

Giovedì 07 MAGGIO 2015

Hiv. Contraccezione e sesso ancora tabù nel dialogo con il medico per donne sieropositive

Secondo uno studio australiano, i medici parlano con le donne sieropositive della loro attività sessuale e in particolare di contraccezione in meno di un terzo dei casi. E solo nella metà dei casi è stata raccolta una documentazione sulla loro attività sessuale.

(Reuters Health) – Un nuovo studio australiano sostiene che le donne sieropositive non parlano spesso con i loro medici di salute sessuale e uso dei contraccettivi. I ricercatori della Monash University e del Monash Health di Clayton, Australia, hanno esaminato le cartelle cliniche di donne dai 16 ai 49 anni in cura per l'HIV dal 2010 al 2012 in due ospedali cittadini di Melbourne. Più dell'80% erano sottoposte a terapia antiretrovirale.

I ricercatori, che hanno analizzato le cartelle cliniche di 128 donne sieropositive, hanno evidenziato che meno di un terzo di loro ha parlato di contraccezione con il proprio medico. Lo stato di attività sessuale è stato documentato solo per metà delle donne partecipanti allo studio. Secondo un rapporto all'interno dello studio, pubblicato online sul Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, nel mondo le percentuali di gravidanze non programmate in donne sieropositive si aggirano tra il 50% e l'84%. I dati hanno mostrato che i medici hanno parlato con le donne della loro attività sessuale nel 54% dei casi e della loro situazione sentimentale nel 76%. Circa un terzo delle donne ha parlato dell'uso dei contraccettivi.

Le donne che hanno parlato con i medici dell'attività sessuale hanno mostrato il triplo delle possibilità di usare contraccettivi rispetto alle altre. In questi colloqui non sono state considerate l'età del paziente, la storia della gravidanza e il sesso del medico.

Nel gruppo preso in esame, undici donne stavano considerando l'idea di avere un figlio o stavano cercando attivamente di concepire. La terapia antiretrovirale durante la gravidanza può ridurre a circa il 25 per cento la percentuale di trasmissione del virus dalla madre al figlio. In assenza di trattamento il tasso supera il 25%, secondo i dati dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli USA.

FONTE: *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2015*

Kathryn Doyle

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Nuova pillola contraccettiva: ben tollerata, funziona per tre mesi



07 maggio 2015

Arriva in Italia il primo contraccettivo ormonale in Italia da assumere in continuo per tre mesi per prevenire gravidanze indesiderate. Disponibile in compresse, il farmaco è a base di levonorgestrel, 0,15 mg e di etinilestradiolo, 0,03mg; e compresse a base di solo etinilestradiolo in bassa concentrazione, 0,01 mg.), sbarca in Italia.

Il prodotto è già disponibile negli Stati Uniti - Paese in cui in soli due anni ha guadagnato il 25% del market share.

La nuova pillola è stata presentata questa mattina a Bologna, nella cornice del VII Congresso nazionale della Società Italiana della Contraccezione (SIC). "Il mondo della contraccezione è in continua evoluzione, come testimonia la nascita di prodotti sempre nuovi" ha esordito Gianfranco Scarselli, presidente della SIC "e attraverso questo congresso intendiamo fare il punto non solo sulle novità in tema di maternità consapevole, ma anche, e soprattutto, sulla contraccezione come strumento terapeutico". Ha poi ripreso: "Siamo lieti di ospitare la conferenza stampa che lancerà questa pillola innovativa sul mercato".

Si tratta di un'opzione contraccettiva in "continuo" che contiene 84 compresse a base di levonorgestrel ed etinilestradiolo e 7 compresse a base di solo etinilestradiolo. Queste ultime sono da assumere nei sette giorni di "interruzione" al posto del placebo e consentono alle donne di avere quattro cicli programmati in un anno e di evitare i sintomi da sospensione che possono derivare da una brusca interruzione degli ormoni.

Il prodotto è supportata da studi clinici estensivi[1] e dall'esperienza sul campo. Inoltre la sua percentuale di efficacia contraccettiva è del 99% se assunta correttamente. Resta inteso che, sospesa l'assunzione, la donna può da subito rimanere incinta.

I numeri parlano chiaro: sette donne su 10, una volta informate del fatto che il sanguinamento non è clinicamente rilevante in fase di assunzione di un contraccettivo ormonale, preferiscono avere un minor numero di cicli nel corso di un anno. Non a caso, un'indagine su donne che vivono negli USA, in Brasile e in Germania

ha confermato, poi, che la maggior parte del campione vorrebbe limitare a quattro le mestruazioni in un anno.

“Un prodotto innovativo come questo che, grazie alla modalità di assunzione senza pausa per tre mesi, riduce la mestruazione a un solo sanguinamento trimestrale” fa eco il professor Annibale Volpe, past president della Società scientifica “consente non solo di limitare il dolore associato in taluni casi alla sindrome premestruale, ma anche di determinare un beneficio in termini di anemia da carenza da ferro e una minor limitazione alla vita attiva e sportiva delle donne”.

“Occorre precisare” spiega il professor Angelo Cagnacci, professore associato di Ginecologia e Ostetricia all’Università di Modena “che sebbene molte donne ritengano la mestruazione “rassicurante”, la maggior parte del gentil sesso desidererebbe non avere la mestruazione oppure averla a intervalli più distanziati”.

Prosegue il professor Cagnacci: “Come se non bastasse, il corpo della donna non è abituato ad avere così tanti flussi mestruali: una volta si facevano più figli con conseguenti minori problemi legati al ciclo, quali – solo per citarne alcuni - emicrania ed endometriosi”.

Inoltre, continua il professore “avere il ciclo mestruale non rappresenta un vantaggio reale per la donna, soprattutto quando la mestruazione viene indotta dall’uso della contraccezione ormonale: la pillola mette a riposo le ovaie e la sua sospensione dà semplicemente luogo a una mestruazione “artificiale””. Infine, sottolinea il professor Cagnacci “è stato dimostrato che prolungare l’intervallo tra i flussi mestruali indotti dalla sospensione della contraccezione ormonale non ha effetti negativi sulla salute della donna. Anzi, aiuta a ridurre i disturbi e le patologie che trovano nella comparsa del flusso mestruale un loro meccanismo d’azione”.

“Al di là delle scelte soggettive, che possono più o meno essere legate a esigenze di una vita particolarmente attiva e dinamica” precisa la professoressa Rossella Nappi, professore Associato della Sezione di Clinica Ostetrica & Ginecologica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche dell’Università degli Studi di Pavia “una donna su dieci, mensilmente, non sta affatto bene quando ha la mestruazione: emicrania, dolori addominali, flussi molto abbondanti possono costringerla a rimanere a letto uno o due giorni al mese”. E specifica: “È un impatto molto forte soprattutto sul versante del benessere e della qualità di vita, ma anche sul versante economico e sociale: ci sono donne costrette a perdere giorni di lavoro, a sentirsi meno abili e dunque più stressate e a ricorrere a un consumo esagerato di analgesici e perché no anche di grandi quantità di assorbenti!”.

È anche un buon compromesso per quelle che comunque vogliono mantenere il sanguinamento: il ciclo ogni tre mesi, reso meno doloroso grazie all’assunzione di estrogeni anche nei sette giorni di sospensione, garantisce un ritmo costante e allo stesso tempo influenza positivamente il senso di salute e la vita sociale e di coppia”. “Il farmaco ” conferma Nappi “è il giusto prodotto per questo tipo di donne a cui finalmente potremmo dire che possono mestruare meno volte ed in tutta sicurezza. È anche un buon compromesso per quelle che comunque vogliono mantenere il sanguinamento: il ciclo ogni tre mesi, reso meno doloroso grazie all’assunzione di estrogeni anche nei sette giorni di sospensione, garantisce un ritmo costante e allo stesso tempo influenza positivamente il senso di salute e la vita sociale e di coppia”.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Giovedì 07 MAGGIO 2015

Gravidanza. Lo stress delle mamme incide su salute bambini

Nei bambini fra i quali cui è stata rilevata la presenza di cortisolo nei capelli, i livelli di questo ormone aumentano costantemente con il livello di vulnerabilità psico-sociale delle mamme.

(Reuters Health) – I bambini con mamme maggiormente esposte a stress psico-sociali durante la gravidanza presentano maggiori livelli di cortisolo nei capelli e una salute peggiore. È questa la sintesi di un articolo apparso sulla versione online di Pediatrics lo scorso 4 maggio, a cura del team di ricerca dell'Università di Linköping (Svezia), guidato da Jerker Karlen. I ricercatori hanno analizzato un sottogruppo di bambini, nati dal 1 ottobre 1997 al 1 ottobre 1999, che hanno preso parte allo studio All Babies in Southeast Sweden.

Lo studio ha coinvolto, in totale, 1.876 bambini che vivono a Linköping e Norrköping. Al sottogruppo preso in esame è stato fatto il test del cortisolo all'età di un anno. A ogni mamma corrispondente è stato assegnato un punteggio di vulnerabilità, basato sulla risposta a 11 domande relative ad aspetti psico-sociali. I ricercatori, inoltre, hanno raccolto informazioni relative all'incidenza cumulativa di diagnosi di malattia di bambini con un'età maggiore di 10 anni. Nei 209 bambini cui era stata rilevata la presenza di cortisolo nei capelli, i livelli di questo ormone aumentavano costantemente con il livello di vulnerabilità psico-sociale delle mamme.

“Questa scoperta supporta il modello di disregolazione fisiologica come meccanismo plausibile attraverso il quale durata e numero di esposizioni a stress psico-sociali hanno ripercussioni sulla salute”, hanno affermato i ricercatori.

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

IL CASO

La battaglia
di mamma Vittoria
la Regione paga
l'eterologa in Spagna

MICHELE BOCCI

FORSE non se ne rende conto del tutto e adesso che il bambino così tanto atteso è nato ha ben altro a cui pensare. Eppure Vittoria potrebbe aver aperto una strada. Suo figlio ha un mese ed è venuto al mondo grazie alla fecondazione eterologa, fatta in Spagna ma a spese del sistema sanitario italiano.

A PAGINA 27

La storia

“Il mio bambino all'estero a spese della sanità italiana” La nuova via all'eterologa

Nel nostro Paese, nonostante ora sia permessa, non decolla
Solo cento i trattamenti fatti, così le coppie tornano a
volare altrove, rimborsati grazie a una direttiva europea

Qui le strutture pubbliche si sono mosse in un paio di regioni, nelle altre la situazione è bloccata funziona soltanto il privato

MICHELE BOCCI

FORSE non se ne rende nemmeno conto del tutto e comunque adesso che il bambino tanto atteso è nato ha ben altro a cui pensare. Eppure Vittoria ha aperto una strada. Suo figlio ha un mese ed è venuto al mondo grazie alla fecondazione eterologa, fatta in Spagna ma a spese del sistema sanitario italiano e in particolare dell'Emilia Romagna, la sua Regione. Merito della sentenza della Corte Costituzionale, della sua cocciutaggine, delle nuove regole sulla circolazione dei pazienti in Europa e soprattutto del fatto che in Italia l'eterologa praticamente non è ancora partita. Ma visto che la nostra sa-

nità adesso è obbligata ad assicurarla, le coppie possono chiedere che vengano rimborsati i trattamenti fatti all'estero.

Vittoria c'è riuscita. «Quando nel maggio dell'anno scorso ho chiesto informazioni per fare il trattamento — racconta — mi hanno prospettato mesi di attesa. Ma io non potevo aspettare, avevo quasi quarant'anni. Anche un anno di ritardo avrebbe ridotto le possibilità di successo. Così ho deciso di tornare in Spagna». Vittoria abita con il compagno in Romagna. Cerca un figlio dal 2011, e a causa di una malattia può averlo solo con la l'eterologa. È volata varie volte verso Madrid o Barcellona con la speranza di fare un figlio. «Ho perso il conto dei tentativi e dei soldi che abbiamo speso senza risultato, forse 40 mila euro ma anche di più». Poi nell'aprile del 2014 è arrivata la sentenza della Corte Costituzionale che ha cancellato il di-

vieto alla fecondazione con i gameti di una persona esterna alla coppia. «Finalmente è stato riconosciuto il mio diritto a fare il trattamento in Italia — racconta Vittoria — cosa che per me significava risparmiare e soprattutto non dover affrontare spostamenti stressanti lontano da casa. Ho cercato un posto nella mia regione, due centri pubblici mi hanno detto che ancora non erano pronti, che ci sarebbero voluti dei mesi. Ero nervosa in quei giorni, vedevo che ne-



gli ospedali non si muoveva niente ma contemporaneamente leggevo interviste in cui si parlava di linee guida, protocolli, rapido avvio del servizio. Mi è sembrata una grande ingiustizia. Poi ho parlato con la dottoressa Tiziana Bartolotti del centro di pma Artebios-Cecos di Lugo di Romagna e ci è venuta un'idea: andare in Spagna e chiedere al sistema sanitario emiliano di pagare la prestazione».

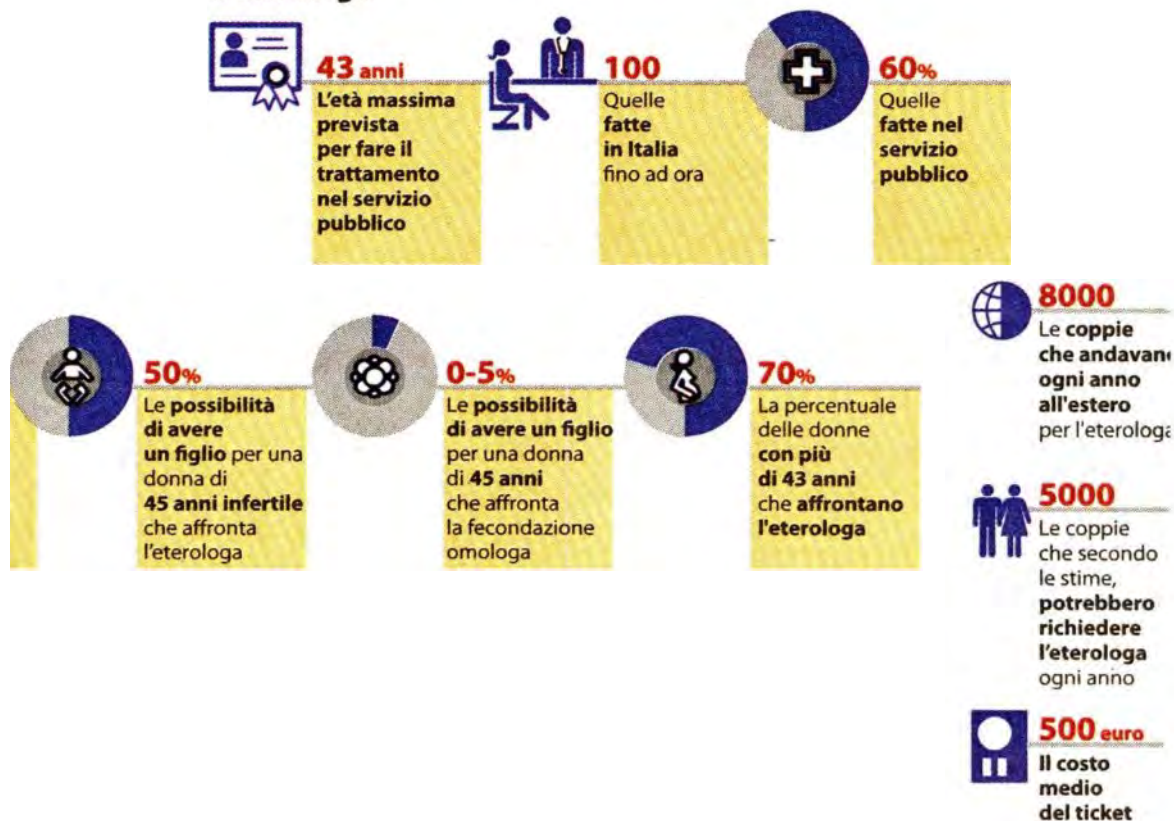
Ormai è in vigore da tempo una direttiva europea che sancisce la libera circolazione dei pazienti. Ci si può spostare per farsi curare a spese della Asl se nel proprio Paese le prestazioni non vengono assicurate o le attese sono troppo lunghe. Sembra scritta apposta per l'eterologa in Italia, che si trova in una situazione disperante. A un anno dalla sentenza sono stati fatti in tutto un centinaio di trattamenti, il pubblico si è mosso so-

lo in due regioni (Toscana ed Emilia) ma senza grandi numeri. Perciò al momento quello che hanno da offrire gli ospedali sono posti in lista d'attesa che non si sa quando saranno smaltite. La situazione non è molto diversa nel privato. E allora le coppie che vanno all'estero possono chiedere, in base all'atto europeo, il rimborso di quanto hanno speso. «A luglio 2014 sono andata in Spagna — dice sempre Vittoria — e subito dopo ho presentato la domanda di rimborso alla Asl. Me l'hanno respinta e con il mio compagno nel giro di due settimane abbiamo fatto un ricorso in autotutela, senza l'aiuto di un avvocato. Abbiamo dimostrato tra l'altro che il centro a cui ci

siamo rivolti rispettava tutte le regole europee, e alla fine è arrivato il via libera. La Asl ci ha restituito circa 4 mila euro, cioè l'80% della spesa. La copertura non è stata totale perché la struttura dove ho fatto l'eterologa è privata». Il trattamento ha funzionato, Vittoria è rimasta incinta e un mese fa il suo bimbo è nato. «Se avessi aspettato i tempi delle strutture italiane forse non avrei mai avuto un figlio. Dopo un anno sarei ancora qui ad aspettare. E invece oggi sono mamma. Riguardo ai soldi, non è importante il rimborso ma il fatto di aver visto riconosciuto un diritto, aver vinto una piccola battaglia». Altri in questi mesi la stanno combattendo e se le Regioni non si muovono con i loro ospedali vedranno aumentare il numero di rimborsi da pagare a chi ha scelto centri esteri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Eterologa





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

Tumore alle ovaie, test del sangue per scoprirlo

Ricerca in Gran Bretagna negli ultimi 14 anni. Individuati precocemente l'86% dei casi



Sottoporsi regolarmente uno specifico esame del sangue può rivelarsi decisivo per una diagnosi precoce dei tumori alle ovaie. Lo evidenzia una ricerca condotta in Gran Bretagna nel corso di 14 anni. Il test ha permesso di individuare precocemente l'86% dei casi di tumore. Qui di l'idea di creare screening di massa. La diagnosi ordinaria è infatti spesso tardiva e con esiti fatali. Lo studio è stato condotto su 46.000 donne nell'arco di 14 anni da parte di ricercatori della University College di Londra e i primi dati - ripresi oggi dai media - sono stati pubblicati sul Journal of Clinical Oncology.

I sintomi di questo tipo di tumore - vi si fa notare - non sono facili da individuare tempestivamente perché sono comuni a molte altre condizioni (dolori addominali, gonfiori, difficoltà nel mangiare) mentre l'esame del sangue può rivelare presto l'incremento dei livelli di una sostanza chimica, denominata CA125, che si associa al cancro alle ovaie. Usha Menon, della University College, stempera tuttavia l'ottimismo: «È una buona indicazione - dice alla Bbc - ma è ancora da vedere se ci permetterà di arrivare a diagnosi abbastanza tempestive» per salvare un numero rilevante di vite. I dati sui livelli di mortalità registrati tra le pazienti sottoposte alla ricerca sono infatti ancora in elaborazione e sono attesi per l'autunno. Nel Regno Unito, finora, il tumore alle ovaie colpisce circa 7100 donne all'anno con 4200 esiti mortali annui

La giornata dell'azalea

Anche quest'anno la Festa della mamma, il 10 maggio, coincide con la Giornata dell'azalea dell'**Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc)**: 20 mila volontari in 3.600 piazze offriranno 600 mila azalee al prezzo di 15 euro, per sostenere oltre cento progetti sui tumori femminili. Informazioni: su www.airc.it o tel. 840-001001.



RICERCA DELL'ISTITUTO MARIO NEGRI SUL CANCRO OVARICO FINANZIATA DALL'**AIRC**

PER BATTERE IL TUMORE, UN AVATAR PER OGNI DONNA

di **Agnese Codignola**

Riprodurre, in laboratorio, le molte varietà resistenti di tumore ovarico fino ad avere tanti «avatar» di singole malate, ciascuno con le sue particolarità genetiche e morfologiche e con la propria sensibilità ai diversi farmaci già esistenti, e a quelli in studio al momento. Questo l'obiettivo di uno studio, i cui risultati sono stati pubblicati su *Cancer Research*, coordinato da due ricercatrici dell'Istituto Mario Negri di Milano – Raffaella Gia-

vazzi, responsabile del Laboratorio di biologia delle metastasi, e Giovanna Damia, capo dell'Unità di riparazione del Dna – interamente sostenuto da Airc grazie anche ai fondi derivanti dalla Giornata dell'azalea.

Spiega Raffaella Giavazzi: «Il cancro all'ovaio è una malattia molto complessa, con differenze anche significative da donna a donna, e richiede quindi trattamenti diversi. Facendo crescere in vivo (*nei topi, ndr*) le cellule di una trentina di malate, siamo riusciti a descri-

vere nel dettaglio numerose di queste peculiarità, e a fornire un quadro più preciso dei molti volti della malattia».

Far sviluppare un tumore umano al di fuori della sua sede naturale è un'operazione complessa, oggi resa però più semplice rispetto a qualche anno fa dalle tecnologie, e molto utile. Ancora Giavazzi: «Pur con tutti i limiti di questo tipo di tecniche, e con le differenze tra modello animale e donna, si possono ottenere risultati importanti, sia a livello di informazioni, per rico-



struire nel dettaglio la natura di un certo tumore, sia per quanto riguarda la sensibilità a un farmaco di un certo paziente o di una certa categoria di pazienti».

Questi dati possono essere decisivi sia per programmare una cura più personalizzata, dando un certo farmaco solo a chi ha reali probabilità di rispondere, sia per capire, in caso di metastasi, a che cosa un certo tumore di una certa donna potrebbe risultare sensibile o, ancora, per verificare l'efficacia di farmaci ancora in studio.

Di terapia personalizzata si parla spesso, ma solo avendo avatar reali è possibile trasformare questo slogan in una realtà curativa per molte donne, soprattutto in tumori complessi come quelli ovarici. ■

Brachiterapia migliora la sopravvivenza nel ca prostatico



07 maggio 2015

Un nuovo studio presentato a Barcellona in occasione del Congresso dell'European Society for Radiotherapy & Oncology (ESTRO) mostra che dosi ridotte di brachiterapia possono migliorare la sopravvivenza dei pazienti con tumore della prostata rispetto alla radioterapia a fasci esterni a dosi scalari. Lo studio è il primo a comparare le due metodiche nel trattamento del carcinoma prostatico.

La brachiterapia è una forma di radioterapia interna che utilizza 40-100 "semi" di un materiale radioattivo inseriti attraverso degli aghi sottili nella prostata. Successivamente gli aghi vengono rimossi e i "semi" vengono lasciati nella prostata per settimane o mesi. Durante questo periodo, il materiale radioattivo emette una dose ridotta di radiazioni che colpiscono i tessuti circostanti, limitando i danni ai tessuti sani attorno alla prostata. La radioterapia a fasci esterni, invece, indirizza fasci di radiazioni sulla ghiandola prostatica dall'esterno del corpo.

Per lo studio, i ricercatori hanno arruolato 398 uomini con tumore della prostata localizzato ritenuti dagli esperti ad alto rischio di fallimento della terapia.

Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a terapia di deprivazione androgenica per un periodo di 8 mesi. Alla fine di questo trattamento, gli uomini arruolati sono stati sottoposti a radioterapia a fasci esterni indirizzata alla prostata e ai linfonodi regionali con una dose di radiazioni pari a 46 Gy. I partecipanti sono stati randomizzati in seguito a ricevere la brachiterapia o ancora la radioterapia a fasci esterni ma con una dose aggiuntiva di 32 Gy rispetto al ciclo iniziale.

Confrontando la sopravvivenza dei due gruppi a 5 anni dalla fine del trattamento, gli esperti hanno osservato che gli uomini trattati con la brachiterapia avevano una probabilità superiore di più del doppio di essere liberi dalla malattia, rispetto a quelli trattati con la radioterapia a fasci esterni.

Anche se i risultati hanno mostrato un aumento della sopravvivenza con la brachiterapia, il trattamento è risultato associato ad alcuni eventi avversi.

Ad esempio, l'incidenza di effetti collaterali severi a livello urinario era tre volte più elevata con la brachiterapia, rispetto alla radioterapia a fasci esterni. In particolare, la prevalenza a lungo termine della tossicità severa a

livello urinario era dell'8% con la brachiterapia e del 2% con la radioterapia”.

Comunque, spiegano gli autori, la maggior parte degli eventi avversi osservati nel gruppo sottoposto a brachiterapia era temporanea e reversibile.

I ricercatori hanno poi sottolineato, pensando al rapporto costo-beneficio della procedura, che la brachiterapia è una metodica complessa che richiede esperienza e un training adeguato per avere risultati ottimali.

Commentando i risultati il Prof. Phillip Poortmans, presidente di ESTRO ha affermato che “questi risultati illustrano molto chiaramente come la combinazione di più opzioni di trattamento può portare a migliori risultati. La brachiterapia è una tipologia efficace e sicura di radioterapia, che può essere applicata in campi differenti con risultati ottimali quando combinata ad altre metodiche, in questo caso la terapia di deprivazione androgenica e la radioterapia a fasci esterni”.

[[chiudi questa finestra](#)]

Cancro del polmone ALK+, approvazione europea per ceritinib



08 maggio 2015

La Commissione Europea ha approvato il nuovo anticancro ceritinib per la terapia del cancro al polmone non a piccole cellule ALK positivo. Sviluppato da Novartis, sarà messo in commercio con il marchio Zykadia. Il farmaco potrà essere impiegato nei pazienti in fase metastatica che non hanno risposto al crizotinib (l'anti ALK di Pfizer, già disponibile in terapia).

Il carcinoma polmonare non a piccole cellule è il tipo di cancro ai polmoni più comune, responsabile dell'85-90% di tutti i casi, con il 2-7% di questi pazienti che presenta il riarrangiamento del gene ALK, che aumenta la crescita delle cellule tumorali.

Ceritinib è un inibitore della tirosin-chinasi dell'ALK (anaplastic lymphoma kinase), che blocca le proteine che promuovono lo sviluppo di cellule cancerose.

Il gene ALK dà origine a una proteina di fusione, chiamata EML4-ALK, che stimola la crescita tumorale. La traslocazione EML4-ALK è rara, essendo presente solo nel 2-7% dei tumori polmonari non-piccole cellule, ed è più frequente in pazienti non fumatori o che non hanno fumato poco, e nei pazienti con adenocarcinoma. Il loro tumore non contiene mutazioni del gene per il recettore del fattore di crescita epidermoidale (EGFR) o del gene K-Ras (che sono invece trattabili con altri farmaci biologici mirati).

Analogamente a crizotinib (Pfizer), ceritinib compete con l'ATP (o adenosintrifosfato, una micro-molecola in grado di attivare i processi biochimici che richiedono energia) per l'ALK e, sostituendosi all'ATP, ne impedisce il funzionamento.

L'approvazione preliminare dell'Ema deriva dai dati di uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* in cui la molecola sperimentale LDK378 (ceritinib) ha dimostrato un tasso di risposta globale (ORR [overall response rate] del 58%, inclusa la risposta completa [CR] e la risposta parziale [PR]) e una sopravvivenza mediana libera da progressione (PFS [progression-free survival]) di sette mesi in pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK+) in stadio avanzato che avevano ricevuto un dosaggio di LDK378 di 400 mg, o più, al giorno.

Attualmente esistono opzioni terapeutiche limitate per i pazienti con NSCLC ALK+, che tendono a essere non

fumatori e più giovani rispetto ai pazienti con NSCLC che non sono ALK+.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Giovedì 07 MAGGIO 2015

Tumori rari. Iart: "Più del 50% dei pazienti costretti a curarsi fuori regione. Sono 160mila ogni anno"

Fernando Cirillo, presidente Iart, spiega: "Le migrazioni sanitarie generano una spesa stimata in 400 milioni. Sono troppe le prestazioni improprie e con costi elevati. La nostra 'scuola' insegna ai clinici come riconoscere e affrontare al meglio queste neoplasie". Ogni dodici mesi in Italia si registrano 70mila nuove diagnosi.

Più del 50% dei pazienti colpiti da tumori rari è costretto a migrare e a curarsi fuori Regione. Si tratta di circa 160.000 persone ogni anno, che si muovono alla ricerca di centri con maggiore esperienza e con le tecnologie più avanzate. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è stimato in 400 milioni di euro. Il dato emerge dal 1° Congresso Nazionale Iart (Italian Association Rare Tumors) in corso a Cremona fino a domani.

"I costi reali per la gestione complessiva di queste patologie non sono noti – spiega **Fernando Cirillo**, presidente Iart e chirurgo oncologo agli Istituti Ospitalieri di Cremona -. Molte prestazioni improprie hanno costi spesso elevati, senza considerare la dilatazione dei tempi necessari per raggiungere una diagnosi certa e una terapia dedicata. Questi percorsi diagnostici e terapeutici inadeguati possono incidere sfavorevolmente sulla prognosi e sull'equilibrio psicologico del paziente, con una moltiplicazione di ulteriori spese per la riabilitazione non solo fisica". Ogni anno vengono diagnosticati in Italia oltre 70.000 tumori rari, circa il 20% di tutte le neoplasie. I più frequenti sono i sarcomi dei tessuti molli (circa 3000 nuovi casi ogni anno), i tumori neuroendocrini (con circa 5 casi su 100.000 abitanti per anno) e i Gist (tumori stromali gastrointestinali, con circa 2 casi su 100.000 abitanti per anno).

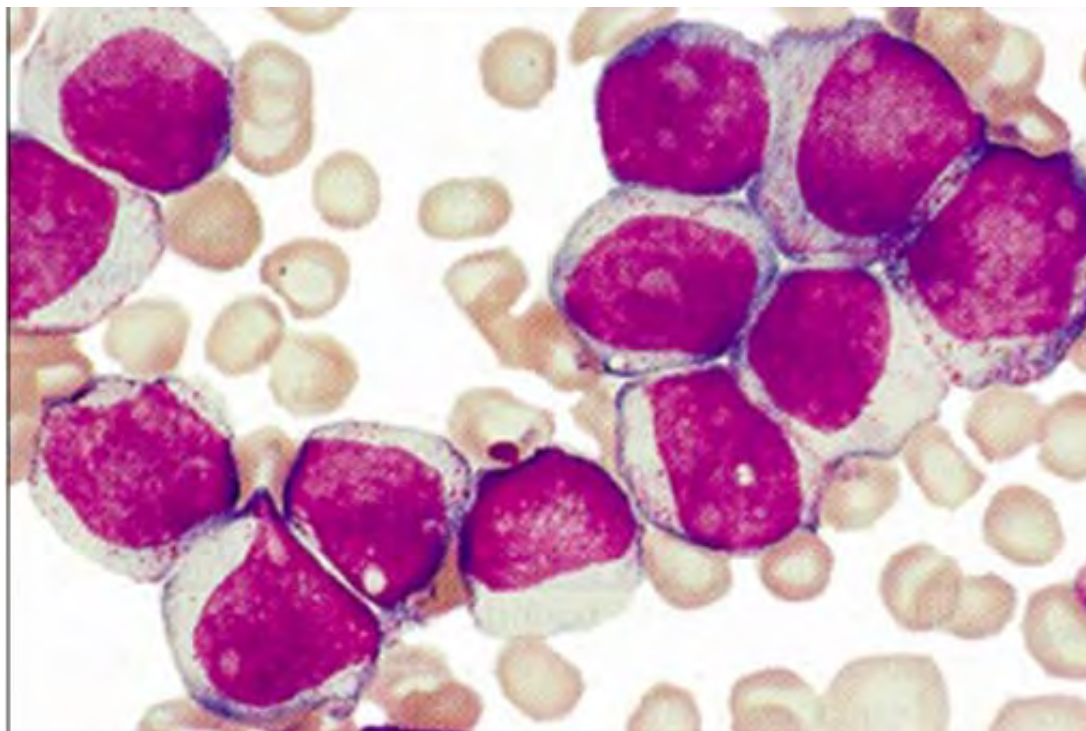
"La diagnosi di queste neoplasie - sottolinea Cirillo - nasce spesso dall'ascolto del paziente, che aiuta a capire come in racconti frammentari si nasconda un tumore raro. Il clinico può sviluppare queste capacità solo grazie all'esperienza. Il passaggio successivo appartiene alla tecnologia. Dal punto di vista delle attrezzature, in Italia alcune Regioni meglio organizzate sono in grado di garantire ai cittadini servizi all'avanguardia. Alti livelli di assistenza attraggono pazienti anche da molto lontano: è la cosiddetta migrazione sanitaria, che implica costi elevati, legati non solo ai farmaci". In base al tipo di tumore, i trattamenti vanno dalla chemioterapia e radioterapia alla chirurgia fino alle terapie target con farmaci biologici. Va inoltre considerato che il malato oncologico non viaggia mai da solo. "Chi lo accompagna - continua Cirillo - deve sostenere costi che non vengono rimborsati dal Servizio Sanitario. Se si sommano queste voci, risulta in modo chiaro che la spesa sanitaria non è limitata ai farmaci e alle altre terapie. Senza considerare l'ansia e le aspettative di chi si mette in viaggio con una speranza in tasca, per raggiungere un posto che non è sempre dietro l'angolo". Va poi affrontata la questione dell'accessibilità alle terapie perché lo stesso farmaco può essere più costoso quando sia off-label, cioè non rientri nelle indicazioni Aifa.

Nel Congresso Iart, oltre agli aspetti legati alla gestione dei principali tumori rari (peritoneo, pleura, timo e Gist), verrà affrontato anche il ruolo della "nutrizione" in questo tipo di patologie. Iart è la prima Associazione italiana che ha come interesse i tumori rari solidi nell'adulto e come obiettivo principale la didattica, la formazione scientifica e l'aggiornamento. Le motivazioni di questa scelta nascono dall'esperienza comune di chi si occupa di queste patologie. "Siamo spesso di fronte a pazienti -

afferma Cirillo - che hanno attraversato tutta la Penisola alla ricerca di risposte legate alla loro salute, situazioni in cui esperienza, approccio alla malattia e tempistica diventano valori inestimabili per la qualità di vita del paziente. Anche le Università hanno per molti versi accantonato la didattica dedicata a questi tumori. È essenziale fare cultura, aggiornare e trasferire informazioni. L'obiettivo è quello di educare a capire cosa sono e come si gestiscono i tumori rari solidi nell'adulto. Un impegno importante in un settore delicato, nella convinzione che solo con la passione e la collaborazione di tutti si possano raggiungere obiettivi ambiziosi. Iart è sostanzialmente una 'Scuola' per formare il medico in un ambito delicato, quello dei tumori di nicchia, grazie al contributo di numerosi esperti di livello internazionale".

Iart, con questo progetto ambizioso, vuole stabilire un link con le Istituzioni. "Suggerimenti di ordine politico e pratico che hanno lo scopo di implementare l'interesse, l'informazione e la ricerca in un settore ancora escluso dai canali consueti che vedono ai primi posti le neoplasie a maggiore incidenza – conclude Cirillo -. Negli ultimi anni si è sviluppato un crescente interesse per i tumori rari, ma questa condizione è stata stimolata dalla produzione e dalla vendita di nuove molecole, infatti alcune sono utilizzate anche nella terapia di tumori più frequenti. Questo significa che la ricerca per i tumori rari è finalmente uscita da una sofferta, storica nicchia elitaria e oggi offre il suo contributo per portare vantaggio a tutti i pazienti". L'Associazione (www.iart.academy) ha scelto di essere del tutto indipendente da qualsiasi ente e istituto di cura.

Venetoclax ottiene da Fda designazione di “terapia fortemente innovativa” per la leucemia linfatica cronica



07 maggio 2015

L'Fda ha concesso la designazione di terapia fortemente innovativa (Breakthrough Therapy) all'inibitore della proteina antiapoptotica BCL-2 venetoclax per il trattamento di pazienti con leucemia linfatica cronica recidivante o refrattaria e con delezione del cromosoma 17.

La designazione di Terapia Fortemente Innovativa (Breakthrough Therapy) è stata introdotta dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense nel 2012 per quei farmaci che “trattano patologie gravi o potenzialmente letali, i cui risultati clinici preliminari indicano un potenziale miglioramento sostanziale su uno o più endpoint clinicamente significativi rispetto alle terapie disponibili” e implica, tra l'altro, una procedura accelerata per l'approvazione del farmaco.

“Le persone con leucemia linfatica cronica e con delezione 17p hanno generalmente una prognosi sfavorevole e non rispondono alle terapie attualmente disponibili”, spiega Sandra Horning, chief medical officer di Roche.

La delezione 17p è stata identificata nel 3-10% dei casi di leucemia linfatica cronica non trattati precedentemente e approssimativamente nel 30-50% dei pazienti con la malattia nella forma refrattaria o recidivante.

Venetoclax, sviluppato da AbbVie in collaborazione con Roche, è un inibitore selettivo, attivo per via orale e in monosomministrazione giornaliera di BCL-2. Il farmaco è attualmente in fase II e III per la terapia della leucemia linfatica cronica e della leucemia mieloide acuta e in fase I per il trattamento di altri tumori ematologici.

[[chiudi questa finestra](#)]

Creatai tumori in laboratorio, si apre una nuova strada per cure su misura

Lavorando su delle colture in 3D di cellule malate, i ricercatori sono stati in grado di riprodurre organoidi con caratteristiche tipiche del tumore originale: con questa scoperta sarà possibile studiare in laboratorio l'evoluzione della malattia per averne un identikit accurato e sperimentare nuovi farmaci



Per la prima volta sono stati creati dei tumori in laboratorio, si apre così la strada a cure su misura. Il risultato, descritto sulla rivista *Cell*, è stato ottenuto dai ricercatori guidati da Mathew Garnett, del Wellcome Trust Sanger Institute di Cambridge: lavorando su colture in 3D di cellule malate derivate dal tumore di alcuni pazienti, hanno ricavato degli abbozzi di organi o 'organoidi' capaci di replicare le caratteristiche del tumore originale. Con questi organoidi – strutture tridimensionali simili agli organi – si può quindi osservare in diretta l'evoluzione della malattia ottenendone l'identikit e sperimentare nuovi farmaci in cure su misura per ogni paziente. Finora per studiare le cause del cancro e sviluppare nuove terapie si sono usati modelli sperimentali, come cellule cresciute dai tumori dei pazienti, che però non riflettono caratteristiche importanti dei tumori. Negli ultimi anni un approccio alternativo è stato lo sviluppo di colture cellulari di organoidi per far crescere in laboratorio tessuti normali e malati. Gli organoidi mostrano le caratteristiche del tessuto originale in 3D, i tipi di cellule presenti e le loro proprietà di auto-rinnovamento. In questo studio i ricercatori hanno fatto crescere 22 organoidi derivati dal tessuto tumorale di 20 pazienti con cancro coloretale, per poi sequenziare il dna isolato dai loro geni. Hanno così visto che le mutazioni genetiche di questi organoidi corrispondevano a quelle rilevate dalle biopsie dei tumori e le analisi fatte su larga scala delle mutazioni di quel tumore. Poi, per valutare la risposta del farmaco ai cambiamenti genetici, hanno monitorato la reazione degli organoidi a 83 farmaci anticancro. In questo modo hanno identificato associazioni tra specifiche mutazioni e resistenze ad alcuni farmaci, alcune già note e altre nuove. Il prossimo passo ora sarà sviluppare organoidi da altri tipi di tumori.

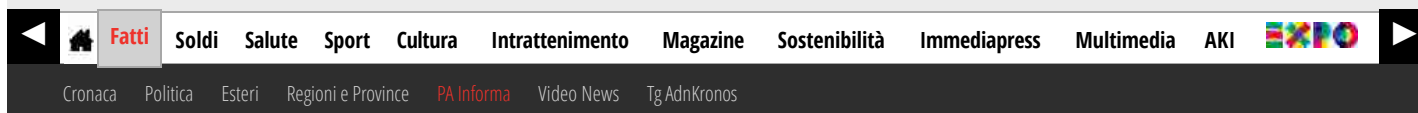
114956 260395 1608

sfoglia le notizie

ACCEDI ▼ REGISTRATI



SEGUI IL TUO OROSCOPO



Fatti . PA Informa . Economia, affari e finanza . **Infezioni e antibiotico-resistenza: nuovi terreni di ricerca e strumenti per la prevenzione e il controllo**

ECONOMIA, AFFARI E FINANZA

33 % 33 % 33 %

Fonte: aifa

Infezioni e antibiotico-resistenza: nuovi terreni di ricerca e strumenti per la prevenzione e il controllo

Annunci Google

Implantologia Dentale

Più di 31.000 Casi di Successo! Nuova tecnica Senza Bisturi.
www.giovannibona.com

Pannelli Solari - Prezzi

Oggi costano oltre il 70% in meno. Scopri perchè!
preventivi.it

Il Mac Può Girare Windows

Windows+Yosemite=Facile. Funzioni di Mac su Windows. Scarica!
parallels.com/Windows-su-Mac

Mi piace Condividi 0

Articolo pubblicato il: 08/05/2015

La battaglia globale contro le infezioni da batteri resistenti agli antibiotici richiede strategie comuni e iniziative integrate che mirino non solo a correggere i comportamenti impropri nell'utilizzo degli antibiotici (vedi la Campagna AIFA 2014 sul corretto uso degli antibiotici "Senza regole gli Antibiotici non funzionano"), ma anche a prevenire e ridurre l'incidenza delle infezioni evitabili, come molte di quelle correlate all'assistenza (in Europa, ogni anno, si ammala per infezioni correlate all'assistenza sanitaria tra l'8 e il 10% dei pazienti ricoverati in ospedale 1), e a sviluppare e rendere disponibili terapie innovative e sempre più personalizzate. Sul fronte della ricerca, si stanno affacciando nuovi approcci focalizzati al contrasto dei batteri più resistenti, che comprendono prodotti di sintesi chimica o naturali diretti a specifici meccanismi di resistenza. Nel recente congresso annuale dell' European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), che si è svolto a Copenhagen, è emerso che un terreno comune di interesse per le aziende interessate allo sviluppo di farmaci in grado di vincere la resistenza microbica sembra essere quello degli antibiotici a spettro molto ristretto e per specifici patogeni, in quanto si ritiene promettente sfruttare le differenze specifiche nella fisiologia e nei meccanismi di virulenza per lo sviluppo di trattamenti sempre più personalizzati. Sul fronte della prevenzione e del controllo delle infezioni, in particolare nell'ambito delle infezioni correlate all'assistenza, il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (ECDC), che di recente ha fornito un quadro aggiornato del fenomeno per l'Europa con la pubblicazione dell' Annual epidemiological report - Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections (2014), ha elaborato nuovi protocolli per la sorveglianza. La Rete europea di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza (Healthcare-associated Infections Surveillance Network, Hai-Net),

Cerca in PA



La regola #1 per una pancia piatta
Perdi 2 kg al giorno con questa strana ed antica regola
[Leggi l'articolo](#)

Video



Nuovo corso per Borsalino, arriva un 'cavaliere bianco' per salvare la maison



Novità al cinema, arrivano 'Doraemon' e 'The Gunman' Sean Penn



Un giorno da cane randagio a Bombay

coordinata dall'ECDC, ha appena pubblicato il suo primo Protocollo per la sorveglianza delle infezioni da Clostridium difficile (CDI) in Europa, che è stato sperimentato in 14 Paesi europei nel 2013 (progetto ECDIS-Net). Il protocollo prevede tre opzioni: un'opzione di sorveglianza "minima" per la raccolta di dati aggregati di numeratore e denominatore a livello di struttura ospedaliera; un'opzione di sorveglianza "light" per la raccolta di dati addizionali basati sui casi di CDI nelle strutture ospedaliere; un'opzione di sorveglianza "potenziata" per la raccolta di alcune caratteristiche addizionali di dati basati su singoli casi e di dati microbiologici dettagliati (test di tipizzazione e di suscettibilità) su un massimo di 10 pazienti per periodo di sorveglianza. Gli obiettivi della sorveglianza sono: stimare l'incidenza e valutare gli oneri delle CDI nelle strutture ospedaliere per acuti in Europa; fornire alle strutture che partecipano uno strumento standardizzato per misurare e confrontare i propri tassi di incidenza con quelli osservati nelle altre strutture partecipanti; valutare gli effetti avversi delle CDI incluso la morte; descrivere l'epidemiologia del Clostridium difficile a livello locale, nazionale ed europeo, in termini di fattori quali la suscettibilità agli antibiotici, il ribotipo PCR, la presenza delle tossine A, B e binaria del Clostridium difficile, la morbidità e la mortalità dell'infezione e la presenza di tipi nuovi/emergenti. Il protocollo prescrive la metodologia e fornisce gli strumenti di raccolta dei dati richiesti per raggiungere gli obiettivi della sorveglianza. Da maggio a settembre 2015 si svolgerà inoltre uno studio pilota del nuovo protocollo per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e degli indicatori di prevenzione (ad esempio il consumo di prodotti per le mani a base di alcol). Intanto l'FDA ha aperto alla consultazione pubblica una proposta di regolamento per affrontare il problema della carenza di dati di alcuni principi attivi contenuti negli antisettici utilizzati negli ambienti sanitari con l'obiettivo di raccogliere dati addizionali a lungo termine (sicurezza ed efficacia, potenziali effetti ormonali e sviluppo di resistenza batterica) dell'esposizione giornaliera ripetuta di questi prodotti in popolazioni particolari, tra cui il personale sanitario femminile in gravidanza o in allattamento, per le quali l'assorbimento topico dei principi attivi può essere importante. ----- 1. Dati tratti dal portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità

Comunicato stampa



ARTICOLI CORRELATI:

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/infezioni-e-antibiotico-resistenza-nuovi-terreni-di-ricerca-e-strumenti-la-prevenzione-e-il->

TAG: pubblica amministrazione, ministeri, enti pubblici, stato

Potrebbe interessarti



Niente sciopero per Agnese Renzi: la first



Pappano, Harteros e Kaufmann portano in



Consulta: "Governo può cambiare legge



Piccinini (Inca): serve informazione su



In Evidenza



Arriva la notizia seriale, scarica la nuova App Adnkronos



Mutui casa riprendono quota in Italia, per UniCredit +70% in marzo



Internazionali BNL d'Italia



A Expo in Città la parola agli esperti su 'Alimentazione, stile di vita e malattie onco-ematologiche'



Tuttofood, alla Fiera di Milano il Salone Agroalimentare



Il ruolo della donna tema conferenza internazionale a Valencia



Ambiente, nel 2014 raccolti settemila tonnellate di olio lubrificante in Sicilia



Expo, al Palazzo Reale di Milano in mostra gli arazzi di Pontorno e Bronzino

Giovedì 07 MAGGIO 2015

Diabete. A contatto con il glucosio, le cellule cambiano "espressione genica"

Questa scoperta potrà aprire nuove strade volte all'individuazione di strategie molecolari per la prevenzione e la cura del diabete.

Un nuovo studio, condotto in vitro su cellule della cute di gemelli omozigoti, di cui solo uno affetto da diabete di tipo I (T1D), ha stabilito che - quando messe in coltura a contatto con alte concentrazioni di glucosio - queste cellule cambiano la loro espressione genica. "Come se conservassero la loro memoria metabolica anche al di fuori dell'organismo", afferma **M.L. Caramori**, dell'Università del Minnesota (USA) e autrice dello studio pubblicato sul Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.

Il team di ricerca ha studiato i fibroblasti cutanei estratti da nove coppie di gemelli omozigoti di cui uno con diabete e l'altro sano, di età compresa tra 13 e 52 anni. Sono stati selezionati i soggetti con emoglobina glicosilata almeno al 7,2% e con diabete di tipo I da 4 anni. Le cellule sono state messe in coltura a normali concentrazioni di glucosio (NG - normal glucose 5,5 mmol/L) e ad alte concentrazioni di glucosio (HG - high glucose 25 mm/L).

Nei gemelli con diabete di tipo I, ben 3308 geni erano espressi diversamente nelle cellule in coltura ad alte e basse concentrazioni di glucosio, contro 889 nei gemelli non diabetici. In particolare, nelle cellule dei soggetti diabetici tenute in coltura ad alte concentrazioni di glucosio, risultano aumentati i livelli di espressione di geni coinvolti in 7 pathway fondamentali per la cellula: replicazione del DNA, ciclo cellulare, ricombinazione omologa, proteosoma, riparazione omologa per escissione di base, metabolismo della pirimidina e spliceosoma.

Sempre nei soggetti diabetici, i geni coinvolti nella fosforilazione ossidativa sono espressi a livelli più bassi nelle cellule in coltura ad alte concentrazioni di glucosio rispetto alle basse. Questa è una prova, secondo i ricercatori, dell'influenza dell'iperglicemia sui processi cellulari. I dati indicano che una prima esposizione in vivo all'iperglicemia è in grado di alterare epigeneticamente l'espressione di alcuni geni.

Questo risultato, afferma la dott.ssa Caramori, potrà aprire nuove strade volte all'individuazione di strategie molecolari per la prevenzione e la cura del diabete.

David Douglas

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

PARLA IL MINISTRO



Ministero della Salute

I falsi miti sulla salute
danneggiano
tutto il sistema
Le evidenze scientifiche
sono l'unica bussola



“Alla salute ci penserò domani”, “con la sanità che ci ritroviamo è meglio non ammalarsi”, “i vaccini fanno bene solo a chi li produce”, “un antibiotico al giorno leva il medico di turno”, “gli immigrati portano le malattie”, “non si spendono soldi per la ricerca e i cervelli migliori scappano all'estero”, “i farmaci generici sono una bufala”, “la stessa siringa costa diversamente al Nord e al Sud”. Questi sono solo alcuni dei falsi miti o leggende metropolitane che riguardano la sanità italiana di cui spesso sento parlare anche nelle trasmissioni televisive e sui giornali.

“La sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze” è stato un evento che sono veramente contenta di aver realizzato perché sfatare i falsi miti in sanità è un passo in più per la tutela della salute delle persone. Le false informazioni creano disinformazione ed equivoci che in un ambito come quello della salute possono avere un impatto devastante.

Sono molto soddisfatta del grande interesse che ha suscitato questa iniziativa, pensate che la diretta streaming dell'evento, voluta per dare modo a tutti di seguire i lavori, è stata vista da più di 12 mila contatti. L'obiettivo dell'evento era quello di riportare all'attenzione di tutti l'importanza dell'evidenza scientifica, della cultura della scienza, perché siamo in un Paese a rischio di “analfabetizzazione scientifica” nel quale il surplus di infor-

mazioni e di notizie che riceviamo da fonti non accreditate, come ad esempio i social media, vengono scambiate per informazioni di valenza scientifica. È evidente la necessità di sgombrare dal tavolo i falsi miti, i falsi problemi, le informazioni non veritiere perché non basate sull'evidenza scientifica. È questo abbiamo voluto fare. L'8 aprile dell'anno scorso avevamo organizzato un'altra importante manifestazione, gli “Stati Generali della salute”, nel corso della quale è stato tracciato l'impegno assunto nel settore sanità focalizzando l'attenzione su tre elementi: programmazione, prevenzione, innovazione. A un anno di distanza molte cose sono state realizzate, e altre sono in corso d'opera. Ma se il 2014 è stato anno della programmazione, il 2015 deve essere l'anno dell'implementazione. La mia idea è quella di dare un impulso all'agenda e arrivare alla fine del 2017 con la riforma sanitaria a regime sui nostri territori, perché non basta aver approvato il Patto della Salute. Adesso dobbiamo attuarlo, portarlo nelle case dei cittadini e renderlo concreto. Dobbiamo realizzare la sanità che vogliamo.

Il Servizio sanitario italiano è stato considerato per decenni il migliore al mondo e ancora oggi è considerato tra i primi tre. Non dobbiamo adagiarsi su questo risultato ma dobbiamo invece capire perché non siamo più il numero uno, non retrocedere al numero quattro e cercare di tornare ad essere i migliori al mondo. Questa sfida può essere vinta con grande investimento non solo economico ma anche di capacità, di operosità e con coraggio.

Beatrice Lorenzin

Giovedì 07 MAGGIO 2015

Sciopero medici. I sindacati che dicono "no" si compattano: "Rivedere la Legge Balduzzi"

Cisl Medici, Cgil Fp Medici, Intesa sindacale, Simet, Smi, Snami, Sumai Medicina Generale, Uil Fpl si sono riuniti oggi e hanno annunciato che ritengono "inopportuno" lo sciopero della Fimmg e che "metteranno in atto tutti i mezzi per informare e sensibilizzare i cittadini e la politica per rivedere la legge Balduzzi, nell'ottica di garantire investimenti 'reali' sul territorio, riconoscendo la professionalità di tutti i medici"

Incontro oggi a Roma tra tutte le componenti sindacali minoritarie della medicina generale che bocciano lo sciopero proclamato da Fimmg e chiedono a gran voce la revisione della Legge Balduzzi e investimenti. **Cisl Medici, Cgil Fp Medici, Intesa sindacale, Simet, Smi, Snami, Sumai Medicina Generale, Uil Fpl** in una nota "ritengono quantomeno inopportuno uno sciopero che ha lo scopo vano di accelerare l'applicazione della legge 189/12, che a quasi 3 anni dalla pubblicazione ha dimostrato tutti i suoi limiti e velleità".

"Non possiamo accettare – prosegue il comunicato - un accordo, non solo in perdita economica per la Medicina Generale, ma che sancirebbe la fine della Medicina Generale intesa come rapporto di fiducia fra il cittadino e il suo medico di famiglia, a favore di un rapporto cittadino - struttura, e con impropri condizionamenti dell'autonomia professionale".

I Sindacati annunciano infine "che metteranno in atto tutti i mezzi per informare e sensibilizzare i cittadini e la politica per rivedere la legge Balduzzi, nell'ottica di garantire investimenti 'reali' sul territorio, riconoscendo la professionalità di tutti i medici, ed assicurare un SSN che garantisca una 'vera omogeneità' su tutto il territorio nazionale, a tutela dei cittadini, a difesa di un SSN pubblico, equo, accessibile ed universale".

<http://salute24.ilsole24ore.com/>

E-health, un manifesto per la sfida digitale del Ssn



Dal confronto tra società pubbliche di Ict di Regioni e Province Autonome e i più importanti player italiani di settore è nata una proposta di azione congiunta per favorire un Servizio sanitario nazionale versione “3.0”.

Per questo oggi, Assinter Italia insieme a Gruppo Engineering, Dedalus s.p.a., Santer Reply s.p.a., Consorzio Health Innovation Hub, Data Management s.p.a, Exprivia s.p.a. e il Gruppo NoemaLife, che ha aderito pubblicamente nella stessa occasione, si sono riuniti a Roma per presentare un manifesto aperto a tutti gli operatori interessati, al Governo e ai ministeri competenti. «La sanità digitale vale 110 milioni di euro all’anno; se non si garantirà un adeguato passaggio al digitale non solo si rischia che non vengano raggiunti gli obiettivi stabiliti nella strategia crescita varata dal Governo, ma anche di veder compromesso il nostro buon welfare sanitario», spiega la presidente di Assinter, **Clara Fresca Fantoni**: «Come società Ict in house di Regioni e Province Autonome la nostra azione è complementare a quella delle Regioni. Dal tavolo di oggi può nascere una spinta capace di dare un nuovo impulso allo sviluppo della Sanità digitale, mettendo al centro il cittadino, un nuovo ruolo per le società pubbliche e la valorizzazione del mercato. Oggi, tutti noi, testimoniamo la nostra volontà insieme alle aziende leader di settore. Come tale, questa iniziativa», conclude la presidente, «è pensata per essere aperta a tutte le aziende e i soggetti interessati allo sviluppo del Paese».

Dario Buttitta, direttore generale pubblica amministrazione e sanità del Gruppo Engineering, riprendendo il tema del pubblico che progetta con il mercato: «Questo programma è un laboratorio innovativo che coniuga l'eccellenza delle imprese private italiane con la PA, con l'obiettivo di superare il vecchio paradigma di informatizzare la sanità ponendo invece il cittadino al centro del processo. È una sfida che deve partire in Italia, per portare le nostre idee e progettualità anche all'estero: per Gruppo Engineering è un impegno e un privilegio raccogliarla e cooperare con le altre aziende per vincerla».

Antonio Ingroia, responsabile del gruppo di lavoro pubblico-privato di Assinter Italia, ha definito :«il lavoro presentato come frontiera di innovazione, l'inizio di un percorso concreto. La pubblica

amministrazione può e deve collaborare con il privato: servono flessibilità e semplificazione, nella trasparenza e nelle regole. Il tavolo tecnico sta lavorando per portare, da subito, una proposta di legge che rafforzi il partenariato pubblico-privato, da sottoporre e su cui sfidare politica, parlamento, legislatore e governo, nel rispetto dei ruoli».

Toc therapy, e sai dove vai

La foresta della medicina online è intricata e il più delle volte le informazioni sono prive di spessore scientifico. In questa selva si è perso anche un genietto dei computer come Antonio Chirato, 25 anni, siciliano trapiantato a Torino per studiare Ingegneria Informatica al Politecnico. «Servirebbe un Google della sanità», ha pensato Antonio mentre digitava la parola «Acufene» su Internet. È un persistente fischio nelle orecchie, da sei anni ne soffre suo padre. «Mi mettevo online, cercavo uno specialista, una cura nuova, una patologia scatenante. Ma era sempre fuffa». Così Chirato ha deciso di inventarlo lui il motore di ricerca per la medicina, che fosse certificato e in rete con ospedali, cliniche, farmacie, professionisti. Si chiama Toc Therapy e per il momento è una piattaforma online pronta per essere avviata. Manca solo il contributo di medici e ospedali disposti a far circolare informazioni vere. Antonio, insieme ai compagni di università Marco Bartolotta, Giovanni Giannandrea e Carmine Sacco, è entrato nel Treatabit, l'anticamera dell'incubatore di start up del Politecnico di Torino. E Toc Therapy è stata selezionata fra le 21 start up più innovative nel campo medico-farmaceutico dai superesperti di Cosmofarma, evento di BolognaFiere leader in Europa nel mondo della farmacia.

Con Toc Therapy ogni utente crea una pagina personale e inserisce la patologia o il disturbo di cui è affetto nel motore di ricerca. Le risposte provengono dai centri medici, privati o pubblici, che indicano il tipo di cura disponibile, il tempo di attesa per visite e interventi, il costo, gli specialisti più affermati. Si punta così a sostituire l'incertezza della raccolta di informazioni sanitarie, oggi affidate al passaparola e al consiglio di forum online. «Non vogliamo sostituirci al medico di famiglia, ma creare un'applicazione digitale in grado di aiutare la persona a trovare un bravo specialista o il centro di cura più adatto, perché in Italia non esiste», dice Chirato, che snocciola dati: il 49,1 per cento della popolazione usa Internet come consigliere della salute, e la fiducia nelle risposte di Google è altissima: il 62,8 per cento ci crede e solo l'1 per cento non si fida. I dirigenti della Regione Piemonte sono pronti ad aderire perché riconoscono che Toc Therapy risponde a una falla nel sistema, incapace di comunicare ai cittadini le potenzialità del servizio sanitario. Il primo ospedale interessato alla sperimentazione è il Regina Margherita di Torino, ma gli ostacoli non sono pochi: «Le strutture sanitarie hanno un pessimo rapporto con la tecnologia. E non accettano volentieri di pubblicare online statistiche, tempi di attesa e performance che poi dovranno confrontarsi con quelle di decine di altri ospedali che aderiranno al progetto», spiega Antonio. Dunque Toc Therapy è pronta, lo sarà anche il servizio sanitario?

Gloria Riva