

Tagliare gli sprechi per impiegare meglio i fondi

Oncologi, radioterapisti e chirurghi riuniti per cercare soluzioni ai costi elevati e in crescita delle terapie anticancro

MILANO – In tempi di crisi economica non potrebbe essere diversamente: la faccenda degli elevati costi delle terapie tiene banco, da qualche tempo, nei convegni nazionali e internazionali. Il tema è stato al centro anche della recente Conferenza che per la prima volta ha riunito a Roma le tre principali società scientifiche italiane che si occupano della cura del cancro: oncologi dell'Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica), radioterapisti di Airo (Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica) e chirurghi di Sico (Società Italiana di Chirurgia Oncologica) hanno infatti cercato soluzioni per garantire sia la sostenibilità del sistema sanitario nazionale che le migliori terapie attualmente disponibili ai malati.

IL CANCRO COSTA OGNI ANNO 124 MILIARDI - Secondo le stime riportate da uno studio britannico presentato a Vienna qualche mese fa, il costo del cancro nell'Unione Europea è pari a 124 miliardi di euro ogni anno. Solo il 36 per cento della spesa è dovuto a farmaci, ricoveri e interventi chirurgici, mentre il 44 per cento è riconducibile alla mancata produttività dei malati e il 20 per cento 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 difficoltà create dalla spending review. «Per questo l'Aiom ha promosso uno studio per analizzare la spesa farmaceutica oncologica negli ultimi tre anni in Italia e nelle singole Regioni – dice Stefano Cascinu, presidente dell'associazione -. La sostenibilità del sistema è messa a rischio anche dallo stallo in cui si trovano le reti oncologiche regionali, finora rimaste solo sulla carta».

TAGLIARE GLI SPRECHI, PER IMPIEGARE MEGLIO I FONDI - Il punto su cui lavorare, secondo gli esperti, è soprattutto l'uso razionale delle risorse: «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 – continua Cascinu -. 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 cinque per cento dei progetti iniziali per la costruzione di questi network. Serve una svolta, perché i costi cominciano a diventare insostenibili. Lo studio sulla spesa farmaceutica 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».

CURE MIGLIORI NEI CENTRI SPECIALIZZATI - Il rischio, altrimenti, è quello di non poter garantire a tutti i pazienti la stessa qualità nelle cure, «di non avere i fondi necessari per far fronte alla spesa richiesta dai nuovi farmaci e dall'implementazione delle apparecchiature per radioterapia – aggiunge Giovanni Mandoliti, presidente Airo -. Anche in Italia è importante cominciare ad affrontare il problema e proporre soluzioni». Realizzare percorsi diagnostico-assistenziali uniformi è poi fondamentale, oltre che per utilizzare al meglio le risorse, per garantire pari opportunità ai malati. «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 in grado di indirizzare i pazienti più "complicati" là dove c'è più esperienza per la loro patologia: dovranno forse spostarsi, ma non troppo lontano. Un modello già adottato con successo in Gran Bretagna».

V.M.

stampa | chiudi

L'Europa

«Le sigarette elettroniche in farmacia»

di IVO CAIZZI

L'Unione Europea fissa i limiti per le sigarette elettroniche: «Saranno vendute in farmacia». Oltre il milligrammo di nicotina vengono considerate come medicine. Subito si apre la protesta dei negozianti italiani: il ministro **Lorenzin** deve chiarire.

A PAGINA 22

Bruxelles L'accordo sulla direttiva e la protesta dei negozianti italiani: **Lorenzin** chiarisca

Limiti Ue alle sigarette elettroniche «Saranno vendute in farmacia»

Considerate come medicine oltre il milligrammo di nicotina

DAL NOSTRO INVIATO

LUSSEMBURGO — Il Consiglio dei ministri della Salute dell'Unione Europea ha approvato la revisione della direttiva sul tabacco, che punta a tutelare maggiormente i cittadini dai gravi danni prodotti dalle sigarette e a ridurre la drammatica stima di circa 700 mila morti annui collegabili al fumo nei 27 Paesi membri. Nel testo finale, approvato nella riunione a Lussemburgo, figurano anche le sigarette elettroniche. Le cosiddette e-cig, se conterranno oltre un milligrammo di nicotina, dovranno essere considerate come i prodotti medicinali ed essere sottoposte alle relative regole e autorizzazioni. La vendita potrà avvenire solo nelle farmacie. Quando la nicotina sarà inferiore a 1 mg dovranno comunque essere rispettati specifici obblighi di informazione sulle conseguenze negative per la salute dei fumatori.

Immediata è arrivata la protesta dell'associazione dei venditori di sigarette elettroniche, che ha accolto «con stupore» le dichiarazioni dal

Granducato del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** definendole «contraddittorie» e contestando l'assimilazione delle e-cig ai medicinali.

Il presidente di turno della riunione dei ministri, l'irlandese James Reilly, ha espresso soddisfazione per l'accordo raggiunto, che punta a ridurre il numero dei fumatori nell'Unione Europea. «Rappresenta un enorme passo in avanti nella lotta contro l'uso del tabacco, così come una vittoria per la salute pubblica contro coloro che non vogliono riconoscere le conseguenze devastanti della dipendenza da tabacco nella nostra società». Sulla stessa linea si è espresso il commissario Ue per la Salute, il maltese Tonio Borg. Soddisfazione è stata espressa anche da **Lorenzin** nonostante le critiche sulla sigaretta elettronica. «Andiamo avanti nel nostro percorso di lotta al tabagismo in cui siamo leader mondiali — ha detto il ministro del Pdl —. E non abbiamo compromesso la produzione italiana, che è di alta qualità, arrivando a una mediazione».

Il Consiglio si è trovato

d'accordo sull'efficacia degli annunci shock sui pacchetti di sigarette, che ammoniscono sui gravi rischi per la salute dei fumatori. Molti Paesi membri chiedevano di stabilire la superficie da coprire con gli allarmi al 75% del totale. Le lobby delle multinazionali del tabacco premevano per abbassare il limite quanto più possibile. **Lorenzin** si è schierata con i ministri frenatori, giustificando la richiesta del 60% della superficie del pacchetto con la necessità di inserire i dati sulla composizione del prodotto e il bollo dello Stato anticontraffazioni. Il compromesso finale è il 65%, considerato dalla delegazione italiana «un punto di equilibrio».

L'Italia era contraria anche agli aromi (tipo fragola o mentolo), che potrebbero rendere più gradevole il gusto delle sigarette e ridurre l'effetto degli annunci shock

antifumo. Questa tesi ha prevalso nel testo finale. Ora la procedura prevede il passaggio della direttiva sul tabacco nell'Europarlamento. Sarà gestito dalla nuova presidenza semestrale dell'Ue, affidata alla Lituania dal 1° luglio prossimo. I lobbisti del fumo appaiono già impegnati a convincere molti eurodeputati. Anche se il clima politico sull'argomento è molto prudente. Soprattutto dopo l'emersione di molti dubbi sulle dimissioni dell'ex commissario per la Salute, il maltese John Dalli, accusato da un gruppo del tabacco svedese di essere a conoscenza di una richiesta di tangente da 60 milioni di euro per annacquare le nuove norme antifumo.

Ivo Caizzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



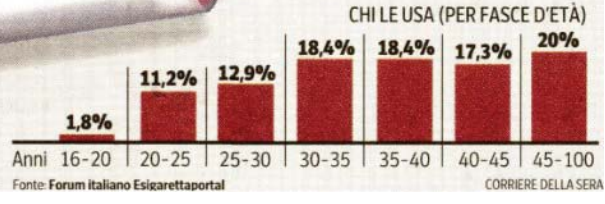
Come funziona

Il vapore generato dà la sensazione di fumare una sigaretta di tabacco

Il fumatore inala attraverso il filtro



250 milioni di euro Il mercato italiano delle sigarette elettroniche



L'EUROPA VARA LE NUOVE NORME ANTI-TABACCO: DAL 2016 CI SARANNO IMMAGINI CHOC SUL 65% DELLE CONFEZIONI

Sigarette elettroniche, scontro Italia-Ue

Il ministro della Salute **Lorenzin**: «Non possono essere vendute in farmacia, presto un'ordinanza»

**Bruxelles prevede
che sopra una certa
soglia di nicotina siano
considerate medicinali**

MARCO ZATTERIN
INVIATO A LUSSEMBURGO

«Esiste un parere del Consiglio superiore di Sanità secondo cui le sigarette elettroniche non sono un farmaco, e noi ci atterremo all'indicazione». Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, conferma che le «e-cig» non dovrebbero avere casa nei negozi con la croce verde e ieri, incontrando i colleghi europei, ha espresso «la preoccupazione dell'Italia per questo prodotto». Il problema, ha spiegato in una pausa della riunione del Consiglio svoltosi a Lussemburgo, «non è il dispositivo in sé, ma la quantità di nicotina contenuta dalle sigarette elettroniche, che oltre certi limiti può indurre dipendenza o comportare dei rischi sanitari».

È una posizione chiara nei confronti di un fenomeno dilagante e ancora poco regolamentato. Se ne occupa in parte la nuova edizione della Direttiva Tabacco approvata dai ministri della Salute europei, testo che va alla concertazione con l'Europarlamento con la speranza di en-

trare in vigore entro il 2016. La normativa mette al bando le sigarette con gusti aggiunti (il mentolo, ad esempio), obbliga a vendere pacchetti coperti per il 65% da immagini shock (foto di tumori e malattie) e delega alle capitali la scelta sulla vendita «on line» delle «paglie». In fine, accende un faro sui «prodotti che non contengono nicotina». Le «e-cig», appunto.

La decisione offre materia di contenzioso «su farmacia sì, farmacia no». L'Ue ritiene che le sigarette elettroniche al di sotto di una soglia di nicotina tollerata (1mg per unità) siano ammesse sul mercato, purché con avvertenze relative alla salute; in pratica, sono equiparate alle cicche normali. Al di sopra della soglia, diventano però consentite solo se autorizzate come medicinali, ad esempio nelle terapie sostitutive della nicotina. Inevitabile che le associazioni del fumo elettronico, nate ancor prima che vi fosse alcuna legge, chiedano un chiarimento.

Il ministro **Lorenzin** assicura che è in preparazione una ordinanza ministeriale. Il provvedimento sarà il primo passo di contenimento di un fenomeno la cui velocità di espansione

è stata inversamente proporzionale all'attenzione che i governi gli hanno dedicato. «Non possiamo dire con certezza che siano meno tossiche delle sigarette normali», dice con convinzione James Reilly, un medico a cui l'Irlanda (presidente di turno) ha affidato la poltrona di ministro della Sanità. Il governo italiano intende vietarne l'uso ai minori, non nei luoghi pubblici ma nelle scuole, e imporre un'indicazione chiara sugli ingredienti contenuti nelle «paglie» senza tabacco. Quando? «Presto», dice la **Lorenzin**.

La direttiva approvata ieri lascia l'Italia «soddisfatta», come lo sono anche le multinazionali del tabacco, le cui fonti applaudono il fatto che vi sia regole per le concorrenti e-cig e non il pacchetto anonimo. Il nostro governo voleva anche che le immagini truculente fossero al massimo al 60% della scatola, il negoziato ha portato la soglia dal 70 al 65. «Così entra il bollino fiscale», precisa il ministro della sanità. Eravamo anche contro le vendite «on line», che facilitano l'aggiramento dell'imposta, tuttavia i governi hanno deciso di darsi carta bianca a livello nazionale. «È una norma che allinea la legislazione ai nuovi prodotti», giura il commissario alla Salute Tonio Borg. L'Europarlamento conta di votarla in luglio.

2

milioni

Dopo il boom degli ultimi mesi sarebbe questo il numero dei fumatori di e-cig in Italia

Ha detto

Il ministro

Per il Consiglio superiore di Sanità non sono un farmaco, ci atterremo a queste indicazioni

Beatrice Lorenzin

500

milioni di euro

È il giro d'affari stimato dei 3 mila negozi italiani di sigarette elettroniche alla fine del 2013

2

Paesi contrari

Fra i Paesi europei solo Grecia e Lituania hanno vietato del tutto il fumo elettronico



Nuove prospettive nella cura del cancro al colon

Una ricerca italiana individua il gene che rende inefficace la chemioterapia
Con gli inibitori in futuro sarà possibile superare la farmaco-resistenza

di DAMIANO LUCARELLI

Arriva da uno studio tutto italiano l'ultima scoperta utile alla cura del cancro del colon.

Si chiama Gsk3B (Glycogen Synthase Kinase) ed è un gene responsabile di buona parte dei fallimenti delle terapie a base di 5-fluorouracile, un farmaco chemioterapico che viene utilizzato proprio nella cura di questo tipo di tumore, e verso cui un gran numero di pazienti sviluppa resistenza già dopo pochi cicli di terapia. La ricerca, realizzata da un gruppo di biologi del dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare dell'Università di Milano-Bicocca, è nata proprio con l'obiettivo di identificare i geni coinvolti nella farmaco-resistenza dei tumori del colon ad alcuni chemioterapici utilizzati per il trattamento di questa patologia. Con la scoperta di questo nuovo marcatore si potrà bloccare la farmaco resistenza e quindi consentire ai pazienti di avere benefici dalle terapie con un miglioramento della qualità della vita.

Infatti, fermando il gene in questione, le cellule tumorali resistenti all'azione del 5-fluorouracile diventano sensibili alla terapia e muoiono.

Le statistiche

Il cancro del colon è una delle più frequenti cause di morte per neoplasia del mondo. I numeri fanno paura. Secondo l'Associazione Italiana Registri Tumori (Airtum) solo nel nostro Paese, si scoprono ogni giorno, mille nuovi casi, ma nel frattempo migliorano le percentuali di guarigione.

Il 61% delle donne e il 52% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi. Segno che oggi dal cancro si guarisce, che le campagne di screening funzionano e le terapie sono

più efficaci, se si interviene tempestivamente. Ma anche se la ricerca ha fatto passi da gigante c'è ancora tanto da fare per migliorare le terapie e allungare la sopravvivenza. In otto anni, il gruppo autore dello studio, è riuscito grazie ad una tecnica all'avanguardia, a identificare 49 geni e proteine coinvolti nel fenomeno della farmaco-resistenza. Il Gsk3B, però, è il primo di questi geni per il quale è stato completato lo studio e di cui è stato provato il coinvolgimento nel farmaco utilizzato per la chemioterapia.

Lo studio

"Negli esperimenti in vitro effettuati fino ad ora - ha detto Marialuisa Lavitrano direttore del laboratorio - si è potuto dimostrare che le cellule tumorali resistenti diventano sensibili all'azione del chemio-terapico e si è scoperta anche la via molecolare che viene attivata per indurne la morte". Una ricerca fondamentale dal momento che l'incapacità della cellula tumorale di innescare il processo di morte è la principale causa della farmaco-resistenza. Non solo. Parallelamente è stato condotto uno studio retrospettivo su cinquanta pazienti affetti da carcinoma del colon, sottoposti a terapia con 5-fluorouracile e poi seguiti per dieci anni. Si è dimostrato che la presenza di GSK3B è associata anche alla progressione tumorale ed è correlata ad una peggiore risposta alla terapia e quindi anche a una minore sopravvivenza.

Per inibire il gene Gsk3B a livello sperimentale è stato impiegato un farmaco (il litio cloruro) che si usa già da tempo per la terapia di disturbi neurologici come l'epilessia e la depressione.

La ricerca apre ora la strada all'ipotesi dell'utilizzo di **farmaci** inibitori di Gsk3B in associazione ai chemioterapici per curare il tumore del colon.





Fibrillazione atriale

Se il cuore zoppica fluidificare il sangue

Tra i disturbi del ritmo cardiaco la fibrillazione atriale è il più comune, affligge 850 mila italiani, 40mila casi di ictus ogni anno sono riconducibili a questo disturbo. Anche in Italia è ora possibile prevenire tali affezioni: l'Aifa, Agenzia italiana del Farmaco, ha concesso infatti la rimborsabilità dell'anticoagulante orale di nuova generazione. «Efficacia e profilo di sicurezza favorevole di *dabigatran etexilato* sono dimostrati — ha dichiarato Giuseppe Di Pasquale, direttore della Cardiologia all'Ospedale Maggiore di Bologna, intervenuto a Milano in conferenza stampa — . Rispetto allo standard di cura storico, questa molecola riduce di circa il 35% il rischio di ictus ed embolia sistemica, ed è l'unico dei nuovi anticoagulanti orali che abbia delineato, con lo studio Rely, una superiorità rispetto allo standard nel ridurre l'ictus ischemico».

A differenza degli anticoagulanti di vecchio stampo, la nuova molecola di Boehringer Ingelheim viene assunta a dose fissa e non necessita di monitoraggio ripetuto.

a. f.

IL SETTIMANALE **QN** Quotidiano Nazionale

Lipertoso vuol scattare le vertè più alte. La montagna non è controindicata.

Quando un farmaco di antipertensione, non sei solo. C'è Lipertoso.

Quando un farmaco di antipertensione, non sei solo. C'è Lipertoso.

Quando un farmaco di antipertensione, non sei solo. C'è Lipertoso.

Boom di farmaci contraffatti Attenzione alle vendite online

A prezzi da discount, attirano sempre più italiani Ma il pericolo per la salute è dietro l'angolo

di ANDREA GALLO

Farmaci che costano pochissimo e che arrivano direttamente a casa. Sarebbe davvero una soluzione perfetta, se non fosse che sono taroccati.

Cresce il numero di italiani che sceglie di acquistare prodotti attraverso il web, attirati dai prezzi scontatissimi. Ma la truffa è dietro l'angolo e quando si parla di salute i rischi possono essere davvero tanti. Ogni giorno nascono nuovi siti che propongono medicinali per i quali sarebbe necessaria la ricetta, ad un costo da discount, ma nella maggior parte dei casi sono contraffatti e gli effetti sono disastrosi. Il caso scoperto dai Nas di un medicinale della Geymonat prodotto senza principio attivo risulta infatti isolato, con pochissimi precedenti.



liana del farmaco) e le altre amministrazioni fanno in sinergia ha portato a risultati notevoli (oltre 100 le farmacie "oscurate").

I clienti

I riscontri relativi ai controlli in corso in questi giorni per l'operazione doganale Pangea evidenziano che ci sono ancora molti "clienti" italiani che ricorrono a questi siti pericolosi, per approvvigionarsi per lo più di farmaci per

re aveva acquistato il principio attivo da un fornitore diverso da quello approvato dalle autorità, probabilmente sul libero mercato internazionale attraverso broker, e quindi da una fonte non controllata né controllabile ma più economica.

Principi attivi alterati

Un caso ancora più grave di contraffazione farmaceutica è avvenuto negli USA, causando oltre 100 vittime: i fornitori asiatici di una multinazionale americana, ha ricordato

Di Giorgio, hanno inviato un principio attivo (eparina) 'tagliato' con una sostanza tossica che alle analisi di laboratorio dava le stesse risposte del principio attivo corretto. Il principio attivo "tagliato" è stato così utilizzato per produrre un farmaco che è stato distribuito nella filiera legale, con esiti devastanti. Ma la lotta al farmaco falso diventa ancora più accanita e

I danni

I falsi principi attivi possono causare gravi patologie. E spesso chi acquista rimane vittima di una truffa.

In rete

Mentre per quello che riguarda il web, ha spiegato Domenico Di Giorgio, direttore della unità che si occupa di lotta alla contraffazione dell'Agenzia italiana del farmaco, solo l'1% dei siti che vendono farmaci rispettano le norme.

Il "canale" Internet resta la porta principale per l'accesso di questi prodotti pericolosi, spesso contaminati con ingredienti inattesi (addirittura gesso o vernice).

Il grosso lavoro che l'Aifa (Agenzia ita-

usi non terapeutici come steroidi, prodotti per disfunzioni erettili, integratori e dimagranti.

La contraffazione che arriva nei canali ufficiali della distribuzione ha invece percorsi diversi.

All'estero

In Germania uno studio effettuato dalle autorità tedesche alcuni anni fa portò al campionamento di 39 farmaci a base di uno stesso principio attivo ed è risultato che per il 20% il prodotto-

vitale in luoghi del mondo dove i farmaci taroccati sono dei veri e propri salvavita. In Africa ad esempio il 50% dei medicinali contro la malaria è stato contraffatto, rappresentando così un rischio mortale.

Fra le iniziative messe in campo c'è anche quella di 600 mini-laboratori portatili, messi a punto dalla Merck e distribuiti gratuitamente in ottanta Paesi in via di sviluppo.

Più della metà di questi paesi è in Africa, mentre un terzo si trova in Asia.

PREVENZIONE

Il 64 per cento degli italiani non controlla i propri nei

Luisa Romagnoni

■ Sorvegliare i nei e fare un controllo, almeno una volta all'anno. Un gesto semplice e molto efficace, per la salute della nostra pelle. Del quale si ha però scarsa consapevolezza. Secondo i risultati di una recente indagine, condotta da GfK Eurisko, in occasione dell'Eumelanoma Day 2013, la maggioranza degli italiani (ben il 64 per cento), non si è mai sottoposta ad un controllo dei nei. Comportamento quest'ultimo che, insieme ad altre abitudini scorrette, come l'uso dei lettini solari (il 75 per cento ignora la pericolosità delle lampade abbronzanti) o l'esposizione selvaggia al sole (riguarda più del 40 per cento degli italiani), intermittente e intensiva, nella fascia oraria in cui gli ultravioletti sono più dannosi (tra le 12 e le 16), rischiano di fare il gioco del nemico numero uno della pelle: il melanoma. Una forma di tumore cutaneo, molto grave. Con prognosi eccellente, se identificato per tempo, ma difficile da trattare quando si diffonde ad altri organi (melanoma metastatico): colpisce in Italia ogni anno più di 7 mila italiani,

1800 con la forma avanzata, con un incremento dell'incidenza del 30 per cento, nelle ultime decadi. Ora, nuove prospettive terapeutiche, messe a punto grazie agli avanzamenti della ricerca farmacologica, fanno ben sperare. È in arrivo, contro il melanoma metastatico, la prima terapia personalizzata, targata made-in-Italy. Si tratta di vemurafenib, farmaco orale, prodotto nello stabilimento Roche di Segrate (Milano) per tutto il mondo, disponibile, forse, già entro il prossimo giugno. «Oggi in Italia c'è finalmente la possibilità di avere un farmaco in grado di spegnere l'interruttore del melanoma metastatico, vale a dire la proteina Braf mutata, che in un paziente su due alimenta il tumore della pelle», spiega Paolo Ascierto, dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS, Fondazione Pascale di Napoli. «Tra gli esperti si parla di Effetto - Lazzaro per sottolineare il beneficio immediato che il farmaco è in grado di apportare, in pochi giorni al paziente e il netto miglioramento anche in termini di tempo medio di sopravvivenza». Gli studi clinici di fase II e III hanno dimostrato gli eccellenti risultati raggiunti.



PROFESSIONISTI

I medici aggiornano
il codice deontologico

▶ pagina 22

Professionisti. Entro dicembre il testo aggiornato

Medici, ai blocchi di partenza il cyber-Codice deontologico

Barbara Gobbi

I dottori d'Italia alle prese con cybermedicina, tecnologie integrate e nuove frontiere del web, revisionano i principi-guida della professione mettendo mano al loro **codice deontologico**. Che, aggiornato nel 2006, appare già superato: la rapida trasformazione della società, delle tecniche e dell'Ict impone un deciso restyling. I 106 ordini provinciali - riuniti nella federazione nazionale dei **medici** e degli odontoiatri (Fnomceo) - stanno esaminando una prima bozza del nuovo Codice in 79 articoli (quattro in più dell'attuale), redatta da una commissione ad hoc. Entro la fine dell'anno, integrati gli emendamenti proposti dal livello locale, il "Codice 3.0" vedrà la luce.

La strada, intanto, è decisamente segnata ed è innanzitutto la realtà quotidiana a tracciarla. Basti pensare all'eclatante "outing" di Angelina Jolie, inevitabile modello per milioni di donne, che ha dichiarato di essersi sottoposta a una doppia mastectomia preventiva per scongiurare l'alto rischio di sviluppare un cancro al seno. E vien da pensare, ancora, a Oscar Pistorius, diventato campione grazie a protesi hi-tech in fibra di carbonio. Due esempi tra gli innumerevoli possibili, emblematici di una medicina senza più confini, che toccano profondamente l'opinione pubblica. E chiedono risposte ai medici, quotidianamente sollecitati sui limiti e sulle prospettive aperte nel settore della scienza e nelle tecnologie. Ma i progressi-lampo sono tutti da conciliare con le prerogative di autonomia e indipendenza rivendicate dalla professione e con il diritto dei pazienti alla **privacy**, al consenso informato e a chance concrete di cura. Soprattutto quando queste ultime, almeno nella loro versio-

ne più sofisticata, sono riservate a una ristretta rosa di privilegiati. Il rischio da scongiurare, ancora più pressante ora che i cordoni della borsa sono serrati, è che la sanità diventi accessibile ai pazienti per "gironi": di serie A, B e C. Con buona pace dell'equità di accesso alle cure.

Ecco allora che anche il codice di condotta dei camici bianchi, specchio dei tempi, acquista pezzi. Dei quattro articoli nuovi di zecca, tre affrontano le sfide dell'innovazione e dell'organizzazione sanitaria (il quarto disciplina invece la new entry "medicina militare"). L'articolo 76 della nuova bozza - anticipata dal settimanale **Il Sole-24Ore** Sanità (www.24oresanita.com) - si occupa proprio della "medicina potenziativa". Mirata, cioè, «non solo al recupero e all'ottimizzazione della funzionalità del soggetto ma anche alla intenzionale modifica e potenziamento del naturale funzionamento psicofisico dell'uomo». Come dovrà muoversi il medico in questi ambiti? Orientandosi, è la risposta, ai principi «di precauzione, di proporzionalità e di rispetto dell'autodeterminazione della persona». Verso le nuove tecniche c'è dunque un atteggiamento prudenziale: fari dell'agire dovranno essere il consenso informato e i criteri di equità, sicurezza, uguaglianza d'accesso, pertinenza e finalità sanitaria delle prestazioni.

Sempre nel quadro di quell'alleanza terapeutica con la persona, che rischia di smarrirsi nella fitta foresta dei chip, del "cloud" e delle banche dati. Cui non a caso sono dedicati il nuovo articolo 78 sulle "tecnologie informatiche" e il decalogo a esso allegato, un vademecum per i dottori alle prese con l'Ict. Chiaro è lo sforzo di riuscire a cavalcare la tigre cybermedicina: la tecnologia-

avvertono i medici - è preziosa e irrinunciabile, ma è uno strumento al servizio dell'appropriatezza clinica. Nell'utilizzarla, il medico dovrà attenersi a «criteri di proporzionalità, di sicurezza e di necessità dell'intervento, di pertinenza e di esplicita e corretta finalità clinica, etica e deontologica, nel rispetto dell'autodeterminazione della persona, rifuggendo da ogni possibile discriminazione».

I dottori avranno bisogno di spalle larghe, e lo sanno: all'articolo 79 chiariscono il proprio ruolo nei processi di innovazione e organizzazione sanitaria. «Di fronte al necessario contenimento dei costi e alla razionalizzazione della erogazione delle prestazioni - promettono - il medico garantisce ai cittadini indipendenza di giudizio in scienza e coscienza». Nel segno dell'Ict.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMBIAMENTI CONTINUI

L'ultimo restyling del 2006 è già superato dall'irrompere di nuove tecnologie. Per i 79 articoli primo esame della Fnomceo

Gli altri temi

Nel nuovo Codice trovano spazio molti altri temi. Tra questi, il rapporto ambiente-salute: il medico si fa promotore di una cultura mirata a un ecosistema stabile ed equilibrato. Si punta, poi, su formazione permanente e valorizzazione dell'atto medico, a fronte delle prerogative crescenti riconosciute alle altre professioni sanitarie. Infine, l'aderenza a criteri scientifici: è vietato adottare e diffondere pratiche non sperimentate e terapie segrete o non validate



Permetterà di studiare dettagli finora inaccessibili

Pronta la prima mappa tridimensionale del cervello umano

È stata chiamata Big Brain ed è la prima mappa in 3D del cervello umano. Descritta su Science, la mappa si deve a un gruppo di ricerca coordinato da Katrin Amunts, del Centro di ricerche tedesco Julich e dell'università Heinrich Heine a Dusseldorf. È lo strumento più dettagliato mai messo a punto per studiare forma e funzione di questo organo, dalle connessioni all'anatomia, compresi dettagli finora inaccessibili anche al microscopio. La mappa 3D permetterà di studiare il cervello a livello cellulare e potrà aiutare a comprendere come si sviluppano alcune malattie cerebrali e a sviluppare eventuali cure. Ma non solo, ottenere informazioni dettagliate sui meccanismi delle cellule nervose, finora visibili solo al microscopio, potrà aiutare a comprendere meglio come funzionano i processi che controllano cognizione, linguaggio, emozioni e le disfunzioni collegate. Per far avanzare le ricerche nel campo delle neuroscienze, gli autori, inoltre, hanno messo l'atlante del cervello a disposizione gratuita della comunità scientifica. Realizzata nell'ambito del progetto europeo sul cervello umano, «European Human Brain Project», la mappa è stata ottenuta utilizzando uno strumento chiamato microtomo, per mezzo del quale vengono realizzate sezioni dei campioni di tessuto. Con questo strumento i ricercatori hanno tagliato il cervello di una donna di 65 anni in oltre 7.400 sezioni dello spessore di 20 micrometri. Ogni sezione è stata poi digitalizzata e riallineata, l'una dopo l'altra, per ricostruire il modello 3D del cervello. Ci sono volute oltre 1.000 ore solo per raccogliere i dati. Il risultato è un atlante del cervello umano a una risoluzione spaziale 50 volte maggiore delle mappe precedenti.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



stampa | chiudi

STUDIO DEL BAMBINO GESÙ

Anomalie cardiache in 5 bambini su cento

Un'indagine su 700 bimbi da 3 a 10 anni indica che non pochi hanno anomalie all'elettrocardiogramma. Molte di lieve entità

MILANO - Il cuore di 5 bimbi su 100 fa brutti scherzi: uno screening con un semplice elettrocardiogramma di tutti i piccoli delle scuole materne e primarie del Comune di Santa Marinella, in Lazio, condotto dai medici dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, ha dimostrato che le anomalie cardiache sono relativamente frequenti nei più piccini e anche che sono del tutto sconosciute ai bimbi e ai loro genitori.

STUDIO - L'indagine è stata svolta nell'ambito di un progetto per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa in tre scuole del Comune laziale: per quattro settimane un team di esperti dell'unità di Aritmologia Pediatrica del Bambino Gesù della sede di Palidoro ha esaminato 695 piccoli dai 3 ai 10 anni, sottoponendoli a un semplice ECG che in nove casi su dieci era per loro il primo esame cardiologico. I risultati indicano che i piccoli con anomalie non sono proprio pochissimi: 40 su 695, pari al 5,7 per cento. Per fortuna in maggioranza si tratta di problemi di scarsa entità: 30 bimbi (il 4,3 per cento del totale) avevano infatti disturbi lievi della conduzione cardiaca o extrasistolia. Solo l'1,4 per cento (10 bambini) aveva problemi seri come l'intervallo QT lungo, la pre-eccitazione ventricolare o il pattern di Brugada, un problema che in una piccola percentuale di casi può portare a morte improvvisa; a nessuno di questi piccoli però era mai stata fatta la diagnosi in precedenza, nessuno dei loro genitori sospettava che avessero problemi cardiaci.

SCREENING - Il progetto del Bambino Gesù a Santa Marinella vuole essere una prima sperimentazione di un modello che possa magari essere esportato in realtà più grandi: testarlo su una piccola popolazione e in sole tre scuole infatti aiuta a individuare meglio i punti critici e a ipotizzare soluzioni. Perché il sogno dei cardiologi è poter fare uno screening elettrocardiografico nella prima infanzia nelle scuole di tutta Italia, anche se in tempi come questi pare sinceramente difficile che possano essere stanziati soldi per un progetto simile su larga scala, nonostante il basso costo e la semplicità dell'ECG. «Lo screening cardiologico entro l'infanzia permette di individuare le alterazioni tipiche delle sindromi che provocano aritmie e che possono causare morte improvvisa in una fase della vita in cui i sintomi si manifestano solo raramente - spiega Fabrizio Drago, responsabile dell'unità di Aritmologia Pediatrica del Bambino Gesù di Palidoro -. Riconoscerle consente di avviare, nei casi selezionati, trattamenti specifici per far sì che le alterazioni del ritmo non si traducano in sintomi e soprattutto non possano sfociare in una morte improvvisa». Si potrebbero perciò "risparmiare" alcune delle morti che avvengono ogni anno sui campi sportivi, con uno screening tutto sommato semplice: in assenza di sintomi particolari pochissimi bambini vengono sottoposti a ECG, ma come mostrano i risultati dell'indagine in questo modo "sfuggono" alla diagnosi anche i pochi che hanno problemi seri. Se le percentuali rilevate nel Comune laziale fossero le

stesse in tutta Italia, infatti, poco meno di 50mila bimbi fra 3 e 10 anni potrebbero avere un disturbo cardiaco rilevante senza saperlo.

Elena Meli

stampa | chiudi

Cancro del Fegato. Bruciare con un ago le cellule malate

***Sandro Rossi, presidente della 'Fondazione cura mini-invasiva tumori':
"Questa tecnica ha un costo inferiore rispetto alla chirurgia tradizionale.
Con meno complicanze. Non bastano Tac o risonanze". Dalla ricerca
genetica la chiave per una prognosi certa***

Senza tagli sulla pelle e in anestesia locale oggi è possibile bruciare il tumore del fegato. Si chiama termoablazione a radiofrequenza e permette di eliminare le cellule malate in 15 minuti, con meno rischi e complicanze per i pazienti rispetto alla chirurgia tradizionale (che richiede di solito almeno 2 ore). Ogni anno in Italia circa 1500 persone sono operate con questa tecnica. Anche i costi a carico del servizio sanitario si riducono sensibilmente: un intervento di questo tipo, che richiede una degenza di soli 3 giorni e talvolta può essere eseguito in regime ambulatoriale, implica un esborso nettamente inferiore rispetto a quello della chirurgia resettiva. E un ulteriore vantaggio, sia per i pazienti che per il sistema, deriverebbe dalla possibilità di capire, prima dell'intervento, come evolverà la neoplasia.

"Per questo - ha spiegato **Sandro Rossi**, presidente della 'Fondazione cura mini-invasiva tumori' - abbiamo avviato uno studio per identificare i marcatori genetici associati alla crescita neoplastica. È la prima ricerca in Italia di questo tipo. Risultati positivi consentirebbero una prognosi più precisa e più appropriate scelte terapeutiche. Il lavoro che stiamo conducendo è accuratissimo ed enorme: in 30 pazienti abbiamo raccolto più di 200 campioni di tessuto da sottoporre a sequenziamento genico e ad analisi bioinformatica. La ricerca si concluderà alla fine di quest'anno ed è realizzata grazie al contributo liberale dei cittadini e della Fondazione Cariplo".

Il tumore del fegato nel 2012 in Italia ha fatto registrare 12.800 nuove diagnosi ed è al terzo posto per mortalità nella fascia di età compresa fra i 50 e i 69 anni. In oltre il 90% dei casi insorge in persone colpite da cirrosi epatica. "Le classificazioni utilizzate finora - ha continuato Rossi - falliscono nel predire la storia clinica di un paziente cirrotico dopo l'asportazione chirurgica del tumore o la termoablazione. Le indagini attualmente a disposizione, come ecografia, Tac, risonanza magnetica ed analisi istologica, non sono sufficienti. Questa situazione ha un impatto negativo sul malato perché può portare, anche nei migliori centri, a terapie inappropriate. È cioè inutile trattare con la chirurgia tradizionale o con la termoablazione un tumore, anche piccolo, in un paziente che svilupperà entro poco tempo una malattia neoplastica multifocale associata a una prognosi infausta. È quindi importante individuare, con ricerche genetiche e molecolari, altri fattori associati al tipo di crescita del tumore per capirne l'evoluzione. Vogliamo sapere se l'andamento della malattia sarà lento nel tempo, con lo sviluppo di recidive nodulari che possono essere trattate con termoablazione o con la chirurgia tradizionale, oppure se avrà una rapida evoluzione multifocale, caso in cui l'unica possibilità di trattamento è rappresentata dal trapianto d'organo".

La "Fondazione cura mini-invasiva tumori" è nata nel 2009 con l'obiettivo di promuovere progetti di studio nella cura delle neoplasie. "Siamo partiti dalla nostra esperienza ventennale nel campo delle terapie mini-invasive utilizzate per il trattamento dei tumori primitivi del fegato - ha sottolineato Rossi - Molta strada infatti è stata percorsa dal 1989, anno in cui per la prima volta al mondo, proprio in Italia, abbiamo sperimentato la termoablazione a radiofrequenza su un paziente colpito da carcinoma del fegato. L'idea che ha ispirato questa tecnica è semplice: distruggere il tumore senza danneggiare il tessuto sano circostante. È possibile raggiungere questo risultato inserendo per via percutanea la

punta di un ago-elettrodo all'interno del tumore. Quando viene attivato il generatore a radiofrequenza connesso all'ago-elettrodo, attorno alla sua punta si sviluppa un campo elettromagnetico. Si crea pertanto una 'sfera di calore' che determina la morte del tessuto malato". Oggi, nel nostro Paese, sono circa 30 i centri in grado di praticare questo tipo di trattamento, che è indicato dalle linee guida internazionali, insieme alla chirurgia resettiva tradizionale, come opzione terapeutica per i tumori epatici. “

Come dimostrato da uno studio pubblicato su 'Hepatology' nel 2011 - ha concluso - non vi è alcuna differenza in termini di efficacia e recidive tra i due tipi di intervento". La termoablazione a radiofrequenza è applicata anche in altri tipi di cancro, ad esempio in quello del polmone, del rene e del pancreas, ma non vi sono ancora chiare evidenze scientifiche che la raccomandino in questi casi.