

Vaccini. Ancora troppe paure nelle mamme

Gli esperti: senza questi preparati la salute è più a rischio. Occorre riorganizzare i servizi e migliorare la qualità delle informazioni per abbattere i falsi miti nati attorno al loro uso messo erroneamente in relazione ad alcune malattie

ROMA

La salute degli italiani è a rischio a causa della mancanza di omogeneità dell'offerta vaccinale. È quanto è emerso dal primo Report "Prevenzione vaccinale" pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni, diretto da Walter Ricciardi. Dal rapporto presentato al Policlinico Gemelli di Roma, emerge la richiesta di dover riorganizzare i servizi e migliorare la qualità delle informazioni verso i cittadini, puntando soprattutto ad abbattere il muro di paure delle mamme e i falsi miti che sono nati negli anni intorno all'uso vaccini correlato alle malattie, e allineandosi alle politiche sanitarie di altri Paesi, come Germania, Spagna e Regno Unito. A sostenere la tesi di dover sensibilizzare l'opinione pubblica alle vaccinazioni ci sono i numeri: si sono ridotti negli anni i casi di notifica, e dunque ci si ammala di meno, della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Nell'arco temporale 2000-2010, l'epatite B ha registrato un calo dell'81,54%, il morbillo del 73,37%, la rosolia del 98,20%. Nonostante la riduzione dei casi, però, la relativa copertura

vaccinale non raggiunge ancora il valore ottimale (in Italia siamo al 95%) previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in vigore: dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente, si osserva addirittura un decremento (-2,11%).

«L'obbligatorietà vaccinale è un tema molto discusso», ha detto Maria Luisa Di Pietro, co-autrice del Report «oggi l'attenzione dovrebbe essere spostata verso il dovere morale del cittadino e, in particolare, dei genitori se riferito alle vaccinazioni per l'infanzia». Sulla stessa linea Walter Ricciardi, direttore di Osservasalute: «Le vaccinazioni sono a un punto di svolta. La pratica vaccinale è l'intervento di sanità pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane. È per tale motivo che risulta fondamentale l'unione della comunità scientifica per diffonderne il valore». Sull'uso dei vaccini è intervenuto anche Alessandro Solipaca, segretario scientifico di Osservasalute e co-autore del Report Prevenzione vaccinale: «L'uso appropriato determina la riduzione dei costi globali per la gestione delle patologie, per cui, fondamentale, è l'allocatione delle risorse nel predisporre interventi preventivi che evitino l'evento malattia e il ricorso al Servizio sanitario nazionale per le cure».

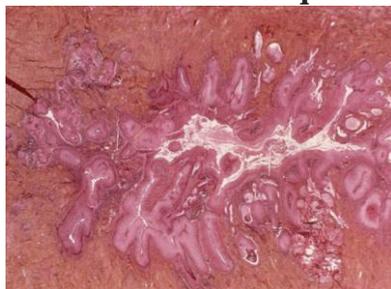


<http://www.corriere.it/salute/>

STUDIO PUBBLICATO BMJ

Tumore alla cervice uterina: non è un malattia solo da giovani

C'è la percezione che sia il tumore delle giovani donne, ma in realtà, e con grande sorpresa, si tratta di una malattia che colpisce spesso anche le donne d'età e la metà dei casi di morte per questo tipo di tumore riguarda donne over 65

di Emanuela Di Pasqua

Il tumore al collo dell'utero è causato da un'infezione persistente da papillomavirus umano (HPV), che si trasmette per via sessuale ed è molto frequente soprattutto nelle persone giovani, ma questo non significa che non riguardi anche l'età senile. Secondo uno studio della Keele University pubblicato sul *British Medical Journal* infatti la metà dei decessi a causa di questa patologia riguarda donne con più di 65 anni. Ma tra la popolazione femminile non più giovanissima non c'è la percezione di questo rischio e della conseguente necessità di controllo. Eppure le morti per tumore alla cervice uterina tra le donne anziane crescono, mentre lo stesso studio conferma che nelle donne tra i 50 e i 64 anni che si controllano regolarmente il rischio di ammalarsi di questa patologia è veramente basso.

Sensibilizzazione

Bisogna insomma ripensare le campagne di sensibilizzazione, considerato che nel tumore alla cervice uterina la prevenzione fa veramente la differenza, giocando un ruolo cruciale. Negli ultimi anni, per vari motivi, il *target* di queste politiche di controllo e di prevenzione sono state le giovanissime, anche sulla scia di tragici decessi che, come è ovvio, quando riguardano ragazze molto giovani turbano ancora di più. Il monitoraggio dunque deve riguardare tutta la popolazione femminile, di qualunque età, e bisogna sapere che il 20 per cento delle nuove diagnosi coinvolgono persone oltre i 65 anni. Anche perché, grazie allo *screening*, solo in Inghilterra ogni anno vengono salvate 4500 vite.

La vaccinazione contro il Papilloma virus

La prevenzione per la ragazze giovani sta funzionando bene e in Italia, come è noto, si è puntato molto sulla vaccinazione delle ragazzine entro il dodicesimo anno di vita contro

il *Papillomavirus* umano (Hpv), dimostratasi molto efficace nel prevenire il carcinoma della cervice uterina, soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale, inducendo una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus Hpv. Il carcinoma della cervice uterina è il secondo tumore più diffuso nelle donne. Ogni anno colpisce circa 3.500 donne e causa 1.000 decessi in Italia, ma nell'ultimo ventennio la mortalità per questo tumore si è ridotta drasticamente, grazie soprattutto ai programmi di screening.

La storia di Jade

Nel 2009 fece notizia in Gran Bretagna la storia di Jade Goodie, star televisiva deireality prematuramente scomparsa all'età di 27 anni per questa malattia che trasformò in un *reality show* i suoi ultimi giorni di vita, scandendo una vera e propria rivoluzione normativa e culturale. Proprio durante la partecipazione a un*reality* indiano, nel 2008, fu costretta a ritirarsi dopo che nel confessionale le comunicarono che le era stato diagnosticato un tumore al collo uterino. Nonostante la chemioterapia nel 2009 le venne comunicato che il tumore era degenerato in metastasi e che ormai aveva raggiunto lo stadio terminale. Sposò il suo fidanzato in un abito da sposa donatole da Mohamed Al-Fayed e dotato di tasche dove tenere i medicinali. A seguito dell'interesse dell'opinione pubblica per il caso di Jade, le autorità sanitarie britanniche registrarono un aumento significativo delle richieste di *screening* oncologico del tumore al collo uterino, soprattutto da parte di giovani e giovanissime e il *National Health Service* dell'Inghilterra dichiarò che avrebbe rivisto la norma che non ammette lo *screening* oncologico gratuito per le donne minori di anni 25. Pochi giorni dopo Jade Goodie morì.

<http://www.adnkronos.com>

Cellule addestrate a trovare e uccidere il cancro, nuove cure allo studio



Ripristinare e potenziare le naturali risposte del nostro sistema immunitario nei confronti delle cellule tumorali, 'addestrando' alcune cellule a scovare ed uccidere il cancro. E' una delle 'strade' di ricerca che sta percorrendo l'équipe della Bio-Immunoterapia dei Tumori del Cro di Aviano e di cui si parla al congresso della Società italiana cancerologia, in corso a Firenze.

"Si tratta – spiega Riccardo Dolcetti, direttore dell'equipe di Aviano e past presidente della Società scientifica – di terapie basate sull'utilizzo di cellule immuni isolate dal paziente che vengono rieducate e addestrate a riconoscere ed uccidere il tumore per poi essere re-infuse nel paziente stesso". Il tema è al centro dell'agenda dei lavori congressuali che punta ad approfondire i più recenti studi sulle nuove e promettenti terapie innovative, come l'immunoterapia e i farmaci a bersaglio molecolare, che si sono dimostrati efficaci contro tipologie di tumore difficilmente controllabili fino a poco tempo fa.

Gli esperti riuniti a Firenze, provenienti da 50 Paesi, si stanno confrontando sui temi caldi dell'oncologia, dallo sviluppo di nuovi farmaci, ai meccanismi di resistenza e alle modalità per superarla e, infine, a come combinare tra loro le nuove strategie terapeutiche per aumentarne l'efficacia e la tollerabilità. "Problematiche indagate attivamente anche dai ricercatori del Cro, in buona parte presenti al convegno - prosegue Dolcetti – che stanno ottenendo risultati molto promettenti".

I farmaci cellulari cui fa riferimento Dolcetti debbono però essere prodotti in strutture adeguate e debitamente autorizzate. "Va da sé – ha concluso il responsabile della Bio-Immunoterapia del Cro – che lo sviluppo del progetto, il cui schema i lavoro e i fondi sono già disponibili da tempo, è condizionato dall'approvazione regionale, che dovrebbe auspicabilmente giungere in tempi brevi".

Melanoma, via libera UE a nivolumab, primo anti PD-L1 approvato nel Vecchio Continente



20 giugno 2015

La Commissione europea ha approvato l'impiego di nivolumab, un inibitore del checkpoint immunitario PD-1, in pazienti con melanoma avanzato, non resecabile o metastatico, a prescindere dallo stato mutazionale del BRAF. Sviluppato da Bristol-Myers Squibb, il farmaco sarà messo in commercio con il marchio Opdivo.

È il primo farmaco della promettente classe degli anti PD-1 a ricevere l'approvazione europea. In Usa, il farmaco è già approvato per il melanoma e per il cancro del polmone.

L'approvazione europea si basa sui dati dello studio CheckMate -037 che nel braccio con nivolumab (n = 120) ha dimostrato un tasso di risposta obiettiva (ORR) pari al 32% (IC 95% = 24,41). Il braccio di controllo trattato con la chemioterapia (n = 47) ha mostrato un ORR dell'11% (IC 95% = 4,23).

Nei pazienti trattati con nivolumab, la maggior parte delle risposte (95%) era ancora osservabile e la durata mediana della risposta non è stata raggiunta. L'ORR era basata sui criteri RECIST valutati da un comitato indipendente di revisione (IRC).

La maggior parte degli eventi avversi (AEs) correlati al trattamento con nivolumab erano di grado 1/2 e gestiti utilizzando gli algoritmi di trattamento raccomandati. Gli eventi avversi di grado 3/4, correlati al farmaco, sono stati riportati nel 9% e 31% dei pazienti trattati rispettivamente con nivolumab e ICC.

Approvazione basata sugli studi CheckMate -066 e CheckMate -037

L'approvazione dell'Ema si basa sui dati di due studi di fase III (CheckMate -066 e CheckMate -037), che hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza di nivolumab nel melanoma avanzato. In entrambi gli studi, il dosaggio di nivolumab era lo stesso e cioè 3 mg/kg ogni due settimane. Lo studio randomizzato, in doppio cieco, di fase III, CheckMate -066 ha confrontato nivolumab verso la chemioterapia con dacarbazina (DTIC) in pazienti con melanoma avanzato naïve al trattamento.

È il primo studio di fase III con un inibitore sperimentale del checkpoint immunitario PD-1 ad aver dimostrato un

beneficio di sopravvivenza globale nel melanoma avanzato, con un tasso di sopravvivenza ad un anno del 73% con nivolumab vs 42% con dacarbazina e una riduzione del rischio di morte del 58% nei pazienti trattati con nivolumab (hazard ratio [HR] per morte 0,42; $p < 0,0001$). Anche il tasso di risposta obiettiva era significativamente più alto con nivolumab rispetto a dacarbazina (40% vs 14%; $p < 0,0001$).

Un secondo studio di fase III, CheckMate -037, randomizzato, controllato, in aperto, ha valutato nivolumab vs uno schema di chemioterapia a scelta del medico (dacarbazina in monoterapia o carboplatino e paclitaxel) in pazienti con melanoma avanzato già trattati con ipilimumab. Lo studio ha mostrato un miglioramento del tasso di risposta obiettiva del 32% nel braccio nivolumab, con la maggior parte delle risposte (95%) iv ancora in corso. Le risposte a nivolumab sono state osservate indipendentemente dalla presenza della mutazione BRAF o dall'espressione di PD-L1. Questi dati sono supportati da uno studio di fase 1b (studio -003) in pazienti con melanoma avanzato in recidiva o metastatico, che ha rappresentato la prima caratterizzazione del rapporto rischio/beneficio di nivolumab nel melanoma avanzato.

Il profilo di sicurezza di nivolumab è stato valutato in migliaia di pazienti arruolati nell'ambito di un vasto programma clinico e gli eventi avversi correlati al trattamento sono stati generalmente trattati utilizzando gli specifici algoritmi di sicurezza.

Nivolumab

Le cellule tumorali possono servirsi di vie 'regolatorie' del segnale intracellulare, come quelle di 'checkpoint', per nascondersi dal sistema immunitario e proteggere il tumore dall'attacco immunitario. Nivolumab è un inibitore sperimentale del 'checkpoint' immunitario PD-1 (programmed death-1), completamente umano, che si lega al recettore di 'checkpoint' PD-1 espresso sulle cellule T attivate.

Bristol-Myers Squibb ha un ampio programma di sviluppo globale per testare nivolumab in molti tipi di tumore con più di 35 studi – in monoterapia o in combinazione con altre terapie – nei quali sono coinvolti più di 7.000 pazienti arruolati in tutto il mondo. Tra questi vi sono molti studi potenzialmente registrativi nel tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC), nel melanoma, nel carcinoma renale (RCC), nel tumore testa-collo, nel glioblastoma e nel linfoma non-Hodgkin.

Nel 2013, l'FDA ha concesso la procedura di 'Fast Track' per nivolumab nel NSCLC, nel melanoma e nel carcinoma renale. Ad aprile 2014, l'azienda ha iniziato, con l'FDA, la procedura di sottomissione (rolling submission) di nivolumab in terza linea nel NSCLC a cellule squamose pretrattato e si attende il suo completamento entro la fine dell'anno.

A maggio 2014, l'FDA ha concesso a nivolumab la 'Breakthrough Therapy Designation' per il trattamento dei pazienti con linfoma di Hodgkin dopo fallimento del trapianto autologo di cellule staminali e brentuximab.

Melanoma avanzato

Il melanoma è un tipo di tumore della pelle caratterizzato da una crescita incontrollata delle cellule che producono il pigmento (melanociti), localizzate nella cute. Il melanoma metastatico è la forma più letale della malattia e si manifesta quando il tumore si diffonde oltre la superficie della pelle ad altri organi, come linfonodi, polmoni, cervello e altre aree del corpo. L'incidenza di melanoma è in aumento, da almeno 30 anni. Nel 2012, nel mondo sono state stimate almeno 232.130 diagnosi di melanoma. Il melanoma è, nella maggior parte dei casi, curabile se trattato negli stadi iniziali. Tuttavia, in stadio avanzato, il tasso medio di sopravvivenza è storicamente di appena sei mesi, con un tasso di mortalità a un anno del 75%, rendendo questo tumore una delle forme di cancro più aggressive.

[[chiudi questa finestra](#)]

I pericoli dei melanomi

Un killer non solo in estate

I tumori della pelle sono in netto aumento

Attenzione alla troppa tintarella e alle scottature

Alfabeto del neo

Occorre tenere sotto controllo

- a) asimmetria
- b) bordi, c) colore
- d) dimensioni
- ed e) evoluzione

di JOSÈ MARIA LOPS *

Il melanoma è un tumore maligno della pelle che può insorgere su di un neo preesistente o su cute sana. Negli ultimi anni si è registrato un rapido aumento di incidenza di questo aggressivo tumore della pelle. In Europa ogni anno vengono diagnosticati circa un milione di nuovi casi di tumore; uno su 100 è un melanoma. Nonostante i progressi ottenuti nella immuno-chemioterapia, quando il melanoma viene diagnosticato tardi la mortalità resta elevata. La prognosi dipende soprattutto dallo spessore del tumore al momento della diagnosi. Più il melanoma è "sottile" (senza invasione degli strati profondi della pelle) maggiori sono le probabilità di sopravvivenza e anche di guarigione.

AUTOCONTROLLO

Come controllare un neo per capire se è "patologico"? Quando vi controllate un neo o una nuova lesione scura

comparsa sulla pelle, dovete valutarla ricordando le prime 5 lettere dell'alfabeto: A B C D E. A come Asimmetria: la presenza di una forma irregolare, con una metà della lesione diversa dall'altra, depone per un neo atipico. B come Bordi: se i bordi sono regolari ed uniformi tutto va bene, ma se sono frastagliati, irregolari, con aspetto a carta geografica la lesione deve essere valutata dallo specialista. C come Colore: se il neo presenta un colore molto scuro o non uniforme e/o se sono comparse modifiche (in chiaro, scuro, nero, rosso, bianco) anche minime la lesione deve essere adeguatamente monitorizzata. D come Dimensione: se il neo ha un diametro superiore ai 6 millimetri o se ha avuto una crescita di dimensione negli ultimi mesi, dovete rivolgervi allo specialista. E evoluzione Elevazione/Emorragia: se il neo ha avuto una modifica dell'aspetto iniziale, e/o se in un punto diventa in rilievo, e/o se sanguina spontaneamente e senza traumi, la lesione deve essere controllata dal dermatologo.

PREVENZIONE

I fattori di rischio, legati al comportamento personale, comprendono l'eccessiva esposizione solare e l'uso di lampade abbronzanti, ma soprattutto le gravi scottature da raggi solari prima dei 15 anni. In effetti, numerosi studi hanno dimostrato come la prevenzione del melanoma inizi in età infantile, con le prime esposizioni solari

al mare. Eventi di questo genere, verificatesi nei primi anni di vita, sono sufficienti a produrre un aumentato rischio di sviluppo di un melanoma. Anche l'attività lavorativa ha la

sua importanza: coloro che lavorano all'aperto appaiono esposti ad un rischio minore, forse per l'effetto protettivo dell'abbronzatura prodotta dalla cronica esposizione alla luce del sole; gli individui che lavorano al coperto e che si sottopongono a brevi ed intense esposizioni solari sembrano presentare un aumentata incidenza di melanomi.

CHI RISCHIA DI PIÙ

Un soggetto di carnagione chiara con capigliatura bionda o rossa ed occhi azzurri o verdi, con una pelle difficilmente abbronzabile e lentigginosa può infatti vedere aumentato il rischio di sviluppare un melanoma del doppio o del triplo rispetto alla popolazione con un fototipo più alto. Sono proprio le esposizioni intense e intermittenti alla luce del sole, su una cute non abituata, che aumentano il rischio di tumore, mentre un'esposizione costante e moderata non è altrettanto rischiosa. Poco sole preso tutti i giorni protegge dal melanoma: il rischio di sviluppare un melanoma cresce infatti del 70% con l'esposizione al sole occasionale, eccessiva e senza precauzioni, mentre si riduce del 16% se ci si espone ai raggi con moderazione e regolarità.

* Dermatologo



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

Cancro allo stomaco terza causa morte per tumore

BRUXELLES - Il carcinoma gastrico (o dello stomaco) è la quinta forma di cancro più comune al mondo e la terza principale causa di morte per tumore. Specie per i pazienti colpiti da questo tipo di tumore, "la nutrizione è un fattore cruciale" spiega Claudia Sant'angelo, presidente dell'associazione 'Vivere senza stomaco'. Ecco alcuni dati:

- ITALIA: Secondo gli ultimi dati dell'Associazione italiana oncologia medica (AIOM), circa 14.500 nuovi casi di carcinoma gastrico vengono stimati in Italia nel 2014, attualmente al quinto posto in ordine di incidenza tra gli uomini e al sesto tra le donne (5% di tutti i tumori nei maschi, 3% nelle femmine). Rispetto ad

un'incidenza annuale al Nord di 23,5 casi ogni 100.000 abitanti nei maschi e di 11,6 casi nelle femmine, il Centro presenta un aumento dello 0,5% negli uomini e del 13% nelle donne, mentre il Sud fa registrare un calo del 32% per entrambi i sessi. - IL TUMORE: Il carcinoma gastrico è una patologia per cui si formano cellule cancerose

nello stomaco. Si sviluppa lentamente, di solito nel corso di molti anni, e spesso passa inosservato. Con l'avanzare del cancro allo stomaco, il tumore può entrare nella circolazione sanguigna e attraverso di essa diffondersi in organi come il fegato, i polmoni e le ossa. Il tipo più comune di cancro dello stomaco è chiamato adenocarcinoma, che inizia da un tipo comune di cellule che si trovano nel rivestimento dello stomaco. - ASSOCIAZIONE: "Vivere senza stomaco", nata circa un anno fa da una mobilitazione su Facebook, ha sede a Ferrara ma è nazionale, conta circa 1.200 adesioni fra pazienti e parenti. Nella camminata di sensibilizzazione, organizzata a livello mondiale, la tappa italiana quest'anno è prevista il 7 novembre a Firenze (www.viveresenzastomaco.org).

segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)


Dispositivi medici. Via libera da Consiglio ministri della Salute UE a testo che rinnova regolamento

Il documento, presentato dalla presidenza lettone, contiene due proposte italiane che rivoluzionano il regolamento sui dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro. Le nuove regole garantiscono un più elevato livello di sicurezza, aumenta la disponibilità dei dispositivi medici, la tempestività nella loro erogazione e la garanzia di una maggiore competitività.



19 GIU - Il lavoro condotto dalla Presidenza italiana nello scorso semestre è stato premiato dal voto di oggi nel corso del Consiglio dei ministri della Salute (Epsco) dell'Unione europea a Lussemburgo. È passato infatti il testo di due proposte italiane, presentato dalla presidenza lettone, che rivoluzionano il regolamento sui dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro. Erano 20 anni che il quadro normativo dei dispositivi medici non veniva cambiato, sommando moltissime critiche come è successo, ad esempio, per il caso "Poly Implant Prothèse Pip" che riguarda l'uso del silicone industriale anziché di grado medico per la produzione delle protesi mammarie, il che ha messo a rischio la salute di migliaia di donne.

Le nuove regole garantiscono un più elevato livello di sicurezza a beneficio dei pazienti, dei consumatori e degli operatori sanitari a livello europeo; aumenta anche la disponibilità dei dispositivi medici, la tempestività nella loro erogazione e la garanzia di una maggiore competitività. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, esprime grande soddisfazione per il risultato raggiunto: "È il coronamento dell'impegno nazionale e diplomatico che l'Italia ha portato avanti con determinazione durante il semestre di presidenza e che è stato apprezzato dai partner europei".

La proposta italiana, predisposta nel dicembre scorso, costituita da più di 90 articoli, più svariati allegati tecnici, ha formato un documento di mille pagine su quale si è cementato l'accordo degli Stati membri.

19 giugno 2015
 © Riproduzione riservata

Approfondimenti:

■ **Assobiomedica**: "Bene mediazione Ministero, ma cammino è lungo e rimangono dubbi"

Altri articoli in Governo e Parlamento

 **Riforma PA. Parere favorevole dalla commissione Affari Sociali: "Istituire area contrattuale specifica per dirigenza medica, veterinaria e sanitari"**

 **Identità biologica. Via libera al testo dalla Camera. Figli adottati o non riconosciuti potranno accedere a dati sanitari genitori biologici**

 **Camera. De Filippo su sicurezza alimentare e xylella fastidiosa, inquinamento ambientale e registro nazionale endometriosi**

 **Disabili. Governo incontra Comitato 16 novembre: "Impegno a rendere strutturale stanziamento per non autosufficienza"**

 **Ddl concorrenza. Mandelli (Fi): "Da audizioni emersi limiti e criticità del testo"**

 **Senato. Interrogazioni di Mandelli (Fi) su emergenza migranti e farmaci innovativi Epatite C**

Eggman: conviene continuare a investire nella ricerca

di Maria Elena Zanini

Cosa significa investire nell'healthcare? La view di Christophe Eggman, gestore del fondo JB Health Innovation Fund è ottimista: «Sulla scorta delle promettenti aspettative del settore healthcare, il mercato ha recentemente conosciuto una fase movimentata di nuove ipo e di contratti di licenza con cui le grandi case farmaceutiche si assicurano le terapie target. L'entusiasmo tra gli investitori è grande, e se da una parte è giusto dividerne l'ottimismo, dall'altra riteniamo che molto debba ancora essere dimostrato con lo sviluppo della ricerca nelle fasi successive all'attuale, ancora iniziale».

Domanda. Quali sono le società farmaceutiche che a vostro avviso sono più avanzate nella ricerca sulle malattie come tumori e Alzheimer?

Risposta. A nostro giudizio, Roche è un passo avanti nella ricerca sul cancro con la sua vasta gamma di anticorpi monoclonali autorizzati, ingenti investimenti nell'ambito dell'immunologia oncologica e una focalizzazione marcata sul combinare trattamenti con biomarker (la cosiddetta medicina personalizzata). Bristol-Myers Squibb è attualmente la società all'avanguardia nel campo dell'immunologia oncologica con due inibitori di controllo già autorizzati e sul mercato.

D. E sull'Alzheimer?

R. In questo ambito Eli Lilly e Merck sono tra i maggiori player che si sfidano dedicando significative risorse finanziarie alle ricerche in questo ambito. Attualmente ci sono ottime speranze per un farmaco di Biogen, allo stadio iniziale di sviluppo, che ha favorito il rallentamento del declino cognitivo in un piccolo gruppo di pazienti.

D. Come mai negli ultimi tempi sono aumentati gli investimenti dei fondi in questo settore?

R. Negli ultimi anni, le maggiori aziende farmaceutiche hanno incrementato i finanziamenti nei com-

parti dove il bisogno di terapia è altamente insoddisfatto e le malattie affliggono grandi popolazioni di pazienti. Queste aree includono il cancro così come malattie infiammatorie o infettive. Si è registrato inoltre un forte afflusso di fondi nel settore dell'healthcare per anticipare la crescita più sostenuta che deriverebbe dall'attuale fase di innovazione dei prodotti.

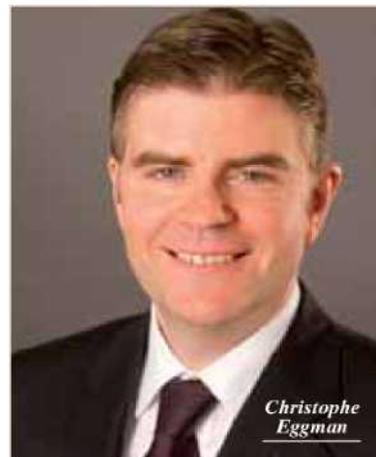
D. Qual è il ruolo dei fondi in questo settore?

R. L'industria farmaceutica presenta la più alta spesa in ricerca e sviluppo, in confronto con le altre industrie. Il settore dipende dall'innovazione dei prodotti per raggiungere alte barriere di entrata attraverso la protezione dei pazienti a lungo termine. Di conseguenza, la chiave per una crescita significativa risiede nell'investire in ricerca al fine di sviluppare prodotti innovativi. L'impatto dei fondi, esponenti del mondo finanziario,

sulla ricerca e di conseguenza sulla sua crescita, avviene attraverso l'erogazione di finanziamenti sufficienti a permettere alle società di sviluppare i prodotti in modo da raggiungere l'approvazione del mercato.

D. Quali sono le prospettive sia della ricerca che degli investimenti nei prossimi anni?

R. L'outlook per le società dell'healthcare che continueranno a investire nella ricerca nei prossimi anni è molto buono. La ragione principale è la forza del ciclo di innovazione dei prodotti attualmente in corso, e che ci si aspetta continui per molti anni. Questi prodotti innovativi, protetti da brevetti, assicureranno una buona crescita delle vendite e genereranno significativi flussi di cassa per le società, da reinvestire nell'innovazione. Crediamo perciò che i fondi che investono in questo settore continueranno a offrire rendimenti soddisfacenti nel futuro prossimo. (riproduzione riservata)



Christophe Eggman



Sabato 20 GIUGNO 2015

Errori in sanità. Donaldson (Oms): "Ogni anno 43 mln pazienti subiscono danni da cure sbagliate in ospedale. Riduzioni fino al 50% se migliora la comunicazione tra gli operatori"

Numeri emersi dal congresso internazionale su qualità e sicurezza delle cure organizzato dall'Associazione internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina (Iscome) e promosso dal Centro gestione rischio clinico della Toscana. Una kermesse che ha visto anche la partecipazione del responsabile del dipartimento sicurezza del paziente dell'Oms: "Cattiva comunicazione principale causa degli eventi avversi"

Fino a 1 errore sanitario su 2 può essere evitato con una buona comunicazione dell'equipe di cura. E il lavoro da fare è parecchio perché nel mondo ogni anno 43 mln di pazienti subiscono un danno da cure sbagliate. E proprio su tutte le azioni per diminuire gli errori in sanità si è caratterizzato il Congresso "The golden bridge: communication and patient safety" organizzato dall'Associazione internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina (Iscome) guidata da Annegret Hannawa e promosso dal Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana. Due giorni intensi di relazioni, interventi e strategie: oltre 130 iscritti da 15 diversi paesi, tra cui Australia, Usa e da tutta Europa, si sono ritrovati a Montecatini Terme. Il congresso ha avuto il suo momento clou con l'intervento di Sir **Liam Donaldson**, padre della sicurezza delle cure a livello internazionale, già direttore medico del National Health Service inglese e responsabile del dipartimento sicurezza del paziente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. "La comunicazione è davvero il significato di questo ponte - ha detto Donaldson - che collega varie professioni ed è alla base del lavoro degli operatori sanitari e del rapporto di fiducia tra i cittadini e le istituzioni sanitarie a tutti i livelli". "Ancora oggi - ha insistito Donaldson - malgrado i numerosi sforzi fatti per migliorare la sicurezza dei pazienti, gli eventi avversi rappresentano uno dei principali problemi di salute pubblica a livello globale, con circa 43 milioni di pazienti che subiscono danni da cure sbagliate in ospedale ogni anno, cioè uno ogni 10 ricoveri. Una delle cause principali degli eventi avversi è proprio la cattiva comunicazione tra operatori e tra operatori e pazienti".

Un convegno unico nel suo genere, con professionisti, esperti e medici, promosso dal Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana: l'unico comune denominatore, la quasi certezza della riduzione di una altissima percentuale di errori, fino al 50%, ai danni degli ammalati, anche pazienti oncologici, nel caso in cui la comunicazione interna all'equipe medica funzioni al meglio. Questo è stato il risultato di uno studio condotto negli Stati Uniti da Richard Street del National Cancer Institute, in cui si è dimostrato come un intervento multidimensionale che include la formazione dei medici alla comunicazione con i pazienti, il coinvolgimento attivo di un caregiver per supportare il paziente nelle scelte relative al percorso assistenziale ed un servizio di "navigazione" nel sistema sanitario approntato dall'ospedale possano migliorare considerevolmente sia l'adesione che l'efficacia delle cure.

Un altro esempio pratico riferito da **John Ovretveit** dell'Università Karolinska di Stoccolma è riferito al cruciale momento del passaggio di consegne tra medici e tra infermieri. Se fatto al meglio, applicando uno schema di comunicazione condiviso tra gli operatori dei servizi di origine e di destinazione dei pazienti, gli errori connessi con la transizione calano fino al 30%. Proprio su questo tema il Centro GRC

sta portando avanti un progetto di ricerca per l'implementazione del Handover in numerosi ospedali toscani.

Si è parlato anche di formazione degli operatori sanitari e dei cittadini alla prevenzione dei rischi ed è emerso come al fianco delle statistiche sia necessario impiegare le storie dei pazienti, rappresentandole anche attraverso gli audiovisivi ed il cinema, il mezzo di comunicazione più adatto per rievocare le storie e suscitare le emozioni necessarie ad umanizzare la il rapporto medico-paziente. A questo proposito, sia gli interventi in plenaria di **Riccardo Tartaglia**, Direttore del Centro GRC, che quello di **Brian Spitzberg** dell'Università della California, hanno sottolineato l'importanza di una comunicazione empatica, in cui il medico o l'infermiere sappia adattarsi in tempo reale alle conoscenze ed alle aspettative della persona assistita, con l'obiettivo di giungere a scelte di cura condivise e non imposte, che riducono il rischio di errori dovuti ad incomprensioni e sfiducia reciproca. Ad oggi la ricerca suggerisce che il concetto dell'empatia vada studiato meglio, riorientandolo verso l'efficacia e l'adeguatezza della comunicazione, argomento centrale anche per la comunicazione degli eventi avversi e la prevenzione dei conflitti tra pazienti ed operatori sanitari. Le molte esperienze riportate nelle sessioni parallele, sia dagli Stati Uniti che dall'Europa, evidenziano come la comunicazione competente ed organizzata degli eventi avversi consenta di ridurre significativamente il contenzioso e dimezzare i tempi dei risarcimenti.

Tommaso Bellandi

Centro GRC Regione Toscana

segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)


Farmaci illegali su internet. In una sola settimana sequestrate 93mila unità tra fiale, compresse e capsule

Anche quest'anno il Ministero della salute, l'AIFA, l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e i NAS hanno condotto nelle principali sedi doganali del nostro Paese, un'operazione congiunta finalizzata al contrasto del commercio illegale di farmaci e di dispositivi medici veicolati a mezzo internet. L'operazione si è svolta tra il 9 e il 16 giugno. Nello stesso periodo dell'anno scorso sequestrate "solo" 30mila unità.



18 GIU - Le attività di controllo sulle spedizioni di farmaci dirette in Italia, effettuate dal 9 al 16 giugno, presso le sedi doganali individuate (principali porti e aeroporti), hanno portato al sequestro di oltre 90.000 unità di farmaci illegali o falsi

Anche quest'anno, come negli anni passati, il Ministero della salute, l'AIFA, l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute - NAS hanno condotto nelle principali sedi doganali del nostro Paese*, un'operazione congiunta finalizzata al contrasto del commercio illegale di farmaci e di dispositivi medici veicolati a mezzo internet.

L'attività si è svolta nell'ambito di una più vasta operazione internazionale, coordinata da INTERPOL, che ha visto impegnati oltre 115 Paesi appartenenti all'Organizzazione Mondiale delle Dogane.

Nel corso dei controlli mirati, effettuati dal 9 al 16 giugno nei principali porti ed aeroporti italiani, sono state ispezionate centinaia di spedizioni dirette in Italia contenenti farmaci.

Oltre 93.000, complessivamente, le unità di farmaco sequestrate tra fiale, compresse e capsule, per un controvalore che supera il mezzo milione di euro.

I sequestri realizzati nel 2014, nel corso della medesima operazione, ammontavano invece a 30.000 unità. Tali cifre, che sono in linea con i risultati degli altri Paesi partecipanti, dimostrano in maniera evidente come il fenomeno del commercio illegale di farmaci sia in grande crescita anche nel nostro Paese.

I prodotti per il trattamento delle disfunzioni erettili continuano indubbiamente a rappresentare la tipologia di prodotto illegale o falsificato maggiormente diffuso (64.714 unità bloccate); tuttavia è altrettanto evidente che la vendita illegale coinvolge sempre più anche prodotti appartenenti ad altre categorie terapeutiche, come per esempio quelli per la perdita di peso (3.849 unità bloccate), farmaci per il trattamento di problematiche psichiatriche o del sistema nervoso (3.616

unità bloccate).

"Questi risultati sono indubbiamente molto preoccupanti - dichiara il direttore generale AIFA **Luca Pani** - quantitativi così significativi testimoniano che è in crescita il numero di pazienti italiani che acquista prodotti non controllati, esponendosi in tal modo al pericolo di assumere prodotti che, nell'ipotesi più ottimistica, sono inefficaci, ma che, in altri casi, possono determinare nel medio periodo effetti molto gravi. Nell'ultimo anno sono stati diversi infatti i casi di decesso riportati sulle pagine di cronaca nazionali e internazionali, dovuti all'assunzione di farmaci acquistati attraverso canali non controllati. Continua purtroppo ad essere scarsa la consapevolezza dei consumatori su questo tema, proprio per questo nell'ambito di un progetto finanziato dall'Europa, l'AIFA sta realizzando con altri partner italiani e stranieri AIFA una campagna mirata a sensibilizzare i consumatori sui rischi per la salute. Questo perché è senz'altro importante proseguire nelle attività di contrasto alla vendita illegale portata avanti quotidianamente in collaborazione con dogane e forze di polizia come i Carabinieri NAS, ma è altrettanto importante informare i consumatori".

*I dati riportati riguardano i sequestri effettuati limitatamente alle sedi doganali; nel contempo, sono stati effettuati, nel corso della medesima settimana, ulteriori sequestri di farmaci sul territorio.

18 giugno 2015

© Riproduzione riservata

[Altri articoli in Cronache](#)



Incidenti stradali. Morte 3.330 persone e quasi 250mila feriti



Si insedia il Collegio dei garanti della Fondazione Senior Italia. Tra i

«Attenzione all'accanimento diagnostico»

Gli americani la chiamano 'overdiagnosis'. È l'eccesso di diagnosi o sovradiagnosi. Si tratta di una psicosi recente che si concretizza nel volere esaminare, intervenire e curare anche quando non ce n'è bisogno. Nel centro di eccellenza dell'Università Pisa sono state effettuate 36.500 ecografie nel 2014, ma meno dell'1% ha individuato una neoplasia. E in realtà le neoplasie sono ancora meno, poiché questa percentuale si riferisce a pazienti e non a tutta la cittadinanza.

Ma allora l'eccessiva richiesta di esami clinici da cosa dipende? Troppa paura da parte di pazienti troppo apprensivi? «Probabilmente sì – afferma il professor Paolo Vitti (**nella foto**), direttore U.O. Endocrinologia e professore ordinario dell'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa –. La diffusione delle ecografie ha portato a una vera e propria 'epidemia' di noduli tiroidei asintomatici e a un aumento delle richieste di accertamenti diagnostici mediante agoaspirato, che devono essere valutati caso per caso dallo specialista. Negli Usa e in vari altri Paesi negli ultimi 35 anni è stato registrato un aumento di 3 volte dei casi di carcinoma della tiroide, mentre non vi è stato alcun aumento dei casi di mortalità legata a questa neoplasia. In ambito tiroideo, l'overdiagnosis è un problema particolarmente importante a causa della grande frequenza della presenza di noduli.



Venerdì 19 GIUGNO 2015

Vaccini. "Molte differenze nelle politiche vaccinali delle Regioni. Comunque in calo i casi di morbillo ed epatite B". Report Osservasalute

Ogni Regione applica le direttive nazionali in maniera diversa. Ma in ogni caso negli anni si sono ridotti i casi di notifica della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni, per esempio Morbillo ed Epatite B. E si va sempre più diffondendo il valore economico-etico-sociale delle vaccinazioni. Ricciardi: "Evidenti responsabilità degli amministratori locali per le differenze". [IL REPORT](#)

Nascere in una Regione anziché in un'altra può fare la differenza. Un leit motive ormai comune in Italia che si ripropone anche quando si parla di offerta vaccinale.

Ogni Regione applica infatti le direttive nazionali in maniera diversa. Un'offerta eterogenea che espone la salute della popolazione pediatrica e adulta a rischi diversi a seconda del codice postale. Uno scenario che impone quindi sempre di più la necessità di riorganizzare i servizi e di migliorare la qualità delle informazioni e della comunicazione per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a un regime di raccomandazione che consentirà di allinearsi alle politiche sanitarie degli altri Paesi europei. Ma se c'è ancora da fare sono anche molti gli obiettivi raggiunti. Si sono, infatti, ridotti negli anni i casi di notifica, e dunque ci si ammala di meno, della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni, per esempio Morbillo ed Epatite B. E si va sempre più diffondendo il valore economico-etico-sociale delle vaccinazioni.

Sono questi in sintesi i principali dati che emergono dal I Report "Prevenzione vaccinale" pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane - che ha la sua sede all'Università Cattolica di Roma diretto da **Walter Ricciardi** e presentato oggi al Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma. Un Report realizzato nell'ambito del Progetto "Prevenzione Italia. Prevenzione come garanzia di sostenibilità e sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale" e con il sostegno incondizionato delle aziende farmaceutiche Crucell, Glaxo Smith Kline, Pfizer e Sanofi Pasteur Msd.

Uno scenario d'insieme sulla situazione vaccinale in Italia al quale seguiranno una serie di Report tematici - su argomenti di interesse in Sanità Pubblica, con taglio sia epidemiologico che valutativo-economico sugli aspetti di efficacia, costo-efficacia, impatto sulle risorse a disposizione e fattibilità organizzativa - che andranno poi a costituire un Atlante sullo stato dell'arte della prevenzione in Italia.

Ecco la fotografia dell'Italia dei vaccini

Entrando più in dettaglio, la situazione che emerge dai temi trattati nel Report "Prevenzione Vaccinale" rileva: una diversa applicazione a livello regionale delle direttive nazionali con conseguente disomogeneità sul territorio riguardo l'offerta vaccinale; la necessità di riorganizzare i servizi e di migliorare la qualità delle informazioni e della comunicazione per consentire il passaggio da un regime di obbligatorietà a un regime di raccomandazione al fine di allinearsi alle politiche sanitarie di altri Paesi come per esempio Germania, Spagna e Regno Unito; la riduzione dei casi della maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni, e soggette a notifica (solo a titolo di esempio, nell'arco temporale 2000-2010, l'Epatite B ha registrato un calo di -81,54%, il Morbillo -73,37%, la Rosolia

-98,20%), e il rilevante valore economico-etico-sociale delle stesse.

La revisione della normativa nazionale vigente ha evidenziato che, nonostante l'esistenza del Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnvp) 2012-2014 - documento di riferimento e di guida attualmente in vigore in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri - e l'inclusione dal 2001 delle vaccinazioni nei Lea, l'offerta vaccinale sull'intero territorio risulta estremamente eterogenea.

Un esempio? L'offerta da parte dei servizi vaccinali, introdotta nel 2007, della vaccinazione anti-Human Papilloma Virus (HPV) alle ragazze nel 12° anno di vita, sia per le differenze temporali di avvio dell'offerta gratuita nelle singole Regioni/Province Autonome, sia per il limite massimo di età oltre il quale la gratuità non è più prevista.

E ancora, altro esempio di disomogeneità territoriale è rappresentato, relativamente all'obbligatorietà delle vaccinazioni, dalla Regione Veneto che dal 2007 ha sospeso l'obbligo per tutti i nuovi nati a partire dal 1 gennaio 2008 e introdotto un sistema di monitoraggio semestrale al fine di verificare ed evidenziare, in tempi molto brevi, eventuali effetti sfavorevoli del provvedimento adottato, mantenendo inalterato il sistema di offerta gratuita da parte dei servizi vaccinali.

“L'obbligatorietà vaccinale è un tema molto discusso – ha affermato **Maria Luisa Di Pietro**, docente presso l'Istituto di sanità Pubblica dell'Università cattolica di Roma e co-autrice del Report – e, se in passato poteva essere giustificata dallo status sociale e culturale che caratterizzava il nostro Paese, oggi l'attenzione dovrebbe essere spostata verso il dovere morale del cittadino e, più in particolare, dei genitori se riferito alle vaccinazioni per l'infanzia. All'interno di questo percorso di passaggio diventa fondamentale la qualità dell'informazione basata sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, le modalità comunicative e la formazione degli operatori sanitari poiché sia le conoscenze scientifiche che le capacità comunicative e operative di esecuzione e di coordinamento sono basilari per giungere all'obiettivo cui tendono le vaccinazioni”.

Insomma, la prevenzione vaccinale, aggiunge Di Pietro, ha un ruolo altamente sociale “poiché le vaccinazioni non sono fine a loro stesse ma, attraverso il meccanismo di herd immunity (immunità di gruppo), perseguono il duplice obiettivo di salvaguardia di chi vi si sottopone e di tutela della restante popolazione”.

Differenze emergono anche nell'applicazione delle indicazioni del calendario vaccinale, presente nel Piano nazionale prevenzione vaccinale (Pnvp): ogni singola Regione può attuare adeguamenti e/o modifiche tramite provvedimenti normativi. A tal proposito, alcune Società scientifiche e Federazioni accreditate hanno elaborato il Calendario Vaccinale per la Vita, la cui ultima edizione del 2014 amplia l'offerta vaccinale rispetto a quanto riportato nel PNPV, e che viene spesso utilizzato a riferimento delle modifiche normative proposte. Un esempio è l'inclusione del sesso maschile nei programmi vaccinali contro l'HPV da parte di alcune Regioni (Puglia, Veneto, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Liguria).

I dati. L'analisi dei dati di notifica relativi ad alcune malattie prevenibili con la vaccinazione ha evidenziato che, per quanto riguarda le malattie per le quali in Italia esiste l'obbligo vaccinale, i casi registrati sono pari a 0 per la Poliomielite e la Differite e pari a 57 per il Tetano (2011), mentre per l'Epatite B, resa obbligatoria molto più tardi (2001), si registra una netta contrazione di casi stessi negli anni osservati (da 1.528 casi nel 2000 a 282 casi nel 2010, ossia -81,54%). Relativamente a tali patologie si registrano anche, a livello nazionale, valori di copertura ottimali in linea con l'obiettivo minimo stabilito nel vigente PNPV (almeno il 95% entro i 2 anni di età).

I dati di notifica di Morbillo, Rosolia e Parotite, per le quali la vaccinazione risulta raccomandata (vaccino combinato), mostrano diminuzioni molto consistenti (Morbillo: da 1.457 casi nel 2000 a 388 casi nel 2010 – ossia -73,37%; Parotite: da 37.669 casi nel 2000 a 534 casi nel 2010 – ossia -98,58%; Rosolia: da 2.605 casi nel 2000 a 47 casi nel 2010 – ossia -98,20%). Nonostante la riduzione dei casi, però, la relativa copertura vaccinale non raggiunge ancora il valore ottimale (raggiungimento e mantenimento nel tempo di almeno il 95%) previsto dal Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita in vigore, ma anzi, dal confronto dei dati del 2013 con l'anno precedente, si osserva addirittura un decremento (-2,11%).

Oltre alle vaccinazioni "tradizionalmente" raccomandate, nel Pnpv è stata ampliata l'offerta vaccinale in tutto il Paese di nuovi vaccini che hanno dimostrato elevata efficacia nel prevenire alcune malattie infettive con grave decorso clinico (per esempio, infezioni invasive da meningococco) o malattie che, pur decorrendo nella maggior parte dei casi senza complicanze, hanno un'elevata incidenza (Varicella).

Nel dettaglio, relativamente a queste malattie, il numero di casi notificati di **infezioni da meningococco** risultano in diminuzione, considerando l'arco temporale 2000-2010 (da 189 casi nel 2000 a 54 casi nel 2010 – ossia -72,16%). Analoga situazione di decremento si riscontra anche per la Varicella (da 95.174 casi nel 2000 a 40.154 casi nel 2010 – ossia -57,81%).

Relativamente alle rispettive coperture vaccinali per il meningococco, rientrando tra le vaccinazioni di recente raccomandazione, a oggi non è stata effettuata a livello nazionale la raccolta routinaria dei dati, ma sono stati eseguiti solo studi ad hoc che comunque evidenziano un incremento della copertura nel tempo (2007-2012). Per la Varicella, invece, non si hanno ancora dati poiché il PNPV raccomanda tale pratica per i nuovi nati a partire dal 2015.

Per quanto riguarda la **vaccinazione antinfluenzale** offerta gratuitamente ai gruppi di popolazione considerati a rischio, in particolare agli anziani (65 anni e oltre), il PNPV stabilisce per gli ultra 65enni il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale. In Italia, purtroppo, con le percentuali di copertura vaccinale attualmente conseguite, l'obiettivo minimo resta ancora lontano dall'essere raggiunto. Infatti, nella stagione 2013-2014, la copertura vaccinale degli anziani risulta a livello nazionale pari a 55,4% e, considerando l'arco temporale 2002-2003/2013-2014, si è osservata addirittura una diminuzione dell'8,1%. Nella stagione 2014-2015 la copertura vaccinale negli ultra 65enni risulta pari al 49%, registrando quindi una ulteriore riduzione (dati disponibili, ma non presenti nel Report).

Inoltre, tra le vaccinazioni consigliate per alcune categorie a rischio, tra cui il vaccino anti-rotavirus (neonati e bambini di età inferiori ai 5 anni), immesso in commercio in Europa e negli USA nel 2006, anche se la comunità scientifica è d'accordo nel raccomandare il suo utilizzo all'interno dei programmi nazionali di immunizzazione, il nostro Ministero della Salute non ha, a oggi, ancora inserito tale raccomandazione nel PNPV.

Con la vaccinazioni si risparmia. "L'uso appropriato di vaccini – ha spiegato **Alessandro Solipaca**, Segretario scientifico di Osservasalute e Co-autore del Report Prevenzione vaccinale – determina la riduzione dei costi globali per la gestione delle patologie che gli stessi prevengono (dalle patologie infettive vere e proprie alle evoluzioni delle stesse nel tempo fino ad alcune patologie tumorali correlate), per cui, fondamentale, è l'allocazione delle risorse nel predisporre interventi preventivi finalizzati a evitare l'evento malattia e il ricorso al Ssn per finalità di cura".

I benefici dei programmi di immunizzazione assumono una valenza differente che dipende dall'età dei soggetti. Nel caso dei bambini si parla di lungo termine poiché la non immunizzazione in età infantile, oltre a determinare una minore probabilità di sopravvivenza e impattare sullo sviluppo psico-fisico, incide anche in termini di mancato o incompleto accesso al sistema istruzione e sulle capacità produttive in età adulta in caso di disabilità.

Per la popolazione in età adolescenziale, invece, i programmi di richiamo e di recupero dell'immunizzazione rappresentano un investimento a medio-lungo termine poiché hanno una funzione protettiva su patologie disabilitanti che possono impattare sul loro sviluppo prima dell'età adulta, condizionando le future capacità produttive.

Infine, se si considera la fascia di popolazione adulta l'investimento derivante dai programmi di immunizzazione è a breve termine, generando in tempi rapidi un guadagno di salute che si riflette in un incremento della produttività.

Anche per la popolazione anziana i programmi di immunizzazione sono un investimento a breve termine che consentono di diminuire il rischio di sviluppo di malattie infettive, che nei soggetti anziani causano un acceleramento del declino complessivo fino al decesso.

Alcune analisi di scenario, descritte nel Report, evidenziano come, nel caso dell'Epatite B, tenendo conto dei dati di incidenza, cronicizzazione e letalità, tra il 1991-2010 si stima siano stati per esempio

evitati alcune centinaia di casi di epatocarcinoma.

Relativamente all'influenza, invece, si stima che l'assenza di una strategia vaccinale genererebbe più di 2 milioni di casi, con circa 30.000 decessi, mentre la somministrazione del vaccino ridurrebbe i casi a 1,5 milioni. Nel nostro Paese inoltre, la durata media dell'assenza dal lavoro per sindrome influenzale è di circa 4,8 giorni ed è stato calcolato che ogni caso di influenza costa, complessivamente, 330€.

“Oggi le vaccinazioni sono a un punto di svolta – ha aggiunto **Walter Ricciardi**, Direttore di Osservasalute – la pratica vaccinale è l'intervento di Sanità Pubblica più efficace al mondo, dopo l'acqua pulita, per promuovere la buona salute e salvare vite umane. È per tale motivo che risulta fondamentale l'unione di tutta la comunità scientifica per diffonderne il valore grazie, anche, al supporto di strumenti evidence-based. Proprio quest'ultima è la motivazione che ha portato alla stesura del Rapporto Prevenzione Vaccinale. La sfida più importante è oggi quella di far capire alla popolazione, e in particolare modo a coloro che decidono, più o meno consapevolmente, di non proteggersi con una tecnologia sempre più sicura ed efficace nel tempo, quale sia il valore sociale, etico, economico e soprattutto sanitario delle vaccinazioni stesse”.

“Ci sono **evidenti responsabilità politiche degli amministratori locali per le differenze registrate** sul territorio nazionale – ha affermato **Walter Ricciardi** - . Lo Stato centrale la sua parte la fa. C'è un piano vaccinale in cui d'accordo con il Mef il Piano è stato finanziato come fosse un super Lea. Ci sono differenze pazzesche. Per non parlare di regioni come la Sicilia dov'è diminuita la quota di prevenzione. Questo è un argomento prioritario su cui intervenire”.

Rispetto al futuro dei vaccini Ricciardi ha poi “specificato come soltanto nel prossimo decennio, ne arriveranno circa 30. I vaccini potrebbero essere una specie di antibiotico del futuro, visto che l'industria non ha più investito negli antibiotici perché non aveva certezza nel ritorno sugli investimenti”. Ma per farlo “occorre vincere resistenza e di diffidenza che fanno solo danni, l'industria potrebbe cominciare a disinvestire come di fatto sta facendo. I vaccini per l'infanzia, per fare un esempio, nel mondo vengono prodotti da due aziende. Oppure addirittura il vaccino contro la febbre gialla, una malattia che ogni anno miete migliaia di vittime in Africa e in Asia, oggi è prodotto da una sola azienda. Per questo serve un'alleanza veramente per evitare” la fuga.

L'auspicio per Ricciardi è che, affinché i vaccini abbiano un futuro importante, tutti gli ‘attori’ coinvolti siano in grado di assumersi le responsabilità legate al proprio ruolo. In questo scenario il governo centrale dovrà promuovere una programmazione omogenea su tutto il territorio nazionale e finanziare adeguatamente i vaccini di provata sicurezza e costo-efficacia; i governi regionali avranno il compito di recepire ed implementare i piani vaccinali in modo omogeneo nel Paese; i professionisti sanitari dovranno aggiornare costantemente le proprie conoscenze e basare le decisioni riguardanti la propria salute e quella dei pazienti sull'evidenza scientifica e l'etica della responsabilità, informando adeguatamente la popolazione; i cittadini, da ultimi ma certamente importanti al pari di tutti gli altri, avranno il compito di informarsi attivamente sulle opportunità offerte dalla medicina e dalla ricerca scientifica per migliorare la propria salute scegliendo liberamente e responsabilmente”.