Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 105.043
Diffusione 09/2015: 49.935
Lettori Ed. II 2015: 273.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

22-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Prodotto da Bioscience Genomics, Spin Off dell'Università di Roma Tor Vergata

È italiano il miglior test genetico sul sangue materno

■■■ Delle cinque più importanti aziende mondiali che possiedono la tecnologia di sequenziamento del DNA per il Test Non Invasivo Prenatale (NIPT), validata scientificamente con almeno 10 mila test, la Bioscience Genomics, Spin Off dell'Università di Roma Tor Vergata, esprime le migliori performance in sicurezza e affidabilità dei risultati. Sono stati confrontati i dati nella letteratura delle cinque più importanti piattaforme di genomica per lo screening delle patologie cromosomiche da DNA fetale presente nel sangue materno: il G-Test, prodotto da Bioscience Genomics, e di quattro test americani più diffusi. Il test prodotto dallo spin off dell'Università di Roma 'Tor Vergata' – riconosce il professor Giuseppe Novelli, rettore dell'Università di Roma 'Tor Vergata' e direttore del Dipartimento di Genetica Umana – presenta la più alta percentuale di sensibilità per lo screening della Trisomia 21 (99,17%) e della Trisomia 13 (100%) e il minor rateo di falsi positivi (0,05% e 0,04%). Inoltre include automaticamente l'analisi delle aneuploidie dei cromosomi sessuali, delle Trisomie 9, 16 e 22 e di 9 sindromi da delezione, anomalie caratterizzate dall'assenza di un tratto di cromosoma e quindi dei geni localizzati sul frammento mancante. E il vantaggio di avere i laboratori a Roma non è irrilevante in quanto i lunghi viaggi oltreoceano, a cui sono sottoposti i campioni destinati negli USA, rappresentano una causa di potenziale insuccesso del test per i rischi connessi al durata del trasporto e agli sbalzi termici possibili. **(L. LUC.)**

LiberoSalute

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 50
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Le fibre sono alleate dei batteri «buoni» nel nostro intestino

La chiave
La flora intestinale «amica» produce acidi grassi a catena corta, che sono protettivi

Gli effetti
Uno scudo contro diabete e malattie cardiovascolari

Ciò che mangiamo influenza in modo decisivo la qualità dei batteri presenti nel nostro intestino.

Con la dieta giusta possiamo infatti nutrire e far proliferare microrganismi che ci proteggono da malattie cardiovascolari, diabete e infiammazione grazie alle sostanze da loro prodotte, come gli acidi grassi a catena corta che derivano dalla fermentazione batterica di fibre insolubili.

L'alimentazione migliore per potersi dotare di microbi buoni è quindi ricca di un bel po' di acetato, propionato, butirrato e altri acidi grassi salva-salute. Insomma, un'alimentazione in cui non devono mancare verdura, frutta e legumi.

A dimostrarlo è una ricerca italiana da poco pubblicata sulla rivista scientifica "Gut", nel corso della quale sono stati studiati 153 soggetti che seguivano, rispettivamente, un regime alimentare onnivoro, vegetariano oppure vegano.

Analizzando le specie di microbi presenti nell'intestino dei partecipanti all'indagine, i ricercatori hanno potuto osservare che gli acidi grassi a catena corta e i batteri buoni si trovano in maggior quantità in chi mangia regolarmente cibi ricchi di fibre.

All'aumentare dei prodotti animali, invece, salivano i livelli di *ossido di trimetilammina*, che è associato a un maggior rischio cardiovascolare e che deriva dal metabolismo di batteri "golosi" di carnitina e colina, presenti in carni, uova, pesce.

Ma se è vero che nei vegani e nei vegetariani sono stati riscontrati i livelli di acidi grassi a catena corta più elevati, non occorre dire addio a carne e simili, come spiega l'autore della ricerca Danilo Ercolini, della Divisione di microbiologia dell'Università Federico II di Napoli: «La dieta onnivora, per essere salutare, deve prevedere un apporto consistente di frutta, verdura e legumi».

«I livelli di acidi grassi a catena corta, infatti, sono correlati alla quantità di fibre introdotte e non al tipo di alimentazione» sottolinea l'esperto. «Non a caso chi nel corso della sperimentazione ha seguito la dieta mediterranea, che prevede molti vegetali, un bel po' di pesce e una quantità limitata di carne e latticini, abbiamo trovato tanti acidi grassi a catena corta e basse concentrazioni di ossido di trimetilammina».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 47
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE

Ricostruzione del seno sempre più naturale

La chirurgia per il tumore alla mammella oggi è di tipo «sartoriale», definita caso per caso, e può contare su lipofilling e «matrici»

Le novità
Le protesi sono migliori e oggi i materiali sono in grado d'integrarsi coi tessuti

Se la prima speranza di ogni donna che si trova ad affrontare un tumore al seno è quella di guarire, la seconda è di riuscire a preservare un aspetto importante della propria identità femminile. E se le terapie oncologiche hanno portato al 90 per cento le probabilità di guarigione, con una riduzione della mortalità del 38% negli ultimi 20 anni, la chirurgia ricostruttiva ha avuto progressi paragonabili.

Dimenticati i tempi in cui si pensava che «bigger is better» (più radicale l'intervento, maggiori le possibilità di sopravvivenza) oggi con la *quadrantectomia* si risolve la maggioranza dei casi (grazie alle diagnosi sempre più precoci che individuano il tumore in fase iniziale) e anche la *mastectomia* (l'asportazione di tutto il seno) è più rispettosa della fisiologia delle pazienti.

«Si lascia il 90 per cento della cute, si tende a preservare l'area del capezzolo e si preserva una parte di ghiandola mammaria, affidandosi, prima e dopo l'intervento, a terapie che riducano le dimensioni del tumore e le recidive. Insomma oggi tutta la chirurgia del seno è di tipo "sartoriale", cioè decisa caso per caso», sottolinea Marco Klinger, responsabile dell'Unità di Chirurgia Plastica all'Istituto Humanitas di Milano.

Ricorda Roberto Agresti, dirigente medico della Struttura di Chirurgia oncologica 3 all'Istituto dei Tumori di Milano : «Il punto di svolta risale a 40 anni fa quando si è cominciato a capire — e a dimostrare — che riducendo l'ampiezza dell'intervento le probabilità di guarigione restavano le stesse. E la ricostruzione del seno, in caso di mastectomia — nella quadrantectomia non è necessaria — ormai avviene pressoché sempre contestualmente alla rimozione del tumore. Come diceva il professor Veronesi già negli anni Ottanta: nessuna donna dovrebbe mai uscire dalla sala operatoria con un solo seno. E quella che allora era una novità oggi è invece routine in tutti i grandi centri ospedalieri».

Ma quali sono gli strumenti in più che ha oggi la chirurgia ricostruttiva? «Microchirurgia, protesi migliori e "device" che si integrano coi tessuti» risponde Maurizio Nava, dal '97 al 2013 direttore della Unità di Chirurgia plastica all'Istituto dei Tumori di Milano.

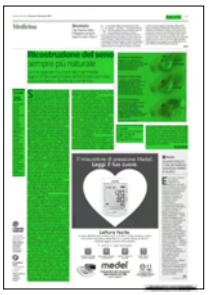
E quali sono questi device? «Le matrici biologiche — o sintetiche — che creano (*si veda disegno, ndr*) un "reggiseno" per delimitare i confini della protesi, riducendo il rischio di formazione di una capsula fibrosa, che renderebbe il seno poco naturale. Le matrici biologiche — derivate in genere da derma porcino trattato — sono molto utili per la ricostruzione di un seno di medie dimensioni e poco cadente, ma di non secondaria importanza è la presenza di tessuto adiposo tra ghiandola mammaria e cute per consentire un buon rivestimento di protesi e device. Le matrici sintetiche, più economiche, vanno bene in una mammella con uno spessore di grasso oltre il centimetro tra cute e ghiandola. Se il grasso è scarso e quindi la ghiandola mammaria è aderente alla cute, è meglio un intervento in due tempi, come generalmente si faceva prima dell'avvento delle matrici. Si posiziona un "espansore"— che viene aumentato di volume fino a raggiungere quello desiderato — si fanno trapianti di cellule adipose per creare uno strato di tessuto adiposo e poi con un secondo intervento si inserisce la protesi (*si veda disegno*)».

«Non sono sole le matrici ad aver cambiato la chirurgia del seno — conferma Marco Klinger — ma anche l'utilizzo del "grasso" (*lipofilling ndr*), che si è iniziato a usare per le cicatrici degli ustionati. Il grasso ha grandi proprietà: estratto da una zona del corpo che ne è ricca, trattato e infiltrato nelle cicatrici riesce a "scioglierle" rendendole molto meno visibili, inoltre riduce il dolore perché le cicatrici "tirano" meno e rigenera i tessuti, rendendo la pelle molto più trattabile e gli interventi più facili. E una cute così rivitalizzata sopporta meglio un espansore, tant'è vero che lo si può inserire anche prima di iniziare la terapia radiante, che indurisce i tessuti».

Allora sono scomparsi gli interventi che prevedevano, per la ricostruzione del seno, l'asportazione di lembi di tessuto e muscoli prelevati dal basso ventre o dalla spalla?

«No — risponde Klinger— si ricorre a questo tipo di intervento, per esempio, in donne magre che non hanno grasso asportabile o con tessuti mammari residui scadenti che non è possibile rivitalizzare, ma anche in questi casi la chirurgia è meno invasiva: si fanno lembi prelevando solo cute e vasi dell'addome, non toccando i muscoli. Si tratta comunque di interventi importanti da fare solo in centri di alta specializzazione».

«C'è poi un'altra possibilità: la *Hybrid Reconstruction* — aggiunge Maurizio Nava — ,un seno formato per metà da grasso della paziente e per metà da una protesi (*si veda disegno*) . La mammella risulta morbida e calda e si possono fare seni abbastanza grandi che richiederebbe-



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

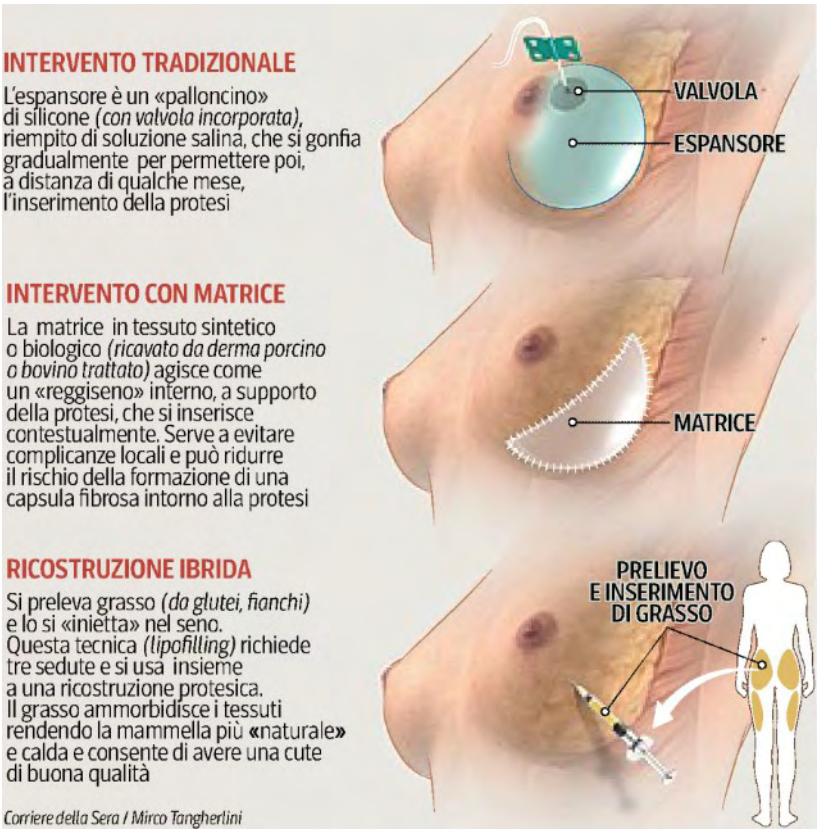
22-NOV-2015
da pag. 47
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

ro, con il solo lipofilling, anche 10 interventi — sia pure in day hospital— che così si riducono invece a 3 o al massimo 5».

«Che la cultura chirurgica sia cambiata lo dimostra anche il fatto che sia più rapida — conclude Mario Rietjens, direttore della Divisione di chirurgia Ricostruttiva allo Ieo, l'Istituto europeo di oncologia di Milano —. Quello che ogni persona ricoverata desidera è andarsene al più presto dall'ospedale e allo Ieo la paziente arriva alla mattina e alla sera è a casa nell' 85per cento dei casi. Inoltre ci serviamo anche della chirurgia robotica per mastectomie fatte attraverso una piccola incisione ma operando con precisione assoluta. Questa tecnica viene però utilizzata solo per mastectomie profilattiche *(alla Angelina Jolie ndr)* e quindi con tutto il tempo per programmare l'intervento».

Daniela Natali

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

I successi

29%

la percentuale di tumori al seno sul totale di quelli che colpiscono le donne. È quindi il tumore più diffuso nel sesso femminile, ma a oggi sono 495 mila le italiane che lo hanno sconfitto. Il rischio di ammalarsi si riduce con esercizio fisco dieta sana e anche con l'allattamento che consente alla cellula del seno di completare la maturazione e di resistere meglio a trasformazioni neoplastiche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 21.632
Diffusione 09/2015: 15.275
Lettori Ed. II 2015: 271.000
Quotidiano - Ed. Abruzzo

il Centro
Dir. Resp.: Mauro Tedeschini

22-NOV-2015
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

LA SANITÀ CHE CAMBIA » STATISTICHE FRA LUCI E OMBRE

Primi negli interventi al cuore e sui tumori a colon e polmone

I dati del programma nazionale esiti del ministero della Salute promuovono gli ospedali teramani
Molto buone anche le percentuali nella cura degli infarti al miocardio e degli ictus ischemici

di Antonella Formisani
TERAMO

Il Pne, programma nazionale esiti, è croce e delizia per le Asl. Si tratta di uno studio sugli esiti di molte prestazioni sanitarie eseguite in ogni ospedale. E' uno studio statistico non solo sul numero di prestazioni, ma anche, appunto, sugli effetti che queste hanno avuto sul paziente. E i numeri – che sono spesso impietosi e che comunque vanno intepretati in base a una serie di fattori e sfumature che una fredda statistica non è in grado di fornire – questa volta promuovono con una buona media la sanità teramana. Lo studio pubblicato dall'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, mostra tutto sommato quattro ospedali in grado di dare risposte ai pazienti.

Innanzitutto arriva una conferma: la punta di diamante della sanità teramana sono le specialistiche cardiovascolari. I ricoveri sono in costante aumento dal 2008 e nel 2014 (a cui lo studio si riferisce) sono stati 579. E se i numeri non sono altissimi quel che è importante sono appunto gli esiti. La mortalità a 30 giorni dopo un infarto miocardico acuto curato a Teramo è dell'8,47% la percentuale più bassa d'Abruzzo insieme a quella di Pescara (7,98%) mentre, ad esempio la percentuale all'Aquila si attesta sul 14,85%. Affinando le prestazioni, per il by pass aorto coronarico isolato, la mortalità a 30 giorni è dello 0,51% la più bassa d'Abruzzo, e di molto (3,13% a Pescara, 2,32% a Chieti 4.09 all'Aquila) In questo caso le percentuali sono "bulgare": il 91,7% degli 84 pazienti ricoverati ha scelto Teramo.

Passando ad altra specialità, non va male nemmeno per l'ictus ischemico (496 ricoveri) per cui la mortalità a 30 giorni è dell'1,03%, per un pelo seconda in Abruzzo dopo lo 0,96% di Chieti. Quasi tutti dei 496 pazienti sono stati ricoverati nel Teramano (il 55,2% al Mazzini, 13,9% ad Atri, 8,9 al Val Vibrata, 13,5 a Giulianova).

Panorama variegato per gli interventi sui tumori maligni.Per la tiroide punto di riferimento dei pazienti teramani è l'ospedale di Atri: dei 39 ricoveri il 15,4% sono stati al San Liberatore. Il 41% dei pazienti, comunque continua ad andare a farsi curare a Pisa. Per il tumore alla mammella, solo il 23,5% delle 251 pazienti teramane ricoverate sceglie il Mazzini. Il 22,7 va a farsi curare ad Ortona, il 15,1% all'Aquila, il 10, 8% ad Atri. Fuori regione, il 10% si ricovera ad Ancona. Le percentuali "casalinghe" risalgono per il tumore al polmone: dei 71 teramani ricoverati, il 46,5% lo fa al Mazzini. Il 33,8% va però a Pescara. A questo riguardo è interessante sottolineare la mortalità a 30 giorni dall'intervento: a Teramo è dello 0,91% la migliore di gran lunga in Abruzzo insieme a quella dell'Aquila dell'0,76% (3,43% a Pescara, 3,13% a Chieti).

Passando ai tumori dello stomaco, dei 52 ricoveri di teramani, molti restano all'interno della Asl: il 48,1% avviene al Mazzini, il 15,4% ad Atri, il 9,6 a Giulianova. Non pochi scelgono la casa di cura privata villa Anna di San Bendetto, il 9,6%.

Dei 157 ricoverati per cancro al colon, la maggioranza sceglie il Mazzini 52,2%, l'8,3 al Val Vibrata e il 7,6% a Giulianova. Anche per questa patologia da non trascurare il ricorso a Villa Anna, scelta dal'8,3% dei pazienti. Riguardo al cancro al colon c'è da sottolineare la mortalità a 30 giorni fatta registrare da Teramo: il 3,09%, inferiore alle altre tre Asl che variano dal 5% di Chieti al 6,41% dell'Aquila.

Passando ad altre specialistiche, sono stati 519 i ricoveri per la frattura al collo del femore, quasi tutti trattati all'interno della Asl (36% al Mazzini, il 20,6% a Giulianova, il 18,7% al Val Vibrata e il 17,1% al San Liberatore). Interventi entro 2 giorni sono assicurati al 29,78% dei pazienti (la migliore percentuale è il 33,5% dell'Aquila).

Per quanto riguarda i parti, delle 2.476 pazienti ricoverate, il 32% va al Mazzini, il 27,6% al Val Vibrata, il 17,2% al San Liberatore. Spicca che 137 pazienti, cioè il 5,5% si sono rivolte all'ospedale di Pergola, nelle Marche. I cesarei, alla Asl di Teramo, si attestano sul 34,71% (meno di Pescara che è al 36,93% ma più dell'Aquila che è al 30,50%).

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Teramo

Primi negli interventi al cuore e sui tumori a colon e polmone

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 153.596
Diffusione 09/2015: 81.284
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-NOV-2015
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

Prevenzione oncologica

Mangiamo frutta e verdura contro il tumore al pancreas

Gli abitanti del Nord Italia si ammalano di più di tumore del pancreas rispetto a quelli del Sud. Quest'anno il numero di nuovi casi riscontrati nel Mezzogiorno rispetto al Settentrione sono il 21% in meno tra gli uomini e il 24% tra le donne. E anche al Centro le neoplasie registrate sono inferiori del 15%. Uno dei motivi di queste differenze è da ricercare nelle diverse abitudini alimentari. Il maggiore consumo di frutta e verdura fresche, tipico della dieta mediterranea, protegge dal rischio di insorgenza della neoplasia. Sono questi alcuni dei dati presentati dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in occasione della Seconda Giornata Mondiale sul Tumore del Pancreas.

Il carcinoma del pancreas nel 2015 ha colpito 12.500 italiani. In tutta Europa rappresenta la quarta causa di morte per tumore. Entro il 2020 potrebbe diventare addirittura la seconda se la ricerca medico-scientifica non porterà miglioramenti significativi sulla diagnosi precoce. «E' una delle malattie oncologiche a prognosi più sfavorevole», ricorda il dottor Michele Reni, dell'oncologia medica dell'ospedale San Raffaele di Milano . Solo il 10-15% dei nuovi casi viene individuato allo stadio iniziale e può essere operato.

Chirurghi a lezione di laser

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-NOV-2015
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

Oncologia. Campagna di formazione e informazione di 'Europa Donna Italia'

La qualità è un diritto!

Dovrà essere garantita a tutte le donne anche attraverso le Breast Unit

DI **PIERLUIGI MONTEBELLI**

Entro il 2016 l'Italia dovrà avere una rete omogenea di Centri di senologia certificati in cui siano assicurati i migliori standard di diagnosi e cura del tumore al seno, quelli che gli inglesi chiamano Breast Unit. Una svolta a cui anche l'Italia è chiamata ad ottemperare in seguito alla Raccomandazione del Parlamento Europeo del 2006 e all'intesa Governo - Conferenza Stato-Regioni dello scorso anno, per garantire a tutte le donne affette da tumore del seno di qualsiasi natura e grado, l'accesso ad un'offerta sanitaria elevata, in linea con le linee guida internazionali,a favore di una migliore qualità di vita e sopravvivenza delle pazienti. E proprio nel contesto di queste Breast Unit 'Europa Donna Italia' ha creato una campagna nazionale di formazione e informazione sul tumore al seno 'Diritti al Centro. La qualità della cura dà più tempo alla vita'. «Europa Donna ha fatto della promozione del modello Breast Unit, fin dalla sua definizione in ambito scientifico, uno dei principali obiettivi della propria missione - dichiara Rosanna D'Antona, Presidente di Europa Donna Italia - L'approccio multidisciplinare e gli elevati standard di assistenza e cura della Breast Unit non solo garantiscono maggiori probabilità di sopravvivenza ma anche una migliore qualità di vita lungo tutto il percorso della malattia, con il supporto specifico delle Associazioni di volontariato. Per loro e per il loro ruolo all'interno della Breast Unit abbiamo sviluppato un programma di formazione. Ma è per tutte le donne che lanciamo oggi questa campagna, affinché tutte conoscano e scelgano la Breast Unit per prevenire e curare il tumore al seno». Per una paziente con tumore al seno rivolgersi a una Breast Unit significa 'essere presa per mano' e avere maggiori chance di essere curata al meglio. Addirittura nelle Breast Unit certificate il tasso di sopravvivenza delle pazienti è maggiore del 18%. Ecco perché è fondamentale continuare ad informare e ribadire all'intera popolazione femminile il proprio diritto alla qualità di cura (dalla diagnosi ai trattamenti e fino al follow-up) in caso di tumore al seno. Molte le attività previste, nel corso del prossimo anno, dalla Campagna 'Diritti al Centro. La qualità della cura dà più tempo alla vita', per favorire la creazione di un vero e proprio movimento d'opinione, delle donne e per le donne senza distinzione di età e di condizione, che si faccia porta-voce e supporti l'appello-manifesto #vogliamoqualitadicura. Dai talk-show aperti al pubblico in diverse Regioni italiane, per favorire l'incontro con gli specialisti che operano all'interno delle nuove Unità di senologia e l'opinione pubblica, alla sensibilizzazione del mondo dello sport, del cinema e della musica italiana che possano, anche loro, farsi portabandiera del messaggio della Campagna. Fino all'evento istituzionale conclusivo, in cui portare all'attenzione del Governo il manifesto firmato da tutte le donne, lo status della Campagna, le sue istanze e i suoi risultati, facendo sentire forte la voce delle donne: dalle pazienti alle care-giver, dalle volontarie che si impegnano nelle Associazioni, alle donne medico e alle infermiere di senologia che operano nelle Breast Unit.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-NOV-2015
da pag. 20
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Parla Maurizio de Cicco, Presidente e Amministratore Delegato di Roche

«Qualità per tutte e in ogni centro»

Maurizio de Cicco

«Attraverso la ricerca, Roche è stata in grado di mettere a disposizione delle pazienti terapie che hanno saputo modificare la storia della malattia, riuscendo in molti casi a mettere vicino alla parola 'tumore' la parola 'cura'. Qualcosa di impensabile solo 15 anni fa - spiega Maurizio de Cicco, Presidente e Amministratore Delegato di Roche - Per non rendere vano questo difficoltoso traguardo raggiunto accedendo magari a strutture non completamente idonee, crediamo che le pazienti debbano pretendere la qualità in tutto il loro percorso terapeutico indipendentemente dall'età, dal livello sociale o dal luogo in cui vivano. E questa campagna che ci ha proposto Europa Donna ha proprio questo obiettivo».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 153.596
Diffusione 09/2015: 81.284
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-NOV-2015
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

ASSISTENZA

Auspicata rete europea per malattie non comuni

Luisa Romagnoni

■ Poco frequenti, spesso difficili da individuare e da trattare. Sono i tumori rari. Un gruppo eterogeno di neoplasie (circa 200 le forme identificate), per le quali è fondamentale muoversi nell'ottica della collaborazione clinica in «Rete». Ancora oggi in Italia, per queste patologie, manca uno specifico riconoscimento, così come manca un sistema di accreditamento di Centri di riferimento dedicati, che favoriscano appropriatezza della diagnosi e della terapia. Di recente, parlamentari, pazienti, e società scientifiche, riuniti a Roma in un incontro realizzato con il supporto di Novartis, hanno fatto il punto sui tumori rari. Si guarda allo sviluppo di reti europee. «Lo scorso settembre, la Commissione Affari Sociali della Camera ha approvato all'unanimità una risoluzione sulle malattie rare», afferma Paola Binetti, presidente dell'Intergruppo parlamentare sulle malattie rare.

«Tra gli obiettivi principali della risoluzione c'è la richiesta al Governo di facilitare la creazione dei nuovi Centri di riferimento a livello europeo per le malattie rare, Ern, European Reference Networks for rare diseases. In questo quadro vorremmo proporre di creare Ern specificamente dedicate ai tumori rari, che coinvolgano Centri di ricerca di altissimo profilo, ma che offrano anche un adeguato servizio ai pazienti e alle Associazioni da essi costituite».

Una possibilità sostenuta fortemente dalla Federazione italiana delle Associazioni di volontariato (Favo) che propone la creazione, almeno di una Rete per ciascuna famiglia, di queste neoplasie. «Siamo convinti che per i tumori rari, bisogna aprire una nuova prospettiva», sottolinea Francesco De Lorenzo, presidente Favo. «L'assistenza transfrontaliera è una grande opportunità che permette ai malati di non avere una migrazione a caso. Per fare questo lavoriamo con l'Europa. Ma in questa fase costitutiva degli Ern, occorre una presenza maggiore del Ministero e la consapevolezza da parte del Governo italiano che, se non interviene in maniera stretta e diretta con le Regioni per l'individuazione dei Centri di riferimento, corriamo il rischio di non attivare nel Paese questo tipo di assistenza».

Chirurghi a lezione di laser

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 48
foglio 1
www.datastampa.it

SPECIALE
RCS MediaGroup Communication Solutions
graficocreativo

ONCO-EMATOLOGIA

Una complicanza frequente nel paziente oncologico sottoposto a terapia antitumorale

Neutropenia febbrile sempre più sotto controllo

Fondamentale è la somministrazione di farmaci in grado di prevenire il rischio d'infezione

La neutropenia è la diminuzione del numero assoluto di granulociti neutrofili, uno dei cinque tipi di globuli bianchi (leucociti) che circolano nel torrente sanguigno con il compito di difendere l'organismo dalle infezioni batteriche, fungine e virali. Un numero di neutrofili ridotto espone chiunque a una maggiore suscettibilità a questo tipo di infezioni, che possono diventare particolarmente pericolose nei pazienti oncologici sottoposti a trattamenti chemioterapici per la cura di diversi tipi di tumori, sia solidi sia del sangue. All'aumento del rischio d'infezioni spesso si aggiunge anche il rischio di sviluppare contestualmente una neutropenia febbrile (NF), caratterizzata da rialzo termico superiore a 38,5°C sostenuto nel tempo per più di un'ora.

«Molto però dipende – avverte Giuseppe Visani, direttore dell'Ematologia e Centro trapianti dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord Pesaro – dalla tossicità associata al trattamento antitumorale somministrato: nel 5-10% dei casi la NF esordisce subito, mentre nella restante quota di pazienti tale evento si può manifestare anche a distanza di una ventina di giorni (mediamente tra i 7 e i 15 giorni), con un rischio maggiore nel primo ciclo di chemioterapia (intorno al 35%)».

Una complicanza che costringe il clinico a ridurre il dosaggio della terapia o ad allungare gli intervalli di tempo tra un ciclo e l'altro di chemioterapia con significativo aumento di ulteriori problemi clinici e, non ultimo, dei costi sanitari legati all'impiego di altri farmaci di supporto (antibiotici, antinfiammatori, ecc.) e all'ospedalizzazione.

Per esempio, quasi la metà delle pazienti che ricevono un trattamento chemioterapico adiuvante per carcinoma mammario in stadio precoce sperimentano, almeno una volta, una riduzione di dose della chemioterapia pianificata o un ritardo nei tempi di somministrazione della stessa a causa della neutropenia riportata nel ciclo precedente.

Tali modifiche della dose e dei tempi di somministrazione dei cicli di terapia rappresentano un'inutile perdita di tempo, che per questi pazienti è davvero prezioso.

Altri fattori di rischio che si possono aggiungere alla tipologia di regime chemioterapico e a precedenti trattamenti oncologici (farmaci in grado di inibire la produzione di cellule difensive da parte del midollo osseo e/o radioterapia) sono le condizioni di salute del paziente (età avanzata, patologie concomitanti, livello di benessere generale, ecc.) e lo stadio clinico della malattia oggetto della cura.

A giocare un ruolo chiave nella sopravvivenza, moltiplicazione e maturazione dei globuli bianchi è la somministrazione di fattori di crescita granulocitari ricombinanti (G-CSF) a breve e a lunga durata d'azione. «La funzione dei fattori di crescita granulocitaria (G-CSF), peraltro prodotti anche dal nostro organismo, – spiega l'ematologo marchigiano – non è solo quella di stimolare la produzione midollare di granulociti maturi in grado di difenderci da tutto ciò che è estraneo, ma anche di "traghettarli" dal circolo sanguigno all'interno dei tessuti dove possono esplicare tutto il loro potenziale difensivo insieme ad altre frazioni cellulari di globuli bianchi».

«Purtroppo – sottolinea l'esperto – non c'è ancora la cultura di utilizzare al meglio i fattori di crescita granulocitari, che vanno somministrati precocemente quando il rischio di neutropenia è elevato, a partire dal secondo giorno dalla fine di una chemioterapia intensiva, con l'obiettivo di spingere in maniera ottimale il recupero dei globuli bianchi carenti. Da evitare assolutamente è, in molti casi, l'uso "al bisogno" di tali presidi terapeutici, che invece va programmato con consapevolezza e determinazione».

«Per esempio, nel trapianto di midollo spesso utilizzato in campo ematologico – conclude Visani – dove, anche dopo l'attecchimento del trapianto, si può talora instaurare una vera e propria battaglia tra le cellule del donatore e l'ospite con caduta verticale di tutte le cellule del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine), i fattori di crescita granulocitari possono in alcuni casi riuscire a stimolare un midollo temporaneamente "pigro" verso la ripresa della sua funzione».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

22-NOV-2015
da pag. 24
foglio 1
www.datastampa.it

LE BUONE NOTIZIE

Scoperte 37 nuove molecole Armi efficaci contro il cancro

Negli ultimi anni sono state introdotte a livello globale 37 nuove molecole anticancro. E nel 2014 sono state ben 10. Queste armi innovative hanno permesso di raggiungere risultati impensabili. Grazie alla immuno-oncologia, ad esempio, il 20% dei pazienti colpiti da melanoma in fase avanzata è vivo a un decennio dalla diagnosi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 43
foglio 1
www.datastampa.it

Il numero

Ancora troppa ignoranza sul corretto uso degli antibiotici

64%

È la quota di persone, secondo un sondaggio Oms che ritiene gli antibiotici in grado di curare raffreddore e influenza

In occasione della Settimana dedicata alla Consapevolezza sugli Antibiotici, l'Organizzazione mondiale della sanità ha presentato i risultati di un sondaggio svolto su diecimila persone che mostra quanto siano diffuse alcune convinzioni sbagliate. Il 64% degli interpellati ritiene che questi farmaci possano curare malattie virali come raffreddore e influenza, mentre il 32% crede opportuno interrompere la terapia al primo miglioramento. Invece gli antibiotici non hanno alcuna efficacia contro i virus, ma combattono solo i batteri ed è importante completare il ciclo di terapia. Inoltre il 57% afferma di non poter fare nulla contro l'antibiotico-resistenza, mentre il fenomeno può essere ridotto con assunzione corretta di questi farmaci, lavaggio delle mani e vaccinazioni. Sul sito Oms (www.who.int/en) è possibile mettere alla prova la propria conoscenza sull'argomento rispondendo a un quiz.

CorriereSalute

Lotta senza tregua all'epatite C

Fegato: le sfide da vincere per i nuovi antivirali

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 44
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

È possibile procurarsi i medicinali all'estero?

Cosa dice la legge
Si possono portare in Italia solo farmaci per trattamenti non superiori ai 30 giorni

Per qualcuno dei nuovi medicinali antiepatite C esiste la "fotocopia", cioè il *generico*. Di solito il farmaco generico, o, *equivalente*, viene prodotto quando scade un brevetto: allora viene venduto a prezzi molto più bassi, con il nome della molecola e non con quello commerciale.

Ma per alcuni nuovi farmaci, compresi gli anti-epatite C, succede qualcosa di diverso: l'azienda produttrice concede a certi Paesi (in base a considerazioni di tipo economico) di produrre la forma generica.

Lo fa per motivi di responsabilità sociale (è successo anche per gli anti-Aids), ma qualche volta la situazione può sfuggire di mano: oggi, in India o in Egitto, si trovano generici anti-epatite C a prezzi bassissimi che, però, dovrebbero essere destinati all'uso interno.

Ma i pazienti italiani, esclusi dalle cure gratuite perché non affetti da forme gravi di malattia non possono comperare il farmaco all'estero (India, Egitto, ma anche in Vaticano e a San Marino) o su Internet?

La faccenda è complicata (coinvolge anche i medici) perché in Italia esiste una legislazione precisa sull'acquisto dei farmaci.

Che cosa può succedere, dunque? Alcune risposte le dà EpaC, un associazione di pazienti con epatite C, di cui è presidente Ivan Gardini, in accordo con Aifa.

Cominciamo dalla possibilità di procurarsi il generico su siti Internet stranieri: tecnicamente sarebbe possibile (anche perché certi distributori li mettono in vendita e fanno affari), ma la legge italiana lo vieta. Secondo quest'ultima, i farmaci, a maggior ragione se soggetti a prescrizione medica, possono essere acquistati solo nelle farmacie autorizzate. Non solo: la legge italiana proibisce l'importazione di medicine non autorizzate al commercio (e questi generici in Italia non lo sono). Il fatto di possedere una prescrizione medica non cambia la situazione.

E se un paziente va all'estero, compera il farmaco e lo porta in Italia? Sempre secondo la legge, un viaggiatore ha la facoltà di portare con sé medicinali registrati in altri Paesi, ma a patto che siano destinati a un trattamento terapeutico non superiore ai trenta giorni: non è il caso delle cure anti-epatite cronica C, la cui durata varia da 12 a 24 settimane.

Altra possibilità: comperare la forma "branded", cioè di marca, in altri Paesi Europei, compreso San Marino, o negli Stati Uniti o in Vaticano.

Anche in questo caso si contravviene alla legge, sempre per il principio che non è possibile importare farmaci.

Insomma le regole ci sono (forse troppe), anche se ci si chiede come poi vengano effettuati eventuali controlli.

E veniamo infine al ruolo del medico.

Intanto il dottore può prescrivere i farmaci anti-epatite C a pazienti non inclusi negli attuali criteri di accesso alla terapia (che, quindi non hanno forme gravi di malattia), ma lo può fare solo *off-label* (cioè al di fuori delle indicazioni che sono previste).

Di fronte a un paziente che si presenta con il farmaco generico, acquistato all'estero, il medico ha l'obbligo di curarlo: il codice deontologico gli impone infatti di tutelare "la vita e la salute psico-fisica" del malato.

«Non sono molti i pazienti che percorrono la strada dell'acquisto di farmaci all'estero — commenta Gardini — e comunque questa situazione finirà, se in Italia si estenderà l'accesso alle cure».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fegato: le sfide da vincere per i nuovi antivirali

Già 26 mila pazienti trattati nel nostro Paese

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 44
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Lotta senza tregua all'epatite C

Ormai la maggioranza delle persone infettate dal virus Hcv può essere trattata con successo grazie ai nuovi farmaci antivirali. Resta però una quota di malati per cui è necessario trovare soluzioni alternative, bisogna combattere l'emergere delle "resistenze" e, infine, resta il problema dei costi e dell'accesso alle cure

L'infezione sostenuta dal virus responsabile dell'epatite C oggi può essere debellata dai principi attivi arrivati negli ultimi anni. Rimane una quota di casi refrattari alle cure sulla quale si stanno concentrando gli sforzi dei ricercatori. L'obiettivo è la completa remissione in tutti i malati

SALUTE

Fegato: le sfide da vincere per i nuovi antivirali

Ventaglio di scelte
L'importante è poter avere un'offerta ampia che consenta combinazioni adatte a situazioni diverse

DALLA NOSTRA INVIATA

Guariscono all'incirca il 90 % dei pazienti: sono i nuovi farmaci anti-epatite cronica C. Che cosa chiedere di più alla ricerca?

«Certo, questi farmaci annullano l'infezione nella maggior parte delle persone — commenta Antonio Craxì, professore di Gastroenterologia all'Università di Palermo — ma nel 10% dei casi sono inefficaci ed esistono categorie di malati che vengono escluse a priori dalle cure, per motivi vari».

È a questo che i ricercatori devono pensare ed ecco perché l'attenzione degli esperti, riuniti a San Francisco per il "Liver Meeting" sulle malattie del fegato, è stata monopolizzata da una lunghissima serie di studi su nuove molecole o su nuove combinazioni di quelle già esistenti capaci di agire sul virus C dell'epatite. Molecole che devono rispondere, come dicono gli anglosassoni agli *unmet needs*, i bisogni non corrisposti.

Ci sono pazienti infettati da virus particolarmente "cattivi", di genotipo 3 per esempio, verso cui gli attuali farmaci non funzionano bene. Oppure malati con problemi renali, per i quali il *sofosbuvir* (presente in molte associazioni oggi disponibili) non è indicato. Ce ne sono poi altri in cui le terapie falliscono perché i virus diventano resistenti, altri che non tollerano la ribavirina (vecchio antivirale che fa parte di molti protocolli di cura, piuttosto tossico). Infine, ci sono i pazienti più compromessi, con

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 44
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

cirrosi grave, per i quali certi farmaci sono controindicati (come l'associazione *ombitasvir-paritaprevir-ritonavir-dasabuvir*, che si può chiamare 3D perché associa tre nuovi farmaci — la D sta per Drugs= farmaci — più il ritonavir, che aumenta la risposta immunitaria), e che hanno bisogno di alternative. «L'importante, dunque — continua Craxì — è avere un'offerta ampia che consenta combinazioni adatte a situazioni diverse e possibilmente senza ribavirina».

Cominciamo dai virus "cattivi": oggi esistono combinazioni (per esempio *sofosbuvir* e *velpatasvir*) che possono annientare il genotipo 3 del virus nel 90% dei casi, anche in quelli più difficili (con cirrosi) , e associazioni come la 3D che, nei pazienti con cirrosi compensata, sono efficaci al 100% contro il virus di genotipo 1b (che in Italia interessa il 60% dei pazienti), sia sul genotipo 1a (che più tende a mutare, ma che in Italia è presente solo nel 10% dei casi, mentre negli Usa lo è nel 70%).

Passiamo a chi ha problemi renali: «Le questioni sono due — commenta Massimo Colombo, professore di Gastroenterologia all'Università di Milano e direttore del Dipartimento medicine specialistiche e trapianto al Policlinico —. Una riguarda persone con funzionalità renale compromessa o in dialisi, l'altra il trapianto di rene. Nel primo caso lo studio Ruby I, che ha utilizzato la combinazione *ombitasvir-paritaprevir-ritonavir-dasabuvir*, ha dimostrato che questo regime può eliminare il virus senza interferire con la funzione renale. Anche l'associazione *grazoprevir* ed *elbasvir* è indicata in questa categoria. Non solo: quest'ultima può aiutare ad affrontare il problema della carenza di reni da trapianto. Può permettere, infatti, di utilizzare anche organi di soggetti con epatite C, ora scartati, perché può bloccare l'infezione nel paziente trapiantato».

Arriviamo al fallimento delle terapie: perché certi pazienti non rispondono ai farmaci?

«All'ultimo congresso europeo di Vienna sul fegato — commenta Colombo — ci si era preoccupati perché le cure nei pazienti con cirrosi fallivano nel 20% dei casi. E si temeva che il fenomeno fosse solo da attribuire alle resistenze dei virus. In realtà in molti casi il problema è legato o alla gravità della malattia o a terapie troppo brevi (12 settimane invece di 24 come fanno solitamente negli Usa: noi in Italia curiamo per 24 settimane) oppure alla mancata associazione con la ribavirina che, al momento, in molte situazioni è indispensabile». Il problema delle resistenze, comunque, esiste. «I virus hanno mutazioni innate che, se presenti, riducono l'efficacia delle terapie — spiega Craxì — E anche se questi fenomeni sono presenti solo nel 5% dei casi, la percentuale diventa importante sui grandi numeri. Alcune delle nuove combinazioni superano il problema».

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nelle carceri
Va fermato il contagio fra i detenuti

Nelle carceri italiane ci sono almeno 5 mila detenuti con epatite C candidabili alla terapia con i nuovi farmaci, ma a oggi non hanno nemmeno accesso alle medicine di prima generazione (interferone e ribavirina). «Sono pazienti difficili da gestire — spiega Gloria Taliani, professore di Malattie Infettive, Università La Sapienza, di Roma. — Spesso sono soggetti a detenzioni corte e ciò non consente di seguirli nel tempo». In una certa percentuale di casi sono anche portatori del virus Hiv. Andrebbero trattati per interrompere il contagio: molti detenuti si infettano attraverso rapporti omosessuali (maschili) e uso di droghe iniettabili. Il problema è quello delle risorse economiche. Non solo: la percentuale di detenuti, curati per un'epatite cronica C che rimangono in carcere, si reinfettano nel 22% dei casi. «Però — precisa Gloria Taliani —si reinfettano meno quelli curati».

A. Bz.

90%

È la quota di pazienti che guarisce grazie ai nuovi farmaci anti-epatite C cronica messi a loro disposizione

7 genotipi

Il virus dell'epatite C ha 7 genotipi, con diverso corredo genetico. In Italia il 60% degli infetti ha il genotipo *1b*, il 10% l'*1a*, il 15% il *3*, il 5-10% il *4* e 5-10% il *2*. I genotipi *5,6,7* sono rarità. I medicinali colpiscono enzimi che servono al virus per replicarsi e dal loro suffisso si capisce quale. Se il nome finisce in *–previr* (come paritaprevir) è la *proteasi*, in *–asvir* è l'*NS5A*, in *– buvir* è la *polimerasi*

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 44
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Le terapie già disponibili in Italia

Nel nostro Paese i malati che possono avere accesso ai farmaci innovativi – somministrabili per bocca – devono avere caratteristiche particolari, stabilite dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco: devono essere ammalati di epatite cronica in fase avanzata, anche con cirrosi (con qualche eccezione)

TERAPIA COMPLETA

Funziona così com'è: va scelta a seconda del tipo di paziente e della genetica del virus, perché i virus dell'epatite C sono di tipi differenti e diversamente sensibili ai farmaci

Ledipasvir/Sofosbuvir

- Una sola compressa associa i due farmaci da somministrare, una volta al giorno
- Funziona contro i genotipi 1, 4 e 3 del virus
- Può essere somministrata anche con Ribavirina a seconda della condizione del paziente

Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir+Dasabuvir

- Sono due compresse da assumere due volte al giorno
- Funzionano contro i genotipi 1 e 4 del virus

SINGOLI FARMACI DA UTILIZZARE IN ASSOCIAZIONE

L'associazione di farmaci viene decisa dal medico e dipende dalle caratteristiche del paziente e dal tipo di virus coinvolto

Daclatasvir

- Si somministra una volta al giorno
- Funziona contro i genotipi 1, 3, 4 del virus
- Viene associato a Sofosbuvir (si veda oltre) con o senza Ribavirina

Simeprevir

- Si somministra una volta al giorno
- È attivo sui genotipi 1 e 4
- Viene associato a Sofosbuvir, con o senza Ribavirina
- Nota: questo farmaco è contemplato nelle regole dell'Aifa anche per i pazienti con malattia lieve, a patto che sia associato con Ribavirina e con Interferone

Sofosbuvir

- Si somministra una volta al giorno
- Viene associato con Daclatasvir, Ledipasvir, Simeprevir
- Funziona contro i genotipi 1, 2, 3, 4, 5, 6

Precisazioni

- I virus dell'epatite sono di 6 tipi diversi e non tutti i farmaci sono attivi su ognuno di essi
- La Ribavirina è un vecchio farmaco antivirale che funziona a tutt'oggi
- L'Interferone non è compreso in questi schemi di terapia ma può essere utilizzato in associazione, per i pazienti con forme meno gravi di epatite
- La vecchia terapia anti-epatite C si basava sull'associazione di Interferone e Ribavirina, ma con effetti collaterali importanti
- L'Interferone inibisce la replicazione del virus e aumenta la risposta immunitaria
- I farmaci vanno scelti non solo per la loro efficacia verso i diversi genotipi del virus, ma anche per la loro tollerabilità, la facilità di somministrazione e l'aderenza alla terapia da parte del pazienti

CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Il dibattito

I farmaci devono essere dati prima o dopo il trapianto?

È polemica fra i chirurghi del fegato. Ecco la questione. Se si deve trapiantare un paziente con cirrosi scompensata da virus C (condizione che rappresenta un'indicazione al trapianto) lo si deve trattare con i farmaci anti-epatite primo o dopo il trapianto? Gli italiani tendono a farlo prima, gli americani dopo. L'idea di trattare prima è giustificata dal fatto che si vuole impedire una recidiva, ma con i farmaci a disposizione ci sono alcune limitazioni.Le ragioni degli americani sono che, in un paziente con cirrosi scompensata, la percentuale di successo delle terapie si riduce a meno dell'85%, è probabile che ci sia anche insufficienza renale per cui non si può usare il sofosbuvir e si deve utilizzare anche la ribavirina, che provoca anemia, rischiando di peggiorare le condizioni. Ecco perché preferiscono intervenire dopo, quando l'infezione si manifesta e con un fegato nuovo in buone condizioni.

A. Bz.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

22-NOV-2015
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Già 26 mila pazienti trattati nel nostro Paese

Le cifre

Dal primo gennaio 2015 a oggi, 26 mila malati di epatite C, in Italia, sono stati curati (e nella maggior parte dei casi guariti), con i nuovi antivirali, senza ricorrere all'interferone (farmaco utilizzato nelle vecchie terapie, con effetti collaterali importanti). «Sono pazienti con fibrosi del fegato avanzata o con cirrosi — commenta Savino Bruno direttore del Dipartimento di Medicina Interna all'Istituto Humanitas di Milano e professore di Medicina Interna all'Humanitas University — che hanno avuto accesso ai farmaci gratuitamente».

La scelta di curare per primi i malati più gravi (e in aggiunta anche chi ha ricevuto un trapianto non di fegato, ma di altri organi o di midollo) è dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco che ha contrattato con le aziende il prezzo dei farmaci (fra i più bassi in Europa). La logica che ha guidato questa decisione è che chi sta meno peggio ha un po' di tempo in più per stare in lista di attesa.

Ma da qui in avanti che cosa si possono aspettare questi malati?

Non si conoscono con precisione i numeri: secondo uno studio condotto all'Università di Roma Tor Vergata, i pazienti attualmente candidati al trattamento sarebbero circa 163 mila (altri parlano di 250 -300 mila), compresi i malati con malattia avanzata non ancora trattati.

«Il piano dell'Aifa, per il quale il Ministero della Salute ha stanziato un miliardo — precisa Pierluigi Russo, coordinatore dell'Area strategica e politiche del farmaco dell'Aifa — prevede di trattare 50 mila malati gravi, siamo arrivati alla metà. Quando avremo raggiunto l'obiettivo, riapriremo la discussione sul costo del farmaco con le aziende e sarà allora che si deciderà il prezzo definitivo di queste terapie. La nostra politica ci ha permesso, finora, di curare con medicinali innovativi un buon numero di persone senza far saltare i conti della sanità, come è invece successo in altri Paesi».

Al momento i pazienti con forme meno gravi di malattia possono ricorrere a un trattamento (gratuito) solo con interferone e ribavirina (può avere successo in una certa percentuale di casi anche se a fronte di effetti collaterali). E sperare che il prezzo dei nuovi farmaci si riduca.

«È molto probabile che il costo delle cure si ridurrà — prevede Bruno — non solo perché i nuovi composti in arrivo sul mercato aumenteranno la concorrenza, ma perché la contrattazione che il Ministero fa sui prezzi si basa sui volumi: se aumenteranno i pazienti da trattare, i prezzi caleranno. Comunque non è soltanto un problema di soldi, ma anche della capacità delle strutture di farsi carico di questi malati».

Ma quali sono oggi i farmaci disponibili?

Sono ormai diversi (altri ne arriveranno nel 2016) e stanno persino soppiantando l'apripista, il famoso *sofosbuvir*, (dal 2013 in Italia) che ha fatto molto discutere per i costi esorbitanti con cui è stato messo in commercio (nell'ordine 40-50 mila euro per trattamento all'anno). Oggi esistono due tipologie di cure con molecole innovative senza interferone (tutte somministrabili per bocca).

La prima prevede una combinazione fissa di farmaci. La seconda l'associazione di più composti che viene decisa di volta in volta dal medico a seconda delle condizioni del paziente e del tipo di infezione (*si veda l'infografica a lato,ndr*).

Le combinazioni fisse sono due: l'ultima approvata dall'Aifa è un trattamento 3D e prevede la somministrazione di due pastiglie due volte al giorno.

«È un trattamento 3D — precisa Bruno — nel senso che è composto da tre D (drugs= farmaci, nuovi) e dal ritonavir, che aumenta la risposta del sistema immunitario».

È attivo sui genotipi 1 e 4 e aggredisce il virus in tre momenti diversi della sua replicazione.

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

50 mila

È il numero di malati gravi che saranno trattati secondo quanto prevede il piano dell'Agenzia italiana del farmaco per il quale il ministero della Salute ha stanziato 1 miliardo di euro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1
www.datastampa.it

Assicurazioni sanitarie, passo in avanti

Medici e ospedali

Novità in vista per i risarcimenti, ma resta la cattiva pratica dell'"autoassicurazione"

Maurizio Carucci
Roma

In Italia sono in aumento le denunce per malasanità. Da oltre un decennio, tra l'altro, il ramo assicurativo della responsabilità civile sanitaria sta registrando, in modo sistematico, ingenti perdite. Numerosi i casi di cattive pratiche assicurative. In Sicilia, per esempio, una bambina ha riportato gravissimi danni psicomotori per asfissie verificatesi durante il parto. I genitori, ottenuta la sentenza favorevole con un risarcimento di 1,8 milioni di euro, non avendo potuto ottenere in nessun modo il pagamento dall'Ospedale, che versa da anni in grave dissesto finanziario, si sono visti costretti ad accettare la proposta al ribasso dell'assicurazione. I.S., invece, non riesce a ottenere il risarcimento di 50mila euro perché il Policlinico Umberto I di Roma non paga e non è possibile pignorare alcunché in quanto le casse dell'ospedale sono vuote.
La Commissione Affari Sociali della Camera ha votato di recente un disegno di legge *ad hoc*. Secondo Osservatorio Sanità, il testo del nuovo ddl fornirebbe al personale sanitario maggiori garanzie, giacché da un lato ridurrebbe i termini per poter esercitare l'azione civile da dieci a cinque anni e dall'altro introdurrebbe l'obbligo di malleva da parte della struttura sanitaria all'interno della quale si è verificato l'errore. Inoltre per il cittadino danneggiato, la possibilità di ottenere giustizia potrebbe diventare più rapida. Infatti, la condivisibile e necessaria introduzione dell'obbligatorietà della copertura assicurativa da parte delle strutture sanitarie è accompagnata dalla possibilità di citare direttamente in giudizio la compagnia assicuratrice dall'inizio dell'iter processuale (come avviene per esempio nel comparto Rc auto) e quindi di arrivare a una conciliazione obbligatoria.
«Ci preoccupa – spiega Francesco Lauri, presidente di Osservatorio Sanità – che nel testo definitivo del ddl sia rimasto l'articolo 8, che prevede la pratica dell'"autoassicurazione". Lo vediamo tutti i giorni nei tribunali, da quando, qualche anno fa, è stato introdotto il regime di "autoassicurazione" per le strutture sanitarie, in luogo dei normali contratti assicurativi: ciò rappresenta per i cittadini una beffa oltre al danno ricevuto. Infatti, sentenza alla mano, non è possibile farsi pagare da quelle strutture sanitarie che sono in disavanzo finanziario perché non hanno soldi in cassa. Molto spesso, solo quando qualcuno si rivolge a noi, scopre che l'ospedale dove si è verificato il danno non è assicurato, ma autoassicurato. Dal Lazio in giù sono tantissime le strutture in disavanzo economico e in regime di "autoassicurazione" e questo è un mix mortale per i danneggiati, poiché non sono e non saranno mai risarciti».
Uno dei fattori più negativi per il sistema del risarcimento per errore medico va ravvisato soprattutto nella fuga delle grandi compagnie assicurative. «Oltre all'esigenza di una tabella nazionale sulle lesioni macropermanenti – continua Lauri – occorre rivedere al ribasso i parametri per il risarcimento del danno morale da morte e introdurre la disamina dell'effettivo legame tra i parenti, estranei al nucleo familiare, e il congiunto defunto per evitare il meccanismo del risarcimento automatico erogato indistintamente a tutti i parenti legittimati a richiederlo. In questo modo ci si avvicinerà agli standard degli altri Paesi europei e sarà forse possibile far tornare le grandi compagnie di assicurazione che, a differenza di quelle che sono proliferate negli ultimi anni, danno maggiori garanzie di solidità e solvibilità. Sarà così certo che i cittadini percepiranno l'esatto importo del risarcimento decretato dalla sentenza, senza paradossali transazioni al ribasso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ATTUALITÀ
Vaticano, 5 rinviati a giudizio
Assicurazioni sanitarie, passo in avanti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2013: 458.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA laLettura

22-NOV-2015
da pag. 6
foglio 1

Dir. Resp.: Luciano Fontana

www.datastampa.it

SCOPERTE

di GIUSEPPE BIAMONTI

La missione della microcellula: sostituire il cromosoma difettoso

Uno dei sogni della biologia è riuscire a battere le malattie genetiche curando il gene difettoso, obiettivo che richiede studi approfonditi e lo sviluppo di metodiche sofisticate per reintrodurre il gene sano in un contesto che ne permetta la corretta espressione nelle cellule dell'organismo. Un grande passo in avanti è stato compiuto di recente dal gruppo «Genoma umano» dell'Istituto di ricerca genetica e biomedica del Cnr e dell'Istituto Humanitas, che è riuscito per la prima volta a sostituire un cromosoma difettoso con uno sano in una cellula staminale di mammifero. Il team, che per anni ha lavorato in collaborazione con il premio Nobel Renato Dulbecco, è diretto da Anna Villa e si avvale delle competenze di Marianna Paulis e Paolo Vezzoni. I ricercatori sono stati in grado di inserire, mediante una microcellula, un cromosoma X sano in cellule con il cromosoma X malato, eliminando quello endogeno e risolvendo così il difetto: la cellula trapiantata ora è «sana» a tutti gli effetti. L'importanza è intuitiva: se la terapia genica convenzionale non può risolvere le alterazioni cromosomiche importanti, causa di malattie genetiche, è proprio perché non riesce a trasferire «grossi pezzi» di DNA. Questo esperimento quindi apre una nuova strada al trattamento delle malattie genetiche. Il lavoro, pubblicato sulla rivista «Oncotarget», riguarda il cromosoma sessuale X, le cui alterazioni causano patologie quali la distrofia muscolare, l'emofilia e la sindrome di Lesch Nyhan (il cromosoma sostituito era portatore di questa grave variazione genica). La scuola di genetica italiana conferma così la sua eccellenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cellule in cui si osserva la presenza di due cromosomi X (verde) e Y (rosso) oggetto di sostituzione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-NOV-2015
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

NOTIZIE

La salute in rete: è più un progresso o un pericolo?

Ormai la metà degli italiani cerca attivamente on line informazioni sulla salute

Lo sviluppo delle nuove tecnologie e la loro diffusione nella popolazione italiana ha contribuito a cambiare anche il modo in cui i pazienti si informano sulla salute e si influenzano vicendevolmente. Per analizzare questo nuovo processo IBSA Foundation, organizzazione non-profit che ha lo scopo di promuovere, sostenere e contribuire allo sviluppo della ricerca scientifica, ha promosso all'Università La Sapienza di Roma, l'incontro dal titolo "La salute in rete: progresso o pericolo?". Alla base del confronto tra esperti,studiosi, Istituto Superiore di Sanità e AIFA i risultati di una ricerca realizzata da Gfk su un campione di 2.066 individui. Il primo dato che emerge è che 1 italiano su 2 ricerca attivamente informazioni sulla salute, 2 su 3 nella fascia tra i 25 e i 55 anni. Per tutti il medico è il riferimento centrale (85% medico di base, 68% medico specialista), subito seguito dal web, il cui ruolo rilevante viene confermato dal 49% degli intervistati. Vengono dopo i consigli del farmacista(37%), quelli di parenti e amici (36%) e infine quelli dei media (24%).Varia il channel mix in base al livello di istruzione: i laureati utilizzano molteplici canali ricorrendo al medico di medicina generale per il 79% e al web per il 73%, mentre chi ha la sola licenza elementare registra una fortissima prevalenza del medico di base,91%, a fronte di un ricorso all'8%. Diverse e articolate le informazioni cercate sul web: alla domanda "quali informazioni sulla salute ha cercato su internet?" l'83% degli italiani indica informazioni riguardanti le patologie, il 66% sulle possibilità di cura e il 64% sui corretti stili di vita.

(M. BOS.)

La qualità è un diritto!

data stampa
dal 1980 monitoraggio media