e le calzature i comparti dove si registrano i cali maggiori nelle vendite al dettaglio pari, rispettivamente, al 9% e all'8,8% rispetto all'anno precedente. Il budget per la spesa ormai viene impiegato solo negli ali-

REAZIONI

Federdistribuzione: «La crisi è strutturale, va scongiurato l'aumento dell'Iva»

Confcommercio: «I piccoli esercizi stanno sparendo»

mentari che sono cresciuti del 2%. Secondo i dati Istat si fa a meno persino dei farmaci: la vendita di prodotti farmaceutici è infatti calata del 6,4%. Per non parlare dei mobili (-7,4%), degli articoli per la casa (-6,8%) o di libri, giornali e riviste (-5,6%). Secondo il quadro generale le vendite al dettaglio in marzo sono calate del

3% su base annua (indice grezzo del totale). È una flessione che si deve più ai prodotti non alimentari (-6,1%), che agli alimentari. Le famiglie continuano a perdere potere d'acquisto, sono colpite da una disoccupazione che ha raggiunto livelli allarmanti, soprattutto nelle fasce giovanili, e hanno perso ogni fiducia.

I dati di marzo confermano anche il cambiamento nel modo di fare la spesa. Per i centri commerciali e gli ipermercati il segno meno c'è solo alla voce "non alimentari" e questo fa sì che alla fine il totale sia positivo con un aumento delle vendite dell'1,3%: le vendite aumentano, in termini tendenziali, del 3,8% per i prodotti alimentari e diminuiscono del 2,5% per quelli non alimentari. I piccoli negozi avvertono invece un calo generale e in totale sono scesi del 6,6% rispetto a marzo del 2012. C'è infatti un calo sia per i prodotti alimentari (-2,4%) sia per quelli non alimentari (-7,7%).

Le associazioni di settore chiedono interventi urgenti perché è

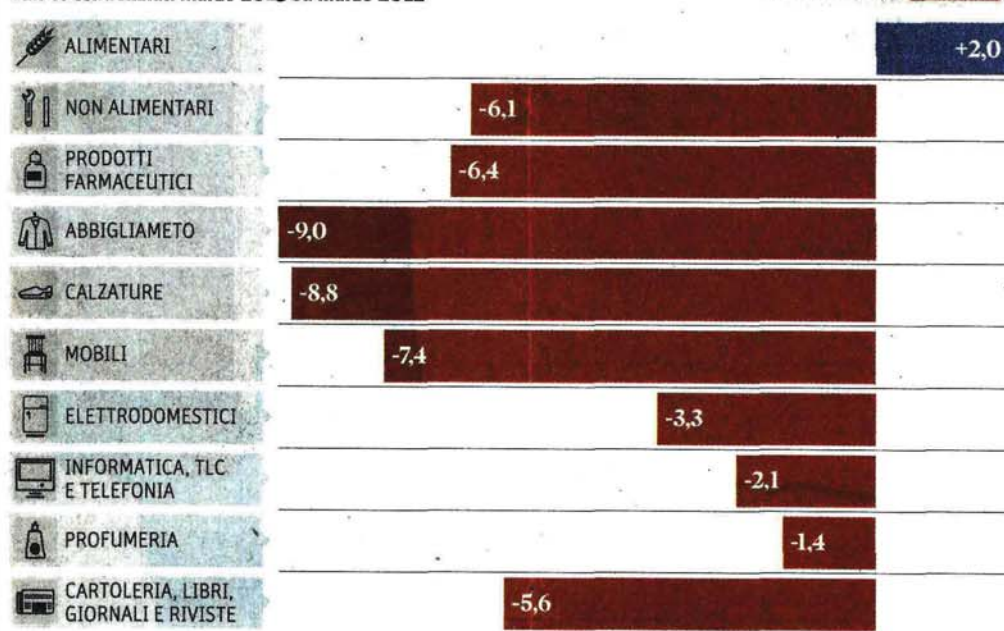
ormai diventata «eccezionalmente grave la condizione produttiva delle imprese del commercio al dettaglio di più ridotte dimensioni - sostiene Confcommercio -. La sparizione di ampia parte del tessuto imprenditoriale si riflette in una maggiore disoccupazione oltre che in un'oggettiva riduzione di vivibilità nei centri storici e nelle prime periferie delle grandi città». Confesercenti prevede addirittura la chiusura di 13-14 mila unità per quest'anno. Per Federdistribuzione «siamo di fronte a un fenomeno ormai strutturale che, se non affrontato in modo immediato, accompagnerà il Paese in un lento declino», commenta il presidente Giovanni Cobolli Gigli. Dato questo contesto Cobolli Gigli dice che «è assolutamente indispensabile evitare qualsiasi provvedimento che possa incidere ancora in modo negativo sulla domanda interna. Primo fra tutti l'aumento dell'Iva previsto per luglio dal 21 al 22%, che avrebbe effetti disastrosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consumi degli italiani

Principali prodotti

Var. % tendenziali marzo 2013 su marzo 2012



Fonte: Istat





UNA RICERCA ITALIANA MOSTRA ALTERAZIONI NELLA CORTECCIA CEREBRALE DI CHI HA SPESSO MAL DI TESTA

SE SOFFRI DI EMICRANIA IL TUO CERVELLO LO SVELA IN SUPERFICIE

di **Alex Saragosa**

Recento milioni di persone nel mondo, per tre quarti donne, soffrono di emicrania, un disturbo che diventa invalidante soprattutto quando al violento mal di testa si associano sintomi come il vomito e la sensibilità alla luce, che impediscono per ore o giorni qualsiasi attività. Nonostante questa diffusione, le cause dell'emicrania restano misteriose. «È sempre stata considerata una patologia minore» spiega Massimo Filippi, direttore dell'Unità di Neuroimaging all'Ospedale Universitario San Raffaele di Milano, «tanto che la si studia con attenzione solo da relati-

vamente poco tempo».

Filippi ha appena pubblicato con un gruppo di colleghi una ricerca su *Radiology* che getta un po' di luce su questo disturbo. Confrontando con la risonanza magnetica spessore e superficie della corteccia cerebrale di 63 persone emicraniche con quelli di 18 soggetti sani, i neurologi milanesi sono riusciti a individuare differenze in molte aree cerebrali.

«Nei pazienti si notano riduzioni dello spessore e della superficie corticali, spesso non coincidenti, in aree che nel cervello elaborano gli stimoli dolorosi. La corteccia varia di spessore durante la vita e quindi le alterazioni del

La risonanza magnetica mostra (in rosso) i punti in cui nei soggetti con emicrania lo spessore e la superficie della corteccia cerebrale sono ridotte

suo spessore negli emicranici potrebbero anche essere causate dalla patologia, ma le variazioni dell'area corticale avvengono soprattutto prima della nascita e potrebbero quindi rappresentare un fattore predisponente all'insorgenza del disturbo».

Insomma, un ridotto sviluppo fetale della superficie delle aree del dolore potrebbe essere tra le cause di questo misterioso disturbo. «È presto per capire come queste alterazioni si colleghino con i sintomi, ma il fatto di averle individuate ci offre, per la prima volta, un potenziale strumento per valutare l'effetto delle terapie e per trovarne di nuove». ■



**ONCOLOGI, SERVE UN BUDGET NAZIONALE
UNA RETE TRA CENTRI REGIONALI PER RISPARMIARE RISORSE**

(ANSA) - ROMA, 23 MAG - Definire un budget nazionale per l'oncologia e la definizione accurata delle reti oncologiche regionali. Sono due gli obiettivi lanciati nel corso della I Conferenza Nazionale dell'Oncologia Clinica Italiana, che riunisce a Roma fino al 25 maggio le tre principali società scientifiche che si occupano di patologie neoplastiche, l'AIOM, l'AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica) e la SICO (Società Italiana di Chirurgia Oncologica).

In Italia manca ancora una stima delle risorse assorbite dalla malattia oncologica, hanno spiegato gli esperti, indispensabile per poter redigere un budget annuale da assegnare all'oncologia e far fronte alle difficoltà create dalla spending review.

Per questo l'AIOM ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi 3 anni in Italia e nelle singole Regioni. La sostenibilità del sistema è messa a rischio anche dallo stallo in cui si trovano le reti oncologiche regionali, finora rimaste solo sulla carta.

"È necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che ogni anno in Italia fa registrare 364mila nuovi casi e 175mila decessi - afferma il professor Stefano Cascinu, presidente AIOM - E lo strumento è rappresentato dalle reti oncologiche regionali. Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Solo così potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi su tutto il territorio.

Secondo le associazioni dei medici i 5 big killer nel 2012 sono stati il tumore del polmone (34.500 decessi), seguito da quello del colon-retto (quasi 20.000), del seno (13.000), dello stomaco (11.000) e della prostata (7.900). Le percentuali di guarigione sono in crescita: la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è del 52% fra gli uomini e del 61% fra le donne. Grazie alla diagnosi precoce, all'innovazione tecnologica in radioterapia e ai nuovi farmaci, sempre più efficaci.(ANSA).

TUMORI: CURE IN UE COSTANO 124 MLD ANNO, PRESTO DATI ITALIANI SU SPESA

Roma, 23 mag. (Adnkronos Salute) - Il costo del cancro nell'Unione Europea è pari a 124 miliardi di euro ogni anno. Solo il 36% è dovuto a farmaci, ricoveri e interventi chirurgici. Il 44% infatti è da ricondurre alla mancata produttività dei malati e il 20% a quella dei familiari. La lotta ai tumori passa anche attraverso una corretta pianificazione della spesa. Nel mondo nel 2010 le uscite complessive per i pazienti oncologici sono state pari a 290 miliardi di dollari. Ma in Italia manca ancora una stima delle risorse necessarie a curare la malattia, indispensabile per poter redigere un budget annuale da assegnare all'oncologia e far fronte alle difficoltà create dalla spending review. Per questo l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi 3 anni in Italia e nelle singole Regioni. Il problema dell'uso razionale delle risorse è al centro della I Conferenza nazionale dell'oncologia clinica italiana, che riunisce a Roma fino al 25 maggio le tre principali società scientifiche che si occupano di patologie neoplastiche, l'Aiom, l'Airo (Associazione italiana di radioterapia oncologica) e la Sico (Società italiana di chirurgia oncologica). "È necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che ogni anno in Italia fa registrare 364mila nuovi casi e 175mila decessi – afferma Stefano Cascinu, presidente Aiom . E lo strumento è rappresentato dalle reti oncologiche regionali. Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Solo così potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi su tutto il territorio. Finora però ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. Serve una svolta, perché i costi cominciano a diventare insostenibili". L'Aiom vuole chiarire i costi di ogni neoplasia nel nostro Paese . "Il nostro studio sulla spesa farmaceutica - spiega Cascinu - è un'iniziativa indispensabile per definire l'entità del budget nazionale per l'oncologia e capire come le nuove terapie possano essere introdotte bilanciando l'aggravio finanziario con i risparmi, legati anche all'impiego di farmaci generici e biosimilari. In questo modo potremo offrire alle Istituzioni uno strumento per distribuire al meglio i fondi". Le percentuali di guarigione dal cancro sono in crescita: la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è del 52% fra gli uomini e del 61% fra le donne. Grazie alla diagnosi precoce, all'innovazione tecnologica in radioterapia e ai nuovi farmaci, sempre più efficaci. Ma l'innovazione ha un costo. "È recente l'appello che 120 ematologi di 15 Paesi hanno firmato perché le case farmaceutiche abbassino il prezzo dei nuovi farmaci – continua Giovanni Mandoliti, presidente Airo. "Ma - dice- gli specialisti hanno anche chiesto che si firmi un'alleanza tra tutti gli attori coinvolti, dalle aziende alle istituzioni alle associazioni dei pazienti fino alle società scientifiche. Il rischio paventato è quello di lasciare molti pazienti sottotrattati o senza terapia per l'impossibilità di far fronte alla spesa richiesta dai nuovi farmaci e dall'implementazione delle apparecchiature per radioterapia. Anche nel nostro Paese è importante cominciare ad affrontare il problema e proporre soluzioni". Realizzare percorsi diagnostico-assistenziali uniformi è fondamentale sia per garantire pari opportunità ai malati che per utilizzare al meglio le risorse. "È dimostrato – conclude Alfredo Garofalo,

presidente Sico – che la sopravvivenza aumenta quando i pazienti sono seguiti in centri specializzati. E il sistema delle reti oncologiche regionali permette di trattare i casi più complessi nelle strutture meglio attrezzate e con più esperienza. Senza costringere i malati ad affrontare i cosiddetti viaggi della speranza. All'interno del network infatti ogni ospedale deve gestire i casi 'ordinari', attivando un continuo dialogo fra oncologo, radioterapista, chirurgo, patologo e tutte le altre figure coinvolte per una presa in carico complessiva del malato. A livello regionale, poi vanno creati percorsi di confronto fra strutture. In questo modo i pazienti più complicati dovranno forse spostarsi ma non troppo lontano e saranno trattati nei centri con maggiore esperienza in base alla patologia. Un modello già adottato con successo in Gran Bretagna”.

http://www.sassarinotizie.com/24ore-articolo-192399-tumori_cure_in_ue_costano_124_mld_anno_presto_dati_italiani_su_spesa.aspx

23-05-2013



AGI Solution

LETTORI

179.000

TUMORI: "COSTANO" 124 MLD IN UE, RETE DI CENTRI PER RISPARMIARE

(AGI) - Roma, 23 mag. - Il costo del cancro nell'Unione Europea e' pari a 124 miliardi di euro ogni anno. Solo il 36% e' dovuto a farmaci, ricoveri e interventi chirurgici. Il 44% infatti e' da ricondurre alla mancata produttivita' dei malati e il 20% a quella dei familiari. La lotta ai tumori passa anche attraverso una corretta pianificazione della spesa. Nel mondo nel 2010 le uscite complessive per i pazienti oncologici sono state pari a 290 miliardi di dollari. Ma quanto costa nel nostro Paese curare una persona colpita dal cancro? In Italia manca ancora una stima delle risorse assorbite dalla malattia, indispensabile per poter redigere un budget annuale da assegnare all'oncologia e far fronte alle difficolta' create dalla spending review. Per questo l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi 3 anni in Italia e nelle singole Regioni. La sostenibilita' del sistema e' messa a rischio anche dallo stallo in cui si trovano le reti oncologiche regionali, finora rimaste solo sulla carta. Proprio il tema dell'uso razionale delle risorse e' al centro del dibattito della I Conferenza Nazionale dell'Oncologia Clinica Italiana, che riunisce a Roma fino al 25 maggio le tre principali societa' scientifiche che si occupano di patologie neoplastiche, l'AIOM, l'AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica) e la SICO (Societa' Italiana di Chirurgia Oncologica). "E' necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che ogni anno in Italia fa registrare 364mila nuovi casi e 175mila decessi - afferma il prof. Stefano Cascinu, presidente AIOM -. E lo strumento e' rappresentato dalle reti oncologiche regionali. Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Solo cosi' potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi su tutto il territorio. Finora pero' ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. Serve una svolta, perche' i costi cominciano a diventare insostenibili. La nostra societa'

scientifica con una specifica pubblicazione annuale, 'I numeri del cancro in Italia', stima il numero di nuove diagnosi e di decessi, ma vogliamo capire anche quanto costa ogni neoplasia. Il nostro studio sulla spesa farmaceutica e' un'iniziativa indispensabile per definire l'entita' del budget nazionale per l'oncologia e capire come le nuove terapie possano essere introdotte bilanciando l'aggravio finanziario con i risparmi, legati anche all'impiego di farmaci generici e biosimilari. In questo modo potremo offrire alle Istituzioni uno strumento per distribuire al meglio i fondi". I 5 big killer nel 2012 sono stati il tumore del polmone (34.500 decessi), seguito da quello del colon-retto (quasi 20.000), del seno (13.000), dello stomaco (11.000) e della prostata (7.900). Le percentuali di guarigione sono in crescita: la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi e' del 52% fra gli uomini e del 61% fra le donne. Grazie alla diagnosi precoce, all'innovazione tecnologica in radioterapia e ai nuovi farmaci, sempre piu' efficaci. Ma l'innovazione ha un costo. "E' recente l'appello che 120 ematologi di 15 Paesi hanno firmato perche' le case farmaceutiche abbassino il prezzo dei nuovi farmaci - continua il Dott. Giovanni Mandoliti, presidente AIRO -. Ma gli specialisti hanno anche chiesto che si firmi un'alleanza tra tutti gli attori coinvolti, dalle aziende alle Istituzioni alle associazioni dei pazienti fino alle societa' scientifiche. Il rischio paventato e' quello di lasciare molti pazienti sottotrattati o senza terapia per l'impossibilita' di far fronte alla spesa richiesta dai nuovi farmaci e dall'implementazione delle apparecchiature per radioterapia. Anche nel nostro Paese e' importante cominciare ad affrontare il problema e proporre soluzioni". Realizzare percorsi diagnostico-assistenziali uniformi e' fondamentale sia per garantire pari opportunita' ai malati che per utilizzare al meglio le risorse. "E' dimostrato - conclude il prof. Alfredo Garofalo, presidente SICO - che la sopravvivenza aumenta quando i pazienti sono seguiti in centri specializzati. E il sistema delle reti oncologiche regionali permette di trattare i casi piu' complessi nelle strutture meglio attrezzate e con piu' esperienza. Senza costringere i malati ad affrontare i cosiddetti viaggi della speranza. All'interno del network infatti ogni ospedale deve gestire i casi 'ordinari', attivando un continuo dialogo fra oncologo, radioterapista, chirurgo, patologo e tutte le altre figure coinvolte per una presa in carico complessiva del malato. A livello regionale, poi vanno creati percorsi di confronto fra strutture. In questo modo i pazienti piu' complicati dovranno forse spostarsi ma non troppo lontano e saranno trattati nei centri con maggiore esperienza in base alla patologia. Un modello gia' adottato con successo in Gran Bretagna".

TUMORI: ONCOLOGI, 'RETE' FRA CENTRI PER RISPARMIARE RISORSE

23 Maggio 2013

(ASCA) - Roma, 23 mag - Il costo del cancro nell'Unione Europea e' pari a 124 miliardi di euro ogni anno. Solo il 36% e' dovuto a farmaci, ricoveri e interventi chirurgici. Il 44% infatti e' da ricondurre alla mancata produttivita' dei malati e il 20% a quella dei familiari. La lotta ai tumori passa anche attraverso una corretta pianificazione della spesa. Nel mondo nel 2010 le uscite complessive per i pazienti oncologici sono state pari a 290 miliardi di dollari. Ma quanto costa nel nostro Paese curare una persona colpita dal cancro? In Italia manca ancora una stima delle risorse assorbite dalla malattia, indispensabile per poter redigere un budget annuale da assegnare all'oncologia e far fronte alle difficolta' create dalla spending review. Per questo l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi 3 anni in Italia e nelle singole Regioni. La sostenibilita' del sistema e' messa a rischio anche dallo stallo in cui si trovano le reti oncologiche regionali, finora rimaste solo sulla carta. Proprio il tema dell'uso razionale delle risorse e' al centro del dibattito della I Conferenza Nazionale dell'Oncologia Clinica Italiana, che riunisce a Roma fino al 25 maggio le tre principali societa' scientifiche che si occupano di patologie neoplastiche, l'AIOM, l'AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica) e la SICO (Societa' Italiana di Chirurgia Oncologica). "E' necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che ogni anno in Italia fa registrare 364mila nuovi casi e 175mila decessi - afferma Stefano Cascinu, presidente AIOM -. E lo strumento e' rappresentato dalle reti oncologiche regionali.

Vogliamo procedere ad una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale.

Solo cosi' potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi su tutto il territorio. Finora pero' ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. Serve una svolta, perche' i costi cominciano a diventare insostenibili".

I 5 big killer nel 2012 sono stati il tumore del polmone (34.500 decessi), seguito da quello del colon-retto (quasi 20.000), del seno (13.000), dello stomaco (11.000) e della prostata (7.900). Le percentuali di guarigione sono in crescita: la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi e' del 52% fra gli uomini e del 61% fra le donne. Grazie alla diagnosi precoce, all'innovazione tecnologica in radioterapia e ai nuovi farmaci, sempre piu' efficaci. Ma l'innovazione ha un costo.

"E' recente l'appello che 120 ematologi di 15 Paesi hanno firmato perche' le case farmaceutiche abbassino il prezzo dei nuovi farmaci , continua Giovanni Mandoliti, presidente AIRO.

Realizzare percorsi diagnostico-assistenziali uniformi e' fondamentale sia per garantire pari opportunita' ai malati che per utilizzare al meglio le risorse. "E' dimostrato - conclude Alfredo Garofalo, presidente SICO - che la sopravvivenza aumenta quando i pazienti sono seguiti in centri specializzati. E il sistema delle reti oncologiche regionali permette di trattare i casi piu' complessi nelle strutture meglio attrezzate e con piu' esperienza".

Cancro, costi ue da 124 miliardi l'anno. Aiom promuove studio su spesa oncologica italiana

Cronologia articolo 23 maggio 2013

Il costo del cancro nell'Unione europea è pari a 124 miliardi di euro ogni anno. Solo il 36% è dovuto a farmaci, ricoveri e interventi chirurgici. Il 44% infatti è da ricondurre alla mancata produttività dei malati e il 20% a quella dei familiari. La lotta ai tumori passa anche attraverso una corretta pianificazione della spesa. Nel mondo nel 2010 le uscite complessive per i pazienti oncologici sono state pari a 290 miliardi di dollari. Ma in Italia manca ancora una stima delle risorse necessarie a curare la malattia, indispensabile per poter redigere un budget annuale da assegnare all'oncologia e far fronte alle difficoltà create dalla spending review.

Per questo l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi 3 anni in Italia e nelle singole Regioni. Il problema dell'uso razionale delle risorse è al centro della I Conferenza nazionale dell'oncologia clinica italiana, che riunisce a Roma fino al 25 maggio le tre principali società scientifiche che si occupano di patologie neoplastiche, l'Aiom, l'Airo (Associazione italiana di radioterapia oncologica) e la Sico (Società italiana di chirurgia oncologica).

"E' necessario realizzare una vera integrazione fra le varie discipline, che deve diventare lo standard di riferimento nella cura di una malattia che ogni anno in Italia fa registrare 364mila nuovi casi e 175mila decessi - afferma **Stefano Cascinu**, presidente Aiom . E lo strumento è rappresentato dalle reti oncologiche regionali. Vogliamo procedere a una revisione critica delle strutture esistenti sul territorio nazionale. Solo così potremo risparmiare e garantire alti standard qualitativi su tutto il territorio. Finora però ha visto la luce solo il 5% dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. Serve una svolta, perché i costi cominciano a diventare insostenibili".

L'Aiom vuole chiarire i costi di ogni neoplasia nel nostro Paese . "Il nostro studio sulla spesa farmaceutica - spiega Cascinu - è un'iniziativa indispensabile per definire l'entità del budget nazionale per l'oncologia e capire come le nuove terapie possano essere introdotte bilanciando l'aggravio finanziario con i risparmi, legati anche all'impiego di farmaci

generici e biosimilari. In questo modo potremo offrire alle Istituzioni uno strumento per distribuire al meglio i fondi".

Le percentuali di guarigione dal cancro sono in crescita: la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è del 52% fra gli uomini e del 61% fra le donne. Grazie alla diagnosi precoce, all'innovazione tecnologica in radioterapia e ai nuovi farmaci, sempre più efficaci. Ma l'innovazione ha un costo. "E' recente l'appello che 120 ematologi di 15 Paesi hanno firmato perché le case farmaceutiche abbassino il prezzo dei nuovi farmaci -

continua **Giovanni Mandoliti**, presidente Airo. "Ma - dice - gli specialisti hanno anche chiesto che si firmi un'alleanza tra tutti gli attori coinvolti, dalle aziende alle istituzioni alle associazioni dei pazienti fino alle società scientifiche. Il rischio paventato è quello di lasciare molti pazienti sottotrattati o senza terapia per l'impossibilità di far fronte alla spesa richiesta dai nuovi farmaci e dall'implementazione delle apparecchiature per radioterapia. Anche nel nostro Paese è importante cominciare ad affrontare il problema e proporre soluzioni".

Realizzare percorsi diagnostico-assistenziali uniformi è fondamentale sia per garantire pari opportunità ai malati che per utilizzare al meglio le risorse. "E' dimostrato - conclude **Alfredo Garofalo**, presidente Sico - che la sopravvivenza aumenta quando i pazienti sono seguiti in centri specializzati. E il sistema delle reti oncologiche regionali permette di trattare i casi più complessi nelle strutture meglio attrezzate e con più esperienza. Senza costringere i malati ad affrontare i cosiddetti viaggi della speranza. All'interno del network infatti ogni ospedale deve gestire i casi 'ordinari', attivando un continuo dialogo fra oncologo, radioterapista, chirurgo, patologo e tutte le altre figure coinvolte per una presa in carico complessiva del malato. A livello regionale, poi vanno creati percorsi di confronto fra strutture. In questo modo i pazienti più complicati dovranno forse spostarsi ma non troppo lontano e saranno trattati nei centri con maggiore esperienza in base alla patologia. Un modello già adottato con successo in Gran Bretagna".

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2013-05-23/tumori-133640.php?uuid=AbdmsVyH>