

«Da settembre pronti per l'eterologa»

«Dal 15 al Cannizzaro operativo il centro di crioconservazione degli ovociti»



“
«A regime
riusciremo a fare
600-700 cicli l'anno»

GIUSEPPE BONACCORSI

«Quando i centri di fecondazione pubblica saranno a regime Catania diverrà punto di riferimento per la Sicilia e potremo riuscire a soddisfare oltre duemila richieste l'anno». Così parla il prof. Paolo Scollo, primario del reparto di Ginecologia e ostetricia del Cannizzaro e presidente della Società italiana di ginecologia, che a giorni partirà col centro di crioconservazione degli ovociti, unico attivo in Sicilia nel settore pubblico. Lo abbiamo incontrato per avere maggiori dettagli.

Professore quando sarete pronti col centro di crioconservazione?

«Dall'8 al 10 giugno verrà effettuato il collaudo della nuova sede per metterla in regola con le leggi, visto che tutti i centri di fecondazione assistita sono ormai tutti sotto il controllo del centro nazionale trapianti in quanto banca di tessuto. Contemporaneamente l'Asp sarà presente per dare lo sta bene all'accreditamento, dopo di che saremo pronti, verosimilmente, a partire dal 15 di questo mese».

Sarà un grande salto in avanti nel panorama della fecondazione assistita nel pubblico?

«Stiamo cercando di fare una banca per la prevenzione del tessuto nel paziente oncologico. Facciamo degli esempi: una ragazza col cancro alla mammella dovrà sottoporsi a un intervento e farà chemio e radio, col rischio di ledere il tessuto

ovarico e di non potere avere più figli. Noi, prima di queste cure, con la crioconservazione andremo a conservare il suo tessuto ovarico, oppure attraverso una stimolazione preleveremo i suoi ovociti per una eventuale fecondazione quando la paziente si sarà ripresa. Preserveremo la sua fertilità. E lo stesso dicasi per un maschio che per malattia oncologica rischia di non avere più spermatozoi».

Sarà un grande traguardo. In Sicilia siete il primo centro pubblico in questo settore?

«Nel pubblico saremo i primi, tanto è vero che l'assessore Borsellino ci tiene ad essere presente all'inaugurazione per dare testimonianza che il pubblico non è indietro rispetto al privato».

Eppure in fatto di fecondazione assistita sino a questo momento il rapporto tra pubblico e privato è stato di uno a tre. E nel privato i costi per molte coppie sono proibitivi...

«In Sicilia in questi anni il 90% dei cicli sono stati effettuati nel privato e solo il 10% nel pubblico. Ma quando i centri pubblici saranno a regime potremo soddisfare molte delle pressanti richieste. Per quanto riguarda i costi non più tardi di un paio di mesi fa il ministero ha garantito di far diventare la fecondazione assistita una prestazione del ssn a tutti gli effetti. Fino a poco tempo fa se una coppia siciliana andava in Lombardia per una fecondazione, un terzo livello quantificato in un costo di 2800 euro, veniva a costare 6 mila euro. A questo punto la commissione Stato-Regioni, di cui faccio parte in rappresentanza della Regione Sicilia, ha stilato un protocollo in cui una Fecondazione assistita avrà presto, forse già da settembre, un prezzo unitario di 2800 euro: dalla Sicilia al Trentino».

Il centro del Cannizzaro avrà il personale idoneo per diventare punto di riferimento?

«Su questo fronte c'è un decreto regionale in cui abbiamo fissato l'organico necessario per il funzionamento dei centri che eseguono più di 200 cicli l'anno. Dovranno avere due medici, due biologi, due infermieri e una segretaria che è una figura importantissima per il funzionamento del reparto. Presto, visto che avvieremo anche le tecniche per la fecondazione eterologa, avremo bisogno di tre medici, tre embriologhe, due infermieri... In questo momento il nostro or-

ganico è di due medici strutturati e di una embriologa. Il problema maggiore che si ha nei centri di fecondazione è proprio il personale specializzato. La figura dell'embriologa è fondamentale ed è difficilissimo trovarne di esperienza. Quindi dovremo integrare le figure che mancano attraverso un concorso. A questi organici si dovranno adeguare anche i centri privati che fanno parte del network regionale. A Catania si tratta di due centri oltre ai tre del pubblico: Cannizzaro, Santo Bambino e Garibaldi di prossima apertura. Per quanto riguarda i centri di Pma dell'azienda Policlinico la Regione ha previsto l'accorpamento dei reparti in un unico centro».

Lei ha parlato di eterologa. Quando comincerete?

«Potremmo essere pronti a partire da settembre, ma abbiamo il problema della totale mancanza di donatrici. La mia proposta è quella di fare un bando, come Regione, per andare a comprare gli ovociti all'estero. Il 22 giugno verrà presa una decisione».

Si è parlato di una possibile simbolica concorrenza tra il Cannizzaro e il centro del Garibaldi....

«Ritengo che un centro che inizia adesso non può certo concorrere con un altro che è operativo da tempo...».

Il Cannizzaro, quindi, ha tutte le carte in regola per diventare centro capofila per la Pma della Sicilia orientale?

«Ha tutte le prerogative per diventarlo. Per i primissimi due, tre anni il Cannizzaro sarà all'avanguardia e a regime potremmo arrivare a 600-700 cicli l'anno. Dopo ritengo che gli altri reparti, Garibaldi, Santo Bambino si metteranno a regime e Catania sarà in grado di soddisfare le richieste pressanti che provengono dalle coppie sterili».

Sono tantissime?

«Quante non si crede. Al Cannizzaro abbiamo due anni di lista d'attesa. Al punto tale che alcune volte siamo stati costretti a sospenderla per rispettare i pazienti».



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

Gravidanza a rischio per chi soffre di malattia renale

Da non trascurare il monitoraggio gestazione e consulenza prenatale



Secondo uno studio italiano pubblicato su *Jasn*, il *Journal of the American Society of Nephrology*, anche una forma lieve di malattia renale può aumentare in gravidanza gli eventi avversi materno-infantili. Purtroppo i dati confermano che è in forte aumento la malattia renale cronica (Ckd). E diverse ricerche suggeriscono che nelle gestanti una Ckd è in grado, anche in fase iniziale, di influenzare in modo negativo l'esito della gravidanza.

TEMA - Un gruppo di ricerca italiano composto tra gli altri da Giorgina Barbara Piccoli e Rossella Attini dell'Università di Torino, e da Gianfranca Cabiddu, nefrologa dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari in Sardegna, ha svolto lo studio Tocos (TOrino-Cagliari Observational Study), allo scopo di confrontare gli esiti della gravidanza in 504 gestanti affette da insufficienza renale cronica con quelli di 836 donne incinte senza Ckd. Scoprendo che le probabilità di parto prematuro, ricovero in terapia intensiva neonatale o di ipertensione materna aumentano in modo direttamente proporzionale alla progressione della Ckd, sebbene il rischio non sia semplicemente legato alla diminuita funzione renale. Lo dimostra il fatto che la frequenza di eventi avversi osservata nelle pazienti con Ckd in stadio 1 e nelle coetanee sane differiva in modo significativo nonostante le prime fossero asintomatiche e con funzione renale nella norma.

ATTENZIONE - Il monitoraggio del feto deve quindi essere particolarmente attento. "Va comunque sottolineato che un buon esito della gravidanza è possibile anche nelle donne con Ckd, che non dovrebbero scoraggiarsi a concepire" sottolineano i ricercatori, che attualmente stanno lavorando su un modello di classificazione dei rischi che sarà in grado di fornire a medici e pazienti informazioni utili a guidare la consulenza prenatale e il monitoraggio della gestazione.

Roberta Maresci

Un trattamento per aumentare la sopravvivenza dei malati di cancro

Tumori, l'arma dell'immunoterapia

di MANUELA CORRERA

CHICAGO – Promettono di trasformare il trattamento dei tumori, soprattutto di quelli più “difficili” perché in stadio avanzato e con metastasi, offrendo un aumento significativo della sopravvivenza a molti pazienti per i quali le cure a disposizione erano fino a poco tempo fa ridotte. Sono le nuove molecole utilizzate nell'immuno-oncologia, tra le quali una delle più promettenti è il principio attivo nivolumab: il 51% dei pazienti con cancro del polmone non a piccole cellule, la forma più diffusa, in stadio avanzato, trattato col farmaco, è vivo ad un anno, contro il 39% trattato con chemioterapia. Il risultato, definito «sorprendente», è stato presentato a Chicago al Congresso della Società americana di oncologia.

E proprio l'approccio dell'immunoterapia in oncologia - che mira a risvegliare il sistema immunitario 'armandolo' per combattere il cancro - è uno dei filoni di Ricerca più 'caldi', al quale il Congresso dedica quest'anno numerose sessioni: vari gli studi presentati, che vedono anche una forte presenza di ricercatori italiani. In particolare, affermano gli oncologi, l'immuno-oncologia sta cambiando la storia naturale del tumore del polmone, una delle neoplasie più frequenti: «Con lo studio CheckMate -057 presentato a Chicago, siamo di fronte a

una vera e propria rivoluzione in uno dei tumori più difficili da trattare - spiega Lucio Crinò, Direttore Oncologia medica all'Ospedale di Perugia e membro del Committee internazionale dello studio -. I risultati, in termini di aumento di sopravvivenza, ottenuti in questi pazienti non erano mai stati registrati in precedenza. E se i dati sono ancora poco maturi per poter parlare di lungosopravvivenza in questa neoplasia grazie all'immuno-oncologia, tuttavia - sottolinea - alla luce della tendenza già vista in precedenti studi condotti con questa nuova arma nel melanoma, è molto probabile che tali percentuali di sopravvivenza si mantengano anche negli anni successivi».

I risultati dello studio CheckMate dimostrano per la seconda volta l'efficacia dell'immuno-oncologia nel tumore del polmone. Il farmaco che utilizza il principio attivo nivolumab è infatti già stato approvato dall'ente regolatorio statunitense FDA lo scorso marzo: lo studio alla base della sua approvazione ha mostrato un vantaggio così rilevante in termini di sopravvivenza da indurre l'FDA ad approvarlo in soli tre giorni. E' la prima volta che si verifica un'approvazione così veloce in oncologia. A fronte di tali dati di efficacia, il nuovo farmaco ha avuto un parere positivo anche dall'Agenzia europea dei farmaci (Ema) e passerà ora al vaglio della Commissione europea, mentre in

Italia l'Agenzia del farmaco Aifa ha attivato un programma di uso compassionevole - tenuto contro dei risultati ottenuti - per l'accesso di tutti i pazienti con diagnosi di cancro al polmone avanzato al trattamento col nivolumab.

«IN ITALIA SERVE UN FONDO PER I FARMACI ANTICANCRO» - In dieci anni è raddoppiato in Italia il prezzo dei farmaci anti-cancro: per questo «serve subito un fondo nazionale per l'oncologia». A lanciare l'allarme è il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), Carmine Pinto, in occasione Congresso di Chicago.

«L'Italia - avverte Pinto in un incontro con i giornalisti a Chicago - è riuscita a reggere finora questi costi. Ma la copertura economica sta diminuendo. Chiediamo alle Istituzioni di creare una fonte di risorse dedicate. E devono essere introdotte tre fasce di costo delle terapie in base all'efficacia». La richiesta, chiarisce, «è di dare vita a questa fonte specifica di risorse da destinare a un settore delicato che richiede particolari attenzioni: 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%». Ma la maggior parte dei farmaci anticancro rientra fra quelli ospedalieri e «nel 2014 quest'ultima percentuale è stata superata attestandosi al 4,5%. La copertura - conclude - si sta stringendo in maniera consistente».



Home » news » Cancro e Immunologia

Cancro e Immunologia

- Bocca e Digestione
- Sistema respiratorio
- Sistema endocrino
- Reni e Riproduzione
- ▶ **Cancro e Immunologia**
- Cuore e Circolazione
- I cinque sensi
- Infezioni
- Ossa e Muscoli
- Sangue
- Parassiti
- Pelle e Annessi
- Sistema nervoso
- Farma
- Varie

L'allarme degli oncologi: "I farmaci anticancro sono troppo cari"

Al congresso internazionale di settore a Chicago, arriva l'allarme degli **oncologi** italiani: "I farmaci anticancro sono sempre più efficaci, ma sono troppo cari".

Riuniti a Chicago per il 51esimo Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) gli oncologi italiani dell'Aiom denunciano i prezzi sempre più esorbitanti dei **farmaci antitumorali** e chiedono l'immediata creazione di un Fondo nazionale per l'oncologia: in dieci anni, il costo è salito da 4.500 dollari a più di 10mila al mese.

L'Italia finora "è riuscita a reggere l'impatto di questa crescita esponenziale - chiarisce **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom - grazie ai sistemi di rimborso concordati con **l'Aifa** (Agenzia italiana del farmaco). Nel nostro Paese il prezzo medio dei trattamenti è fra i più bassi d'Europa. E l'aumento della sopravvivenza garantito dalle nuove armi terapeutiche garantisce un circolo virtuoso ([ecco le 10 regole anticancro](#)). Che però rischia di spezzarsi, se non si crea un Fondo nazionale per l'oncologia, che oggi manca" ([seguire la dieta](#)

Vedi anche...

- ▶ Vaccinazione papilloma virus, italia terza in europa
- ▶ Contro il tumore al colon, ecco l'olio di fegato di merluzzo
- ▶ Aids: in africa parte seconda fase sperimentazione vaccino...

Postesaluteshop ti consiglia



• **BELLEZZA IN SICUREZZA CON I NOSTRI COSMETICI**



• **CAPELLI BELLI E IN ORDINE CON LE NOSTRE OFFERTE...COMPRA!**

Glossario

A	B	C	D	E
F	G	H	I	J
K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y
Z	0-9			

[mediterranea dimezza i rischi di tumore](#)).

“Chiediamo – continua Pinto - di dare vita a questa fonte specifica di risorse da destinare a un settore delicato che richiede particolari attenzioni. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato ridotto e portato all'11,35% del Fondo sanitario nazionale, quello dell'ospedaliere è al 3,5%. La maggior parte dei **farmaci anti-cancro** rientra fra quelli ospedalieri e nel 2014 il tetto è stata superato attestandosi intorno al 4,5%. La copertura economica si sta stringendo in maniera consistente”.

Per queste ragioni, avvisano gli oncologi, è necessario “una sorta di fondo farmaceutico nazionale staccato: solo così potremo disporre di un maggior numero di risorse per garantire a tutti i pazienti le cure migliori. Serve anche una rivisitazione dei costi dei farmaci sulla base dell'efficacia” ([nuove speranze anticancro dal virus dell'herpes](#)).

La proposta dell'**Aiom** è chiara: “dovrebbero essere stabilite tre fasce di costo in rapporto al valore – spiega Pinto -Nella prima andrebbero inclusi i farmaci che garantiscano un prolungamento di oltre un terzo dell'aspettativa di vita. A seguire la fascia intermedia e nell'ultima rientrerebbero quelle terapie che offrono un prolungamento inferiore al 15% dell'aspettativa di vita”.



Postesaluteshop ti consiglia



GUARDA LE NOSTRE OFFERTE DEDICATE ALLA TUA BELLEZZA!



IN FORMA CON NOI GUARDA LA NOSTRA SELEZIONE!



PRIMO SOLE PROTEGGI TE E CHI TI STA A CUORE...



INTEGRATORI? CONTROLLA LA NOSTRA SELEZIONE



l'unico shopping che fa davvero bene
farmacia.it
 Nasce il nostro nuovo commercio elettronico
 scoprillo subito



Newsletter

Iscriviti per ricevere tutte le novità dal portale farmacia.it

invia



adnkronos
salute

○ 3 giugno 2015
○ NUMERO 100 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

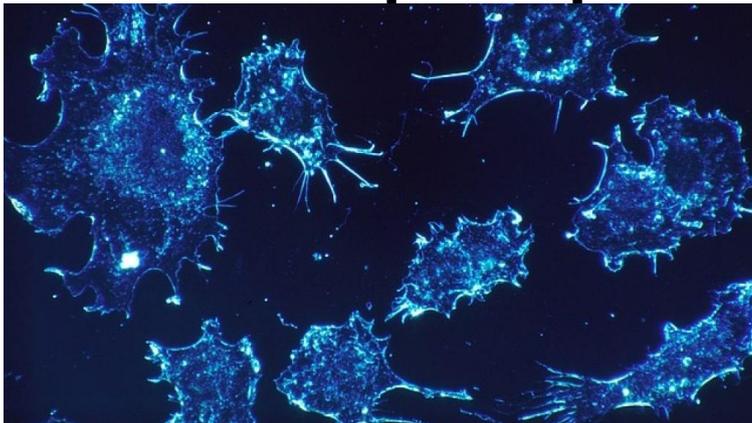
QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

» PHARMAMARKET **A metà giugno intesa oncologi-Aifa**

Sarà siglata a metà giugno un'intesa fra l'Aifa e gli oncologi di Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e Cipomo (Collegio primary oncologi) che riguarderà anche la gestione e la registrazione dei farmaci anti-cancro. Lo ha annunciato il presidente dell'Aiom, Carmine Pinto, a margine del 51esimo congresso Asco. "E' un accordo innovativo e importante, l'esempio di come sia utile la tanto bistrattata concertazione", si limita a dire Pinto, che non entra nel merito dell'intesa. Fra le proposte di Aiom e Cipomo all'Aifa, c'è anche la chiusura di alcuni registri dei farmaci oncologici, per esempio quelli che dopo 5 anni hanno raggiunto una quantità di dati sufficiente per un'ampia analisi e la rivalutazione. Una proposta che ha incassato una 'buona disponibilità' da parte di Aifa.

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

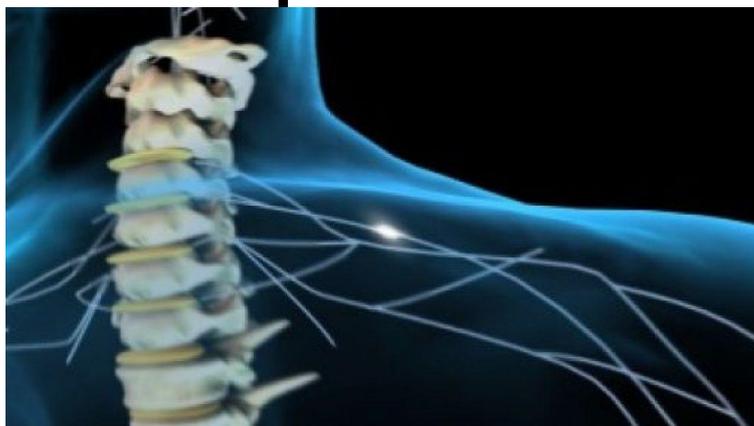
Tumori: scoperto perche' a volte ritornano



(AGI) - Londra, 3 giu. - E' l'incubo di ogni paziente sopravvissuto al cancro: la malattia, a volte, ritorna anche molti anni dopo dalla presunta guarigione. Questo perche' alcune cellule malate vanno "in letargo" per proteggersi dalla chemioterapia per poi "risvegliarsi" anche decenni dopo. A scoprirlo e' stato uno studio unico nel suo genere, condotto dal The Institute of Cancer Research di Londra e pubblicato sulla rivista Leukemia. I ricercatori hanno analizzato i campioni di sangue e di midollo osseo di un paziente affetto da una rara forma di leucemia, prelevati nel corso di 20 anni. In particolare, sono stati analizzati campioni prelevati dal paziente al momento della diagnosi quando aveva 4 anni d'eta', dopo una ricaduta a 25 anni d'eta' e poi dopo 22 anni di remissione. "Il nostro studio mostra una discendenza genetica comune che collega la leucemia originale a quella recidivante decenni piu' tardi", ha detto Mel Greaves, che ha coordinato lo studio. "Lo studio fornisce la prova evidente di un'evoluzione del cancro - ha continuato - con le cellule tumorali capaci di rimanere inattive per evitare il trattamento, e quindi capaci anche di accumulare nuove mutazioni in grado di guidare un nuovo attacco della malattia".

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

Scoperti farmaci anticancro efficaci contro lesioni spinali



(AGI) - Londra, 3 giu. - Un gruppo di farmaci in fase di sperimentazione contro il cancro potrebbe essere utilizzato anche per il trattamento delle lesioni del midollo spinale.

Almeno e' stato cosi' nei topi, secondo uno studio dell'Imperial College di Londra, pubblicato sulla rivista Brain. I topi a cui sono stati dati i farmaci chiamati "nutlin" hanno infatti recuperato piu' movimento rispetto a quelli non trattati. Al momento non ci sono trattamenti efficaci contro le lesioni del midollo spinale. Il danno spesso e' permanente perche' e' molto difficile che i nervi spinali ricrescano.

Nella ricerca condotta su topi adulti, i farmaci tumorali sono stati in grado di bloccare una particolare serie di proteine che limitano la crescita dei nervi. Normalmente utilizzati per sopprimere i tumori, nei topi con il midollo spinale parzialmente reciso sono stati in grado di far ricrescere i nervi nell'area interessata. Questo significa che il 75 per cento dei topi e' passato dall'essere paralizzato a riprendere parte del movimento. "Abbiamo identificato un meccanismo che controlla la rigenerazione dei nervi, e ci sono gia' farmaci sperimentali che interagiscono con questo percorso, suggerendo l'opportunita' di tradurre questi risultati in clinica", ha detto Simone di Giovanni, autore dello studio.

Pembrolizumab promettente contro il carcinoma uroteliale



03 giugno 2015

L'inibitore del checkpoint immunitario PD-1 pembrolizumab, già approvato per il melanoma, sembra promettente anche come trattamento per il carcinoma uroteliale. A suggerirlo sono i risultati dello studio di fase Ib KEYNOTE-12, presentati in occasione del congresso annuale dell'American Urological Association (AUA) a New Orleans.

In questo studio, infatti, un quarto dei partecipanti - pazienti con un carcinoma uroteliale avanzato PD-L1-positivo - ha mostrato una risposta obiettiva al trattamento con l'inibitore. In particolare, sette dei 28 pazienti valutabili (il 25%) hanno risposto al trattamento e, di questi, tre (il 10,7%) hanno mostrato una risposta completa. La risposta è durata per un periodo compreso tra le 16 settimane e più di un anno.

Inoltre, il farmaco è risultato generalmente ben tollerato.

"In questa popolazione di pazienti pesantemente pretrattati, pembrolizumab ha portato a una sopravvivenza globale mediana di 12,7 mesi e una sopravvivenza globale a 12 mesi del 54,7%" ha riferito la prima firmataria del lavoro, Shilpa Gupta, del Moffitt Cancer Center di Tampa, in Florida. "Questi risultati giustificano il proseguimento dello sviluppo di pembrolizumab come trattamento del carcinoma uroteliale".

Lo sviluppo clinico attualmente in corso del farmaco prevede uno studio di fase III in cui si confronta pembrolizumab contro paclitaxel, docetaxel o vinflunina nei pazienti la cui malattia ha progredito o recidivato dopo il trattamento con una chemioterapia a base di platino. Inoltre, uno studio di fase II sta valutando il farmaco in pazienti con carcinoma uroteliale avanzato non idonei alla chemioterapia a base di platino.

Pembrolizumab un anticorpo monoclonale anti-PD-1 approvato sia dall'Fda sia, recentissimamente, dall'Ema come trattamento per il melanoma avanzato (non operabile o metastatico) sia come terapia di prima linea sia in pazienti precedentemente trattati; la dose approvata sia in Europa sia negli Stati Uniti è pari a 2 mg/kg ogni 3 settimane. Inoltre, nello scorso aprile Merck ha depositato all'Fda la domanda di approvazione del farmaco anche come trattamento per il tumore al polmone non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato.

Il programma di sviluppo clinico di pembrolizumab, chiamato KEYNOTE, prevede la valutazione dell'anticorpo

in diversi tipi di tumori solidi, tra cui, appunto, anche il carcinoma uroteliale. Nello studio di fase di Ib KEYNOTE-012, i ricercatori hanno in primis selezionato 95 pazienti colpiti da un tumore uroteliale, 61 dei quali (il 64,2%) risultati positivi al ligando di PD-1 (PD-L1). Successivamente, 33 di questi 61 pazienti sono stati arruolati nello studio.

Gli obiettivi principali del trial erano valutare la sicurezza e la tollerabilità di pembrolizumab in pazienti con tumori PD-L1-positivi, l'attività sulla base dei criteri RECIST, la sopravvivenza libera da progressione (PFS) e la sopravvivenza globale (OS).

I partecipanti avevano un'età media di 70 anni e la maggior parte (il 69,7%) erano uomini. I due terzi avevano metastasi ossee o viscerali (metastasi epatiche nel 24% dei casi), il 73% aveva un ECOG performance status pari a 1 e la metà aveva già fatto due o più terapie per il carcinoma uroteliale avanzato.

Ogni paziente è stato trattato con pembrolizumab 10 mg/kg ogni 2 settimane e il trattamento è proseguito fino alla progressione della malattia, alla comparsa di una tossicità non tollerabile, alla sospensione della terapia o all'abbandono dello studio, oppure al completamento di 2 anni di trattamento.

I dati presentati al congresso si riferiscono a un follow-up mediano di 13 mesi, in quel momento, quattro dei partecipanti erano ancora in trattamento con pembrolizumab. La causa più comune di sospensione è stata la progressione della malattia (in 17 pazienti).

Nel complesso, due terzi dei partecipanti (il 66,7%) hanno mostrato un certo grado di riduzione del tumore durante il trattamento con pembrolizumab. Nei 28 con malattia misurabile al momento dell'arruolamento, la percentuale di risposta obiettiva in base ai criteri RECIST v1.1 è stata del 25% (IC al 95% 10,7-44,9). Il tempo mediano di risposta è stato di 10 settimane e la durata mediana della risposta deve ancora essere raggiunta (range da 16 a più di 50 settimane).

Delle sette risposte ottenute, tre soddisfacevano i criteri di risposta completa e quattro quelli di risposta parziale. Quattro pazienti (il 14,3%) hanno ottenuto come risposta migliore una stabilizzazione della malattia, mentre in 13 casi la malattia ha progredito e in quattro la risposta non è stata valutata.

La PFS mediana è stata di 2 mesi (IC al 95% 1,7-4,0) e la PFS a 12 mesi del 19%.

Per quanto riguarda la sicurezza, sono stati registrati eventi avversi correlati al trattamento in 21 pazienti (il 63,6%) e i più frequenti sono stati la fatica (in 6 pazienti, il 18,2%), l'edema periferico (in 4 pazienti, il 12,1%), e la nausea (in 3 pazienti, il 9,1%). Inoltre, cinque pazienti (il 15,2%) hanno manifestato uno o più eventi avversi di grado 3-5 e uno ha interrotto il trattamento a causa di una rhabdomiolisi di grado 3.

S. Gupta, et al. A Phase 1b Study of Pembrolizumab (Pembro; MK-3475) for Advanced Urothelial Cancer. AUA 2015; abstract MP68-11.

[[chiudi questa finestra](#)]

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

Cancro: statine riducono progressione dei tumori anche del 50%

(AGI) - Londra, 3 giu. - Due distinti studi, uno sulle donne condotto dalla Yale University, ed uno sugli uomini, della Rutgers University, hanno scoperto che l'assunzione delle statine, i più noti farmaci contro il colesterolo, riducono la progressione del cancro (non l'insorgenza), con percentuali differenti a seconda dei tessuti colpiti. Nella prima ricerca, che ha coinvolto 146.326 donne tra i 50 e i 79 anni per un periodo di oltre 15 anni, si è visto che quante assumevano statine, avevano il 22 % di chance in meno di morire di qualsiasi forma di tumore. Per il cancro al seno la percentuale saliva al 40%, del 42% per quello alle ovaie e del 43% per l'intestino. L'effetto raggiungeva il 55% nel più raro tumore osseo.

Nel secondo studio, condotto su 22.110 uomini con cancro alla prostata si è visto che tra quanti assumevano statine il la percentuali di quanti ne morivano si riduceva del 43%. Nel caso degli uomini la stessa percentuale si raggiungeva somministrando la metformina, uno degli ipoglicemizzanti orali più usati. Gli studi, presentati al convegno annuale di Chicago della American Society for Clinical Oncology hanno comunque ricordato gli effetti indesiderati prodotti dalle statine: dal dolore muscolare alla perdita di sangue dal naso, allo sviluppo del diabete di tipo 2. Ma i vantaggi possono superare gli effetti indesiderati quando si tratta di pazienti con cancro conclamato, come quelli presi in esame dalle due ricerche.

(AGI) .

La novità

Test come la Jolie per il cancro alle ovaie

Il caso dell'attrice Angelina Jolie ha fatto da "apripista": essendo portatrice di un'anomalia genetica che la predisponeva al cancro ha deciso di farsi asportare in via preventiva mammelle e ovaio. Una decisione che ha fatto discutere. Su questo fronte oncologi Usa e italiani sono d'accordo: le donne con cancro all'ovaio dovrebbero fare il test. Se ne è discusso al congresso della Società americana di Oncologia (Asco) a Chicago. «E' fondamentale - spiega Nicoletta Colombo, direttore Ginecologia oncologica dell'Istituto europeo di oncologia di Milano - identificare le donne che hanno la mutazione del gene come la Jolie, perché ciò consente di fare prevenzione».



L'ultima frontiera della tecnologia:
un super esame che in gravidanza
permette diagnosi e interventi sul feto

Ecografia in 5D salva vita

**«SI PUÒ OPERARE
LA SPINA BIFIDA
O FAR MATURARE
BENE I POLMONI»**

Giuseppe Rizzo
*Società ecografia ostetrica
e ginecologica*

LA PREVENZIONE

La sonda si sposta e si avvicina al cervello. La testa, virtualmente, viene separata dal corpo. Un clic e diventa una serie di sezioni verticali da analizzare, studiare nelle diverse angolazioni, approfondire per escludere la presenza di una possibile anomalia. Un clic e il cuore "esce" dal corpo per essere sezionato, allargato, ristretto e valutato. Cuore e cervello, come altri organi, sono di un bimbo nel grembo materno: è un'ecografia 5d. Il futuro è oggi.

L'UNIONE

Le nuove frontiere della tecnologia permettono all'immagine della risonanza magnetica e a quella dell'ecografia, virtualmente, di sovrapporsi: così da poter effettuare un superesame che racchiuda in sé il "ritratto" dell'eco con la ricostruzione effettuata dalla risonanza. Una nuova integrazione delle informazioni sia nel campo della patologia ginecologica sia in quella ostetrica.

Esami che, insieme alle ecografie 3 e 4D, possono ormai permettere di rilevare, nei mesi della gravidanza,

oltre al battito cardiaco, il riempirsi e svuotarsi dello stomaco e della vescica del bambino, le eventuali anomalie ormai anche da affrontare in utero. Come la spina bifida o l'ernia diaframmatica. «In questo caso si utilizzano dei cateteri che si infilano nella trachea del feto per ridurre le complicanze respiratorie dovute alla presenza dell'ernia e al conseguente schiacciamento dei polmoni - spiega Giuseppe Rizzo presidente della Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica che ha guidato con Domenico Arduini direttore del Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia dell'università Tor Vergata di Roma-S. Famiglia, un congresso di specialisti con oltre cento relatori e 1200 partecipanti appena concluso - Un palloncino nella trachea permette al bambino di far maturare e crescere i polmoni regolarmente fino al momento della nascita. Esistono altri interventi che addirittura espongono il feto a cielo aperto rendendo possibile oggi la correzione di alcuni difetti che potrebbero essere fortemente invalidanti come la correzione del meningocele». Una forma di spina bifida, una malformazione congenita causata da un'imperfezione nello sviluppo del midollo spinale e della colonna vertebrale.

L'ecografia 5D, dunque, oltre a permettere diagnosi di possibili patologie (dal sistema nervoso centrale alla colonna vertebrale) mette in evidenza anche eventuali malformazioni dei lineamenti (il labbro

leporino) le espressioni del volto (dal singhiozzo allo sbadiglio) e movimenti degli arti.

SPECIALIZZAZIONE

«Gli aggiornamenti sono tanti e importanti - è il professor Arduini a parlare - ma va sempre tenuto presente che persiste un margine fisiologico di errore. Oggi riusciamo a far nascere bambini che in passato non sarebbero mai nati ma questo non vuol dire che si può tutto. A questo punto è importante che la coppia sappia che l'ecografia è ormai un esame entrato nella routine ma che l'evoluzione dello strumento oggi vuole uno specialista fortemente dedicato per l'esecuzione e la lettura. Sia nel caso di seguire una gravidanza sia in presenza di un tumore dell'endometrio e dell'ovaio. Ad esempio studiare l'architettura dei vasi sanguigni allorché assai confusa, dimostra una vascolarizzazione caotica espressione di una crescita impetuosa che non segue uno schema logico e può nascondere una formazione che potrebbe essere anche tumorale».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FILOSOFIA E ONCOLOGIA

La relazione con il malato è una possibilità di cura in più

Ivan Cavicchi

Insieme a GianMauro Numico ho scritto "La complessità che cura, un nuovo approccio all'oncologia" (edizioni Dedalo). Un filosofo per la medicina e un primario oncologo rispondono a diverse domande per esplorare la possibilità, con i mezzi scientifici di cui disponiamo, di accrescere gli effetti della cura del cancro.

In questi ultimi anni, attraverso i media, il cancro è stato abbastanza sdrammatizzato e per certi versi banalizzato. Sembrava bastasse mangiare più verdure e evitare le carni rosse per essere onco-protetti e che i nuovi farmaci avessero la meglio sull'indomita malattia. Ma il cancro resta il cancro...e continua vistosamente a crescere: aumentano gli italiani che 'vivono' con il cancro, (+17% in cinque anni), cinque anni fa i malati di cancro erano 2 milioni e mezzo, oggi sono più di 3 e 1 malato su 4 è completamente guarito. (7° rapporto Favo)

Siccome il cancro continua ad aumentare e la sua guaribilità per quanto in crescita resta bassa, acquista importanza strategica la *curabilità* perché è da questa che dipende il grado di sopravvivenza. Per "grado di sopravvivenza" si intende una valutazione clinica qualitativa giustificata con il tempo di vita. Oggi il trattamento dei tumori si avvale di molti approcci e di diversi mezzi ma il principale, resta quello farmacologico (chemioterapia). Alle terapie in genere si accompagnano problemi e tantissimi sono i fattori che ne abbassano il grado di efficacia ottimale.

Fin qui i presupposti del nostro lavoro. E ora le domande: siamo sicuri che il grado di sopravvivenza oggi consentito dai mezzi di cui di-

sponiamo e dagli approcci impersonali delle terapie sia quello massimo sia in termini di qualità che di quantità? E che la sopravvivenza non possa variare con la qualità personale del trattamento e con i modi attraverso i quali esso viene effettuato? Siamo sicuri che il trattamento sia concettualmente riducibile solo all'impiego di mezzi terapeutici? Siamo sicuri che il modo corrente di intendere la terapia sia quello più efficace? Se la sopravvivenza dipende dalla cura e se questa non dipende solo dai mezzi di cui dispone ma anche dai modi come viene fatta...allora.. quale sopravvivenza sarebbe possibile se i modi della cura fossero più adeguati alle complessità del malato di cancro?

Il nostro studio ritiene possibile accrescere, a fronte delle terapie disponibili, il grado di sopravvivenza attraverso un ripensamento del modo di intendere la terapia. Considerando la complessità del malato di cancro non un problema una risorsa da usare, parlando di cura e non solo di terapia. E' necessario rammentare che la medicina oncologica, come del resto tutta la medicina di matrice positivista, è soprattutto impersonale cioè orientata all'oggettività biologica della malattia. Il libro vuole risolvere il problema dell'impersonalità, aprendo la strada ad una specie più avanzata di clinica nella quale alla conoscenza oncologica della malattia si aggiungono quelle del malato quindi conoscenze ontologiche, relazionali, linguistiche, situazionali, cognitive, logiche. Quella che nel libro è definita "onto-oncologia".

Gianni Bonadonna il vero grande *maitre a pensér* dell'oncologia italiana, è autore del trattato di oncologia più studiato, ma è anche colui che, quale malato, ha scritto libri con i quali dimostra che

il suo trattato, nei confronti della complessità del malato, resta inadeguato...ma senza mai come malato ripensare l'oncologo e senza mai come oncologo ripensare il malato. Non è vero che la conoscenza in medicina dev'essere per forza impersonale, al contrario essa per essere davvero tale deve diventare conoscenza bio-onto-biografica.

Per un oncologo questo è possibile accettando di misurarsi con un livello più alto di complessità: il tumore non è solo una complicazione biologica di un qualche organo del corpo, ma è anche il malato nella sua interezza e l'oncologo che lo cura.

Questa complessità nonostante gli sforzi compiuti dall'oncologia nella cura del cancro non c'è, nel senso che non è prevista, in nessun protocollo terapeutico, e meno che mai nella formazione di un oncologo o di un infermiere...perché sino ad ora è stata vista come non scienza, mentre a saperla usare essa può addirittura migliorare gli esiti dei trattamenti disponibili fino a migliorare il grado di sopravvivenza del malato.

Se si va oltre i tanti luoghi comuni sull'umanizzazione e oltre lo *standard view* dell'idea di terapia la parola chiave è: *relazione di cura*. Non si tratta di un problema di amabilità, di buone maniere, di rispetto. E' un altro modo di conoscere la malattia, cioè è un altro genere di clinica. La relazione tra persone è complessità e se la complessità cura allora la relazione è una possibilità di cura in più. Quindi un possibile grado maggiore di sopravvivenza. Ecco perché un filosofo e un oncologo hanno deciso di scrivere questo libro.



CORRIERE DELLA SERA / SALUTEHOME **CORRIERE TV** ECONOMIA SPORT CULTURA SCUOLA SPETTACOLI **SALUTE** SCIENZE INNOVAZIONE TECH MOTORI VIAGGI CASA CUCINA IODONNA 27ORA MODA

TERAPIA DEL DOLORE

Cresce in Italia l'uso di farmaci analgesici oppioidi

Secondo i dati della relazione sulla legge «Cure palliative», c'è stato un aumento di più del 26% tra il 2012 e il 2014 e nasce il corso di alta formazione in terapia del dolore

di Margherita De Bac



(Fotolia)

E' un aumento sensibile, stavolta: cresce in Italia l'uso di farmaci analgesici oppioidi, più 26% tra il 2012 e il 2014. Per la prima volta la relazione sulla legge "Cure palliative e terapie del dolore" presentata al Parlamento dal ministero della Salute contiene segnali decisamente positivi.

Attenzione da parte dei medici e uso appropriato

In alcune Regioni la curva di crescita è più marcata: in Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Sardegna e la provincia autonoma di Trento il rialzo supera il 30%. La spesa media nazionale per questi farmaci è aumentata del 26%. Tra gli aspetti positivi, la diminuzione delle persone con tumore che muoiono in ospedale. Significa che si sta affermando di anno in anno un atteggiamento più attento da parte dei medici. La conclusione è che si possa ipotizzare un uso appropriato di queste terapie.

«Molto di più e di meglio si deve ancora fare» comunque, secondo Gianvincenzo D'Andrea, vicepresidente nazionale della Fondazione Isal, nata nel 1993 su iniziativa del professor William Raffaelli per dare «voce a chi soffre e far riconoscere il dolore come malattia». Tra i traguardi, la realizzazione del primo istituto scientifico dedicato alla ricerca e alla cura di questa patologia. «Molti nostri colleghi sono impreparati nel gestire il dolore dei pazienti, che quindi viene sottovalutato. Avviene in ospedale e negli studi dei medici di famiglia», dice D'Andrea.

Il primo corso di alta formazione in terapia del dolore

Da qui il progetto di creare come Fondazione Isal, nata nel 1993, e associazione Amici Isal di Abruzzo "Giovanni Leonardi" un corso di alta formazione in terapia



SALUTE

Canada: risarcimento record per un milione di fumatori canadesi



SALUTE

Cresce in Italia l'uso di farmaci analgesici oppioidi



SPORTELLO CANCRO

Medicina «su misura» del paziente grazie al laboratorio di genomica



SPORTELLO CANCRO

Tumori del sangue: nuovo modello per garantire a tutti cure avanzate



CITY1TAP

Scarica la guida di Milano per vivere il meglio del fuori Expo



PRIMI PIATTI

Pasta all'ortolana con la mozzarella



NUTRIZIONE

Verdure alla griglia: così si preservano le capacità antiossidanti



SU CORRIERE SELECTION

Scopri tavolino pieghevole VESTA - 49%!!



DISABILITA

Cinema Sordo: emozioni «senza parole» sul grande schermo

del dolore, avviato il 30 maggio nella sala conferenze del Parco della Majella. Titolo "Governo clinico della terapia con farmaci oppioidi e cannabinoidi", sede del corso l'Abbazia celestiniana di Sulmona. D'Andrea cita alcuni dati. Di dolore cronico soffrono il 26% degli italiani che nel 10% dei casi avrebbero bisogno di terapie a vita: «L'aumento del consumo di analgesici oppioidi, derivati dalla morfina, è la conseguenza delle modalità di prescrizione semplificate. Occorre però che sia ancora più radicata la consapevolezza che il dolore originato da una patologia diventa una malattia a se stante, si autoalimenta e va trattato. Purtroppo è incompleta la formazione dei medici sul corretto uso». Dal corso usciranno operatori specializzati che verranno messi in rete. Anche i pazienti devono essere più informati. A livello di opinione pubblica si fa confusione tra farmaci antalgici (che agiscono sul nervo, ad esempio gli anestetici) e gli analgesici che agiscono sulla trasmissione dell'impulso nervoso.

2 giugno 2015 | 13:43
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



SALUTE

La sinusite cronaca: nuove tecniche per un intervento meno doloroso



ENTRA IN DOVECLUB

Voglia di Vacanza? Viaggia con DoveClub



SPORTELLO CANCRO

Cento miliardi di dollari l'anno il costo del cancro (in farmaci)



SALUTE

Epatite C: via libera a terapia senza interferone



SU STYLE.IT

Quando chic e trash viaggiano in coppia

I PIÙ LETTI

OGGI

SETTIMANA

MESE

- 1 Verdure alla griglia: così si preservano le capacità antiossidanti
- 2 Canada: risarcimento record per un milione di fumatori canadesi
- 3 Esami del sangue - Analisi del sangue - Salute del Corriere.it
- 4 Cento miliardi di dollari l'anno il costo del cancro (in farmaci)
- 5 Cinema Sordo: emozioni «senza parole» sul grande schermo
- 6 Quando il prurito deve preoccupare?
- 7 Chi mangia bene evita metà dei tumori: poca carne, molte fibre
- 8 Cuore: l'esperto risponde
- 9 Cinquantenni attenti: carne e formaggi pericolosi come il fumo
- 10 Linfonodi ingrossati, quando preoccuparsi

Il Nobel
«Mappatura del genoma la medicina sarà personalizzata»
Aaron Ciechanover a pag. 21

«Medicina a misura d'uomo»

Il biologo israeliano Aaron Ciechanover, premio Nobel per la chimica nel 2004, traccia la nuova rivoluzione della sanità mondiale: «Grazie alla mappatura del genoma umano, sarà personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa»

«CUREREMO FORSE TUTTE LE MALATTIE MA NASCONO SERI PROBLEMI BIOETICI E DI TUTELA DELLA PRIVACY»

Pubblichiamo in anteprima l'intervento che Aaron Ciechanover, premio Nobel per la chimica nel 2004, terrà venerdì sera a Cagliari al festival Leggendo Metropolitano

Una delle aspirazioni umane che ha attraversato i secoli e le generazioni è quella ad una lunga vita e, insieme, il desiderio di conservare la salute nell'invecchiamento. In parte questo sogno si è avverato – oggi viviamo di più – sfortunatamente però il prolungamento della vita è accompagnato da varie malattie degenerative legate all'età, fra le quali il cancro, le cardiopatie e le patologie del cervello. Fra l'inizio del secolo scorso e i primi anni Duemila, l'aspettativa di vita nei Paesi industrializzati e sviluppati era in media di 50-55 anni: in precedenza le persone morivano di "semplici" malattie infettive – contadini che si ferivano nei campi, donne partorienti o soldati colpiti in battaglia. Oggi gli occidentali possono arrivare a vivere più di 80 anni: in questo senso, il ventesimo secolo è stato "magico". (...)

LE DIFFERENZE

Con un'aspettativa di vita più lunga, sono venute in superficie sino a diventare, oggi, le principali patologie delle società occidentali sviluppate. In che modo la scienza medica si sta attrezzando per combattere queste "nuove" malattie? La medicina moderna avanza su diversi fronti paralleli: il primo, sul quale ci concentreremo – è lo sviluppo delle medicine "tradiziona-

li". Poi ci sono i dispositivi: organi artificiali, valvole cardiache, articolazioni in leghe metalliche e molti altri. Recentemente ha iniziato a evolversi un altro settore: quello delle cellule staminali e della medicina rigenerativa (...)

Quanto alle medicine, si possono distinguere tre fasi nello sviluppo della farmacologia: l'epoca iniziale è stata quella delle scoperte fortuite (dall'inizio del secolo scorso agli anni Quaranta del Novecento), come il primo antibiotico – la penicillina (...). La seconda fase nello sviluppo dei medicinali va dagli anni Quaranta del Novecento ad oggi ed è all'insegna dello screening ad alto rendimento (high throughput screening)(...)

Ma allora: perché il metodo dello screening non ci basta? Perché non riesce a fornire – studiando più composti e più patologie – la cura per tutte le nostre malattie?

La ragione è che siamo esseri umani, diversi gli uni dagli altri e ciascuno di noi risponde a modo proprio alle medicine che riceve. Siamo uomini e donne, alti e bassi, esposti a diete e a condizioni ambientali differenti, ma soprattutto siamo diversissimi a livello genetico. Da questo punto di vista, ci uniamo in modo casuale e incrociamo i nostri geni continuamente (a fin di bene naturalmente). Abbiamo gruppi sanguigni diversi e non possiamo donarci gli organi a vicenda: la compatibilità è di uno a molti e talvolta a molti milioni. Da tutto ciò consegue che le medicine non hanno gli stessi effetti su tutti. Ad alcuni fanno benefarmaci che per altri sono meno o per nulla efficaci o che a certi individui provocano pericolosi effetti collaterali che possono persino ucciderli. Ci sono persone che traggono beneficio da una medicina eppure allo stesso tempo sviluppano effetti collaterali dannosi e sono costretti a interrompere il trattamento.

LO SVILUPPO

Qui entra in gioco la nuova rivoluzione della Medicina Personalizzata. Grazie allo sviluppo di meto-

dologie per sequenziare il genoma umano (mappato per la prima volta nel 2000), siamo ora in grado di ottenere maggiori informazioni su ciascun paziente direttamente dal suo materiale genetico (DNA, RNA, proteine e piccoli metaboliti) riuscendo a comprendere meglio le cause di una patologia (le mutazioni, per esempio) e potendo così prevedere l'esito del trattamento con un determinato farmaco. Inoltre, ogni volta che sarà scoperta una nuova mutazione avremo la possibilità di creare un'apposita medicina per combattere la relativa malattia. La lente della scienza medica, insomma, si sposterà dalla malattia "in generale" alla stessa malattia nel contesto di un paziente noto, con il proprio specifico patrimonio genetico – da cui il termine "Medicina Personalizzata". Analizzando sempre più a fondo il materiale genetico che ci determina come individui, saremo capaci di prevedere l'insorgere di future malattie (...). La Medicina Personalizzata, quindi, sarà anche Predittiva e Preventiva.

Concludendo, vediamo come si prospetta il percorso di questa rivoluzione. Abbiamo già iniziato la corsa e andremo sempre più veloci col passare degli anni. Benché ci siano diversi impedimenti tecnici: uno dei problemi principali è che molte patologie – ad esempio le malattie psichiatriche, come la depressione – sono multigeniche, causate cioè da diverse o addirittura



tura numerose mutazioni, difficili da scoprire.

Occorrerà del tempo, dovremo sequenziare i genomi di molti pazienti prima di identificare i geni predisposti. Tuttavia, l'ostacolo maggiore è il dispiegamento del nostro patrimonio genetico con tutte le informazioni che contiene su patologie presenti e future: solleva numerosi e seri problemi bioetici. Anzitutto: vogliamo conoscere le nostre future malattie? Anche se la risposta fosse no ed evitassimo di sottoporci alle analisi, i nostri partner potrebbero volerlo sapere. Per non parlare delle compagnie assicurative, dei datori di lavoro, del governo: tutti evidentemente interessati a tali informazioni. Questi gli interrogativi all'ordine del giorno: come individui, abbiamo bisogno di poter prendere parte alle decisioni che riguardano il nostro destino (di conseguenza, questa nuova rivoluzione è anche Partecipativa, nel complesso è la rivoluzione delle "4 P" - Personalizzata, Predittiva, Preventiva e Partecipativa). Come società, dobbiamo unirici nell'impegno comune a risolvere questo problema, tenendo a mente che siamo tutti esseri umani con il diritto di tutelare la nostra privacy.

Aaron Ciechanover
Rappaport Faculty of Medicine
and Reserch Institute
Technion-Israel Institute of
Technology, Haifa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il "Progetto Genoma umano" è iniziato negli Stati Uniti nel 1990 e completato il 22 giugno 2000



Ora si possono cercare i geni che indicano il rischio di ammalarsi di cancro come i geni Brcal e Brca2 del seno



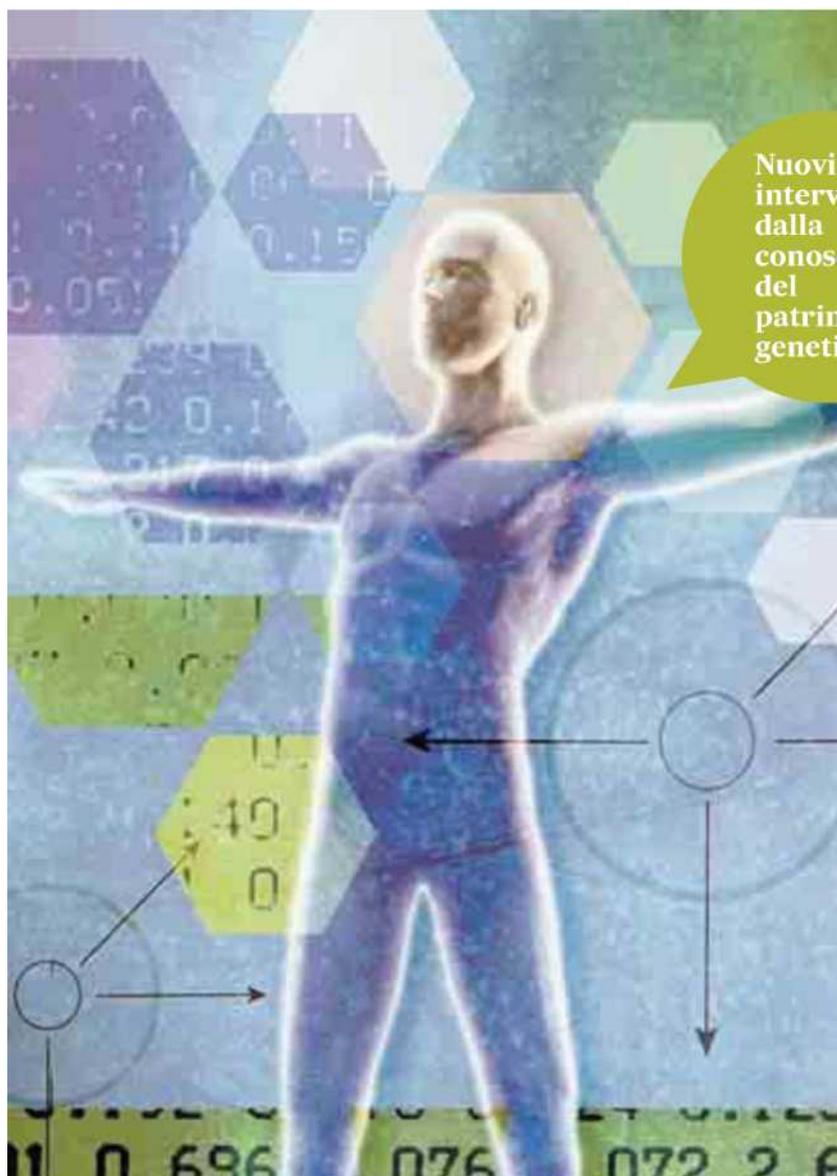
All'università di Milano viene eseguito, con l'analisi del Dna saliva, un test per suscettibilità al glutine



Al via al Montreal Heart Institute uno studio su Dna 80mila pazienti per malattie di cuore e diabete



Il Regno Unito, a febbraio, ha dato l'ok alla procreazione assistita con il Dna di tre genitori



Nuovi interventi dalla conoscenza del patrimonio genetico