

# Droga e alcol cambiano i connotati al cervello

I dati sui giovanissimi che abusano di sostanze e drink nei fine settimana  
Aumenta l'incidenza delle malattie mentali. E l'assistenza non è adeguata

## **Mefedrone in discoteca**

### **Provato il rischio di ictus**

#### **e di arresto cardiaco**

di **A. Carlo Altamura** \*

L'abuso di sostanze può essere primario, cioè legato ad altra patologia psichiatrica o secondario cioè conseguenza di un disturbo dell'umore come la depressione. A questo proposito in una ricerca da me svolta negli anni Settanta si è visto che la somministrazione di litio (uno stabilizzatore dell'umore) nei giovani diminuiva l'utilizzo di oppiacei come conseguenza del miglioramento dei sintomi dell'umore. Un altro aspetto da sottolineare è il cambiamento negli anni della tipologia di sostanze utilizzate o nella loro modalità di abuso. Se negli anni Settanta la dipendenza da eroina era un'emergenza sanitaria, attualmente prevale l'utilizzo di hashish, ma soprattutto di psicostimolanti usati sia per incrementare le prestazioni lavorative (cocaina e amfetamine) sia a scopo ricreativo (ecstasy o cocaina). In questo contesto si inseriscono le cosiddette "smart drugs": sostanze per lo più psicostimolanti, molecole spesso usate, sintetizzate e abbandonate dalla ricerca farmaceutica per i gravi effetti collaterali. Una di queste è il mefedrone che nel mondo occidentale è la sesta sostanza più spesso utilizzata dai frequentatori di discoteche (come alternativa all'ecstasy) ed è associata a sviluppo di sintomi psicotici oltre che a un aumentato rischio di arresto cardiaco o ictus cerebrale. I rischi per la salute delle "smart drugs" come il mefedrone derivano anche dalla loro numerosità e dalla mancata diffusione di strumenti per la rilevazione nelle urine. L'alcol rappresenta, invece, un esempio di come siano attualmente cambiate le modalità di utilizzo. Se nei decenni precedenti, nei paesi

mediterranei come l'Italia prevaleva un tipo di utilizzo moderato ma continuativo, ora è molto diffuso tra i giovani il "binge drinking" tipico del Nord Europa. Molti giovani rimangono, infatti, astinenti durante la settimana per poi effettuare un ingente utilizzo di super alcolici durante il fine settimana con gravi rischi legati all'intossicazione alcolica (coma etilico, crisi convulsive, epatite alcolica acuta). Infine, va sottolineato che la crisi economica ha aumentato la frequenza dell'utilizzo di alcol e sostanze soprattutto nella fascia giovanile che soffre di elevatissimi tassi di disoccupazione. Tutti i dati provenienti dai paesi europei maggiormente colpiti dalla crisi indicano un aumento delle condotte di abuso nel periodo post-crisi di circa il 5% rispetto al periodo precedente. In particolare, l'incremento dell'utilizzo di sostanze tra i giovani è dovuto sia alla reazione di adattamento alla situazione sociale, sia alla slatentizzazione di una predisposizione biologica alle condotte di abuso, ma anche alla ricerca di guadagni dallo spaccio. È chiaro che il risvolto di un incremento delle condotte di abuso nella fascia giovanile è un aumento dei bisogni legati alla salute mentale che si scontra con i recenti tagli alle risorse sanitarie. Da una parte, infatti, occorrerebbero servizi specifici per accogliere la maggior richiesta di cure nell'ambito della salute mentale e dall'altra campagne di sensibilizzazione rivolte ai medici di medicina generale per il riconoscimento e la gestione di questi aspetti di salute legati ai periodi di crisi compreso l'abuso di alcol e sostanze nella popolazione giovanile.

\* *Direttore Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico*



## Fra i 16 e i 24 anni Nove ragazzi su dieci ubriachi sabato e domenica

■ Da una ricerca sull'abuso di sostanze (alcol, caffè ed energy drink) condotta su 3011 adolescenti e giovani adulti italiani di entrambi i sessi di età compresa tra i 16 ed i 24 anni, emerge che il 53,6% consuma bevande alcoliche; tra questi, l'89,6% ha avuto comportamenti di binge drinking (ingestione di 5 o più bevande alcoliche, 4 per le donne, in un'unica occasione, almeno una volta a settimana). Quasi il 90% dei giovani adulti consumatori di alcol è anche bevitore binge. Un altro studio sugli effetti dell'uso di cannabis e la loro relazione con sintomi psicotici rileva come, dei 116 soggetti reclutati, il 50% abbia fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita e il 22% sia attualmente consumatore. I consumatori abituali di cannabis sono più spesso maschi e disoccupati. Quanti fanno uso di cannabis provano allucinazioni visive e rallentamento del tempo, mentre la percezione di spavento è associata all'interruzione del consumo, così come l'esperienza di allucinazioni uditive è legata all'assunzione di cannabis oltre 50 volte nell'arco della propria vita.



# La risposta del sistema immunitario Contro gli attacchi del cancro il corpo schiera i “linfociti T”

Grazie all'azione di queste cellule di difesa l'organismo reagisce al tumore, con un meccanismo che ricorda quello dei vaccini

FEDERICO MERETA

IMMAGINATE un passaggio a livello su una linea ferroviaria trafficata a tutte le ore. Il posto di blocco è fondamentale perché non succedano incidenti. Anche nel sistema difensivo dell'organismo accade qualcosa di simile: esistono veri e propri “check point” che si attivano e consentono la regolare risposta dei linfociti T, i “guardiani” della salute dell'organismo che hanno il compito di eliminare le cellule infette o anormali.

Se si sviluppa un tumore, le cellule malate “spengono” i sistemi di controllo del posto di blocco, rendono inattivi i linfociti T e quindi danno via libera al cancro. Questo è uno dei meccanismi che oggi la scienza tenta di sfruttare per far sì che il corpo impari a reagire contro il cancro, con un meccanismo che ricorda quello dei vaccini: l'organismo, grazie all'azione di farmaci attivi su questo “posto di blocco” che si chiama Pd-1 (ad esempio nivolumab o pembrolizumab, in fase di ricerca), può infatti imparare a difendersi da solo dal cancro. Oltre ad aver dato importanti risultati nella cura del melanoma, il cancro più “cattivo” della pelle, l'im-

muno-terapia è ora in fase di sperimentazione in diversi tipi di tumori, come quelli del polmone e del rene che, in fase avanzata, fanno registrare percentuali di sopravvivenza molto basse. Insomma, oltre alle classiche armi anti-tumore, come la chirurgia, la chemio e la radioterapia, sta diventando sempre più attuale una nuova strada per la lotta al cancro, che vedrà sempre di più l'organismo imparare a reagire nei confronti della lesione che si sta sviluppando al suo interno. «Si tratta di una forma di bioterapia, scienza che comprende tutti quei trattamenti che inducono modificazioni nel nostro organismo per favorire una forte reazione contro il tumore, senza distruggere direttamente le cellule malate» spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana Oncologia Medica «c'è però una differenza sostanziale rispetto alle cure con la chemioterapia. Le risposte in questo caso possono manifestarsi anche alcuni mesi dopo l'inizio della somministrazione del farmaco immuno-oncologico, ma in genere durano più a lungo. Una progressione della malattia non implica in questi casi la

necessaria rinuncia al trattamento come accade invece per i farmaci chemioterapici». Quindi, con queste cure moderne, si arriva anche a valutare diversamente i risultati dei trattamenti.

Nella chemioterapia tradizionale le risposte cliniche compaiono rapidamente, entro poche settimane, e l'eventuale sviluppo di una nuova lesione tumorale viene considerato come progressione della malattia che determina l'interruzione del trattamento in corso. Al contrario in questi casi la situazione è diversa: ci vuole tempo perché le risposte del sistema immunitario che impara ad attaccare il cancro arrivino, ma spesso poi queste si mantengono nel tempo, perché “l'allievo” ha ben appreso la lezione impartita grazie al farmaco che rimette in riga le truppe cellulari deputate alla difesa. Ora la sfida è comprendere ancora meglio come le cellule tumorali riescono ad adattarsi e non sono riconosciute dal sistema immunitario, per vedere se i posti di blocco sono molteplici e come si può contrastare la capacità di “fuga” di queste cellule di fronte ai sistemi che le cellule neoplastiche mettono in atto per “fregarci”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Come funziona la terapia

L'immunoterapia è la pratica di sfruttare le difese naturali del corpo-il sistema immunitario -contro tutti i tipi di malattie.  
**Ecco come funziona:**

■ **Il sistema immunitario lotta contro tutti i tipi di malattie che possono colpire l'organismo, incluso il cancro**, identificando e distruggendo le cellule tumorali nello stesso modo in cui colpirebbe un'infezione

■ **Quando il sistema immunitario rileva batteri, virus, un agente patogeno o altre malattie, come il cancro**, attiva un processo di produzione di cellule

■ **Le cellule che il sistema immunitario produce** per scovare e distruggere i microorganismi che causano la malattia sono chiamate **cellule T**: sono attive anche sul cancro



■ Le terapie immuno-oncologiche interagiscono con il sistema immunitario per stimolare la produzione e l'attivazione delle **cellule T**, che a loro volta **identificano e distruggono le cellule tumorali per prevenire la diffusione del tumore**

## La ricerca

### Dimagrire senza sacrifici con la dieta ricca di fibre

Cereali integrali, frutta, verdura, legumi. Aumentando l'introito di fibre nella dieta fino a raggiungere i 30 grammi al giorno si può calare di peso e ridurre la possibilità di sviluppare il diabete di tipo 2. Lo dice una ricerca dell'American Heart Association.

## Cancro al seno triplo negativo, cambiamenti e novità all'orizzonte



22 febbraio 2015

Il cancro al seno triplo negativo è una delle forme più aggressive e difficili da trattare di tumore alla mammella. Lo scenario terapeutico, tuttavia è in evoluzione.

Al recente congresso di San Antonio, il **San Antonio Breast Cancer Symposium** (SABCS), infatti, tra le tante novità presentate, alcune delle più importanti hanno riguardato proprio questa forma.

Abbiamo chiesto di raccontarcelo e di fare il punto della situazione sul trattamento di questa neoplasia a **Lucia Del Mastro**, Direttore dell'Unità operativa Sviluppo Terapie Innovative dell'Ospedale San Martino di Genova.

### **Dottoressa Del Mastro, innanzitutto, cosa distingue il cancro al seno triplo negativo dagli altri tipi di tumore alla mammella?**

Il nome stesso 'triplo negativo' sta a indicare che questo tumore non presenta né i recettori per gli ormoni - estrogeni e progesterone - né i recettori dell'HER2. È questa la caratteristica peculiare che distingue i tumori triplo negativi dagli altri. La maggior parte dei tumori della mammella, circa il 70%, esprime, invece, i recettori per gli ormoni, mentre l'espressione dell'HER2 è presente in circa il 20% dei casi. Nella maggior parte dei tumori triplo negativi, ma non in tutti, la mancata espressione di questi recettori è associata a un comportamento biologico più aggressivo rispetto ad altre neoplasie della mammella.

### **Qual è l'incidenza del tumore triplo negativo sul totale dei casi di tumore al seno?**

Il triplo negativo rappresenta il 15% circa di tutti i tumori della mammella e un'altra caratteristica peculiare è che la sua insorgenza può essere legata un'alterazione a carico del gene BRCA. Sappiamo, infatti, che circa il 20% delle donne a cui viene diagnosticato un tumore triplo negativo presenta un'alterazione a carico del gene BRCA1 o BRCA2, mentre nei tumori non tripli negativi la percentuale corrispondente è circa quattro volte inferiore, e intorno al 5%. Questa scoperta ha portato all'indicazione a effettuare in molti casi di tumori triplo negativi, soprattutto quando insorgono in donne giovani, il test genetico per verificare la possibile presenza di queste mutazioni, che ha implicazioni sia terapeutiche sia prognostiche.

**A questo proposito, qual è la prognosi delle donne colpite da tumore al seno triplo negativo?**

In assenza di trattamento, questo tumore è, globalmente, quello con la prognosi peggiore. Negli ultimi anni, tuttavia, sono stati fatti molti progressi in caso di tumore triplo negativo operato sia per quanto riguarda la chemioterapia neoadiuvante sia per quella adiuvante. Tuttavia, ci sono stati miglioramenti anche riguardo alla prognosi dei tumori triplo negativi in fase metastatica. Per alcuni di questi, in particolare quelli con il gene BRCA mutato, ci sono oggi farmaci, alcuni dei quali già in commercio, altri ancora sperimentali, particolarmente efficaci. Oggi la ricerca sta cercando di identificare, all'interno dei tumori triplo negativi, altre caratteristiche biologiche che aiutino l'oncologo a trattare queste forme in modo più personalizzato, non più come un'unica entità, ma come entità separate. Laddove si riuscirà a personalizzare il trattamento, ci si aspetta un miglioramento importante della prognosi.

Uno studio che ha confrontato la prognosi delle pazienti operate tra la fine degli anni '80 e gli inizi degli anni '90 con quella delle pazienti operate in anni recenti (2008-2010) ha evidenziato un netto miglioramento, con un dimezzamento del rischio di recidiva in tutti i sottotipi di tumore della mammella e in particolare nei tumori triplo negativi ed HER2-positivi.

**Quali sono in farmaci attualmente in uso? Esiste uno standard terapeutico?**

Il trattamento standard del tumore triplo negativo operato - parliamo quindi di chemioterapia adiuvante - è attualmente rappresentato dalle antracicline e dai taxani. Ci sono, però, pazienti in cui è necessaria una chemioterapia neoadiuvante per ridurre le dimensioni del tumore fino a renderlo operabile con un intervento conservativo. In questi casi, al momento lo standard terapeutico è sempre rappresentato da un trattamento a base di antracicline e taxani, ma è proprio in questo setting che a San Antonio sono emerse le novità più importanti e gli studi presentati di recente, due in particolare, porteranno probabilmente in breve tempo a una modifica di questo standard.

**Quali sono, dunque, le novità che stanno portando a un'evoluzione del trattamento neoadiuvante di questo tumore?**

Per quanto riguarda questo setting, a San Antonio sono stati presentati i risultati dello studio randomizzato GeparSepto, in cui le pazienti sono state assegnate al trattamento standard, rappresentato da antracicline più paclitaxel nella formulazione tradizionale, in solvente, oppure al trattamento con antracicline più nab-paclitaxel, una nuova formulazione di paclitaxel in nanoparticelle legate all'albumina, già dimostratasi più attiva di quella convenzionale nella malattia metastatica. Nello studio GeparSepto l'attività superiore rispetto al paclitaxel classico è stata evidenziata anche nelle pazienti sottoposte alla chemio neoadiuvante. Il trial è stato fatto su donne con carcinoma della mammella in stadio iniziale ad alto rischio, non solo quelle con un tumore triplo negativo, e ha evidenziato che, utilizzando nab-paclitaxel, la risposta patologica completa, cioè la percentuale di pazienti che ottengono una scomparsa totale del tumore prima dell'intervento sia nella mammella sia nei linfonodi ascellari eventualmente interessati, è di circa il 40% contro circa il 30% ottenuto nel braccio trattato in modo standard. Inoltre, la superiorità della nuova formulazione è apparsa particolarmente marcata nel sottogruppo di pazienti con tumore triplo negativo.

C'è, quindi, grande attesa nella comunità oncologica del via libera delle agenzie regolatorie all'utilizzo di nab-paclitaxel in questo setting. L'altra novità riguarda un farmaco in uso già da moltissimi anni: il carboplatino. Un trial presentato lo scorso anno, sempre del gruppo tedesco autore anche dello studio GeparSepto, ha rivelato che l'aggiunta del carboplatino al trattamento con antracicline e taxani non aumenta la percentuale di risposta patologica completa se si considera l'intera popolazione di pazienti con tumore alla mammella; tuttavia, l'aumenta in modo importante se si restringe la valutazione a quelle con tumori triplo negativi. In questo caso, la scomparsa totale del tumore si è osservata in circa il 50% delle donne trattate con carboplatino contro il 36% nel gruppo non trattato con questo agente. Inoltre, il carboplatino si è rivelato particolarmente attivo nei tumori triplo negativi che presentano una mutazione a carico del gene BRCA. Questo fa capire che anche nell'ambito del cancro al seno triplo negativo si va verso una personalizzazione sempre maggiore del trattamento.

**Ci sono cambiamenti in vista anche per la fase adiuvante?**

Certamente. Fermo restando che lo standard è sempre rappresentato dalle antracicline e dai taxani, ci sono almeno un paio di novità, una delle quali è stata presentata a San Antonio. Si tratta di un aggiornamento dello studio E1199, pubblicato nel 2008 sul New England Journal of Medicine, in cui si sono confrontati docetaxel e paclitaxel, dopo il trattamento a base di antracicline, valutando anche due diverse tempistiche di somministrazione: settimanale contro il trattamento standard, ogni 3 settimane. L'aggiornamento di questo studio ha evidenziato che nel tumore triplo negativo il trattamento adiuvante più efficace è rappresentato dalle antracicline seguite da paclitaxel somministrato settimanalmente, trattamento che è risultato superiore anche a quello con docetaxel ogni 3 settimane. Siamo dunque arrivati a una migliore definizione di quello che potrebbe essere il trattamento ottimale.

Inoltre, un'ulteriore novità è rappresentata dalla conferma del fatto che, nelle pazienti con un tumore triplo negativo, se si somministra la chemioterapia con la cosiddetta modalità 'dose dense', cioè ogni 2 settimane anziché ogni 3, soprattutto in questo sottogruppo si ottiene una riduzione molto, molto importante sia del

rischio di recidiva sia di quello di decesso. In Italia questa modalità terapeutica è ancora poco utilizzata, ma tra pochi giorni l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) affronterà la questione ed è probabile che nelle prossime linee guida sarà inserita l'indicazione di adottarla per il trattamento adiuvante delle donne con un cancro al seno triplo negativo.

**Quali sono, quindi, le prospettive future della ricerca in questo ambito e le sfide ancora da affrontare?**

Quello del cancro al seno triplo negativo è un ambito in cui la ricerca è particolarmente attiva perché si tratta della forma per la quale, ad oggi, non sono ancora disponibili farmaci specifici. Ne abbiamo per i tumori con recettori ormonali positivi - le terapie ormonali -, ne abbiamo per quelli HER2-positivi - i farmaci anti-HER2 -, ma non ci sono ancora agenti ad hoc per quelli triplo negativi. Tuttavia, studi in cui si è valutata l'espressione di vari geni all'interno di questi tumori hanno permesso di suddividerli in almeno sei sottotipi e quel che si sta cercando di fare è identificare farmaci specifici per trattare in maniera diversa uno dall'altro questi sei sottotipi. Si punta quindi, per il futuro, a una personalizzazione sempre più spinta del trattamento.

**Alessandra Terzaghi**

[[chiudi questa finestra](#)]

➔ **Le patologie**

# Schizofrenia e disturbi bipolari

■ Al 19° Congresso Sopsi «Psicopatologia in tempo di crisi: stress, vulnerabilità e resilienza» in programma a Milano fino al 26 febbraio l'allarme della Società Italiana di Psicopatologia che ha documentato come nei giovani tra i 10 e 19 anni aumentano le psicopatologie provocate da abuso di alcol e sostanze stupefacenti. L'assunzione di droghe provoca gravi danni al cervello e, nelle persone predisposte, aumenta fino a 5 volte il rischio di sviluppare gravi malattie psichiatriche (solo in Italia colpite 2 milioni di persone), come schizofrenia e disturbo bipolare. La droga compromette il funzionamento del sistema nervoso centrale: il suo abuso è dunque associato a un elevato rischio di disturbo mentale e, in soggetti predisposti, le sostanze assunte regolarmente possono provocare alterazioni anatomiche della massa cerebrale. Tra i giovani sotto i 20 anni si registra un numero sempre più elevato di domande di aiuto per ansia e disturbi depressivi, spesso accompagnati da eccesso di alcol e droghe.





# Gli occhi del mondo addosso «Così combatteremo la cecità»

*Il primo farmaco con staminali per guarire ustioni alla cornea*

## Il prossimo obiettivo del centro di ricerca

La squadra del professor De Luca sta già lavorando a un altro obiettivo, la terapia genica per la 'sindrome dei bimbi farfalla'. Ultimata una fase uno di sperimentazione



**Questo non è il risultato di un singolo ma di una squadra che si è dedicata con anima e passione all'obiettivo. Troppo bassi i fondi per la ricerca**

**STUDIARE** la medicina rigenerativa significa svelare quel meccanismo che permette al nostro corpo di riparare se stesso. Quando si parla di staminali la confusione è tanta ed è quasi scontato far correre la mente al caso Vannoni. Ma in uno scenario così rarefatto, ecco spuntare una conquista senza eguali: l'ok dell'Europa al farmaco Holoclar, capace di restituire la vista ai pazienti con gravi lesioni alla cornea. Un traguardo storico dietro cui c'è il Centro di medicina rigenerativa di Modena, diretto dal professore Michele De Luca.

**Vincenzo Malara**  
MODENA

**PROFESSOR De Luca, come si può riassumere in poche parole l'eccezionalità di Holoclar?**

«La novità importante è che una coltura di staminali è stata registrata formalmente come farmaco da un ente regolatorio come l'Ema. Holoclar è uscito dalle varie fasi di sperimentazione ed è diventato un medicinale che potrà essere distribuito, per la prima volta, in tutti i Paesi europei».

**Ha definito l'iter di approva-**

**zione «lungo e complesso». A suo parere è possibile semplificare le fasi di autorizzazione di un nuovo farmaco?**

«Le regole sono fatte per dimostrare l'efficacia e la sicurezza di qualsiasi farmaco. Detto ciò, è anche vero che trovandoci di fronte a una coltura cellulare autologa, cioè generata dallo stesso paziente, si potrebbe adattare meglio la procedura alla tipologia specifica di quel farmaco, per rendere più rapido e meno costoso l'iter. Contemporaneamente ci vorrebbe più severità sui razionali e sulle evidenze precliniche di efficacia».

**Dietro Holoclar c'è un lavoro durato vent'anni. Da dove nasce tutta questa dedizione?**

«Questo non è il risultato di una singola persona ma di una squadra che si è dedicata con anima e passione a raggiungere questo risultato. La tenacia viene proprio dall'amore che abbiamo per questo mestiere».

**Nella vostra ricerca c'è il desiderio di controllare i meccanismi della natura?**

«Non scherziamo, nessuno degli scienziati vuole controllare i meccanismi della natura, e non è certo quello che muove la nostra ambizione. Lavorando con la medicina rigenerativa cerchiamo, prima di andare in clinica, di comprendere al meglio delle nostre possibilità la fisiologia di quelle cellule e il loro comportamento».

**Si può parlare di staminali buone e staminali cattive?**

«Non esistono staminali buone e staminali cattive, ne esistono tanti tipi che necessitano di tanta ricerca di base. Piuttosto sarebbe meglio dire che esiste una ricerca fatta bene e una ricerca fatta male».

**In Italia è ancora possibile fare ricerca? Si parla tanto di fuga di cervelli, ma restiamo un Paese straordinario in quan-**

**to a risorse di talenti.**

«I problemi sono sempre gli stessi: è noto come rispetto al nostro Pil abbiamo una percentuale di fondi destinati alla ricerca molto più bassa degli altri Paesi. Soprattutto nel campo della medicina rigenerativa è fondamentale la collaborazione tra pubblico e privato, tra università e industria, per ottimizzare competenze diverse».

**Su cosa state lavorando ora al Centro di medicina rigenerativa 'Stefano Ferrari'?**

«Il nostro prossimo obiettivo è la terapia genica per l'Epidermolisi Bollosa o 'Sindrome dei bambini farfalla'. Abbiamo già fatto una fase uno di sperimentazione e ottenuto il riconoscimento di farmaco orfano per i lembi di pelle geneticamente corretta».





**DA PREMIO**  
Michele De  
Luca dirige il  
centro  
modenese di  
Medicina  
rigenerativa.  
Qui è nato  
Holoclar,  
farmaco a base  
di staminali

**LA SCOPERTA**

# Lotta all'epatite C, in commercio il nuovo farmaco che salva la vita

DA UN LATO c'è la scienza, che continua a sfornare nuovi farmaci in grado di attaccare il "nemico" da punti diversi, come sta accadendo con il virus dell'Aids. Dall'altra ci sono le necessità finanziarie del Paese, che non consentono di trattare con i farmaci più efficaci e anche più costosi gli almeno 300.000 italiani (le stime dei possibili infetti arrivano anche a superare il milione di persone) con infezione da virus dell'epatite C.

È in questo panorama che si inserisce il nuovo farmaco disponibile in Italia, che ha dimostrato di poter avere un'efficacia molto elevata in

combinazione con sofosbuvir, altro medicinale di ultima generazione, evitando a molti pazienti il ricorso all'interferone. L'associazione ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi, dopo dodici settimane, anche nei virus che più "circolano" in Italia, quelli di genotipo 1 e 4. Il primo è responsabile dell'infezione in circa sei malati su dieci in Italia. «L'epatite C, oltre ad attaccare il fegato, induce uno stato di infiammazione generale nell'organismo e addirittura aumenta il rischio di sviluppare il diabete» spiega Gloria Taliani, docente di Malattie Infettive all'Università di Roma "La Sapienza".

Oggi c'è un'opportunità che permette di affrontare l'infezione ed eliminare il virus senza il ricorso all'interferone, che in pratica si comporta come una sorta di "chemioterapia". Tuttavia le indicazioni dicono che l'associazione tra i due farmaci, per motivi di sostenibilità economica, sarà al momento destinata solo ai pazienti con le forme più avanzate dell'infezione. «Per molti altri, in ogni caso, si tratta sempre di un'opportunità in più perché anche in associazione a interferone e ribavirina (il trattamento standard) simeprevir ha dimostrato di migliorare le possibilità di eliminare il virus» conclude l'esperta.

**FE. ME.**

LA SCOPERTA

## Lotta all'epatite C, in commercio il nuovo farmaco che salva la vita

DA UN LATO c'è la scienza, che continua a sfornare nuovi farmaci in grado di attaccare il "nemico" da punti diversi, come sta accadendo con il virus dell'Aids. Dall'altra ci sono le necessità finanziarie del Paese, che non consentono di trattare con i farmaci più efficaci e anche più costosi gli almeno 300.000 italiani (le stime dei possibili infetti arrivano anche a superare il milione di persone) con infezione da virus dell'epatite C.

È in questo panorama che si inserisce il nuovo farmaco disponibile in Italia, che ha dimostrato di poter avere un'efficacia molto elevata in combinazione con sofosbuvir, altro medicinale di ultima generazione, evitando a molti pazienti il ricorso all'interferone. L'associazione ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi, dopo dodici settimane, anche nei virus che più "circolano" in Italia, quelli di genotipo 1 e 4. Il primo è responsabile dell'infezione

in circa sei malati su dieci in Italia. «L'epatite C, oltre ad attaccare il fegato, induce uno stato di infiammazione generale nell'organismo e addirittura aumenta il rischio di sviluppare il diabete» spiega Gloria Taliani, docente di Malattie Infettive all'Università di Roma "La Sapienza". Oggi c'è un'opportunità che permette di affrontare l'infezione ed eliminare il virus senza il ricorso all'interferone, che in pratica si comporta come una sorta di "chemioterapia". Tuttavia le indicazioni dicono che l'associazione tra i due farmaci, per motivi di sostenibilità economica, sarà al momento destinata solo ai pazienti con le forme più avanzate dell'infezione. «Per molti altri, in ogni caso, si tratta sempre di un'opportunità in più perché anche in associazione a interferone e ribavirina (il trattamento standard) simeprevir ha dimostrato di migliorare le possibilità di eliminare il virus» conclude l'esperta.

FE. ME.



# “Basta ospedali come caserme” la lotta per avere più comfort in corsia

Sveglia all'alba, pasti a ore impossibili  
e troppe limitazioni alle visite dei parenti  
Anche i medici ora chiedono di cambiare

**MICHELE BOCCI**

**S**VEGLIA alle sei per il prelievo del sangue, pranzo a mezzogiorno e cena alle 18. Alle 20, luci spente e tutti a dormire. Ed è andata benesa i parenti sono rimasti tutto il pomeriggio, e non un paio d'ore come previsto in certi reparti. Oggi come quaranta o cinquant'anni fa, gli ospedali italiani sono organizzati come fossero caserme. Si potrebbe pensare che la rigida disciplina, con orari anticipati di almeno un paio d'ore rispetto al normale, abbia a che fare con la salute del paziente. Non è vero: i ritmi sono più che altro legati ad esigenze organizzative, a questioni di turni dei lavoratori. Vari studi scientifici hanno dimostrato i danni provocati ai malati dagli orari, e anche nel nostro Paese è nato un movimento eterogeneo di società scientifiche, ma anche aziende sanitarie o singoli primari, che propongono di cambiarli.

«Sa quali sono le tre cose di cui si lamentano di più la maggior

parte dei ricoverati in Italia? Che mangiano male, non dormono e non vanno al bagno». Nicola Montano dirige una medicina interna del Sacco di Milano e si augura che medici, infermieri e assistenti sanitari ripensino insieme il sistema dell'accoglienza. Del resto per molti ricoverati la sveglia suona alle sei perché a quell'ora dei prelievi e della consegna dei farmaci si occupano gli infermieri della notte, che smontano alle sette, e non i colleghi che iniziano a lavorare la mattina, gravati da altri impegni. Stessa cosa vale per gli orari del pasto, legati ai turni di chi distribuisce il cibo. «Bisognerebbe riorganizzare gli ospedali a misura dei pazienti, rispettando la loro fisiologia. Altrimenti finisce che oltre a soffrire di una determinata malattia, devono affrontare gli effetti pesanti dell'alterazione dei ritmi di vita».

Di recente negli ospedali statunitensi è partita una campagna incentrata soprattutto sulla qualità del sonno. Non deve essere interrotto durante la notte e neanche la mattina presto, pena un peggioramento delle condizioni dell'assistito. Se i pazienti

dormono regolarmente, senza risvegli dovuti a luci accese e rumori vari nel reparto oppure a terapie che possono essere rinviate, il loro benessere aumenta. Più di uno studio scientifico ha dimostrato che la privazione del sonno o l'interruzione del ritmo sonno-veglia sono fattori che provocano danni alla salute, addirittura un quarto dei ricoverati anziani vanno incontro al "delirium", che è uno stato di confusione mentale acuta, se non riposano bene e in modo regolare.

Niccolò Marchionni è professore di geriatria all'Università di Firenze e presidente della società di cardiologia geriatrica. Da sempre lavora per migliorare l'accoglienza dei pazienti. Nei suoi reparti di degenza ordinaria e terapia intensiva a Careggi l'orario di visita dura 12 ore, da mezzogiorno a mezzanotte. «Abbiamo anche pubblicato uno studio per dimostrare come la

presenza di parenti e amici non mette a rischio i malati ma fa bene. Purtroppo nel nostro Paese ci sono ancora tanti reparti aperti ai visitatori poche ore. Lavoriamo anche sui pasti. Per chi non ha

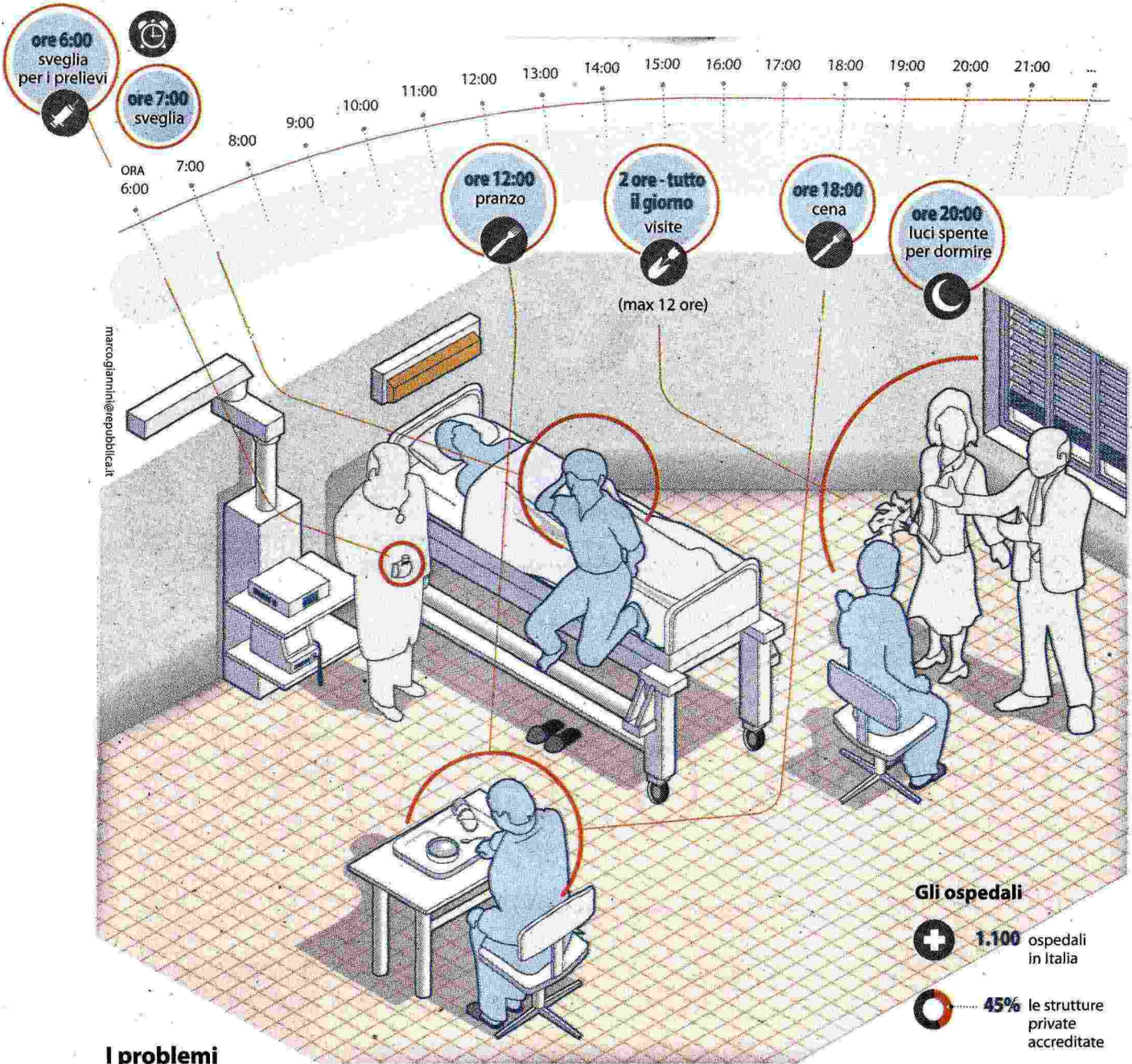
problemi particolari, intanto, teniamo in caldo i vassoi della cena e li facciamo consumare anche alle 20. E poi abbiamo abolito l'usanza barbara di far mangiare a letto anche chi si può alzare. Non ci dimentichiamo che i nostri sono luoghi di cura dove, per assurdo, tanti anziani sviluppano problemi di denutrizione, anche a causa degli orari e del modo in cui vengono consumati i pasti».

Una visione di insieme la dà Francesco Ripa di Meana, che guida la Fiaso, la federazione delle Asl. «Varie aziende sanitarie e ospedaliere si stanno muovendo verso l'umanizzazione dell'assistenza, migliorando l'accoglienza. Ma per intervenire sui ritmi delle mense o sulla diversificazione dei menu ci vogliono risorse, e purtroppo siamo in un periodo di tagli orizzontali. Bisogna comunque ricordare che non stiamo parlando di alberghi. Determinati orari devono esistere, perché sono dettati dai tempi di altri servizi, come ad esempio dei laboratori di analisi». È vero, non si parla di alberghi, ma tra queste strutture e le caserme esistono vie di mezzo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'alterazione dei ritmi di vita ha effetti pesanti, servono strutture a misura di paziente

## Gli orari da "caserma"



## I problemi

### MALNUTRIZIONE

Molti pazienti, anche a causa dei cambiamenti degli orari dei pasti rispetto a casa, mangiano troppo poco

### CONFUSIONE MENTALE

Un quarto dei pazienti anziani va incontro a problemi a causa del sonno irregolare

### DOLORE

Il cambio dello stile di vita provoca una maggiore sofferenza dei pazienti

6,5 milioni i ricoveri ordinari in un anno  
 2,3 milioni le giornate di ricovero in day hospital  
 44 milioni il numero di giornate di ricovero

6,8 giorni la durata media della degenza

### I RICOVERI (in %)

14,5 problemi cardiologici  
 12,5 problemi ortopedici  
 9,4 problemi gastrici

**PERSAPERNE DI PIÙ**  
[www.simi.it](http://www.simi.it)  
[www.fiaso.it](http://www.fiaso.it)



# focus osserva italia

IL CASO I

## Cresce l'allarme per le pillole sul Web

E' LA GRAN BRETAGNA IL PAESE EUROPEO CHE DA PIÙ TEMPO HA APERTO IL SETTORE. IL PORTOGALLO STA ACCELERANDO CON UNA SERIE DI RIFORME. DALL'ITALIA L'ENNESIMA FRENATA

Marco Frojo

Milano

Il panorama europeo delle farmacie e delle parafarmacie è molto variegato nonostante esistano diverse direttive che hanno l'obiettivo di armonizzare la vendita dei farmaci all'interno dell'Unione.

In Gran Bretagna i farmaci da banco sono stati liberalizzati già nel 1968 e oggi esistono catene di farmacie e parafarmacie che hanno dimensioni tali da essere quotate in Borsa. In Inghilterra non esistono inoltre limiti di alcun genere per l'apertura di farmacie: contrariamente a quanto avviene nella maggior parte dei Paesi europei, è sempre stato consentito, alle società di capitali di divenire proprietarie di una farmacia. Oggi, delle 12.000 farmacie esistenti, 3000 sono controllate dalle due maggiori catene (Boots e Lloyds), 4600 fanno capo a piccole catene, 4.500 sono indipendenti e circa 500, sono incluse in supermercati. Infine è una caratteristica diffusa fra le catene di farmacie di una certa dimensione quella di offrire al pubblico delle linee di prodotti da banco con il proprio marchio e con prezzi inferiori a quelle dei concorrenti più conosciuti.

Anche in Germania non sono previsti criteri topografici o demografici per l'apertura di nuove farmacie. A differenza del Regno Unito, però, al di fuori delle farmacie è pos-

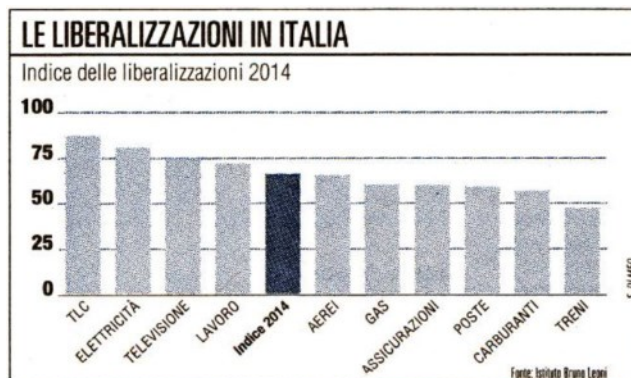
sibile vendere solo prodotti aventi proprietà di prevenzione e non curative. La proprietà delle farmacie è riservata ai soli farmacisti, siano essi singoli o in forma di società fra farmacisti. Ogni farmacista può possedere solo una farmacia, mentre ogni società può possedere fino a tre farmacie sussidiarie oltre a quella principale. Le farmacie sussidiarie devono essere situate nello stesso quartiere o in uno adiacente. L'intervento statale è limitato alla concessione di incentivi per l'apertura di farmacie in aree rurali a scarsa densità di popolazione.

In Francia la situazione è molto più simile a quella italiana. La pianta organica delle farmacie viene stabilita in funzione del numero di abitanti. Tuttavia un regime derogatorio permette al prefetto o al **Ministero della sanità** di autorizzare l'apertura di farmacie in sovrannumero in funzione dei reali bisogni della popolazione. Il Paese che di recente è progredito di più in fatto di liberalizzazione della vendita di farmaci è però molto probabilmente il Portogallo. Nel 2007 è stata liberalizzata la proprietà della farmacia, dando la possibilità a ogni persona fisica o giuridica di possedere non più di quattro farmacie (con l'esclusione dei professionisti sanitari con diritto di prescrizione, ospedali, cliniche private e grossisti di industrie farmaceutiche). Dal 2005, inoltre, è stato completamente liberalizzato il settore dei farmaci da banco che possono essere venduti in qualsiasi esercizio commerciale con il solo obbligo di avere un laureato in farmacia in veste di supervisore (anche non presente fisicamente al momento della vendita).

In Italia ancora un flop sul fronte della liberalizzazione, dopo lo stop da parte del consiglio dei ministri che, nella seduta di venerdì scorso, avrebbe dovuto varare il provvedimento per la vendita di farmaci di fascia C con ricetta. Tutto rinviato così come l'aumento del numero delle farmacie sul territorio nazionale. L'Associazione Nazionale Parafarmacie Italiane (Anpi) ricorda come il settore delle farmacie (inclusi i corner all'interno della Gdo) siano già pronti ad adeguarsi ai cambiamenti agli eventuali cambiamenti normativi, in quanto la legge già ora impone «non solo la presenza di un farmacista abilitato alla professione, ma anche attrezzature tecnologiche, approvigionamento dei farmaci e procedure di controllo uguali a quelle della farmacia».

Ma oltre alla questione riguardante la vendita dei farmaci di fascia C con ricetta al di fuori delle farmacie, c'è un tema se possibile ancora più spinoso, ovvero la regolamentazione della vendita dei farmaci online. Ad oggi in Italia sul web si possono acquistare tutti i prodotti presenti in una farmacia ad eccezione dei farmaci, quindi integratori, cosmetici, articoli sanitari una parte dei prodotti veterinari e i prodotti per la prima infanzia. Presto però potrebbe essere dato il via libera alla vendita dei farmaci da banco. Su questo argomento esiste una direttiva europea, la 62/2011, che è stata recepita dal nostro Paese nel marzo del 2014 e che disciplina la vendita di farmaci tramite internet, lasciando però agli Stati membri la libertà di decidere che cosa vendere online: se solo i farmaci da banco o anche quelli dietro prescrizione medica, come già avviene in alcuni Paesi della Ue.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ancora un rinvio da parte del governo sul via libera alla vendita dei farmaci da banco

