

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

Primo sì degli Usa al “Viagra per le donne”

Una commissione dell'autorità americana per gli alimenti e i medicinali promuove il farmaco per aumentare la libido femminile. Il via libero definitivo atteso ad agosto



Via libera al “**Viagra per le donne**”. Una commissione della *Federal Drug Administration* (Fda), l'autorità americana per gli alimenti e i medicinali, approva il farmaco per **la libido delle donne**. Un'approvazione con paletti: l'autorità chiede infatti a Sprout Pharmaceutical, la casa che produce il medicinale, di mettere a punto un piano per limitare gli effetti collaterali e rischi, fra i quali la stanchezza, la bassa pressione sanguigna e i mancamenti. Il “Viagra per le donne” è stato approvato con 18 voti a favore e 6 contrari.

Il **farmaco era già stato bocciato due volte** dal 2010, attirandosi una pioggia di critiche. Anche quella di discriminare le donne. Alcune associazioni a favore dei diritti femminili e dei produttori del farmaco hanno lanciato di recente una petizione, in cui accusavano la Fda di **discriminare le «donne** approvando il Viagra e altri 25 farmaci per aiutare gli uomini ad avere sesso, e non le donne». La petizione online ha raccolto 40.000 firme in poche ore. «Le donne hanno atteso abbastanza. Nel 2015 - si legge nella petizione - l'uguaglianza in base al sesso dovrebbe essere uno standard quando si tratta di trattamenti per disfunzioni sessuali».

Il medicinale per la libido delle donne, il **flinbaserin**, è stato respinto due volte negli ultimi anni, anche sulla base della modesta efficacia rispetto agli effetti indesiderati come sonnolenza, giramenti di testa e nausea. **Il parere della commissione non è vincolante** per la Fda, che si esprimerà in via definitiva in agosto. Ma di sicuro si tratta di un'importante vittoria, anche se molti esperti restano scettici sulla sua efficacia.

 Negli Stati Uniti

Via libera al «Viagra per le donne»

Disco verde, forse decisivo, al «Viagra per le donne». Il gruppo di esperti incaricato dalla americana Federal Drug Administration (Fda) ha detto sì al flibanserin, farmaco per la libido femminile. Il parere del panel di esperti non è vincolante per l'authority, che però accoglie quasi sempre le sue raccomandazioni. Alla Sprout Pharmaceutical, che produce il medicinale, è stato però chiesto un piano per limitare effetti collaterali e rischi, fra i quali stanchezza, bassa pressione sanguigna e mancamenti. Dopo due bocciature, nel 2010 e nel

2013, che avevano provocato una pioggia di critiche, fra cui quella di discriminare le donne, il farmaco (una pillola rosa da prendere tutti i giorni prima di coricarsi) è stato approvato con 18 sì e 6 no. I documenti pubblicati sul sito web della Fda spiegano che le donne che assumono il farmaco vantano in media 4,4 incontri sessuali soddisfacenti al mese contro i 3,7 in un «gruppo placebo» e 2,7 prima dell'inizio dello studio. L'effetto sessualmente stimolante del flibanserin è stato scoperto per caso, mentre testato come antidepressivo.



LEGGE 190/2014

Competenze sanitarie da definire

DI **BENEDETTA PACELLI**

Si avvia la definizione delle competenze delle professioni sanitarie, in applicazione del comma 566. Infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia e Conaps, il coordinamento delle professioni ancora senza Collegi, scrivono alla federazione dei medici (Fnomceo) al **ministro della salute** e ai sindacati di categoria, per chiedere di affrontare il tema delle competenze tra le professioni sanitarie, ribadendo nello stesso tempo il loro no all'ipotesi di rivedere la legge, avanzata proprio dalla Fnomceo al suo ultimo Consiglio nazionale, che introduce il concetto di «leadership medica». Nella lettera alla Fnomceo le professioni sottolineano che i media di settore hanno riportato la posizione assunta dalla presidente nell'ultimo Consiglio nazionale, con cui, secondo anche la maggioranza dei componenti il Consiglio nazionale, sul comma 566 si richiede una legge che imponga una «leadership funzionale» del medico nell'équipe multiprofessionale. Una posizione che se confermata dicono precluderà «ogni confronto

sulla possibile rimodulazione delle relazioni professionali tra i medici e le professioni sanitarie». Al **ministro della salute Beatrice Lorenzin**, invece, chiedono «con fermezza di portare in conferenza stato-regioni» i provvedimenti richiesti dalla stessa commissione salute delle regioni già a gennaio 2015 «per iniziare a dare corso a quanto previsto nella legge 190/14 comma 566, articolo 1», nel qual caso «non vi sarà alcuna necessità di azioni da parte delle professioni rappresentate a difesa dell'applicazione di una legge dello stato». Infine i sindacati. Le professioni annunciano di essere pronte a «una informazione capillare della posizione assunta dalla Federazione dei medici e degli odontoiatri, alla quale è prevedibile ipotizzare che si accoderanno le organizzazioni sindacali mediche» e chiedono alle loro rappresentanze sindacali «la disponibilità ad attivare un fronte comune per portare a buon fine il comma 566 e contestare la richiesta di ottenere ope legis una leadership funzionale del medico nell'équipe multiprofessionale».



PAGINA A CURA DEL MOVIMENTO PER LA VITA

Sono 170.000 i bambini salvati dall'aborto

Il 22 maggio scorso, ha compiuto 37 anni la legge 194/1978 *per la tutela della gravidanza e sull'interruzione volontaria della gravidanza*. Grazie ad essa, 5 milioni e ottocentomila bambini sono stati da allora eliminati legalmente prima di nascere.

Non è mai stato dato corso invece alle finalità preventive della stessa legge, evitando di attivare i sostegni previsti per le gestanti in difficoltà e rinunciando a proporre qualunque alternativa a chi chiedeva di interrompere la gravidanza, fino a trasformare di fatto l'aborto in un diritto individuale. Solo l'azione del Movimento per la vita ha consentito, senza altri mezzi se non la carità di tante persone generose, di salvare 170 mila bambini e di opporre la cultura della vita al dilagare della cultura radicale dei cosiddetti diritti civili. Oggi gli aborti chirurgici sono diminuiti fortemente, ma non sono diminuiti purtroppo il relativismo etico e l'edonismo irresponsabile che sostengono la mentalità abortista. Lo testimonia il diffondersi dell'aborto chimico con la Ru486 e quello dell'aborto precocissimo con le pillole dei giorni dopo, contrabbandate come *contraccettivi di emergenza*.

Lo testimoniano anche l'attacco sistematico allo smantellamento della legge 40/2004 sulla fecondazione artificiale e il diffondersi della fecondazione eterologa e delle pratiche schiavistiche riguardanti la compravendita di gameti e gli uteri in affitto, che ad essa sono connesse.

Verso queste nuove sfide e verso quella tremenda dell'eutanasia, che avanza anche per l'invecchiamento della popolazione che si accompagna alla denatalità, il Movimento per la vita è chiamato a confrontarsi nei prossimi anni, per promuovere una cultura diversa e per creare luoghi e situazioni in cui far maturare una mentalità nuova, rispettosa di ogni vita in condizioni di fragilità. **(G.L.G)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ALLARME DEGLI ONCOLOGI DURANTE IL 51° CONGRESSO INTERNAZIONALE A CHICAGO

“I farmaci anticancro sono troppo cari”

Dagli anni Settanta ad oggi le guarigioni sono raddoppiate, ma lo sono anche i costi delle terapie

In occasione del Congresso Internazionale di settore a Chicago, arriva l'allarme degli oncologi italiani: “I farmaci anticancro sono sempre più efficaci, ma sono troppo cari”.

I medici hanno dichiarato che negli ultimi dieci anni il prezzo dei farmaci anticancro è raddoppiato, passando da 4.500 dollari a più di 10mila al mese. L'Italia finora è riuscita a reggere l'impatto di tale crescita, grazie ai sistemi di rimborso concordati con l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) e, nel nostro Paese, tra l'altro, il prezzo medio dei trattamenti antitumorali rimane fra i più bassi d'Europa.

Per cui, seppur viene garantita l'aumento della sopravvivenza alla malattia grazie alle nuove tecniche, come l'immunoterapia, nel contempo, l'avanzare della scienza in materia incontra onerosi



esborsi che verrebbero sopperiti con la creazione di un fondo nazionale per l'oncologia che a tutt'oggi manca. Tale richiesta alle Istituzioni viene dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) durante il 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 - ha affermato 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. 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”.

Se vogliamo parlare in numeri sui casi di cancro in Italia, nel 2014 sono stati registrati 365.000 nuovi casi di tumore, quasi 1000 al giorno, di cui 196.100 (54%) negli uomini e 169.400 (46%) nelle donne. Nel corso degli anni si assiste ad una maggior sopravvivenza alla malattia. Se si considera che negli anni Settanta, solo il 30% sconfiggeva il male, negli anni Novanta si sale al 47% e nei giorni nostri si raggiunge il 60% (in particolare il 57% degli uomini e il 63% delle donne). Le guarigioni sono raddoppiate in quarant'anni 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%. **Ch.C.**



SE LA CURA ANTICANCRO DIVENTA TROPPO COSTOSA

Niente «olaparib» per le donne con tumore all'ovaio. Non è la prima volta che l'Nhi, il sistema sanitario inglese (meglio, la sua emanazione che si occupa dei costi sanitari, il Nice) nega il rimborso a un nuovo antitumorale perché ritiene il prezzo troppo elevato rispetto ai benefici per i malati. Adesso è toccato all'olaparib (costa 5.700 euro al mese circa), qualche tempo fa a una molecola contro il cancro al seno.

La notizia arriva in un momento di grande eccitazione per la ricerca medica. Al congresso degli oncologi americani (Asco), appena conclusosi a Chicago, si è aperto un nuovo fronte nella guerra contro il cancro: quello dell'immunoterapia, che stimola le difese dell'organismo contro le cellule tumorali. Un'innovazione molto costosa.

L'industria farmaceutica si chiede: perché i governi, pronti ad applaudire le aziende innovatrici, poi non le ricompensano rimborsando i farmaci? E perché i pazienti, che possono avere anche piccoli benefici dai nuovi trattamenti, devono essere lasciati senza, in attesa che arrivi

qualcosa di più efficace di cui probabilmente non potranno più usufruire?

Si sa che l'arrivo di ogni nuova molecola può rappresentare un pezzettino in più di vita per i malati e che, oggi, si può anche pensare alla guarigione (sta accadendo con gli immunoterapici per il melanoma). I temi, allora, sono due: l'innovazione per l'industria e la cura dei pazienti per i medici.

Forse non è giusto che sia il rimborso dei nuovi farmaci a ripagare l'innovazione (servono politiche industriali diverse), ma è doveroso assicurare ai pazienti il miglior trattamento possibile.

Come, se le risorse (anche da noi) sono poche? L'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) fa una proposta: costituire un fondo per l'oncologia tenendo conto del reale valore delle cure e recuperando risorse dall'introduzione di farmaci generici (per scadenza del brevetto di quelli di marca) e dall'appropriatezza delle terapie (utilizzo del farmaco giusto nel paziente giusto).

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quanto costa un anno di vita (in più)

Il dibattito sui farmaci anticancro più cari che alcuni governi decidono di non rimborsare

di Pierluigi Battista

Nella guerra che la medicina non riesce ancora a vincere contro il cancro, c'è il rischio che due, tre anni di vita da «vivi» debbano esibire il cartellino con su scritto un prezzo. Siano sottoposti a una scelta politica in un programma mirato di risparmi della spesa pubblica. L'ultimo caso? Il sistema sanitario inglese che nega il rimborso dell'«olaparib», nuovo farmaco importantissimo per affrontare il tumore all'ovaio.

a pagina 25

Il costo di un anno di vita in più

Ai confini della bioetica: i farmaci anticancro, efficaci ma carissimi, che i governi scelgono di non rimborsare

La medicina

Ormai si punta a medicinali miratissimi e cure individuali, non più all'universalizzazione
di Pierluigi Battista

«**N**on lasciare che io muoia mentre sono ancora vivo». Sono le parole di una preghiera ebraica che Sheryl Sandberg, ceo di Facebook, ha voluto trascrivere nel ricordo di suo marito Dave, morto esattamente un mese fa. Solo «adesso», scrive la Sandberg, è riuscita ad afferrarne il senso. Solo adesso ha capito il significato che il tempo ha nella vita di una persona. Un valore incommensurabile, quando si è «ancora vivi». Adesso invece, nella guerra che la medicina non riesce ancora a vincere contro il cancro, c'è il rischio che due, tre anni di

vita da «vivi» siano costretti a esibire il cartellino con su scritto un prezzo. Siano sottoposti a una decisione politica in un programma mirato di risparmi della spesa pubblica. Diventino merce di scambio per evitare la bancarotta del Welfare.

Lo ha scritto Adriana Bazzi sul *Corriere*: il sistema sanitario inglese nega il rimborso dell'«olaparib», un nuovo farmaco importantissimo per affrontare il tumore all'ovaio, circa 5.700 euro mensili per ogni paziente. La stessa cosa è avvenuta qualche mese fa per una molecola utile per aiutare la battaglia contro il cancro al seno. Si oltrepassa un confine bioetico sottile. Si negano le cure a un malato che potrebbe guadagnare anni di vita. Si lasciano morire donne e uomini che sono ancora vivi, parafrasando la preghiera citata dalla Sandberg. Gli economisti più attenti se ne erano accorti già da tempo.

Uno studio, intitolato «Rapporto Sullivan», prevedeva che le nuove medicine antitumorali avrebbero pesato con un costo insostenibile per i conti dei sistemi sanitari. Amartya Sen si era già impegnato, inascoltato, per lanciare «un Health Impact Fund che punta a remunerare le industrie che distribuiscono i nuovi prodotti». Perché è inutile girare attorno alla questione con perifrasi, eufemismi, formule edulcoranti, rassicurazioni ipocrite. È inutile negare che la ricerca per nuovi farmaci contro il cancro molto spesso non «guarisce», non lascia

aspettative di vita lunghissime, non sana in modo definitivo. Ma aiuta a prolungare la vita, a permettere ai vivi di restare vivi altri anni, e la Sandberg ha spiegato bene cosa significa che importanza ha la vita quando si è «ancora vivi», fosse solo per un mese in più. Ma allora, possono legittimamente sostenere gli economisti, i politici, i responsabili dei bilanci, chi è attento alla stabilità dei conti, chi si muove sul terreno razionale del rapporto costi-benefici, se non si tratta di guarire, ma di prolungare di qualche anno la vita, ha un senso dissanguare le finanze pubbliche per qualche centinaio di giorni in più? Che prezzo ha mantenere in vita quelli che «sono ancora vivi» per qualche mese, qualche anno, senza la speranza di una guarigione definitiva?

Quanto costano due anni di vita in più? Questa è la nuova domanda bioetica che saremo prima o poi costretti ad affrontare. La battaglia contro il cancro ha fatto passi giganteschi. Oramai si ottengono risultati dalla medicina, dalla chirurgia, dalla radioterapia, insperati



fino a qualche anno fa. Ma dobbiamo convivere con la fine di un'illusione: che prima o poi venga scoperta una pillola miracolosa in grado di debellare il cancro, la terapia risolutiva, definitiva che farà ricca l'industria farmaceutica che la troverà dopo aver finanziato la ricerca e potrà essere distribuita a prezzi contenuti perché la sua diffusione universale porterà gigantesche remunerazioni a chi ha avuto la fortuna e la bravura di scoprire la formula magica. No, oramai la ricerca ha preso una direzione opposta: punta all'individualizzazione della cura, non alla sua universalizzazione come è avvenuto e tuttora avviene con la chemioterapia, alla singola mutazione genetica da colpire con farmaci miratissimi. E che dunque, potendo raggiungere una fascia ristretta di malati, non potrà che produrre farmaci costosissimi. Come i 5.700 euro al mese per l'«olaparib» di cui scrive Adriana Bazzi: come è possibile sostenere a lungo costi così elevati?

Ma come è possibile negare anni, o forse mesi di vita a chi ancora può vivere decentemente e addirittura brillantemente? Che può vivere pienamente, non inchiodato a un letto in un'agonia angosciosa e dolorosa, ma nella ricchezza di un'esistenza piena di affetti e di luoghi, di persone, di volti, di gusti, di viaggi? Vita vera, e non un antipasto della morte? Ecco perché la decisione del sistema sanitario inglese trasmette una grande angoscia, mortifica chi è malato e non vuole che lo si «lasci morire» e non vuole per di più essere colpevolizzato per la bancarotta del Welfare. Cancella speranze fondamentali. Perché non c'è solo la speranza di guarire, ma quella di vivere ancora, di prolungare l'esistenza riempiendola ancora di senso e di significato. E le politiche del bilancio pubblico non possono pensare che due anni di vita, tre anni di vita, cinque anni di vita siano troppo costosi, che siano insostenibili. Se esiste qualcosa che assomigli alla «bioetica», ora è il caso di intervenire. Non lasciate che muoia la speranza fino a che è ancora viva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi

● Olaparib, nuovo farmaco antitumore all'ovaio costa circa 5.700 euro al mese.

La Gran Bretagna ha deciso di non rimborsarlo

● Fra le molecole che non saranno rimborsate dal sistema sanitario britannico c'è anche Halavan (prodotto da Eisai), per il tumore del seno in fase avanzata: sei mesi di trattamento costano 12.800 euro

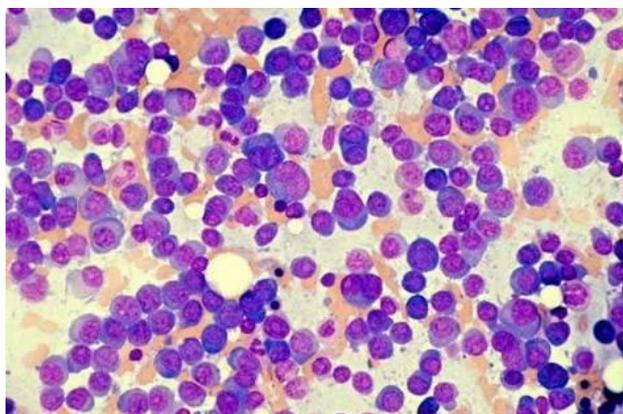
● Avastin è invece l'anticancro di Roche, che funziona «affamando» il cancro e costa più di 4.500 euro al mese

● Jevtana di Sanofi, per il tumore alla prostata, costa 28.200 euro l'anno; Afinitor (Novartis), per il cancro del seno, costa 46.100 euro: ferma la diffusione del male per 8 mesi

http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/

Mieloma, in arrivo nuove cure per ridurre il rischio di ricadute

A Chicago presentati risultati promettenti della sperimentazione con un anticorpo monoclonale immuno-oncologico che riesce a frenare la progressione del tumore
di Vera Martinella



«Nell'ultimo decennio abbiamo fatto molti progressi nella comprensione dei meccanismi che stanno alla base del mieloma multiplo, una fra le più comuni forme di tumore del sangue. Il risultato tangibile di ciò è stato l'arrivo di una serie di nuovi farmaci con la possibilità di elaborare nuove strategie terapeutiche molto efficaci che hanno migliorato in modo sensibile la prognosi di questa malattia. Negli anni più recenti l'armamentario terapeutico si è ulteriormente arricchito con lo sviluppo di nuovi anticorpi monoclonali che, in combinazione con i nuovi agenti biologici e la più classica chemioterapia, aprono nuovi scenari ancora più promettenti». Così Julie M. Vose, presidente eletto della Società Americana di Oncologia Medica (Asco) presenta, al congresso annuale in corso a Chicago, una delle principali novità che emergono quest'anno dall'incontro che vede riuniti migliaia di oncologi di tutto il mondo: l'arrivo di molecole efficaci nel ridurre il rischio di recidiva, frequente nei pazienti con mieloma.

Ogni anno circa 4500 nuovi casi in Italia

Ogni anno in Italia si diagnosticano circa 4.500 nuovi casi di questa neoplasia (la seconda per incidenza dopo il linfoma), che interessa circa 5 persone su 100mila abitanti, per lo più dopo i 60 anni. È un tumore ematologico che colpisce le plasmacellule, una componente molto importante del sistema immunitario: localizzate soprattutto nel midollo osseo, il loro ruolo è quello di produrre anticorpi per combattere le infezioni, ma in alcuni casi la loro crescita procede in maniera incontrollata dando così origine alla neoplasia. «Ad oggi questa malattia non è guaribile, ma è possibile convivere anche per anni –spiega Fabrizio Pane, direttore dell'Ematologia all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli e presidente della Società Italiana di Ematologia -. La ricerca sul mieloma multiplo vive un periodo particolarmente prolifico e una buona parte dei successi non solo è già disponibile per i pazienti, ma riguarda proprio i malati più difficili, quelli che vanno incontro a ricadute o che non rispondono ad altre cure».

Lo studio: nuovo mix di farmaci prolunga la remissione della malattia

A tal proposito a Chicago sono stati presentati gli esiti di una sperimentazione di fase III (quella che precede l'approvazione definitiva e l'entrata in commercio di un farmaco) che ha coinvolto appunto 646 pazienti con una recidiva di mieloma multiplo trattati in parte con l'attuale terapia standard (chemioterapia a base di lenalidomide e desametasone) e in parte con la nuova combinazione che prevede l'aggiunta di un terzo farmaco, elotuzumab. Quest'ultimo è un anticorpo monoclonale sperimentale appartenente al gruppo dei farmaci immuno-oncologici (definito più propriamente come immunostimolante) che ha come bersaglio SLAMF7 (Signaling Lymphocyte Activation Molecule), una proteina presente sulla superficie delle cellule di mieloma e sulle cellule del sistema immunitario note come Natural Killer, ma non nei tessuti normali. In pratica sembra che il nuovo farmaco abbia un duplice effetto positivo: da un lato riesce a colpire selettivamente le cellule di mieloma, dall'altro pare rafforzare la capacità delle cellule Natural Killer di uccidere quelle cancerose. Gli esiti della sperimentazione mostrano che, dopo 24 mesi di terapia, i pazienti curati con l'aggiunta di elotuzumab avevano visto ridursi il loro rischio di progressione del tumore e di morte di circa il 30 per cento, con un allungamento del periodo libero da progressione di malattia (quasi 20 mesi in media, rispetto ai 15 mesi dell'altro gruppo).

Diversi anticorpi monoclonali in arrivo

La nuova combinazione è apparsa anche ben tollerata dai malati, un fatto importante nell'ottica della salvaguardia del loro benessere generale e della quotidianità. «La finalità delle cure nei pazienti con mieloma è ottenere e mantenere nel tempo il miglior controllo della malattia, con la migliore qualità di vita possibile – commenta Pane, il cui centro è fra quelli italiani che hanno partecipato alla sperimentazione -. Il percorso terapeutico non è uguale per tutti i malati, ma dev'essere definito tenendo conto delle caratteristiche del paziente e della patologia: nei pazienti di età inferiore ai 70 anni si preferisce il trapianto di cellule staminali autologo (cioè dal paziente stesso), in altri si procede invece con i chemioterapici tradizionali e nuovi farmaci, che possono essere usati in successione o combinazione fra loro seguendo diversi schemi. Sono inoltre in sperimentazione clinica altri anticorpi monoclonali come daratumomab e SAR650984 (entrambi diretti verso un altro antigene tumorale) che, oltre ad avere un meccanismo d'azione simile a quello di elotuzomab, hanno dimostrato (per ora in vitro e non ancora su pazienti) la capacità di eliminare le plasmacellule neoplastiche del mieloma attivando diversi procedimenti immunitari, in maniera forse persino più efficace».

<http://www.adnkronos.com>

MEDICINA

Usa, primo trapianto di cuoio capelluto e cranio

Eccezionale intervento in Texas. I chirurghi dell'Houston Methodist Hospital e dell'University of Texas MD Anderson Cancer Center hanno trapiantato con successo, per la prima volta, il cuoio capelluto e il cranio di un uomo, durante l'esecuzione di un multitrapianto di rene e pancreas. Protagonista della 'maratona' chirurgica James Boysen, un 55enne sviluppatore di software di Austin, Texas: secondo i sanitari è il primo paziente al mondo a ricevere il trapianto di cranio e cuoio capelluto, in simultanea con quello di altri organi. L'uomo soffriva, fra l'altro, di un raro tumore che l'aveva sfigurato.

"E' stato un lungo viaggio, e sono molto grato a tutti i medici che hanno eseguito i miei trapianti", ha detto Boysen. "Sono stupito di come mi sento" alla grande "e sarò per sempre grato per il fatto di avere un'altra possibilità di tornare a fare le cose che amo e di stare con le persone che amo". L'intervento di 15 ore, che è stato studiato quasi quattro anni fa, ma è stato eseguito a Houston da un team guidato da Jesse C. Selber e Osama Gaber il 22 maggio, circa 20 ore dopo la notizia della disponibilità degli organi.

Boysen oggi viene dimesso dall'Houston Methodist Hospital. Lo aspettano tre settimane di follow-up. Agli interventi hanno preso parte più di 50 operatori sanitari delle due strutture. Selber, che ha avuto l'idea di trapiantare il cuoio capelluto e il cranio del paziente durante lo stesso intervento necessario per gli altri organi, afferma: "Questa era una situazione clinica ideale, che ci ha permesso di espianare tutti questi tessuti da un paziente, ma anche la pazienza, il coraggio e l'entusiasmo di Jim per l'idea è stato di vitale importanza".

E' stato un intervento chirurgico "molto complesso perché abbiamo dovuto trapiantare i tessuti utilizzando la microchirurgia", spiega Michael Klebuc, che ha guidato il team di chirurgia plastica del Methodist Hospital. Nel 2006 a Boysen era stato diagnosticato un leiomiomasarcoma, un raro tumore sul cuoio capelluto. Trattato con successo con la chemio e le radiazioni, all'uomo era rimasta una grande e profonda ferita sulla testa, che includeva il cuoio capelluto e l'intero spessore del cranio fino al cervello.

Oltre alla ferita, rene e pancreas trapiantati nel 1992 (il paziente soffre di diabete da quando aveva 5 anni) erano arrivati al limite: così si è reso necessario l'intervento. "Quando ho

incontrato Jim, ho fatto il collegamento tra la sua necessità di un nuovo rene e un nuovo pancreas, l'effetto dei farmaci anti-rigetto e la possibilità di impiantare cuoio capelluto e cranio", dice Selber. In pratica la terapia antirigetto avrebbe 'protetto' anche questi nuovi tessuti. "E' stata una situazione clinica davvero unica, che ha portato alla possibilità di eseguire questo complesso trapianto".

"Mi ha fatto piacere che, nonostante la difficile natura del procedimento", tutto sia andato benissimo, conclude Gaber, direttore del centro trapianti. Gli interventi chirurgici hanno richiesto "il contributo di una complessa equipe di specialisti. I nostri infermieri e i coordinatori del trapianto si sono innamorati di Jim - conclude - e sono stati entusiasti di vedere" l'intervento "riuscire così bene".

<http://www.tgcom24.mediaset.it/salute/>

Cancro, effettuato negli Usa il primo trapianto di cranio e cuoio capelluto

Un'equipe medica di Houston , in Texas, ha operato un paziente 55enne con tumore e una ferita alla testa. I tessuti provenivano da un donatore

Un gruppo di medici statunitensi hanno annunciato di aver effettuato il primo trapianto di cuoio capelluto e parte del cranio al mondo per aiutare un uomo con una grande ferita alla testa causata dal trattamento contro il cancro. L'intervento è stato portato a termine con successo e il paziente 55enne Jim Boysen ha ricevuto i tessuti direttamente da un donatore. "Sono sorpreso dall'esito positivo del trapianto - ha dichiarato - perché ora ho più capelli di quanti non ne avessi a 21 anni".

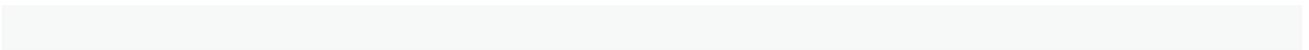


L'operazione è durata circa 15 ore e ha coinvolto una decina di chirurghi e un totale di 40 operatori sanitari. Ad essere sostituita è stata la maggior parte della calotta cranica, che presentava una lacerazione notevolmente estesa. Per reperire il donatore adatto al 55enne sono occorsi invece 18 mesi.

Oltre al cuoio capelluto e a una parte di cranio, Jim Boysen aveva subito anche il trapianto di rene e pancreas, nel 1992. Per evitare il rigetto degli organi, gli furono somministrati alcuni farmaci immunosoppressori che causarono la formazione di una rara tipologia di tumore denominata leiomiomasarcoma.

Da qui è iniziato il calvario di Jim, che per effetto della radioterapia ha perso parte del cranio, mentre il trattamento farmacologico ha impedito alla ferita di rimarginarsi. La soluzione al problema è arrivata grazie all'intuizione dei medici del MD Anderson Cancer Center e del Methodist Hospital di Houston, in Texas. Al di là dell'eccezionalità del trapianto, fanno sapere i medici americani, la "sfida" più ardua è stata collegare e ripristinare tutti quei piccoli vasi sanguigni che irradiano calotta cranica e cuoio capelluto: "E' stato come effettuare un lavoro di oreficeria". L'anno scorso, un'equipe medica olandese ha provveduto a sostituire oltre metà del cranio di una donna con un modello di plastica stampato in 3D. Quello avvenuto in Texas, invece, non riguarda un impianto

artificiale o un semplice innesto osseo, bensì un reale trapianto cranio-cuoio capelluto a partire dai tessuti di un donatore umano compatibile.



<http://www.saluteh24.com/>

Colon, le staminali del cancro vogliono ossido di azoto

Identificato un nuovo possibile bersaglio delle terapie antitumorali

Una scoperta tutta italiana apre la porta a nuove speranze nell'individuazione di terapie efficaci contro il **cancro del colon**. Un gruppo di ricercatori del Policlinico "A. Gemelli", dell'Istituto Superiore di Sanità, del Cnr e dell'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma hanno infatti scoperto che le **cellule staminali** di questa forma tumorale producono una molecola, l'**ossido di azoto**, che aiuta il cancro a crescere.

Lo studio che ha portato alla scoperta, pubblicato sul **Journal of Pathology**, ha dimostrato che all'interno di queste cellule tumorali è l'enzima **iNOS** a produrre l'ossido di azoto. A concentrazioni elevate questo radicale libero, importante mediatore dell'infiammazione, favorisce la trasformazione delle cellule in senso tumorale. Le staminali del cancro del colon dipendono da questa molecola sia per crescere che in termini di capacità di dare origine a un tumore. "Bloccando la produzione endogena di ossido di azoto nelle cellule staminali tumorali – spiega Maria Ausiliatrice Puglisi, primo nome dello studio – tali cellule perdono completamente le loro tipiche **caratteristiche tumorigeniche e di staminalità**". In particolare, quando vengono private dell'ossido di azoto che normalmente producono le staminali vanno incontro a una drastica riduzione delle loro capacità proliferative e invasive, non riescono più a indurre la formazione di tumori, perdono la capacità di autorigenerarsi e di crescere formando piccoli ammassi sferici e non esprimono più i marcatori specifici della staminalità.

"Il nostro gruppo di ricerca da oltre dieci anni si occupa dell'isolamento e della caratterizzazione delle cellule staminali tumorali da neoplasie del tratto gastrointestinale", racconta Puglisi, spiegando che "queste cellule, che stanno alla base della crescita tumorale e della **formazione di metastasi**, costituiscono oggi la nuova frontiera della lotta contro i tumori". Da parte sua, questa scoperta "potrebbe nel tempo aprire le porte alla valutazione di nuove terapie dirette a bloccare l'attività dell'enzima iNOS come componente di protocolli di trattamento multiplo per la cura del cancro del colon".

PIÙ COLPITO IL NORD

Lo smog killer causa 34 mila decessi l'anno

● Di smog si muore, soprattutto al Nord. Non è l'antico slogan degli ambientalisti, è il dato concreto del progetto Ccm Viias, finanziato dal Centro Controllo Malattie del [Ministero della Salute](#). L'inquinamento atmosferico causa ogni anno in Italia circa 34 mila decessi, solo considerando il particolato fine: una cifra che rappresenta, incidenti esclusi, il 7% di tutte le morti. Il particolato fine è prodotto da tutti i tipi di combustione (motori di auto, soprattutto diesel e motoveicoli, riscaldamento domestico, impianti industriali), è caratterizzato da lunghi tempi di permanenza in atmosfera e penetra più in profondità nel sistema respiratorio. Anche la combustione di biomasse per riscaldamento - come legno e pellet - è responsabile della maggiore incidenza di morti e malattie per lo smog. In media, il particolato accorcia la vita di ciascun italiano di 10 mesi: 14 per chi vive al Nord, 6,6 per chi abita al Centro e 5,7 al Sud e Isole. In generale, il 29% della popolazione italiana vive in luoghi dove la concentrazione degli inquinanti è costantemente oltre la soglia di legge. Se invece i limiti venissero rispettati, in tutto il Paese si potrebbero salvare 11 mila vite all'anno. E garantire un risparmio alla salute pubblica: 10 mila vittime evitate all'anno, infatti, corrispondono a circa 30 miliardi di euro. Del resto, è anche una lotta contro il tempo, inteso come meteo: lo studio mostra come la riduzione significativa delle emissioni avvenuta negli ultimi anni, anche per la crisi, non significhi abbassamento delle esposizioni, soprattutto in aree (come la Pianura Padana) caratterizzate da condizioni fisiche e meteorologiche sfavorevoli.



MINISTERO DELLA SALUTE

STUDIO SULL'ARIA INSALUBRE

di Manuela Correra

INQUINAMENTO KILLER FEROCISSIMO: UCCIDE OGNI ANNO OLTRE 34 MILA ITALIANI

E CHI RESTA VIVO SI RITROVA CON LA
VITA RIDOTTA DI 10 MESI
«È DEL TUTTO INDISPENSABILE
UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE»

Oltre 34 mila italiani ogni anno muoiono «avvelenati» dall'inquinamento atmosferico: è come se «scomparisse» improvvisamente un'intera città delle dimensioni di Aosta. «Veleni» dell'aria che uccidono soprattutto al Nord, dove si registrano 22.500 decessi annuali, ma che riducono in media di 10 mesi la vita di ogni cittadino.

Sono questi i poco incoraggianti dati, presentati ieri, dell'impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico nel nostro Paese, secondo il progetto CCM VIAS (Valutazione Integrata dell'Impatto dell'Inquinamento atmosferico sull'Ambiente e sulla Salute) finanziato dal Centro Controllo Malattie (CCM) del [Ministero della Salute](#) con la collaborazione di varie Università e centri.

L'inquinamento atmosferico è dunque responsabile di circa 35 mila decessi solo per il particolato fine (PM2.5). Questo significa che l'inquinamento accorcia mediamente la vita di ciascun italiano di 10 mesi: 14 per chi vive al Nord, 6,6 per gli abitanti del Centro e 5,7 al Sud e Isole.

Eppure, il solo rispetto dei limiti di legge salverebbe 11 mila vite l'anno. La nuova mappa dell'inquinamento è ottenuta applicando sofisticati modelli previsionali delle concentrazioni degli inquinanti su tutto il territorio nazionale.

Emerge così che il 29% della popolazione italiana vive in luoghi dove la concentrazione degli inquinanti è costantemente sopra la soglia di legge, ma anche che vi sono considerevoli disuguaglianze degli effetti sanitari sul territorio. Come atteso, l'inquinamento colpisce maggiormente il Nord (per il 65% del totale), in generale le aree urbane congestionate dal traffico e le aree industriali.

Anche la combustione di biomasse (principalmente legno e pellet) è responsabile della maggiore incidenza di morti e malattie per l'esposizione al particolato. Questi scenari, afferma il Rapporto del ministero, mostrano comel'ef-

fettivo rispetto dei limiti previsti dalla normativa, e soprattutto l'ulteriore diminuzione del 20% della concentrazione media annuale degli inquinanti, avrebbero ricadute positive sulla salute pubblica e sull'economia: seguendo le statistiche dell'OMS, infatti, 10 mila decessi evitati all'anno corrispondono a circa 30 mld di euro.

Il Rapporto mette anche a fuoco come è cambiata la natura dell'inquinamento atmosferico negli ultimi dieci anni, individuando nella combustione di biomasse per il riscaldamento e negli scarichi dei veicoli diesel i due principali bersagli verso cui indirizzare nuove misure preventive.

Inoltre, il progetto ha mostrato come la riduzione significativa delle emissioni avvenuta negli ultimi anni non si sia sempre tradotta in un abbassamento delle esposizioni, soprattutto in quelle aree (come la Pianura Padana) caratterizzate da condizioni fisiche e meteorologiche difficili. Per questo, si legge, «vanno proseguiti gli sforzi a favore di una mobilità sostenibile (pedonalità, ciclabilità, trasporto ecologico), con una particolare attenzione ai veicoli diesel, responsabili per il 91% delle emissioni di biossido di azoto e di una quota importante di particolato.

Anche le emissioni del comparto agricolo (ammoniaca) vanno monitorate e contrastate». Dati allarmanti, quelli presentati dal ministero, che arrivano a pochi giorni di distanza dalla risoluzione adottata dalla sessantottesima Assemblea Mondiale della Sanità, in cui si pone l'accento sugli impatti negativi dell'inquinamento sulla salute e si invitano i governi a intraprendere misure immediate e urgenti.



SALUTE | DOLCE VITA | GUSTO | TURISMO | HIT PARADE | MOTORI | FINANZA | VIAGGI | METEO

IL TEMPO.it



POLITICA | CRONACHE | ESTERI | ECONOMIA | SPORT | CULTURA & SPETTACOLI | ROMA | CAPITALE | MULTIMEDIA | HITECH & GAMING

04/06/2015 15:10

Tweet

Sanità: obesità costa 300 euro al giorno a paziente, Tavolo tecnico ministero

L'annuncio dei nutrizionisti Adi, recepito il senso del nostro Manifesto per l'Expo

Milano, 4 giu. (AdnKronos Salute) - "In Italia ogni paziente obeso ha un costo pari a 300 euro al giorno", e "il 93% della mortalità totale è legata alle malattie non trasmissibili fra cui patologie cardiovascolari, tumori, diabete e obesità". Tutte voci legate a problemi

nutrizionali che colpiscono 17 milioni di connazionali producendo una spesa annua non inferiore ai 30 miliardi di euro, con un trend in crescita. Lucio Lucchin, past president dell'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi), fotografa così le 2 facce - sanitaria ed economica - di un'emergenza ormai pandemica. Per "cercare finalmente di trovare soluzioni concrete - annuncia l'esperto - il ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#) ha autorizzato l'avvio di un Tavolo tecnico che recepisce il senso del nostro Manifesto per Expo". Il documento, presentato alla stampa oggi a Milano, si intitola 'Manifesto delle criticità in nutrizione clinica e preventiva per il quadriennio 2015-2018' e punta i riflettori sui 10 'nodi' da affrontare in via prioritaria "per evitare - spiega Lucchin, padre dell'iniziativa - che le malattie da cibo si trasformino in un boomerang sociale. Pensiamo solo che, in termini di aggravio economico a livello mondiale, la sola obesità si colloca al terzo posto dopo il fumo di sigaretta e le guerre e il terrorismo. Così abbiamo messo nero su bianco 'Le prime 10 sfide italiane'", come vengono chiamate nel rapporto patrocinato da Padiglione Italia, elaborato e sottoscritto da 19 società scientifiche, 12 università, 6 Fondazioni e centri di ricerca, e 5 associazioni di cittadini e pazienti. "Un network molto bello e costruttivo, forse il primo così ampio nato in Italia", sottolinea il presidente di Adi, Antonio Caretto. "Le problematiche nutrizionali - avverte Caretto - anche nel nostro Paese hanno un peso sanitario ed economico fortissimo e in crescita, che va però affrontato con un lavoro multidisciplinare in grado di coinvolgere tutti gli attori del sistema a più livelli: medico, ma anche socio-culturale. In un momento di recessione che obbliga a razionalizzare gli investimenti - prosegue l'esperto - ci è sembrato importante centrare le problematiche prioritarie su cui puntare le risorse disponibili, e inquadrarle in un Manifesto per dare loro una base scientifica". Se da un lato il documento si rivolge alle Istituzioni, dall'altro è destinato ai cittadini. E proprio per 'agganciarli', i promotori del Manifesto hanno colto l'occasione di Expo 2015 (la presentazione ufficiale dell'iniziativa è in programma l'8 agosto presso Padiglione Italia) e del suo slogan 'Nutrire il pianeta, energia per la vita'. "In questo periodo di crisi, mentre diminuiscono sempre di più anche i centri territoriali di dietetica e nutrizione clinica, Expo ci offre una chance per dire la nostra al grande pubblico", aggiunge il numero uno dell'Adi. "Siamo convinti che questa Expo sia l'Expo delle famiglie - commenta Cesare Vaciago, direttore generale di Padiglione Italia - e in questo senso il tema medico che si intreccia con l'alimentazione esercita un interesse profondo e determinante".

AdnKronos

Commenti

Scrivi un commento

Dillo ad un amico

Nome:

Email:

Comento:

Riscrivi il codice che compare qui sopra:

Se il codice risultasse illeggibile [CLICCA QUI](#) per generarne un altro
 consenso al trattamento dei dati

I commenti inviati vengono pubblicati solo dopo esser stati approvati dalla redazione

Tuo nome:

Tuo indirizzo email:

Nome amico:

Email amico:

Comento:

 Invia una copia anche al tuo indirizzo di posta

ACQUISTA EDIZIONE

LEGGI L'EDIZIONE

Malattie da cibo per 17 milioni di italiani: ecco i dieci rischi

L'Adi (Associazione di dietetica e nutrizione clinica) con scienziati, medici e associazioni, promuove un "Manifesto" per le soluzioni in ambito nutrizionale

MILANO

«In Italia ogni paziente obeso ha un costo pari a 300 euro al giorno», e «il 93% della mortalità totale è legata alle malattie non trasmissibili fra cui patologie cardiovascolari, tumori, diabete e obesità». Tutte voci legate a problemi nutrizionali che colpiscono 17 milioni di connazionali producendo una spesa annua non inferiore ai 30 miliardi di euro, con un trend in crescita. Lucio Lucchin, past president dell'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi), fotografa così le 2 facce – sanitaria ed economica – di un'emergenza ormai pandemica. Per «cercare finalmente di trovare soluzioni concrete – annuncia l'esperto – il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ha autorizzato l'avvio di un tavolo tecnico che recepisce il senso del nostro Manifesto per Expo».

Il documento, presentato alla stampa ieri a Milano, si intitola "Manifesto delle criticità in nutrizione clinica e preventiva per il quadriennio 2015-2018" e punta i riflettori sui 10 "nodi" da affrontare in via prioritaria «per evitare – spiega Lucchin, padre dell'iniziativa – che le malattie da cibo si trasformino in un boomerang sociale. Pensiamo solo che, in termini di aggravio economico a livello mondiale, la sola obesità si colloca al terzo posto dopo il fumo di sigaretta e le guerre e il terrorismo. Così abbiamo messo nero su bianco "Le prime 10 sfide italiane", come vengono chiamate nel rapporto patrocinato da Padiglione Italia, elaborato e sottoscritto da 19 società scientifiche, 12 università, 6 Fondazioni e centri di ricerca, e 5 associazioni di cittadini e pazienti. Tra queste: sovrappeso-obesità, diabete mellito tipo 2, malnutrizione calorico-proteica, comportamenti nutrizionali a rischio. «Un network molto bello e costruttivo, forse il primo così ampio nato in Italia», sottolinea il presidente di Adi, Antonio Caretto.



ANSA.it

TORNA SU ANSA.IT

Salute&Benessere | **Bambini**

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

Primopiano | Alimentazione | Medicina | Giochi e Sicurezza | La crescita | Il Punto dell'esperto | Il libro | La voce dei genitori

ANSA > Salute Bambini > Alimentazione > Anoressia e bulimia per 2 mln ragazzi, iniziano già a 8 anni

Anoressia e bulimia per 2 mln ragazzi, iniziano già a 8 anni

Allarme Società Italiana di Pediatria, ma guarigione è possibile

04 giugno, 15:10

◀ Indietro | 🖨️ Stampa | ✉️ Invia | ✉️ Scrivi alla redazione | 🗨️ Suggestisci ()



Anoressia e bulimia per 2 mln ragazzi, iniziano già a 8 anni

Come se non bastassero anoressia e bulimia a spaventare adolescenti e genitori, sono arrivati nuovi disturbi del comportamento alimentare, dalla disfagia alla 'food avoidance', che fanno sì che i primi problemi arrivino sempre prima, già a otto anni, e colpiscono sempre di più, con due milioni di adolescenti interessati. L'allarme viene dal congresso della Società Italiana di Pediatria che si è aperto oggi a Roma, che in una sessione dedicata ha dato a genitori e pediatri gli strumenti per riconoscere i primi sintomi.

A rilevare l'esordio sempre più precoce è stata, insieme ad altri studi, anche una ricerca del ministero della Salute su 1.380 preadolescenti e adolescenti. Già a 8 anni sono state trovate anoressia e bulimia, insieme a disordini alimentari più difficili da interpretare, come la disfagia, cioè la difficoltà a deglutire o l'alimentazione selettiva passando per il food avoidance emotional disorder (disturbo emotivo da evitamento del cibo). "Tra gli 8 e i 10 anni si manifestano i primi segni del problema - spiega Giampaolo De Luca, Vicepresidente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza - Se si riesce a intercettarli subito i ragazzi recuperano. Questo è compito del pediatra, che con quattro semplici domande, ('ritieni che dovresti metterti a dieta', 'quante diete hai fatto nell'ultimo anno', 'ti senti insoddisfatto del peso del tuo corpo', 'Il peso influenza l'idea che hai di te stesso'), potrebbe individuare i casi sospetti e monitorarli nel tempo". Nel complesso in Italia sono due milioni i giovani interessati da questi disturbi, in metà dei casi classificati come parziali, che nel 40% dei casi si presentano tra i 15 e i 19 anni. Anche per i genitori ci sono dei campanelli d'allarme.

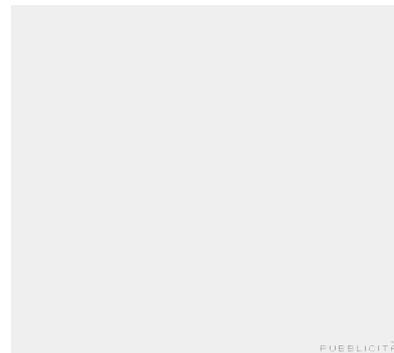
"Il genitore deve preoccuparsi - spiega - se nota ansia, oppure la tendenza a chiudersi in se stessi, se nascondono le cose che fanno. L'isolamento è un indizio, mentre un'altra evidenza sono gli episodi di autolesionismo. Alcuni segnali vengono dal modo in cui si mangia, ad esempio lo sminuzzare il cibo, la lentezza del pasto, l'esclusione di alcuni alimenti".

Una volta individuato il problema la guarigione, dicono le statistiche, è possibile: allo stato attuale la remissione a 5 anni dell'anoressia è del 66,8% contro il 45% della bulimia. "Il pediatra ha il compito fondamentale di fare da sentinella - spiega il presidente Sip Giovanni Corsello -. Una volta individuato il problema serve però una gestione multidisciplinare, dal neuropsichiatra al nutrizionista. Il disturbo alimentare infatti è solo la manifestazione di un problema più profondo".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

◀ Indietro

condividi:



PUBBLICITÀ

NOTIZIE DAI PEDIATRI

Neonata morta: Pediatri Sip, tutela salute torni allo Stato

Sistema non riesce a garantire livelli essenziali di assistenza

VAI ALLA RUBRICA | ➔

SPECIALI ED EVENTI

Cibo bambini, prima regola per prepararlo lavarsi sempre mani

Da Fda consigli e indicazioni su cose da fare e non fare

**In arrivo le linee guida sul cibo nei primi 1000 giorni di vita**

Pediatri, fondamentali per costruire salute anche da adulti

**Campioni in piazza per valori sport, da rispetto a cibo sano**

Panatta, Lucchetta, Graziani e Chechi per bimbi di 10 città



VAI ALLA RUBRICA | ➔

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI



LINK UTILI

www.burlo.trieste.it
Ircs materno infantile Burlo Garofolo Trieste

www.ospedalebambinogesu.it/
Ospedale pediatrico Bambino Gesù Roma

www.gaslini.org/
Ospedale pediatrico Gaslini Genova

www.meyer.it/
Ospedale pediatrico Meyer Firenze

www.salute.gov.it/...centri_antiveleni.pdf
Centri antiveleni - ministero della Salute

www.allegriallergia.org/PAGINE/centri.html
Lista dei Centri italiani specializzati in allergologia

Giovedì 04 GIUGNO 2015

Epatite C. Università Tor Vergata: in Italia quasi un milione di malati. Ma solo il 45% è noto. Oltre 50% casi al Sud. Eradicazione possibile in 5 anni ma solo avviando screening di massa e curando tutti i sieropositivi. Trattare solo i più gravi non garantisce sconfitta totale del virus

I dati rilevati grazie a un modello su "misura" per l'Italia messo a punto da un team multidisciplinare dell'Ateneo romano quale contributo alle scelte sanitarie da adottare. Anche perché il dibattito di queste ultime settimane sta assumendo toni e contenuti sempre più "politici", allontanandosi dalle questioni sostanziali. Che rimangono quelle dell'accesso e dell'efficacia ed efficienza degli interventi sanitari pubblici

Il dibattito sull'accesso ai farmaci anti HCV sembra essersi (ri)acceso nelle ultime settimane, ma sembra anche evidenziarsi il rischio che assuma toni e contenuti sempre più "politici", allontanandosi dalle questioni sostanziali, che rimangono quelle dell'accesso e dell'efficacia ed efficienza degli interventi sanitari pubblici.

Il rischio è concreto in quanto, sin dall'inizio della vicenda, il dibattito si è sviluppato in carenza di una stima condivisa del carico endemico dell'HCV: basti ricordare il "balletto" delle cifre relative ai pazienti potenzialmente eleggibili, che ha dominato la fase precedente la negoziazione del prezzo di Sofosbuvir. Ma evidentemente il numero di pazienti eleggibili è un dato essenziale per prendere decisioni davvero consapevoli.

Le uniche certezze condivise sono che l'Italia, unitamente ai Paesi dell'Europa mediterranea, sebbene con un picco più elevato, presenta una prevalenza della patologia molto più significativa rispetto al resto dei Paesi occidentali, conseguenza di un "modello epidemiologico" differente. Nel resto dell'Occidente la prevalenza dell'infezione da HCV è più alta nei giovani e negli adulti che nei soggetti più anziani, mentre è vero il contrario in Italia, suggerendo per il nostro Paese un significativo effetto di coorte.

Qualche tentativo di stima scientifica c'è stato, ma a nostra conoscenza viziato proprio dal trasferimento alla situazione italiana di strutture e dinamiche epidemiologiche così fortemente difformi dalla nostra realtà.

Su una base informativa epidemiologica di per sé fragile, si sono poi anche innestate ipotesi di impatto finanziario, e qualche volta economico, che a ben vedere contengono un ulteriore elemento discutibile: quasi nessuna, infatti, esplicita quale sia la ratio del modello di intervento adottato e, quindi, l'obiettivo perseguito. In altri termini, avanzare stime di impatto senza avere prima chiarito se l'obiettivo (di sanità

pubblica) sia l'eradicazione della patologia (e in tal caso in quanti anni), ovvero la minimizzazione dell'impatto finanziario portato dalle terapie, ovvero la massimizzazione dell'efficacia o ancora la massimizzazione della costo-efficacia ... equivale a dare cifre "incontestabili" (il che è l'antitesi dell'approccio scientifico).

Onde evitare di rimanere nelle "sabbie mobili", ci siamo determinati a provare a fornire un supporto alle decisioni, ovviamente senza pretesa alcuna di avere la capacità di produrre i "numeri veri", ma solo quello di produrre stime basate su un approccio scientifico e, quindi, in caso contestabile.

A tal fine, siamo ripartiti dall'origine del problema, elaborando un modello di stima del carico endemico dell'HCV in Italia; e quindi lo abbiamo corredato di un modello probabilistico atto a simulare gli effetti (tempo di eradicazione, costi, esiti) scegliendo scenari alternativi di intervento pubblico.

I modelli sono attualmente in fase di sottomissione a riviste scientifiche per la loro pubblicazione, ma intanto l'anticipazione di alcuni elementi ci sembra possa fornire un primo contributo al dibattito.

Nel modello abbiamo cercato di dare il giusto peso alla diversa e peculiare eziologia dell'HCV; in Italia, rispetto agli altri Paesi Occidentali dove risulta prevalente il contributo della tossicodipendenza, le infezioni sono in larga misura il prodotto della carenza/impossibilità di controlli e prevenzione degli anni '50 e '60.

Questo implica che abbiamo implementato un modello che, a partire da una ripartizione per anno di nascita in coorti omogenee della popolazione (e per quanto a nostra conoscenza si tratta di un approccio non ancora adottato), facesse emergere nel tempo una verosimile evoluzione della patologia sia in termini quantitativi (prevalenza) che qualitativi (gravità). Per ogni singola coorte è stata stimata la prevalenza con un modello *ad hoc* di *pooling* a partire da una revisione sistematica degli studi di popolazione effettuati in Italia, anche per area geografica.

L'approccio ci permette di apprezzare come in Italia si debba far fronte ad una distribuzione dei casi prevalenti significativamente diversa dagli altri contesti geografici, e in particolare molto "sbilanciata" verso le età avanzate e le Regioni meridionali.

Il modello stima che ci siano oggi nel nostro Paese quasi un milione (circa 998.000) di casi di HCV RNA positivi di cui appena il 45% (circa 435.000) noti al sistema sanitario.

Le conseguenze di politica sanitaria di una struttura di prevalenza di questo tipo sono molte: la più evidente è che trattare i pazienti più gravi (*metavir score* almeno pari ad F4) implica trattare per oltre il 64% over 75 e per oltre il 33% over 80, con tutte le ovvie conseguenze del caso in termini di beneficio per la Società di questa strategia.

I nostri risultati suggeriscono anche che trattare tutti, come intende fare la Toscana (per inciso il numero di casi emersi prodotto dal nostro modello per la Toscana è praticamente sovrapponibile a quelli dichiarato di recente dalla Regione, e questo ci conforta) è certamente più efficiente, ma non implica comunque l'eradicazione della patologia, in quanto i casi emersi e quindi noti sono nell'ordine del 44% dei casi prevalenti; è quindi ipotizzabile una progressiva emersione della casistica ad oggi misconosciuta.

L'eradicazione della patologia potrebbe (sempre nei limiti della capacità predittive del nostro modello) essere un obiettivo a 5 anni immaginando uno screening di massa svolto in 5 anni in grado di far emergere almeno il 70% della casistica ad oggi misconosciuta; in assenza di strategie di screening e presupponendo che tutti gli emersi vengano trattati, l'eradicazione richiederebbe almeno 30 anni. Sicuramente la strategia finalizzata al trattamento dei soli casi più gravi non è in grado di garantire l'eradicazione della patologia.

Nel Meridione più del 50% dei casi. Il dibattito è poi del tutto silente sull'impatto equitativo derivante dal fatto che solo nel meridione, sempre secondo le nostre stime, si concentra oltre il 50% della casistica con una prevalenza del 30% superiore a quella del centro-nord, con tutte le evidenti conseguenze anche finanziarie, del caso (1 caso di HCV su 43 abitanti contro 1 caso su 63).

Ripartendo da una corretta distribuzione dei casi prevalenti (che il nostro modello dà per genere, età, genotipo e metavir score) è possibile provare a ragionare oltre che di sostenibilità, anche di esiti delle strategie adottate, e non ultimo anche di appropriatezza degli interventi già in essere. Ad esempio, uno degli argomenti che maggiormente sembra avere supportato la tendenza a voler riservare i nuovi farmaci ai pazienti più gravi sembra essere quello dei risparmi ottenibili prevenendo epatocarcinomi e trapianti... ma che il primo effetto si possa ottenere trattando i pazienti più gravi sembra discutibile, come anche andrebbe discussa la quota di trapianti evitati su pazienti molto anziani e presumibilmente comunque compromessi.

In conclusione forse sarebbe necessario riportare il dibattito sulla valutazione delle strategie di sanità pubblica, come suggeriscono le riflessioni in itinere in alcuni altri Paesi, che avendo iniziato le terapie prima di noi, si interrogano ora sulla efficacia e anche sull'efficienza del trattare i pazienti più gravi, e tendono a spostare progressivamente l'attenzione sulle strategie di emersione della patologia.

Prof. Andreoni Massimo

Professore ordinario Malattie Infettive Università di Roma Tor Vergata e Presidente SIMIT

Prof. Spandonaro Federico

Professore aggregato Università di Roma Tor Vergata e Presidente CREA Sanità

Prof. Sarrecchia Cesare

Professore aggregato Università di Roma Tor Vergata

Dr.ssa Mancusi Letizia

Ricercatore CREA Sanità (Università di Roma Tor Vergata)

Ing. d'Angela Daniela

Ricercatore CREA Sanità (Università di Roma Tor Vergata)