

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

Donne incinte, occhio alla tiroide: influisce su sviluppo del feto

Il congresso in corso a Taormina focalizza l'attenzione sul corretto consumo di iodio



IL FUNZIONAMENTO DELLA TIROIDE INFLUISCE SU SVILUPPO DEL FETO

Le conseguenze del malfunzionamento tiroideo sullo sviluppo del feto sono ancora sottovalutate. Se ne è parlato al convegno di endocrinologia in corso in questi giorni a Taormina.

Le donne sono più esposte ai disturbi endocrinologici, i cui sintomi si manifestano in modo subdolo e lento, impedendo una diagnosi tempestiva e dando tempo alla patologia di arrecare più danni all'organismo. Le origini di questa differenza, spesso attribuita al ruolo degli estrogeni, non sono ancora chiare. «Ed è per questo che la medicina di genere in endocrinologia (specialità che si occupa del malfunzionamento di tiroide, pancreas, surreni, ipofisi, ovaie e testicoli, insomma degli organi che producono ormoni che regolano metabolismo, riproduzione, crescita e sviluppo sessuale) è necessaria» spiega il professor Francesco Trimarchi, presidente della Società Italiana di Endocrinologia.

L'IMPORTANZA DEL SALE IODATO

Per il benessere della tiroide è da sfatare anche il mito del sale come un alimento da evitare a tutti i costi, come si va ripetendo da tempo. Per quanto un eccesso di sale sia causa di disturbi cardiovascolari e renali e la riduzione del suo consumo sia considerata tra le ragioni della diminuzione dell'incidenza del cancro allo stomaco, esso è un alimento indispensabile. Inoltre, il consumo di sale iodato è fondamentale per il corretto sviluppo e funzionamento della ghiandola tiroidea. La carenza di iodio nell'organismo, e di conseguenza nella tiroide, è una delle principali cause di ridotta produzione di ormoni tiroidei che regolano il metabolismo e modulano lo sviluppo del sistema nervoso centrale. Il malfunzionamento della tiroide influenza anche la capacità della donna di concepire figli e di portare a termine con successo la gravidanza.

DEFICIT COGNITIVI E AUTISMO COLLEGATI A FUNZIONALITA' TIROIDE MATERNA

«Una carenza in gravidanza ha delle conseguenze sullo sviluppo fetale» ci ha spiegato il professor Francesco Vermiglio dell'Università di Messina, convinto che la supplementazione di iodio andrebbe prescritta in fase preconcezionale esattamente come già accade con l'acido folico. «La supplementazione di iodio diventa necessaria per la prevenzione di numerosi disturbi dello sviluppo, da un aumentato rischio di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività ADHD ad un minor quoziente intellettivo dovuto a deficit cognitivi, che la letteratura

scientifico sta dimostrando poter essere legati al malfunzionamento tiroideo. Di recente, anche i disordini dello spettro autistico sono stati associati ad una carenza di iodio nel primo trimestre di gravidanza». In queste prime dodici settimane, infatti, il feto dipende interamente dalla madre che è unica fonte di ormoni tiroidei.

Secondo uno studio olandese condotto su 3036 bambini, «l'ipotiroidismo materno è predittivo di ritardi cognitivi e verbali nella prima infanzia e la severità del danno è dose dipendente» ha spiegato Alfredo Pontecorvi, primario di endocrinologia al Policlinico Gemelli di Roma, anticipando le linee guida dell'American Thyroid Association sulla diagnosi e la terapia del nodulo tiroideo che verranno a breve pubblicate. Non andrebbe dimenticato che la diagnosi di gravidanza viene generalmente fatta quando ormai sono passate alcune settimane dal concepimento. Ma proprio quel primo trimestre è critico per lo sviluppo fetale e quindi l'identificazione di possibili future mamme con segni subclinici di ipotiroidismo (quindi non ancora malate) andrebbe fatta con largo anticipo.

QUALI SONO I VALORI OTTIMALI DI IODIO

Secondo l'OMS, il valore ottimale di iodio nel sangue è di 150 microgrammi per grammo (fabbisogno che aumenta in gravidanza), che non si raggiunge con la sola alimentazione. Serve il sale iodato. Una legge del 2005 ne prevede la semiobbligatorietà della vendita e la profilassi può considerarsi adeguata quando il 90% della popolazione lo utilizza. In Italia, arriviamo ad uno scarso 50%.

IPOTIROIDISMO E ABORTI

Un non corretto funzionamento della tiroide materna, oltre a determinare una riduzione dello sviluppo neurocognitivo del bambino, può avere delle conseguenze sullo svolgimento della gravidanza, come aborto, parto pretermine, emorragia post-partum, mortalità perinatale e malformazioni congenite.

UN QUESTIONARIO ON LINE SU COME GESTITE LA VOSTRA TIROIDE

Secondo un lavoro del gruppo del professor Vermiglio che ha indagato la consapevolezza dell'importanza della profilassi iodica nei giovani delle scuole medie del comprensorio di Messina, emerge che gli studenti sono informati sull'importanza dello iodio ma sembrano essere i medici di base non solo a non suggerirne l'assunzione ma addirittura a sconsigliarla.

A cura della Fondazione Cesare Serono, un questionario online (www.tiroideinprimopiano.it) ha ottenuto in meno di un mese 4mila risposte. «Il 63% dei soggetti in cura o sotto controllo per patologie della tiroide ha dichiarato di non aver avuto alcuna indicazione dal proprio specialista sull'importanza dello iodio» ci ha spiegato Tommaso Sacco responsabile scientifico della Fondazione. Altro dato su cui riflettere riguarda quel 45% di pazienti che ha dichiarato di non aver seguito il regolare programma di controlli perché non esentato e troppo oneroso economicamente.

SALUTE DI GENERE

Il miraggio dell'epidurale sicura e per tutte

Partorire senza dolore è ancora un miraggio: nonostante gli appelli per rendere l'epidurale un diritto per tutte, appena un'italiana su cinque la ottiene. Lo rivelano i dati della Società di analgesia-anestesia (*siaarti.it*): la maggioranza dei punti nascita soddisfa la richiesta di rado e con difficoltà, per mancanza di fondi o di personale. In alcune regioni, soprattutto al Sud, le strutture pubbliche che lo fanno sono pochissime. «Tante si affidano al privato, ma in certe cliniche, se succede qualcosa, è difficile gestire un'emergenza» osserva Danilo Celleno, responsabile gruppo di studio analgesia in ostetricia di Siaarti. «Chi ha una gravidanza minimamente patologica o da fecondazione assistita deve rivolgersi solo a un centro con oltre duemila parti l'anno». Problemi di sicurezza sono possibili anche negli ospedali pubblici con meno di mille nascite: sono la maggioranza e solo il 25 per cento offre l'epidurale senza ticket. In più, spesso sono privi di guardia ostetrica, anestesiologicala e pediatrica. Parti sicuri e indolori vanno a braccetto: per questo Siaarti ha pubblicato le linee guida dei servizi di analgesia nei punti nascita, dal numero di ostetriche per turno a quello di sale operatorie».

Elena Meli



Infertilità: una coppia su cinque ha problemi

In Italia la bassa soglia di sostituzione nella popolazione non consente di fornire un ricambio generazionale. Il valore di 1,39 figli per donna, nel 2013, colloca il nostro Paese tra gli Stati europei con i più bassi livelli. Questo determina un progressivo invecchiamento della popolazione. La combinazione tra la persistente denatalità ed il progressivo aumento della longevità conducono a stimare che, nel 2050, la popolazione inattiva sarà in misura pari all'84% di quella attiva. È partendo da questi dati che il [ministero della Salute](#) ha messo a punto un Piano per la fertilità che pone tra le priorità l'informazione, la prevenzione e la diagnosi precoce coinvolgendo l'intera popolazione, dal semplice cittadino a farmacie, scuole, consultori familiari, università e ospedali. In un paese in cui una coppia su 5 ha difficoltà a procreare per vie naturali e dove negli ultimi quattro anni si sono registrate 42 mila nascite in meno, il [ministero della Salute](#) ha deciso di puntare su informazione e formazione per cittadini e operatori sanitari.



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

Oncologia. Aiom: “In 10 anni raddoppiato il prezzo dei farmaci. Subito un Fondo nazionale”

In dieci anni il prezzo dei farmaci anti-cancro è duplicato, passando da 4.500 dollari a più di 10mila al mese. Il presidente Carmine Pinto: “L'Italia è riuscita a reggere finora questi costi. Ma la copertura economica sta diminuendo. Chiediamo alle Istituzioni di creare una fonte di risorse dedicate. E devono essere introdotte tre fasce di costo delle terapie in base all'efficacia”.



31 MAG - In dieci anni il prezzo dei farmaci anti-cancro è duplicato, passando da 4.500 dollari a più di 10mila al mese. L'Italia finora è riuscita a reggere l'impatto di questa crescita esponenziale, grazie ai sistemi di rimborso concordati con l'Aifa. Infatti nel nostro Paese il prezzo medio dei trattamenti antitumorali è fra i più bassi d'Europa. E l'aumento della sopravvivenza garantito dalle nuove armi, come l'immunoterapia, garantisce un circolo virtuoso. Che però rischia di spezzarsi, se non si crea quanto prima un Fondo Nazionale per l'oncologia, che oggi manca. La richiesta alle Istituzioni viene dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) al 51° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) in corso a Chicago fino al 2 giugno.

“Chiediamo di dare vita a questa fonte specifica di risorse da destinare a un settore delicato che richiede particolari attenzioni – afferma **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom, in un incontro con i giornalisti a Chicago -. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato ridotto e portato all'11,35% del Fondo Sanitario Nazionale, il tetto di quella ospedaliera è al 3,5%. La maggior parte dei farmaci anti-cancro rientra fra quelli ospedalieri e nel 2014 quest'ultima percentuale è stata superata attestandosi intorno al 4,5%. La copertura economica si sta stringendo in maniera consistente. È necessario istituire una sorta di fondo farmaceutico nazionale staccato, solo così potremo disporre di un maggior numero di risorse per garantire a tutti i pazienti le cure migliori. Serve anche una rivisitazione dei costi dei farmaci sulla base dell'efficacia”.

Proprio al Congresso ASCO si è aperta la discussione su quale sia il vantaggio minimo in termini di sopravvivenza che un nuova terapia dovrebbe portare. “In oncologia – continua Pinto - spesso i passi in avanti sono apparentemente irrilevanti, perché solo la somma dei progressi nel corso degli anni può condurre nel tempo a risultati importanti. Dovrebbero essere stabilite tre fasce di costo in rapporto al valore. Nella prima andrebbero inclusi i farmaci che garantiscano un prolungamento di oltre un terzo dell'aspettativa di vita. A seguire la fascia intermedia e nell'ultima rientrerebbero quelle terapie che offrono un prolungamento inferiore al 15% dell'aspettativa di vita”.

Nel 2014 sono stati registrati in Italia 365.500 nuovi casi di tumore (circa 1000 al giorno), di cui 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% delle persone colpite dal cancro sconfiggeva la malattia. Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60% (in particolare il 57% degli uomini e il 63% delle donne). In quarant'anni le guarigioni sono raddoppiate e si calcola che nel 2015 siano circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "In Europa i nuovi farmaci oncologici – spiega **Stefania Gori**, segretario nazionale Aiom - sono approvati dalla European Medicines Agency (EMA) con criteri di validità scientifica degli studi, ma senza alcuna valutazione farmacoeconomica, che viene delegata alle singole nazioni. Ogni Stato membro è obbligato a commercializzare le terapie con prezzi al pubblico che spesso risentono di contrattazioni già eseguite nei Paesi europei più rapidi a registrare. In Italia l'AIFA è riuscita a garantire l'erogabilità a carico del Servizio Sanitario Nazionale di molti farmaci ad alto costo con accorgimenti organizzativi (distribuzione diretta con gli sconti dovuti alle strutture pubbliche) e finanziari (cost-sharing, risk-sharing, payment by result)".

In particolare nel cost-sharing è previsto uno sconto fisso sul prezzo dei primi cicli di trattamento per tutti i pazienti entrati in terapia (indipendentemente dagli esiti). Nel risk-sharing, rispetto al cost-sharing, lo sconto fisso (fino al 50%) nei primi cicli si applica esclusivamente ai pazienti che non rispondono al trattamento. Nel payment by result si estende il principio del risk-sharing con una copertura totale del prezzo del farmaco utilizzato (100%) in caso di fallimento terapeutico. Attualmente il 33% delle procedure negoziali risponde ai criteri del cost-sharing, il 32% al payment by result e solo il 3% al risk-sharing.

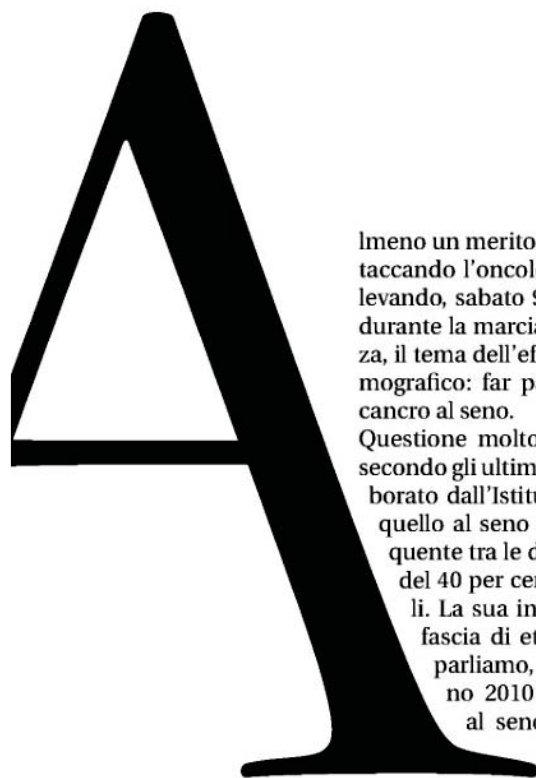
"La scelta di utilizzare alcune terapie target – conclude Pinto - dipende dall'esito di test genetici, svolti per verificare che il paziente sia idoneo a ricevere il trattamento. Un indiscutibile vantaggio, anche in termini economici. Il sistema italiano di rimborsabilità funziona, ma ora è necessario introdurre alcune modifiche nella valutazione del prezzo dei farmaci, che si riferiscano anche all'efficacia. Innovazione, sostenibilità e appropriatezza vanno correlate alla organizzazione del sistema sanitario e del percorso assistenziale. In fase di disegno di uno studio clinico e di interpretazione dei risultati da parte delle autorità regolatorie deve cioè essere considerata anche la rilevanza clinica dei dati statisticamente significativi. I vantaggi dell'introduzione di un farmaco vanno cioè considerati nell'ambito dell'intero processo diagnostico-terapeutico".

Mammografia, caro Beppe hai sbagliato



Ogni anno 13.000 donne aumentano
la probabilità di sopravvivere all'attacco del tumore al seno
grazie alla diagnosi precoce

di Pietro Greco



Almeno un merito lo ha avuto, Beppe Grillo, attaccando l'oncologo Umberto Veronesi e sollevando, sabato 9 maggio tra Perugia e Assisi durante la marcia per il reddito di cittadinanza, il tema dell'efficacia dello screening mammografico: far parlare della prevenzione del cancro al seno.

Questione molto seria, quest'ultima, perché secondo gli ultimi dati del Registro Tumori elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), quello al seno è il tumore maligno più frequente tra le donne: da solo è responsabile del 40 per cento delle neoplasie femminili. La sua incidenza è la più alta in ogni fascia di età. Per avere un'idea di cosa parliamo, basti ricordare che nell'anno 2010 le donne affette da cancro al seno in tutta l'Italia erano ben 488.200 e le nuove diagnosi sono state 39.781. Secondo

l'Iss, nel corso della vita, sarà una donna su 11 a contrarre un cancro al seno. Sebbene tre donne occidentali su 100 muoiono a causa di un tumore alla mammella, secondo la Preventive Services Task Force degli Stati Uniti (Uspstf), quello al seno è tra i tumori più trattabili: secondo il Registro dell'Istituto Superiore, la sopravvivenza a 5 anni delle donne che ne sono affette è dell'87% e supera il 91% per le donne di età compresa tra i 40 e i 49 anni. I progressi in questo senso sono tangibili: la sopravvivenza a 5 anni per tumori alla mammella diagnosticati tra il 2000 e il 2002 risulta infatti superiore di 15 punti percentuali rispetto a quelli diagnosticati del triennio 1985-87.

Difficile, ma non impossibile, individuare la cause specifiche di questo miglioramento. Ma, come evidenzia il rapporto *Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia. I risultati del progetto Impatto dei programmi di screening mammografico*, è certo che essi sono il frutto sia dei progressi in campo terapeutico (cure più efficaci) sia dello screening mammografico (prevenzione). Un esame radiologico consistente nel fare due lastre per ciascuna mammella con i raggi X. Nei programmi consigliati dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (Oms) e dal nostro **Ministero della Sanità** è bene che a effettuare l'a-

nalisi, ripetendola ogni due anni, siano tutte le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Lo scopo è quello di arrivare a una diagnosi precoce, così da rendere più efficace la cura. La mammografia, sia chiaro, non evita il cancro al seno, ma lo rende statisticamente meno pericoloso per le donne cui viene diagnosticato in una fase di insorgenza precoce.

Lo screening di massa delle donne in età a rischio ha oltre quarant'anni. Si è iniziato a praticarlo negli Stati Uniti all'inizio degli anni 70 del secolo scorso ed è poi sbarcato in Europa. Da molti anni viene praticato anche in Italia. Secondo la rivista *Epicentro*, il 71% delle donne italiane di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha dichiarato di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni, il 17% l'ha effettuata, ma non negli ultimi due anni, mentre il 12% non ne ha mai effettuata una.

Due sono le modalità attraverso le quali le donne italiane accedono all'esame. Una è, per così dire, spontanea: su consiglio del proprio medico o per propria iniziativa. L'altra è in risposta allo screening mammografico proposto dal sistema sanitario.

Stando ai dati, c'è una significativa disuguaglianza di accesso allo screening. Un primo fattore asimmetrico è quello regionale: aderisce ben l'81% delle donne del Nord, con una punta dell'86% in Emilia-Romagna e il 77% delle donne residenti al Centro; mentre la percentuale scende al 54% tra le donne del Sud. Le punte inferiori si registrano in Calabria (47%) e in Campania (46%).

Allo stesso modo, incidono anche le condizioni sociali e culturali: accede allo screening il 78% delle donne che non hanno difficoltà economiche; il 77% delle donne più istruite; il 73% delle donne più giovani (quelle di età compresa tra i 50 e i 59 anni). Hanno maggiori difficoltà invece le donne straniere: solo il 62% esegue l'esame.

I medici, l'Istituto Superiore di Sanità e lo stesso **Ministero della Sanità** dicono che bisogna estendere la copertura dello screening mammografico e rimuovere i fattori che generano disuguaglianze. Di più, molti medici e ricercatori esperti consigliano di estendere anche

alla fascia di età compresa tra i 40 e i 49 anni lo screening e, magari, anche a quella delle settantenni. La prima è esclusa, perché tra le quarantenni l'incidenza del tumore al seno è relativamente bassa e la seconda perché l'incidenza del tumore tra le settantenni inizia a scendere rispetto a quella nella fascia di età precedente e la mortalità per altre cause diventa prevalente. Entrambe queste motivazioni, secondo molti medici, sono da rivedere. Anche se meno efficace, lo screening mammografico esteso salverebbe altre vite umane. Sia come sia, non c'è dubbio che quella in atto in Italia è un'attività già molto vasta, che porta ogni anno almeno 2,5 milioni di donne a sottoporsi a un esame radiografico al seno.

Beppe Grillo sembra aver messo in dubbio la sostanziale efficacia di questo gran movimento. Non perché la radiografia al seno sia pericolosa - la dose di raggi X utilizzata è molto bassa e il rischio da radiazioni è trascurabile - ma perché secondo l'uomo politico, le donne che guariscono grazie allo screening mammografico sarebbero poche: non più di due su mille. Nel proporre questo numero, Grillo si è riferito, male, ad alcuni dati presenti nella letteratura scientifica internazionale. Ma la domanda che lui pone non è banale: servono davvero le mammografie?

La risposta è certamente difficile da proporre in termini quantitativi, eppure, sostengono i ricercatori del già citato progetto Impatto, non può che essere sì. I loro studi sembrano dimostrare, infatti, che lo screening mammografico è efficace. Dei circa 40.000 tumori al seno diagnosticati nell'ultimo anno registrato (il 2010), oltre 13.000 sono dovuti alla campagna di screening mammografico. Il che significa che ogni anno 13.000 donne aumentano la probabilità di sopravvivere all'attacco del tumore grazie alla diagnosi precoce.


Anche in termini di mortalità si può dire qualcosa. In un'area sottoposta in maniera sistematica a screening mammografico, le morti per tumore al seno si riducono del 25%. E se una donna da cancro al seno, grazie alla diagnosi precoce effettuata con lo screening vede aumentare le sue probabilità di sopravvivenza

del 45%. Non sono affatto numeri trascurabili. Come sostiene, peraltro, anche l'americana Preventive Services Task Force, secondo cui chi si sottopone a mammografia riduce la probabilità di morire di cancro al seno del 16%. Il che significa che la mammografia salva la vita a 5 donne su 1.000 (sane e malate) di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Se poi lo screening fosse esteso alla fascia di età compresa tra i 40 e i 79, su 1.000 donne (sane o malate) si salverebbero 4 vite. No, non sono affatto numeri trascurabili.

Certo, non mancano i problemi. Uno di questi è la cosiddetta sovradiagnosi: la possibilità dell'errore. Per esempio che una piccola lesione venga scambiata per un tumore incipiente. Il problema è stato richiamato da Beppe Grillo, ma è ben noto in letteratura. Fece scalpore, tre anni fa, l'articolo *Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence* che Archie Bleyer e Gilbert Welch pubblicarono su *The New England Journal of Medicine*, una delle riviste mediche più accreditate al mondo. Al termine di un'indagine su tre decenni di screening mammografico negli Stati Uniti i due ricercatori calcolarono che il 31% delle diagnosi di cancro al seno erano dei falsi

positivi. Il che ha indotto le donne cui la falsa diagnosi è stata proposta (70.000 ogni anno) a considerarsi malate, benché fossero sane.

Non è facile accertare le sovradiagnosi. Ma è certo che il problema esiste. I ricercatori italiani del progetto Impatto pensano, dati alla mano, che in Italia il problema sia molto più ridotto. Secondo loro le sovradiagnosi ammontano a non più del 5% del totale. E persino nello scenario peggiore non vanno oltre il 13%. Non sono poche, ma possono essere ridotte. E ogni sforzo deve essere effettuato per diminuirne il numero.

In conclusione, in medicina come in ogni altra dimensione dell'agire umano non esiste il rischio zero. E ogni azione deve essere valutata in base al rapporto tra costi e benefici. Non c'è alcun dubbio che, pur con tutti i limiti evidenziati, i benefici dello screening mammografico sono di gran lunga superiori ai costi. 

**I dati parlano chiaro:
in un'area sottoposta
in maniera sistematica
a screening mammografico
le morti per tumore al seno
si riducono del 25 per cento**

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

Tumori: allarme oncologi, in 10 anni raddoppiato prezzo farmaci

16:54 30 MAG 2015

(AGI) - Roma, 30 mag. - In dieci anni il prezzo dei farmaci anti-cancro e' duplicato, passando da 4.500 dollari a piu' di 10mila al mese. L'Italia finora e' riuscita a reggere l'impatto di questa crescita esponenziale, grazie ai sistemi di rimborso concordati con l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Infatti nel nostro Paese il prezzo medio dei trattamenti antitumorali e' fra i piu' bassi d'Europa. E l'aumento della sopravvivenza garantito dalle nuove armi, come l'immunoterapia, garantisce un circolo virtuoso. Che pero' rischia di spezzarsi, se non si crea quanto prima un Fondo Nazionale per l'oncologia, che oggi manca. La richiesta alle Istituzioni viene dall'Associazione Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) al 51° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) in corso a Chicago fino al 2 giugno. "Chiediamo di dare vita a questa fonte specifica di risorse da destinare a un settore delicato che richiede particolari attenzioni - afferma il prof.

Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM -. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale e' stato ridotto e portato all'11,35% del Fondo Sanitario Nazionale, il tetto di quella ospedaliera e' al 3,5%. La maggior parte dei farmaci anti-cancro rientra fra quelli ospedalieri e nel 2014 quest'ultima percentuale e' stata superata attestandosi intorno al 4,5%. La copertura economica si sta stringendo in maniera consistente. E' necessario istituire una sorta di fondo farmaceutico nazionale staccato, solo cosi' potremo disporre di un maggior numero di risorse per garantire a tutti i pazienti le cure migliori. Serve anche una rivisitazione dei costi dei

farmaci sulla base dell'efficacia". Proprio al Congresso ASCO si e' aperta la discussione su quale sia il vantaggio minimo in termini di sopravvivenza che un nuova terapia dovrebbe portare.

"In oncologia - continua il prof. Pinto - spesso i passi in avanti sono apparentemente irrilevanti, perche' solo la somma dei progressi nel corso degli anni puo' condurre nel tempo a risultati importanti. Dovrebbero essere stabilite tre fasce di costo in rapporto al valore. Nella prima andrebbero inclusi i farmaci che garantiscano un prolungamento di oltre un terzo dell'aspettativa di vita. A seguire la fascia intermedia e nell'ultima rientrerebbero quelle terapie che offrono un prolungamento inferiore al 15% dell'aspettativa di vita". Nel 2014 sono stati registrati in Italia 365.500 nuovi casi di tumore (circa 1000 al giorno), di cui 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. "In Europa i nuovi farmaci oncologici - spiega la dott.ssa Stefania Gori, segretario nazionale AIOM - sono approvati dalla European Medicines Agency (EMA) con criteri di validita' scientifica degli studi, ma senza alcuna valutazione farmacoeconomica, che viene delegata alle singole nazioni. Ogni Stato membro e' obbligato a commercializzare le terapie con prezzi al pubblico che spesso risentono di contrattazioni gia' eseguite nei Paesi europei piu' rapidi a registrare. In Italia l'AIFA e' riuscita a garantire l'erogabilita' a carico del Servizio Sanitario Nazionale di molti farmaci ad alto costo con accorgimenti organizzativi (distribuzione diretta con gli sconti dovuti alle strutture pubbliche) e finanziari (cost-sharing, risk-sharing, payment by result)". (AGI) .

PRONTO IL DECRETO

Credito d'imposta
per la ricerca
fino al 50 per cento

Carmine Fotina > pagina 5

25%

BENEFICIO
PER LE SPESE
RELATIVE
AI BREVETTI

Bonus ricerca fino al 50%

Ecco il decreto: il credito d'imposta resta al 25% per spese relative a strumenti e brevetti

Niente «click day»

Il beneficio fiscale cumulabile con quello specifico per il personale altamente qualificato

I paletti

Agevolazione calcolata comunque entro i limiti della spesa incrementale complessiva

DECRETO FIRMATO DA GUIDI

Per multinazionali e startup attive da meno di tre esercizi sarà possibile calcolare il beneficio su tutta la spesa e non sugli incrementi

Carmine Fotina

ROMA

■ Si chiariscono le modalità operative dell'atteso "bonus ricerca". Il decreto attuativo sblocca un'imasse che dura dalla legge di stabilità: c'è il via libera dei ministeri dell'Economia e dello Sviluppo economico, ora il testo viaggia verso la Corte dei Conti e la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Spese incrementali

Il ministro dello Sviluppo Federica Guidi ha annunciato di aver controfirmato il testo dell'Economia intervenendo all'assemblea di Confindustria. Un segnale di attenzione alle imprese che da sempre pongono il credito d'imposta per investimenti in R&S in cima alle priorità, sebbene in una forma più estesa rispetto a quanto finora è riuscito a produrre il governo. La misura resta caratterizzata dal calcolo incrementale degli investimenti, con una novità però: per operazioni greenfield, quindi del tutto nuove, l'agevolazione potrà scattare sull'intero ammontare.

Il credito d'imposta, in vigore dal periodo d'imposta 2015 a quello 2019, non prevede "click day" o erogazione a "rubinetto", è rivolto a tutte le imprese, indipendentemente da forma giuridica, settore economico, regime contabile, fatturato, che effettuano investimenti in ricerca e sviluppo. Il vantaggio fiscale, fino a un massimo annuale di 5 milioni per beneficiario, è riconosciuto a condizione che la spesa complessiva in ciascun periodo d'imposta in cui si intende fruire dell'agevolazione sia di almeno 30mila euro ed ecceda la media dei medesimi investimenti realizzati nei tre periodi d'imposta precedenti al 2015. Ma, elemento importante, nel caso di imprese in attività da meno di tre periodi d'imposta, il riferimento diventa il minore periodo decorrenza dalla costituzione: per una startup o una multinazionale appena insediatasi l'eccedenza potrebbe anche essere pari a zero e in questo caso "il bonus" scatterebbe sul volume totale investito.

Beneficio al 25 e al 50%

Il credito è riconosciuto nella misura del 50% della spesa incrementale relativa a due tipologie di spese: costi relativi al personale altamente qualificato (dottori di ricerca, dottorandi, lauree magistrali di ambito tecnico-scientifico); costi per contratti di ricerca stipulati con università, enti di ri-

cerca e con altre imprese, incluse le startup innovative, purché non ci siano relazioni di controllo societario. Il beneficio è invece contenuto al 25% per quote di ammortamento delle spese di acquisizione o utilizzazione di strumenti e attrezzature di laboratorio, comunque «in relazione alla misura e al periodo di utilizzo per l'attività di ricerca e sviluppo» e con un costo unitario di almeno 2mila euro netti. Tetto al 25% anche per costi relativi a «competenze tecniche e private industriali relative a un'invenzione industriale o biotecnologica, a una topografia di prodotto a semiconduttori o a una nuova varietà vegetale, anche acquisite da fonti esterne».

Il calcolo

Il regolamento chiarisce che per spesa incrementale si intende l'eccedenza di investimenti rispetto «alla media annuale riferita ai rispettivi medesimi costi» sostenuti nel triennio precedente. Viene precisato che il credito



d'imposta è calcolato sulla spesa incrementale riferita alle singole tipologie di costi ma, in ogni caso, «nei limiti della spesa incrementale complessiva».

I costi per il personale

Il "bonus ricerca" è cumulabile con il credito d'imposta per l'assunzione di personale altamente qualificato introdotta dal decreto crescita del 2012. Il decreto attuativo specifica che possono essere agevolati sia costi per dipendenti sia per collaboratori che lavorino comunque all'interno dell'azienda. Il costo da considerare è quello della retribuzione lorda e dei contributi obbligatori, comunque «in rapporto all'effettivo impiego dei medesimi lavoratori nelle attività di ricerca e sviluppo».

La documentazione

I controlli sono affidati all'Agenzia delle entrate, sulla base di documentazione contabile che deve essere certificata da un revisore legale dei conti o dal collegio sindacale. Tutti i beneficiari sono tenuti a conservare alcuni documenti: per i costi del personale, «i fogli di presenza nominativi riportanti per ciascun giorno le ore effettivamente impiegate nell'attività di R&S»; per quanto riguarda strumenti e attrezzature, una dichiarazione relativa alla misura e al periodo in cui sono stati utilizzati per R&S; e per i contratti con università o enti di ricerca una relazione sulle attività svolte alle quali si riferiscono i costi.

Le risorse

Il ministero dell'Economia effettuerà ogni mese il monitoraggio delle fruizioni del credito d'imposta, che devono restare nei limiti della copertura che era stata individuata dalla legge di stabilità: 255,5 milioni per il 2014; 428,7 per il 2016; 519,7 per il 2017; 547 per il 2018 e il 2019; 164 per il 2020.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità

MODALITÀ DI FRUIZIONE



Il credito d'imposta deve essere indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta nel corso del quale sono stati sostenuti i costi ammissibili. Non concorre alla formazione del reddito e della base imponibile Irap; è utilizzabile esclusivamente in compensazione, a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in cui i costi rilevanti sono stati sostenuti. Non si applica il limite annuale di 250mila euro previsto per i crediti d'imposta.

ATTIVITÀ AMMISSIBILI



Sono ammissibili quattro tipi di attività. 1) Lavori sperimentali o teorici, senza che siano previste applicazioni o usi commerciali diretti. 2) Ricerca pianificata o indagini critiche miranti ad acquisire nuove conoscenze. 3) Acquisizione e utilizzo delle conoscenze e capacità esistenti di natura scientifica, tecnologica e commerciale allo scopo di produrre piani, progetti o disegni per prodotti, processi o servizi nuovi. 4) Produzione e collaudo di prodotti, processi e servizi

I LIMITI AL BONUS



Il credito d'imposta, in vigore dal periodo d'imposta 2015 a quello 2019, non prevede "click day" o erogazione a "rubinetto", è rivolto a tutte le imprese, indipendentemente da forma giuridica, settore economico, regime contabile, fatturato, che effettuano investimenti in ricerca e sviluppo. Il "bonus", fino a un massimo annuale di 5 milioni per beneficiario, è riconosciuto a condizione che la spesa complessiva in ciascun periodo d'imposta in cui si intende fruire dell'agevolazione sia di almeno 30mila euro ed ecceda la media dei medesimi investimenti realizzati nei tre periodi d'imposta pre-2015

INCREMENTI E SPESE TOTALI



Il riferimento per il calcolo è l'eccedenza rispetto alla media dei medesimi investimenti realizzati nei tre periodi d'imposta precedenti al 2015. Ma, elemento importante, nel caso di imprese in attività da meno di tre periodi d'imposta, il riferimento diventa il minore periodo a decorrere dalla costituzione: per una startup o una multinazionale appena insediatasi l'eccedenza potrebbe anche essere pari a zero e in questo caso "il bonus" scatterebbe sul volume totale investito.

L'iniziativa

Una sigaretta su dieci è illegale. Contro il fumo la Giornata mondiale senza tabacco

10,9

Millioni
gli italiani
che fumano,
il 20% della
popolazione
di **Adriana Bazzi**

Una sigaretta su dieci, fumata nel mondo, è illegale. Gruppi criminali, con la complicità delle industrie del fumo, traggono profitti dal commercio illecito dei derivati del tabacco a discapito della salute delle persone (perché i bassi prezzi praticati attirano i più giovani e i più poveri, soprattutto nei Paesi emergenti, vanificando le politiche che puntano ad aumentare la spesa per i consumatori) e dell'economia (il mancato pagamento di tasse e di dazi doganali costa all'Unione Europea e ai suoi Stati membri circa dieci miliardi di euro all'anno). Ecco perché quest'anno la Giornata mondiale senza tabacco, promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), ha come slogan «Stop al commercio illegale dei prodotti del tabacco»: la campagna ha l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica, i governanti e l'accademia su questo tema e ricordare i danni del fumo per la salute. All'appello dell'Oms fanno eco gli oncologi, riuniti a Chicago per il congresso annuale dell'Asco, l'American

Society of Clinical Oncology, che ricordano come il fumo sia coinvolto nella genesi di dodici diversi tipi di cancro e rappresenti la prima causa di morte evitabile: ogni anno, nel mondo, uccide cinque milioni di persone non soltanto per tumori, ma anche per malattie cardiovascolari e respiratorie a esso legate. Fra i tumori è quello al polmone che ha la più stretta correlazione con la sigaretta e, per alcuni tipi particolari, la prognosi è spesso infausta. Oggi, però, siamo di fronte a un punto di svolta nelle cure anticancro, anzi, a un vero e proprio ribaltamento di prospettiva che si chiama immunoterapia: non si cerca più di distruggere le cellule del tumore, ma di aiutare il sistema immunitario dell'organismo a difendersi dalla loro invasione, sia con i farmaci che con i vaccini. E proprio grazie a queste terapie innovative (il capostipite dei nuovi immunoterapici è l'ipilimumab seguito dal nivolumab entrambi grandi protagonisti, con il pertuzumab, a Chicago) alcuni pazienti, con uno specifico tumore al polmone fumo-dipendente (chiamato «non a piccole cellule» e già in metastasi) possono contare su una più lunga sopravvivenza rispetto al passato. È curioso — e triste — constatare come la ricerca oncologica stia cercando soluzioni, molto costose, per intervenire laddove le politiche di prevenzione, come la lotta al tabagismo hanno fallito (anche se, va detto, non tutti i tumori al polmone sono legati al fumo).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Italia si fuma sempre di più: Il milioni schiavi delle "bionde"

IL FENOMENO

ROMA La legge Sirchia, che ormai ha più di dieci anni, resta l'ultimo successo italiano nel campo della lotta contro il fumo. Al congresso che l'Istituto Superiore di Sanità (Iss) ha organizzato a Roma gli ultimi dati rilevano un aumento del fumo. Se infatti è vero che gli italiani sono tra i minori fumatori in Europa, lo studio annuale dell'Iss e dell'istituto Mario Negri di Milano ha accertato che ormai da anni i fumatori restano 11 milioni, e addirittura le vendite delle sigarette sono tornate a salire, sia pure di uno 0,5%.

L'ETÀ MEDIA

«La situazione di stallo - spiega Roberta Pacifici, Direttore dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Iss - riguarda tutte le fasce di età. L'età media di questa popolazione rimane costante (44,7 anni) così come l'età in cui si accende la prima bionda (18 anni) e l'età media in cui si smette (42 anni). Questo significa che tanti giovani iniziano a fumare quanti adul-

ti smettono, un chiaro segnale che le strategie di intervento sulla prevenzione nei giovani e di cessazione vanno ripensate, perchè da dieci anni sono state un fallimento». La percentuale dei consumatori di tabacco fra gli italiani è del 21%, ha certificato anche Eurobarometro, in fondo alla classifica Ue subito prima di finlandesi (19%) e svedesi (11%), sotto la media europea del 26%. Le pecore nere sono greci (38%) e bulgari (35%), dove a fare uso delle "bionde" è almeno uno su tre. Il 10% dei morti per il fumo, che in Italia sono tra i 70 e gli 85mila, è causato dal fumo passivo. «Qui c'è la possibilità di migliorare la situazione - ha affermato Silvio Garattini, direttore del Mario Negri -, attraverso nuovi interventi legislativi. Nei parchi, negli stadi, nelle stazioni ferroviarie in generale dove ci sono assembramenti dovrebbe essere proibito fumare, così come nei ristoranti all'aperto».

R. I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BENESSERE

Meglio aerobico o anaerobico?

L'esercizio fisico include attività a bassa intensità e lunga durata e altre che prevedono sforzi intensi. È bene alternare le varie discipline

Matteo Alvisi

Correre, nuotare, scalare montagne o alzare pesi su pesi in palestra. Resistenza, agilità o forza, insomma meglio l'esercizio aerobico o quello anaerobico? La risposta è semplice e complessa allo stesso tempo: entrambi, ma nel giusto dosaggio in base all'età e agli obiettivi che si hanno. Ma innanzitutto cosa significa l'attività aerobica e anaerobica? L'aerobico indica essenzialmente la presenza di ossigeno: l'energia è prodotta aerobicamente fino a quando è sufficiente l'ossigeno fornito ai muscoli durante l'esercizio fisico attraverso il sistema cardiovascolare. Più si è allenati aerobicamente, maggiori sono le capacità di trasportare ossigeno e la fatica si fa sentire meno. I nostri muscoli (scheletrici) continuano poi a produrre energia anche

quando il sistema cardiovascolare non è in grado di fornire abbastanza ossigeno ai muscoli, di conseguenza questi generano energia anaerobicamente, cioè senza ossigeno. Nell'ambito del fitness l'allenamento aerobico può essere definito come cardiofitness. Sport che coinvolgono un tipo di metabolismo aerobico sono tutti quelli a sforzo prolungato come ciclismo, podismo e sci di fondo. Nell'esercizio anaerobico, invece, l'organismo necessita di molta energia in un tempo brevissimo e la ottiene senza usare ossigeno con la combustione di substrati energetici. Quindi si fanno sforzi brevi e molto intensi come scatti veloci, salti o sollevamento pesi. Un allenamento ideale anche per un amatore che non fa agonismo ad alti livelli è alternare i tipi di esercizio per allenare e rafforzare così cuore e muscoli.

SPECIALITÀ, TEMPI E CARATTERISTICHE

L'esercizio aerobico è un'attività ginnico-condizionale in cui l'ossigeno diventa parte determinante del processo di risintesi dell'Atp (Adenosin tri-fosfato). Un esercizio comincia a essere aerobico quando lo sforzo va oltre i 3-4 minuti: un esercizio totalmente aerobico è uno sforzo prolungato per più di venti. Ideali la corsa lunga o l'attività di cardiofitness. L'attività anaerobica nasce nell'antica Roma dai lottatori e gladiatori che usavano i pesi per aumentare la forza muscolare. Questo tipo di ginnastica, praticata oggi nella cultura fisica e nel body building, si può definire come attività ad alto carico di sforzo e ad alta intensità che consuma più ossigeno di quanto ne solleciti l'assunzione. La sua durata non può essere molto prolungata ed è di pochi minuti. Sviluppa un'eccellente condizione di forza muscolare.





I dieci anni di
SCIENZA & VITA

Lorenzin: valori per affrontare le grandi domande

Il ministro della Salute sottolinea nel suo messaggio che «davanti a fenomeni che conosciamo poco buona etica significa anzitutto buona scienza»

E' un percorso comune di riflessione e di metodo quello che ha evocato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin nel suo messaggio al convegno di Scienza & Vita (definita «una delle associazioni più significative a livello nazionale»), letto da Assuntina Morresi. Identici gli interrogativi, sintonia tra ministro e associazione sulla consapevolezza che le risposte non possono «prescindere da un contesto valoriale di riferimento». «Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie – riflette Lorenzin – ha consentito un miglioramento delle condizioni e delle aspettative di vita, ma frequentemente crea situazioni mai verificate prima, che portano con sé problematiche finora inedite». Si tratta di «fenomeni che conosciamo ancora poco, o di cui non riusciamo a disegnare con precisione i contorni». Per questo, aggiunge il ministro, «credo che il punto di partenza comune, a prescindere dagli orientamenti e dai convincimenti di ciascuno, debba essere quello per cui una buona etica significa anzitutto buona scienza». E riprendendo il tema del convegno («Quale scienza per quale vita?»), Lorenzin si dice convinta che occorra «una buona scienza per una vita buona». «Partire dalla verità verificabile dei dati», conclude il ministro, essendo «consapevoli dei limiti di tali evidenze, è il modo migliore per affrontare le tante, grandi tematiche dei nostri tempi con onestà intellettuale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il fenomeno

Emicrania e artrite: sofferenza per un italiano su 4

Colpiti nel nostro Paese oltre 15 milioni di persone: il 20% è affetto da una patologia che si trascina da almeno vent'anni

■ ■ ■ Oltre 15 milioni di persone, pari al 26% della popolazione, affette in varia misura da un dolore presente almeno tre mesi all'anno. E il poco invidiabile record di secondo paese a livello europeo, alle spalle della sola Norvegia prima con il 30%, per quanto riguarda l'incidenza di dolore cronico tra i propri abitanti.

Questo il quadro, tutt'altro che confortante, della diffusione del dolore cronico in Italia. Secondo lo studio *Pain in Europe*, la più vasta indagine mai fatta a livello continentale sul dolore cronico, nel nostro paese una fetta molto ampia di popolazione è affetta da emicrania, cefalea, artrite e molte altre manifestazioni dolorose che riducono notevolmente la qualità della vita di chi ne soffre e che hanno un impatto sociale elevatissimo.

Il male più diffuso è quello agli arti dovuto ad osteoartrosi, che interessa oltre un terzo dei malati (34%), seguito dal dolore lombare e lombosciaticco (15%), da quello post traumatico (12%) dall'artrite reumatoide (8%) e da emicrania e cefalea (7%). Seguono le lesioni dei nervi periferici (7%), compresi gli esiti cronici della chirurgia, e i dolori cervicali (4%) che, per quanto molto diffusi, hanno un'incidenza marginale tra i dolori cronici perché difficilmente sono presenti più di tre mesi all'anno.

Una definizione del dolore cronico, quest'ultima, che rischia tuttavia

di essere fuorviante e di sminuire il reale impatto del problema. «In Italia il dolore cronico ha una durata elevatissima», spiegano i medici dell'Istituto Mario Tiengo, poliambulatorio specialistico aperto a Milano lo scorso anno.

Da uno studio condotto a livello nazionale su 300 pazienti è infatti emerso che la durata media del dolore cronico è di 7,7 mesi, e che circa una paziente su cinque tra quelli esaminati soffre di dolore cronico da vent'anni. Numeri che aiutano a capire quale possa essere l'impatto del problema dal punto di vista sociale e anche economico. Perché chi soffre di dolore cronico è spesso assente dal lavoro per periodi prolungati. Eppure, la risposta a livello nazionale non è ancora adeguata. Nonostante Milano sia stata la prima sede universitaria a livello europeo di un insegnamento specialistico di Fisiopatologia e terapia del dolore, tenuto nel 1986 dal professor Mario Tiengo, padre della terapia del dolore e punto di riferimento culturale e accademico scomparso nel 2010 all'età di 88 anni, la diffusione di centri specializzati resta molto bassa. L'obiettivo per il futuro deve quindi essere quello di trovare maggiori risorse per dare a livello nazionale una risposta più efficace anche per quel che riguarda i dolori cronici benigni, così come accaduto con le cure

palliative per i dolori oncologici. «Il dolore non curato ha un elevato costo sociale, mentre un trattamento tempestivo ed efficace consentirebbe non solo di migliorare notevolmente la qualità della vita dei pazienti, ma anche di ridurre i costi per la sanità», sottolineano gli specialisti del settore. Per questo serve «una diffusione di centri specialistici sul territorio sia a livello ambulatoriale, sia a livello ospedaliero, come peraltro auspicato dalla legge nazionale approvata ormai cinque anni fa».

D. BON.

NUMERI

DURATA

Circa 15 milioni di persone, ovvero il 26% della popolazione, soffrono di un dolore continuo per almeno tre mesi all'anno. Numeri che danno all'Italia la medaglia d'argento del dolore, con alle spalle la Norvegia che vanta una percentuale del 30 per incidenza di dolore dei propri abitanti

I DOLORI PIÙ DIFFUSI

Quelli più diffusi riguardano gli arti. Ne è affetto il 34% dei pazienti. Poi c'è il dolore lombare e lombosciaticco (15%) e quello post traumatico (12%). Il dolore causato dall'artrite reumatoide interessa l'8% delle persone mentre il mal di testa, emicranie e cefalee, riguarda il 7% della popolazione



Fondazione Italiana Sclerosi multipla, per vincere la malattia serve l'impegno di tutti



30 maggio 2015

Il congresso 2015 della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM), appena concluso, ha portato a Roma 300 fra i massimi esperti di questa malattia, insieme ai rappresentanti delle persone con SM e delle Istituzioni.

Ecco i punti centrali dei lavori.

Un tavolo interministeriale per la sclerosi multipla. E' stata presentata alla platea di ricercatori l'"Agenda della Sclerosi Multipla 2020" con l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla ha tradotto in pratica la "Carta dei Diritti delle persone con SM". L'Agenda definisce una serie di azioni concrete, condivise con la comunità scientifica nazionale, con le persone con SM, con gli operatori della Sanità e con le Istituzioni: "Solo grazie alla cooperazione tra tutti gli stakeholder coinvolti si riuscirà ad avere una migliore comprensione della malattia, a lavorare per una medicina innovativa e personalizzata e per nuove cure per le forme progressive", ha affermato Mario Alberto Battaglia, presidente FISM. "A partire dai punti evidenziati nell'Agenda dobbiamo istituire un tavolo di lavoro specifico per la SM, perché oggi ci sono almeno 5 tavoli ministeriali che si intersecano sui temi di questa malattia, e si rischia che le priorità vengano disperse", ha dichiarato Giovanni Cogliandro, della segreteria del sottosegretario di Stato alla Salute. Un'iniziativa che si va ad aggiungere alla mozione che verrà discussa nelle prossime settimane dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, come ha annunciato la presidente Emilia Grazia De Biasi durante la conferenza stampa di presentazione dell'"Agenda della sclerosi multipla 2020" avvenuta in Senato ad apertura della Settimana nazionale di Informazione della SM.

Lavoro e PTDA, primi passi verso il riconoscimento dei diritti. Grazie al lavoro svolto dall'AIMS nei mesi scorsi è stato possibile inserire nel testo del Job Acts l'art. 6 che prevede il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno in part time non solo per la persona con SM ma anche per il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore. "Un diritto che abbiamo chiesto e ottenuto fosse esteso a tutte le malattie ingravescenti, non solo alla SM", ha spiegato Paolo Bandiera, direttore affari generali di AISM. Il lavoro di advocacy dell'Associazione ha permesso anche che nel Lazio, Sicilia, e Veneto sia stato messo a punto un PDTA (Percorso Diagnostico

Terapeutico Assistenziale) per la SM. “Stiamo lavorando anche insieme alle Istituzioni di Emilia Romagna, Puglia e Toscana e presto dovremmo ottenere anche in queste regioni lo stesso risultato. È un percorso complesso che poi dovrà essere attentamente monitorato per capire se i piani disegnati in teoria siano efficaci nella pratica. Al di là dei diversi contesti è importante che ci sia a livello nazionale un modello condiviso perché le disparità regionali non sono più accettabili”, ha concluso Bandiera.

I giovani al centro della ricerca. Da sempre FISM, che in Italia è il maggiore finanziatore della ricerca scientifica sulla SM, è a fianco dei giovani ricercatori per incentivarli ad affacciarsi alla ricerca sulla sclerosi multipla così da costruire insieme e dare continuità ad una squadra di persone sempre più forte e nutrita in grado di vincere questa malattia. Un impegno che quest'anno la Fondazione vuole rendere ancora più forte con il premio al miglior Poster presentato al congresso 2015. E' giunto invece alla sua diciottesima edizione il Premio Rita Levi Montalcini, con cui la FISM premia un giovane brillante ricercatore, quest'anno assegnato a Luca Prosperini, del Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'Università Sapienza e neurologo al Centro Sclerosi Multipla dell'Ospedale Sant'Andrea, per i risultati che sta raggiungendo nel campo del trattamento neuro-riabilitativo, in particolare per la gestione efficace dei problemi di equilibrio, lo sviluppo di innovativi programmi di riabilitazione e di altre nuove strategie di trattamento farmacologico nella SM.

Contro la sclerosi multipla la medicina diventa personalizzata. “Siamo davanti a una rivoluzione nel trattamento della sclerosi multipla. Grazie ai risultati conseguiti dalla ricerca, a cui gli italiani contribuiscono in maniera eccellente, possiamo oggi caratterizzare i pazienti e cercare per loro il miglior trattamento”. È questo il messaggio chiave della lectio magistralis di Giancarlo Comi, Professore Ordinario di Neurologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele e Direttore dell'Istituto di Neurologia Sperimentale (INSPE) dell'IRCCS Ospedale San Raffaele, che ha aperto i lavori scientifici del congresso FISM 2015, in svolgimento fino al 29 maggio a Roma.

La medicina personalizzata nella SM è la naturale evoluzione del trattamento precoce, e non sarebbe possibile se non avessimo accumulato una buona conoscenza dell'evoluzione della malattia, terapie di diversa potenza e diverso punto di attacco e una buona organizzazione dell'equipe medica. “Oggi infatti non solo abbiamo numerosi farmaci che agiscono in modo diverso - fondamentale per personalizzare il trattamento di una malattia complessa e diversificata come la SM – ma abbiamo anche una buona comprensione che ci permette di capire per chi funzionano e per chi no. Inoltre, disponiamo di ottimi marcatori di risonanza, di buoni marcatori di natura neurofisiologica, di discreti marcatori legati ai fluidi biologici e di informazioni cliniche che ci consentono di capire esattamente come si sta sviluppando la malattia nella singola persona. Infine, ci aiutano le tecnologie dell'informazione, che consentono di raccogliere e catalogare un numero praticamente infinito di informazioni, rendendo così disponibili quegli elementi predittivi applicabili nel contesto clinico per la singola persona”, spiega Comi. E i primi risultati dell'efficacia del processo di personalizzazione del trattamento, sui vantaggi del dare a ogni malato la sua ottimale opzione terapeutica, cominciano già a vedersi.

Lo dimostra uno studio condotto sui pazienti che si sono rivolti al San Raffaele nell'ultimo decennio. “Abbiamo fatto uno studio, per capire se l'approccio al trattamento negli ultimi anni fosse cambiato e quali effetti avesse prodotto nelle persone con SM”, spiega Comi “Abbiamo confrontato circa 700 pazienti trattati con un farmaco di prima linea tra il 2000 e il 2004 e altri 700 circa tra il 2005 e 2010”. I risultati sono stati sorprendenti: quelli trattati nella seconda metà della decade stavano nettamente meglio: la percentuale di pazienti liberi da malattia è passata dal 32% al 68% in soli cinque anni. Cosa è cambiato in così poco tempo? “Sono cambiate molte cose in così pochi anni” spiega Comi: “sono arrivati nuovi farmaci, le medicine funzionano molto meglio, e nello stesso centro stessi medici, adattando meglio le conoscenze, agendo prima, con un atteggiamento più attivo e in un'ottica di personalizzazione della medicina, tanto da raddoppiare il successo dei trattamenti”.

Questa è la strada per la forma a decorso recidivante-remittente, ma non lo è per le forme progressive. “La strategia migliore sarebbe quella di trovare strumenti che impediscano di entrare nella fase progressiva della malattia, ma nuove speranze potrebbero arrivare anche dal nuovo impiego di farmaci già in uso, magari in combinazione, dall'utilizzo di anticorpi per potenziare la mielinizzazione, dall'impiego della stimolazione magnetica per il miglioramento delle performance motorie o dal trapianto autologo di staminali mesenchimali”, aggiunge Comi.

Speranze che la Progressive Multiple Sclerosis Alliance punta a trasformare in realtà. “Dopo aver concluso il primo bando, con il finanziamento di 22 progetti di nuove idee, di cui uno italiano”, racconta al congresso FISM Marco Salvetti della Sapienza Università di Roma e membro del Comitato scientifico a guida della Progressive MS Alliance: “Stiamo entrando nella fase finale del secondo bando, che ha avuto un successo enorme”. Hanno partecipato 52 network con oltre 480 ricercatori rispondendo alle esigenze imprescindibili del bando: proporre strategie per arrivare in un tempo relativamente breve – circa 4 anni – a una sperimentazione su una nuova molecola, o ad avere uno o più marcatori biologici o di imaging di malattia, o ancora a produrre strategie

riabilitative chiaramente efficaci per forme progressive”. A luglio, continua Salvetti, comincerà una prima selezione dei progetti da cui verranno scelti una decina tra cui, dopo un anno di lavoro per migliorare la struttura del progetto, ne verranno selezionati tre su cui puntare a partire dal 2016. L'investimento in ricerca della Progressive MS Alliance è pari a 22 milioni di dollari.

[[chiudi questa finestra](#)]

GENTE SALUTE I RIMEDI PIÙ EFFICACI CONTRO L'IPOTENSIONE PROVOCATA DAL CALDO

SPORT, LIQUIRIZIA E LA PRESSIONE VA SU

**IL MOVIMENTO
E LA RADICE NERA
AIUTANO A
RIPORTARE NELLA
NORMA I VALORI
BASSI. IL MEDICO:
«NIENTE FARMACI,
PIUTTOSTO BEVETE
MOLTA ACQUA»**

di Paola Occhipinti

Quando la temperatura si alza, la pressione va giù. Lo sanno bene le donne che, più degli uomini, hanno spesso a che fare con la debolezza e i giramenti di testa. «Se non ci sono patologie accertate a provocarla, come la fibrillazione atriale [l'alterazione del ritmo cardiaco, ndr], la pressione bassa non è pericolosa», precisa il professor Cesare Fiorentini, direttore Sviluppo area clinica del Centro cardiologico Monzino e Università degli studi di Milano. «Tra l'altro, se si escludono malattie vere e proprie, le persone ipotese lo sono in genere per loro natura, hanno cioè una predisposizione a valori più bassi della norma, quindi inferiori ai 110 su 70. Le donne giovani sono le più colpite e la responsabilità è da attribuire a un sistema venoso che tende a far ristagnare il



IDRATARSI SIN DAL MATTINO
Una donna sta per dissetarsi.
«L'acqua aumenta il volume
intravascolare dei liquidi. Iniziate la
giornata bevendo a digiuno», avverte
il professor Cesare Fiorentini.

DI CORSA CONTRO LA DEBOLEZZA

Una ragazza corre al parco. «Anche andare in bici o nuotare tre volte a settimana, con continuità, aiuta la pressione», spiega il cardiologo. Sotto, la liquirizia pura che, se consumata ogni giorno, mantiene regolari i valori pressori.



sangue negli arti inferiori. Per questo motivo può essere utile indossare calze elastiche a compressione leggermente graduata per favorire la risalita del sangue verso l'alto».

Ma come si contrasta un disturbo che per molti è un vero e proprio disagio? «La miglior prevenzione per evitare che la pressione scenda troppo, cioè sotto i 90 su 60», continua il professor Fiorentini, «è fare attività fisica. Chi si muove in maniera costante tutto l'anno trae beneficio anche da questo punto di vista. Non serve strafare, è sufficiente andare in bicicletta o fare una corsa leggera due o tre volte alla settimana, o ancora fare una nuotata, evitando ovviamente le ore più calde. Un altro accorgimento fondamentale è quello di bere di più per aumentare il volume intravascolare di liquidi». Di nessuna importanza il tipo di

acqua: «Vanno bene tutti. L'importante è ricordarsi di bere spesso anche se non si ha sete, e questo vale soprattutto per le persone anziane e per i bambini, che non hanno lo stimolo a bere e si dimenticano di farlo». La regola vale sin dal mattino, il momento più critico della giornata. «È bene iniziare con un abbondante bicchiere d'acqua e fare una buona colazione. È sufficiente consumare una decina di bicchieri al giorno, anche durante i pasti, ma nel caso in cui la temperatura fosse elevata bisogna aumentarne il numero».

Occorre prendere integratori salini e simili? «L'acqua da sola è sufficiente», specifica il cardiologo, «se però si fa sport, si suda facilmente e ci si sente particolarmente deboli, allora può essere utile integrare tutti i giorni, per l'intero periodo estivo, con una bustina di potassio dopo i pasti. La stessa cosa vale per la liquirizia pura,

SENSO DI SVENIMENTO?

IN ALTO LE GAMBE

Se l'abbassamento di pressione ci coglie d'improvviso la prima cosa da fare è sedersi o, meglio, sdraiarsi alzando le gambe più in alto rispetto al cuore per favorire l'afflusso sanguigno verso l'alto. Se non fosse possibile ci si può sedere con il busto piegato in avanti, chinando la testa fra le gambe in modo che sia più bassa delle ginocchia. Bisogna poi allentare gli indumenti stretti, come cinture e jeans. Se sopraggiunge uno svenimento, occorre non deglutire alcun liquido, fino a quando non si riprendono i sensi, per evitare che vada di traverso. I rimedi Sos? Chi soffre di pressione bassa con le alte temperature dovrebbe sempre portare con sé una bustina di potassio e di magnesio, utili per riportare i valori alla normalità. Il rimedio più veloce resta però un bel bicchiere d'acqua, mentre sullo zucchero non esiste alcuna prova scientifica della sua reale utilità.

che se consumata ogni giorno dona beneficio a chi è ipoteso. Quanto alla quantità di sale che molti consigliano di aumentare, ci andrei cauto. Il sodio aiuta sì ad alzare la pressione, ma può avere effetti negativi sulla salute in generale, quindi meglio evitarlo».

I farmaci sono utili? «Quelli per fare alzare la pressione servono a poco. In estate, invece, chi utilizza quelli per l'ipertensione dovrebbe aggiustare la terapia con il proprio medico per stabilire un dosaggio più adeguato alla temperatura. Anche il diuretico, prescritto spesso a chi è in sovrappeso, può incidere pericolosamente sulla pressione, perché l'eliminazione del potassio provocato dal farmaco può favorire tachicardia e altre pericolose patologie cardiache».