

Lunedì 11 MAGGIO 2015

Sangue cordonale. Quasi sei genitori su 100 decidono di donarlo. Il report del Cns

Le unità raccolte dai 320 centri, ammontano a 19.459, cioè il 5,75% dei futuri genitori ha scelto di dare il consenso alla donazione. Il sangue cordonale continua ad essere una fonte considerata nelle strategie di ricerca del donatore da parte dei centri trapianto, ma rappresenta la seconda o terza scelta. E con la 'spending review' possibili accorpamenti dei centri. [IL RAPPORTO](#)

Nel corso del 2014 sono 338.549 i parti effettuati nei centri di raccolta afferenti alla Rete Italiana delle Banche di sangue cordonale (ITCBN), pari al 66,5% di quelli avvenuti in Italia, che l'Istat stima essere 509.000, ovvero la copertura nazionale delle strutture in cui è possibile donare il sangue cordonale in maniera solidale, è pari ai $\frac{3}{4}$ del territorio. Le unità raccolte dai 320 centri, ammontano a 19.459, cioè il 5,75% dei futuri genitori ha scelto di dare il consenso alla donazione ed è stato possibile tecnicamente effettuare il prelievo senza ostacoli di natura clinica/organizzativa.

Il Report elaborato dal CNS sul Network Italiano delle 19 Banche, ci restituisce una fotografia del Sistema Italia con un inventario che aumenta di 1738 unità, portando il patrimonio complessivo a 34.775 unità caratterizzate (tipizzate a livello immunologico) e 3662 non caratterizzate, ma che si rinforza in termini di qualità, adeguandosi alle soglie del banking internazionale che a partire dal 2011 hanno imposto una cellularità minima per il bancaggio di 1,2 miliardi di cellule staminali nucleate. Questo si è tradotto, da una parte in una stabilizzazione dell'indice tra unità bancate su raccolte attorno al 9% (l'anno scorso era stato pari al 9,6), ma di converso, ha incentivato le ricerche verso utilizzi alternativi delle unità non idonee al trapianto, che trovano collocazione presso le banche cordonali, dove sono in corso trials clinici sull'uso di emocomponenti ad uso topico, ottenuti dal sangue cordonale, in medicina riparativa (gel piastrinico o collirio), quale la cura di ulcere da piede diabetico, ulcere cutanee nei bambini affetti da epidermolisi bollosa (malattia congenita rara), lesioni corneali.

E' più o meno stabile il numero delle unità cordonali della rete italiana rilasciate per trapianto (69 nel 2014 vs 72 del 2013), ma cresce la richiesta dall'estero, indicatore di apprezzamento della rete trapiantologica internazionale per la qualità del nostro patrimonio di unità cordonali. Nel giro di 20 anni i trapianti con le unità cordonali della rete italiana sono decuplicati, dai 7 del 1995, quando il trapianto di cellule staminali da questa fonte era ancora all'inizio e in Italia era attiva solo la Banca di Milano, fondata nel 1993, una delle prime nel mondo insieme a quelle di New York, Dusseldorf e Barcellona, ad effettuare la procedura.

“Negli ultimi due anni – si legge nel comunicato del Centro nazionale sangue - , è indubbio, osservando i dati, che l'utilizzo del sangue cordonale come fonte di CSE ha subito una flessione in favore del midollo osseo/sangue periferico ottenuto da donatore familiare aploidentico (madre soprattutto, padre, fratello) anche in virtù di risultati scientifici confortanti. Il sangue cordonale continua ad essere una fonte considerata nelle strategie di ricerca del donatore da parte dei centri trapianto, ma rappresenta la seconda o terza scelta. Questo andamento non può considerarsi definitivamente consolidato perché ancora i risultati del trapianto aploidentico sono sotto osservazione e il follow-up dei pazienti trattati è corto. In ogni caso è fondamentale migliorare sempre di più la qualità (cellularità) e il livello di tipizzazione delle unità cordonali raccolte e bancate per rendere questa fonte di CSE maggiormente efficace in termini di rapidità dell'attecchimento e risultato complessivo del trapianto. Infatti, dal

momento che il principale vantaggio di questa fonte di CSE, è a tutt'oggi la ridotta incidenza di GVHD (malattia verso l'ospite) e quindi la possibilità di effettuare trapianti semicompatibili, il progetto di riqualificazione delle banche e del proprio inventario, prevede la raccolta di unità con cut off ancora più appetibile (2.5×10^9).

“Inoltre – prosegue la nota - , un aspetto su cui la rete sta cercando di investire è il banking delle minoranze etniche mediante programmi di educazione e sensibilizzazione dedicati agli immigrati presenti sul nostro territorio provenienti dalle razze o miscugli razziali noti per la maggiore frequenza di aplotipi rari (Africani, Afro-americani, Asiatici del SUD etc). Quanto al tema della qualità, Il FACT rappresenta lo standard di riferimento professionale di valenza internazionale. Il processo di accreditamento sulla base di questo standard è un processo volontario e oneroso per le banche. La maggior parte delle banche della rete italiana sta intraprendendo questo percorso e 4 di esse (Milano, Pavia, Bologna e Treviso), lo hanno portato a termine. In ogni caso tutte le banche della rete italiana hanno completato le verifiche di conformità istituzionali, condotte da CNS e CNT, sulla base di requisiti minimi e linee guida, approvati con specifici accordi Stato/Regioni, che ripropongono standard operativi di pari qualità e sicurezza di quelli del FACT. Tale accreditamento istituzionale è riconosciuto anche dal registro NMDP (Stati Uniti) e consente alle banche italiane di esportare le proprie unità negli Usa, che peraltro sono i maggiori utilizzatori delle unità cordonali italiane. Pertanto, i livelli di qualità e sicurezza per i cittadini sono garantiti dalla regolare verifica (su base biennale) da parte delle istituzioni”.

“In tempi di “spending review”, - conclude il comunicato del Cns - la rete si sta interrogando sulla sostenibilità per il sistema sanitario di un numero così elevato di banche e sta condividendo strategie di accorpamento delle attività che gravano maggiormente sui costi di gestione di una banca. Il processo è graduale e deve necessariamente coinvolgere i governi delle singole regioni favorendo da parte loro una programmazione attenta al soddisfacimento dei fabbisogni dei cittadini ma nello stesso tempo compatibile rispetto alle risorse disponibili”.

SALUTE. Arriva anche in Italia il nuovo anticoncezionale «ellaOne»

Pillola dei cinque giorni in farmacia senza ricetta

ROMA

Con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, avvenuta sabato scorso, della determina Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, ha dato la possibilità di ottenere direttamente in farmacia la cosiddetta pillola dei cinque giorni dopo, ossia quel farmaco per la contraccezione d'emergenza con ellaOne (ulipristal acetato, 30mg).

L'annuncio è stato diramato da Hra Pharma Italia. Nel provvedimento, come si legge dalla documentazione, si prevede «l'erogazione del farmaco anticoncezionale d'emergenza

ellaOne senza prescrizione medica per le donne in età maggiore di 18 anni e l'abolizione dell'obbligo del test di gravidanza prima di assumere il farmaco per tutte le donne (maggioresenni e minoresenni)».

La delibera dell'Agenzia del farmaco ha recepito la decisione da parte della Commissione europea di consentire l'accesso a ellaOne direttamente in farmacia in tutti gli Stati membri dell'Ue, sulla base del riconoscimento da parte del Chmp (ossia il Comitato per i medicinali per uso umano), della maggior efficacia di ella-

One (rispetto alla vecchia pillola del giorno dopo) se usato durante le prime 24 ore, e della sicurezza del prodotto anche quando utilizzato senza prescrizione.

«Dal suo lancio nel 2009, ellaOne è stato considerato tra i professionisti della sanità come il nuovo farmaco di riferimento nella contraccezione d'emergenza e finora è stato utilizzato da oltre 3 milioni di donne in 70 Paesi nel mondo. È il più efficace», ha spiegato Alberto Aiuto, Direttore Generale di Hra Italia, «rispetto all'opzione esistente se assunto entro 24 ore da un rapporto

sessuale non protetto, o non adeguatamente protetto, in quanto è stato dimostrato di poter funzionare anche, quando il rischio di gravidanza è massimo, ovvero poco prima dell'ovulazione».

Aiuto ha anche puntualizzato: «Come Direttore Generale di una società impegnata nell'innovazione nella Health Care per le donne sottolineo l'importanza di un momento come questo per l'Italia. Siamo dunque lieti di vedere che anche nel nostro Paese per le donne adulte si sia facilitato l'accesso a questa metodica contraccettiva», ha concluso. ●



La pillola contraccettiva ellaOne



APRI



Scopri tutta la gamma su Meritene.it



la Repubblica | Mobile | Facebook | Twitter | Google +

Il Sole 24 Ore | L'Espresso | Network



Salute

Inserisci il testo per la ricerca

Cerca

Home | Politica | Economia&Finanza | Sport | Spettacoli | Cultura | Motori | Viaggi | D-Repubblica | Casa | Salute | Meteo | Lavoro | Annunci

Alimentazione | Forma & Bellezza | Medicina | Prevenzione | Ricerca | Benessere donna

ALTRI ARTICOLI DI
Contracezio

Pillola dei 5 giorni
dopo, via libera: da
ora in farmacia
senza ricetta

Pillola 5 giorni dopo,
anche l'Italia ha
deciso: obbligo di
ricetta solo per le
minorenni

Pillola dei 5 giorni
dopo, "prescrizione
medica resti
obbligatoria"

Diritto all'aborto, il 9 vota
l'Europarlamento. Appello
ginecologi a centrosinistra: "Non..."



Sei in: Repubblica > Salute > Benessere Donna > Contracezione > Pillola dei 5 giorni dopo, via libera: ...

Stampa | Mail

+1 0

Consiglia 0

Pillola dei 5 giorni dopo, via libera: da ora in farmacia senza ricetta

Publicata sulla Gazzetta Ufficiale la decisione dell'Aifa che ha adottato le linee dell'Agencia europea del farmaco. Solo le minorenni dovranno presentare la richiesta del medico e comunque l'anticoncezionale non sarà disponibile tra i prodotti da banco e nelle parafarmacie. Scompare l'obbligo del test di gravidanza

di MICHELE BOCCI

Lo leggo dopo



Le farmacie italiane devono consegnare la 'pillola dei 5 giorni dopo' alle pazienti maggiorenni quando la richiedono, anche se queste non hanno la ricetta del medico. La determina Aifa che ha recepito la nuova disposizione di Ema, l'autorità del farmaco europea, è stata pubblicata l'8 maggio scorso sulla Gazzetta Ufficiale. A questo punto il regime di uno dei medicinali cu sui di recente si sono scatenate varie polemiche è cambiato. Solo le minorenni dovranno avere la richiesta del dottore, da rinnovare ogni volta. Inoltre cade l'obbligo di fare il test di gravidanza prima di prendere il medicinale. Anche su questo è stata l'Ema a intervenire, mentre l'Italia era tra i pochi paesi a richiedere quell'esame, come a suo tempo richiesto dal Consiglio superiore di sanità.

La EllaOne, questo il nome commerciale del farmaco, si può prendere senza ricetta, ma non è un farmaco da banco. Non è a libero servizio, di quelli, per capirsi, che si possono prendere da soli dagli scaffali delle farmacie o delle parafarmacie. Va sempre richiesta al farmacista. E il fatto che ci sia un doppio regime a seconda dell'età della donna, oltre a rendere la pillola dei 5 giorni dopo unica nel suo genere dal punto di vista della somministrazione, dovrebbe rendere impossibile la vendita all'interno delle parafarmacie, dove i medicinali venduti sono tutti senza prescrizione.

Praticamente da sabato scorso le donne possono richiedere EllaOne in farmacia. Il medicinale è un anticoncezionale, funziona solo se non è avvenuta la fecondazione e fino a cinque giorni dopo il rapporto sessuale. In Italia, dopo la decisione Ema di togliere la ricetta su richiesta dell'azienda produttrice, è partito un dibattito. L'Aifa ha fatto intervenire il ministero che a sua volta ha coinvolto il Consiglio superiore di sanità. Questo organismo tecnico scientifico ha votato per mantenere la ricetta in Italia. L'unico membro che si è opposto a questa ipotesi è stato il farmacologo milanese Silvio Garattini. Ma la commissione tecnico scientifica dell'ente regolatorio, cioè l'Aifa, non poteva prendere una decisione diversa da quella di Ema. Per questo ha comunque deciso di togliere la ricetta, almeno per le maggiorenni.

3 mesi a soli 19,99€ di notizie e sicurezza internet su tutti i tuoi dispositivi

Trovaci su Facebook
la Repubblica
Mi piace
la Repubblica piace a 2.134.061 persone.

Top Video
Tommaso Fattori, programma stile Tsipras: 'La vera sinistra sta con noi'
Ecocucina: Pakora zero sprechi

Investire: MoneyFarm l'alternativa a conto deposito e fondi sponsorizzato da MoneyFarm
NUOVA LEON X- PERIENCE 4DRIVE la routine non è più la... sponsorizzato da Seat

Lunedì 11 MAGGIO 2015

Pillola "5 giorni dopo". Da sabato scorso in farmacia senza ricetta e senza test di gravidanza. La determina Aifa in Gazzetta Ufficiale

Nel provvedimento si prevede l'erogazione del farmaco anticoncezionale d'emergenza ellaOne senza prescrizione medica per le donne in età maggiore di 18 anni e l'abolizione dell'obbligo del test di gravidanza prima di assumere il farmaco per tutte le donne (maggioresenni e minoresenni). [LA DETERMINA](#)

HRA Pharma Italia ha annunciato che nella Gazzetta Ufficiale dell'8 maggio 2015 è stato pubblicato la determina con cui l'Aifa ha dato la possibilità di ottenere direttamente in farmacia la pillola per la contraccezione d'emergenza ellaOne (ulipristal acetato, 30mg), senza più la necessità di una prescrizione. Questo consentirà a tutte le donne di età superiore ai 18 anni di ottenere l'accesso diretto alla contraccezione d'emergenza. Contemporaneamente è stata anche abolita la obbligatorietà del test di gravidanza precedentemente previsto.

La delibera dell'Aifa ha recepito la decisione da parte della Commissione europea (CE) di consentire l'accesso a ellaOne direttamente in farmacia in tutti gli Stati membri dell'UE, sulla base del riconoscimento da parte del CHMP (Comitato per i medicinali per uso umano), della maggior efficacia di ellaOne (rispetto alla vecchia pillola del giorno dopo) se usato durante le prime 24 ore, e della sicurezza del prodotto anche quando utilizzato senza prescrizione.

Alberto Aiuto, Direttore Generale di HRA Italia ha commentato: "Dal suo lancio nel 2009, ellaOne è stato considerato tra i professionisti della sanità come il nuovo farmaco di riferimento nella contraccezione d'emergenza e finora è stato utilizzato da oltre 3 milioni di donne in 70 paesi nel mondo. E' il più efficace rispetto all'opzione esistente se assunto entro 24 ore da un rapporto sessuale non protetto, o non adeguatamente protetto, in quanto è stato dimostrato di poter funzionare anche, quando il rischio di gravidanza è massimo, ovvero poco prima dell'ovulazione".

Aiuto ha poi proseguito: "Come Direttore Generale di una società impegnata nell'innovazione nella Health Care per le donne sottolineo l'importanza di un momento come questo per l'Italia. Siamo dunque lieti di vedere che anche nel nostro Paese per le donne adulte si sia facilitato l'accesso a questa metodica contraccettiva".

La proposta

Diritto alle origini, 2 strade per eterologa e figli adottati

LUCIANO MOIA

Se al primo posto c'è il diritto alla vita, come si accorda questo valore primario con il diritto a partorire in anonimato e con quello di conoscere le proprie origini biologiche? Il presidente del Movimento per la vita, Gian Luigi Gigli, lancia una proposta: «Dobbiamo distinguere tra situazioni diverse».

A PAGINA 11

Diritto alle origini, due strade per figli adottati ed eterologa

La legge va in Aula. Proposta del Movimento per la vita

Gigli lancia l'idea della «lista d'attesa» per chi vuole rintracciare i propri genitori, nel giorno della neonata trovata morta in una cantina

Ha partorito in strada e poi si è presentata in ospedale per farsi curare da una vasta emorragia. Incalzata dagli inquirenti, la donna, straniera, ha indicato ai poliziotti dove recuperare il corpicino del bambino, ormai cadavere, che aveva nascosto in un sacchetto di plastica e lasciato in una piccola cantina.

Sta bene, invece, pesa tre chili e mangia regolarmente la piccola Maria, la neonata ritrovata domenica tra i rifiuti a Calvizzano, nel Napoletano, e trasportata nell'ospedale pediatrico Santobono di Napoli. La bimba – come riferito da responsabile del reparto di Neonatologia dell'ospedale pediatrico Di Toro – è sottoposta «ad accertamenti ematologici generali per escludere malformazioni e malattie congenite in assenza di notizie sulla gravidanza e sui genitori». Ad occuparsi della piccola Maria sono i medici e il personale infermieristico della Neonatologia. Appena arrivata, domenica, presso la struttura sanitaria, Maria è stata lavata e

– ha spiegato Di Toro – «le è stato reciso il cordone ombelicale che era ancora lungo». Poi il personale ha provveduto a lavarla e vestirla con una tutina rosa. «La bimba sta bene – ha assicurato Di Toro – le sue funzioni sono regolari». Una vita, quella della piccola Maria, iniziata in modo brusco e che ora dovrà attendere le decisioni degli assistenti sociali e del giudice. La bimba – come spiegato da Di Toro – resterà al Santobono «certamente fino al completamento degli esami e poi saranno gli assistenti sociali e il giudice a decidere se trasferirla in una casa famiglia o se farla restare qui al Santobono in attesa di un'adozione».

LUCIANO MOIA

Se al primo posto c'è il diritto alla vita, come si accorda questo valore primario con il diritto a partorire in anonimato e con quello di conoscere le proprie origini biologiche? Il presidente del Movimento per la vita, Gian Luigi Gigli, lancia una proposta: «Dobbiamo distinguere tra situazioni diverse. Nel caso del par-



to in anonimato deve prevalere la richiesta della mamma, considerando che queste nascite sono spesso a rischio aborto o infanticidio. Nel caso delle altre adozioni il diritto alla conoscenza dovrebbe essere bilanciato con il diritto alla riservatezza. Nel caso dell'eterologa potrebbe invece prevalere il diritto alla conoscenza delle proprie origini». Gigli parte dai casi terribili di questi giorni di cui parliamo nel distico sopra.

Cosa propone il Movimento per la Vita?

Dobbiamo aumentare il numero delle culle per la vita. Oggi sono una cinquantina. Ce ne vorrebbero almeno due o trecento, distribuite su tutto il territorio nazionale, in luoghi riservati, ma nell'ambito di strutture sanitarie di rilievo regionale. Abbiamo sottoposto l'idea al ministro [Lorenzin](#) e a Renzi. E siamo in attesa risposta.

Ma la legge consente già il parto anonimo in ospedale. Ritiene che questa possibilità sia conosciuta a sufficienza?

Assolutamente no. Occorrono iniziative d'informazione televisiva tipo "pubblicità progresso" e diffusione di materiale informativo nelle Asl. Le campagne dovrebbero essere in varie lingue per avvicinare le mamme straniere, che sono le più a rischio, ma spesso ignorano non solo la nostra lingua, ma anche le nostre leggi.

In settimana arriva in Parlamento la legge sul diritto per i figli adottati di conoscere le proprie origini. Perché distinguere tra i figli nati da parto anonimo, bambini adottati e nati con l'eterologa?

Perché sono problemi diversi e vanno trattati diversamente. Se una persona fa nascere un bambino ricorrendo ai gameti di un genitore diverso da sé o dal proprio partner, è giusto riconoscere a quel bambino, diventato adulto, il diritto di conoscere i propri genitori biologici. Qui non è a rischio il diritto alla vita e la diversità biologica è stata cercata. Anzi, la trasparenza potrebbe essere un deterrente alla compravendita dei gameti e all'uso dell'eterologa a fini eugenetici.

Non ritiene che anche i figli adottati abbiano lo stesso diritto?

Per gli adottati credo che la scelta più saggia sia quella di creare una sorta di "lista d'attesa" parallela in cui si potrebbero iscriversi da un lato chi desidera conoscere le proprie origini e dall'altro le madri che hanno scelto di uscire dall'anonimato, permettendo alle due richieste di incontrarsi, ma solo quando arrivano a coincidere. La proposta di legge in esame prevede invece che alle madri venga chiesto se sono disposte a rinunciare all'anonimato, ma rischia di essere emotivamente dirompente e capace di sconvolgere le relazioni familiari nel frattempo ricostituite. Queste donne dovrebbero però essere informate che esiste la possibilità di revocare la richiesta dell'anonimato.

L'associazione dei figli adottivi che si battono per scoprire le proprie origini sostiene però che, nei Paesi dove vigono leggi simili, non sono aumentati né infanticidi né aborti.

Non sono in grado di contestare questi dati, ma il buon senso mi fa credere che se una donna sapesse di poter essere rintracciata dopo un parto anonimo, magari a distanza di tanti anni, il rischio dell'aborto o dell'infanticidio potrebbe aumentare. Non dimentichiamo che in alcune culture un figlio nato fuori dal matrimonio può ancora portare all'emarginazione sociale. Noi abbiamo il dovere di anteporre a ogni altra considerazione il diritto alla vita del nascituro e quello della donna a partorire in condizioni di sicurezza.

È lo stesso individuo però, che diventato adulto vuole conoscere la propria madre. Non è una richiesta profondamente umana?

Sì, gli aspetti esistenziali da non sottovalutare sono diversi. Dobbiamo, con grande delicatezza e sensibilità, senza coinvolgere persone terze, incrociare i desideri di madre e figlio. Si tratta di trovare la modalità più rispettosa per tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Caso mammografie, chi ha ragione?

GRILLO CONTRO VERONESI: "CERCA SOVVENZIONI". RENZI LO STRONCA: "FATE L'ESAME". IL LEADER M5S: "COLPA DEI GIORNALI"

SABATO DA ASSISI Beppe Grillo ha attaccato l'oncologo Umberto Veronesi e le mammografie, che "pubblicizza in tv così probabilmente ha le sovvenzioni per il suo istituto". Domenica, Matteo Renzi ha replicato: "Con i tumori non si scherza, non evitate la mammografia!". Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha definito l'attacco "un concentrato di pericolosissima disinformazione". E ieri il leader M5s ha corretto il tiro sul suo blog: "Sono incazzato come una bestia. Avete messo sui giornali una notizia vergognosa per coprire la marcia per il reddito di cittadinanza. Come se io avessi consigliato alle donne di non farsi la mammografia! Vergognosi. Ho solo detto che siamo in un'epidemia di diagnosi. Leggete un libro, *Sovradiagnosi*, su

Pensieroscientifico.it. C'è tutto, sono dati statistici". E ha parlato di "informazione tendenziosa fatta dalle grandi case e dai grandi gruppi farmaceutici". Il tumore al seno è il più frequente nelle donne (uno su tre). Nel 2011, secondo l'Istat, era la prima causa di morte nel sesso femminile, con quasi 12 mila decessi. Nel 2014, riporta l'Aiom (associazione italiani di oncologia medica), le diagnosi in Italia sono state 48 mila e nel 41 per cento dei casi hanno interessato donne sotto i 49 anni (il 35% tra 50 e 69 anni e il 21% fino ai 70 anni), l'anno prima in cui viene prescritta la mammografia. Ma l'esame salva davvero vite umane? Lo abbiamo chiesto a due esperti.

Ch. Da.



ESAMI DI MASSA Lo screening dei tumori al seno riguarda le donne tra i 50 e i 69 anni *LaPresse*



L'intervista/1



Stefania Gori

Lo screening serve anche quando sembra inutile

di Chiara Daina

S Stefania Gori, segretaria nazionale Aiom (Associazione italiana oncologia medica) e direttrice dell'Oncologia medica all'ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar (Verona), ci spiega che la mammografia va fatta assolutamente e al momento non ci sono alternative altrettanto valide per la diagnosi precoce del tumore al seno.

Chi deve sottoporsi allo screening?

Le donne sane tra i 50 e i 69 anni di età, ogni due anni. In alcune Regioni, come Emilia-Romagna e Piemonte, è sperimentato anche nell'età compresa tra i 45 e i 74 anni.

Serve a prevenire il tumore?

La mammografia è un metodo di prevenzione secondaria, cioè permette di identificare noduli, anche di piccole dimensioni, non percepibili al tatto, quindi ancora in profondità, non evidenti, che non danno sintomi di sé. Nella maggior parte dei casi si tratta di un carcinoma, da cui si guarisce al 90 per cento. Certo, più è piccolo il nodulo, più ci sono probabilità di salvarsi. Se lo screening è positivo, il tumore va trattato con la chirurgia conservativa, in cui non si toglie tutta la mammella ma solo una porzione, radioterapia e terapia medico-sistemica, ossia chemio, ormonoterapia, terapia a bersaglio molecolare.

Ma molte donne non si presentano all'esame.

È vero, l'adesione all'invito che si riceve a casa è ancora scarsa. Nel 2013 era il 64 per cento al Nord, il 56 al Centro, 40 Sud e Isole. In aumento comunque rispetto al 2009 al Nord, dove la quota era al 61 per cento e al Centro, dove era al 55. Mentre Sud e Isole sono ferme al 40. L'Aiom ha deciso di fare una campagna di sensibiliz-

zazione in Sicilia, Sardegna e Campania, le tre regioni con il tasso di partecipazione più basso.

Ci sono controindicazioni?

No. Vengono fatte due radiografie per ogni mammella che implicano la compressione del tessuto ghiandolare. In cinque minuti è tutto finito. C'è la donna che vede le stelle per il dolore e quella che non sente niente, dipende dal grado di sopportazione. C'è chi contesta il rischio di sovradiagnosi, test e cure inutili, quan-

do il carcinoma è definito "in situ", cioè è superficiale, le cellule non invadono i tessuti sottostanti. Quasi sempre in un secondo momento si scatenano, quindi gli accertamenti non sono vani. Il problema si pone se la donna viene richiamata a eseguire l'esame una seconda volta. Accade in media 6 volte su cento. L'avviso genera ansia e stress senza motivo perché molto spesso la colpa è del mammografo, che funziona male o è vecchio, o del radiologo che ha poca esperienza. Questo dato andrebbe monitorato. La quota di errore non va superata, semmai abbassata.


**CRITICITÀ
E PERICOLI**

Il 6% delle prove viene ripetuto e questo genera stress, dobbiamo ridurre la quota di errore. Ma non c'è sovradiagnosi, anche i carcinomi piccoli quasi sempre si scatenano

L'autopalpazione può essere un'alternativa?

Non ci sono studi che lo dimostrano. Con la mano puoi sentire solo i noduli in superficie. Attraverso la palpazione impari a conoscere il tuo seno e ad accorgerti se la pelle o la consistenza cambia, campanelli di allarme per correre dal medico. La mammografia, insisto, è una chance, va fatta. Come il pap test e dopo i 50 anni, in donne e uomini, l'esame per verificare la presenza di sangue occulto nelle feci per la diagnosi del tumore al colon-retto.

L'intervista/2

Pierfranco Conte

Ok, ma non basta 6 diagnosi su 10 sono fuori dai test



di Ch. Da.

Pierfranco Conte, professore di Oncologia all'Università di Padova e direttore dell'Istituto oncologico veneto (Iov), sottolinea che "il 60 per cento delle diagnosi di cancro al seno avviene al di fuori del programma di screening, per metà con l'autopalpazione. E i casi più aggressivi si registrano nelle pazienti giovani", escluse dall'esame. "Svizzera e Regno Unito - prosegue Conte - hanno eliminato la mammografia perché i costi non giustificano i benefici. Questo non significa che non serve, sia chiaro".

Esistono studi contro la validità dello screening?

No. Sicuramente ha consentito di fare diagnosi di tumori sotto il centimetro, che nella metà dei pazienti non sviluppa metastasi ai linfonodi ascellari. Ha permesso di evitare la mastectomia totale, di asportare il linfonodo sentinella (il primo dell'ascella) senza svuotare l'ascella. Un intervento che causa gonfiore al braccio, un danno estetico oltre che funzionale, e problemi di mobilità. Ma a vent'anni dall'implementazione del programma di screening ci siamo resi conto di non aver raggiunto i risultati sperati.

Quali?

L'impatto sulla riduzione della mortalità nelle pazienti colpite dal tumore. La guarigione infatti dipende da molti fattori, per esempio i farmaci più validi, il trattamento adiuvante e post operatorio più efficace. E poi ci siamo accorti che i carcinomi alla mammella non sono tutti uguali, come si credeva negli anni Novanta. Alcune forme hanno un decorso

lento, di oltre dieci anni; altri invece sono rapidi e aggressivi, nel giro di un paio di mesi provocano metastasi. La seconda forma interessa soprattutto le donne under 40, escluse però dall'esame! Moltissimi studi usciti di recente sulle migliori riviste scientifiche a livello internazionale, come il *British medical journal*, lo dimostrano, ma da noi nessuno ne parla.

Quindi la mammografia andrebbe raccomandata anche alle più giovani?

Magari sì anche se l'indagine è inadeguata perché la macchina è poco sensibile su un seno di consistenza densa, come è quello di chi ha 30 anni o meno. A questo punto avrà un impatto minore nel ridurre il rischio di morte. È anche una questione di macchinari. Ci sarebbero anche i mammografi digitali, ma sono più costosi, emettono più radiazioni e richiedono più tempo per la lettura dei dati. Di solito vengono usati quando c'è già un sospetto clinico.

C'è una soluzione?

Sì, per esempio un programma di screening personalizzato, che tenga conto

della familiarità e dell'ereditarietà del tumore al seno e all'ovaio. In questo caso, l'esame si farebbe con la risonanza magnetica a partire dai 30 anni, una volta all'anno. Alcune Regioni, come Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, lo hanno già adottato. Ma non c'è un programma nazionale. Che io sappia al ministero della Salute non se ne discute ancora. All'interno della rete oncologica veneta, che coordino, stiamo portando avanti il piano. Mi auguro che qualcuno dall'alto ci ascolti.


**VENT'ANNI
DOPO**

Svizzera e Regno Unito hanno cambiato perché i costi non giustificano i benefici. Alcune nostre Regioni sono già passate alla risonanza personalizzata



In breve

Tumori

Più casi nuovi al giorno ma meno mortalità

■ Circa 1.000 nuovi casi di tumore al giorno registrati in Italia nel 2014, in totale 365.500, 54% negli uomini e 46% nelle donne. Ma la mortalità è in netto calo e dal 1996 a oggi è diminuita del 20%. E' emerso dal convegno sullo 'Stato dell'Oncologia in Italia' organizzato dall'Aiom.

"Il passo avanti - evidenzia il presidente Aiom, Carmine Pinto - è stato rappresentato dalla medicina personalizzata e dalle terapie mirate. Vanno, in effetti, a colpire direttamente le cellule malate non intaccando quelle sane.

In breve

Tumori

Più casi nuovi al giorno ma meno mortalità

■ Circa 1.000 nuovi casi di tumore al giorno registrati in Italia nel 2014, in totale 365.500, 54% negli uomini e 46% nelle donne. Ma la mortalità è in netto calo e dal 1996 a oggi è diminuita del 20%. E' emerso dal convegno sullo 'Stato dell'Oncologia in Italia' organizzato dall'Aiom.

"Il passo avanti - evidenzia il presidente Aiom, Carmine Pinto - è stato rappresentato dalla medicina personalizzata e dalle terapie mirate. Vanno, in effetti, a colpire direttamente le cellule malate non intaccando quelle sane.

Salute●oncologia

Medicina

Tumore ovarico: ecco cosa si può fare prima

Dopo il caso dell'attrice Angelina Jolie è aumentata l'attenzione sui test in grado di indicare il rischio di tumori. Ecco le novità

di Luana Trumino

Con la consulenza della prof.ssa
NICOLETTA COLOMBO,



Direttore della
 Divisione Ginecologia
 Oncologica Medica,
 Istituto Europeo di
 Oncologia, Milano.

A 38 anni, dopo tre casi in famiglia (una nonna, una madre e una zia) di morte per cancro, l'americana Angelina Jolie ha comunicato di essere ricorsa alla chirurgia preventiva per farsi asportare ovaie e tube di Fallopio. La scelta dell'attrice, ponderata dopo un'attenta riflessione, è derivata dal risultato di un particolare esame genetico che le aveva predetto il rischio del 50% di potersi ammalare di cancro alle ovaie - il sesto più diffuso tra le donne - che colpisce con più frequenza tra i 50 e i 65 anni.

Questo tipo di carcinoma rimane, ancora oggi, il killer numero uno tra le neoplasie ginecologiche femminili a causa del suo esordio insidioso e della difficoltà di essere diagnosticato a uno stadio iniziale. Non presenta, infatti, sintomi specifici: i più comuni sono gonfiore, fitte addominali e la neces-

sità di urinare spesso. Sintomi che possono essere facilmente confusi con altre patologie. Per questo, nel 75% dei casi, viene diagnosticato quando è già in fase avanzata. Sapere se si ha una familiarità o una predisposizione genetica ereditaria al tumore ovarico è molto importante perché consente di mettere in atto delle misure di prevenzione che possono ridurre il rischio di sviluppare la malattia. "Oggi l'oncogenetica, scienza che studia la componente ereditaria delle malattie tumorali, ha messo finalmente a disposizione delle donne e delle loro famiglie un test genetico, come quello a cui si è sottoposta la Jolie, che individua la presenza di una mutazione ereditaria dei geni BRCA1 e BRCA2 e che permette sia di ridurre l'eventuale maggior rischio sia di curare la malattia in modo più adeguato" spiega la professoressa Colombo.



È nata la prima rete di accesso al test

Da ora in poi, l'accesso al test che può predire il rischio di malattia sarà garantito a tutte le pazienti con tumore ovarico e le donne a rischio sull'intero territorio nazionale, con un servizio rapido e di alta qualità diagnostica. È nato, infatti, il

primo servizio nazionale che permette di accedere al test molecolare BRCA con tempistiche brevi: si basa su una piattaforma online che consente agli oncologi italiani che ne fanno richiesta di ottenere l'esito del test molecolare in 3 settimane,

con un risparmio di tempo di circa 5-8 mesi, identificando così precocemente l'eventuale mutazione dei geni BRCA. Il nuovo servizio è sviluppato dal Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna del Policlinico Universitario Agostino Gemelli.

Salute ● oncologia

Pillola e chemio-prevenzione

Assumere farmaci per ridurre il rischio di tumore all'ovaio: questa strategia si chiama **chemioprevenzione**. La pillola anticoncezionale, assunta per un periodo di almeno 4 anni, riduce del 50% il rischio di tumore all'ovaio nella popolazione generale. Recenti studi, inoltre, suggeriscono che la pillola può avere un ruolo protettivo per il tumore all'ovaio anche nelle donne con mutazione BRCA1 o BRCA2.

Oggi, grazie ai progressi della ricerca scientifica e alle nuove conoscenze sugli effetti delle mutazioni BRCA1 e BRCA2, si stanno aprendo nuove frontiere terapeutiche rappresentate dai **farmaci a bersaglio molecolare**. "Si tratta di farmaci che sfruttano il deficit di riparo del DNA, la cosiddetta ricombinazione omologa per eliminare in modo più efficace le cellule del tumore ovarico. Tra questi - puntualizza l'esperta - la classe di farmaci

maggiormente attivi sono gli inibitori di PARP. Quando si utilizzano degli inibitori delle PARP in soggetti con mutazione BRCA1 e BRCA2, entrambi i sistemi di riparo del DNA diventano inefficaci, favorendo la morte cellulare. Attualmente **sono in via di sperimentazione** diversi inibitori di PARP impiegati nell'ambito del trattamento del tumore ovarico, alcuni dei quali saranno presto disponibili anche nel nostro Paese".



IL RISCHIO FAMILIARITÀ

Il tumore all'ovaio è una malattia complessa, di cui non si conoscono ancora a fondo le cause, ma di cui si conoscono i principali fattori di rischio, cioè quelle situazioni che aumentano la probabilità di contrarre la malattia. Tra questi, la familiarità e l'ereditarietà genetica hanno una rilevanza particolare. "Così come è avvenuto nel caso della Jolie, una storia familiare di malattia, cioè **la presenza all'interno della stessa famiglia di uno o più casi di tumore del seno o dell'ovaio**, aumenta il rischio di contrarre un carcinoma ovarico - spiega la professoressa Colombo. Recenti studi hanno anche rilevato che il 15-25% dei tumori ovarici sono di origine genetico-ereditaria, cioè causati dalla mutazione di due geni che si trasmettono di generazione in generazione: il gene BRCA1 e il gene BRCA2".

BASTA UN SEMPLICE PRELIEVO

A chi rivolgersi per sapere se si ha predisposizione alla malattia

Consiste in un semplice **prelievo di sangue** dal quale viene estratto il DNA e sottoposto a indagini molecolari che permettono di individuare la presenza di mutazioni genetiche ereditarie sui geni BRCA1 e BRCA2. Il test genetico non diagnostica, quindi, la presenza del tumore ma, attraverso l'identificazione di specifiche mutazioni del patrimonio genetico, consente esclusivamente di individuare le donne che sono portatrici di tali mutazioni ereditarie e quindi di una **maggior predisposizione** alla malattia.

A CHI È CONSIGLIATO

Sia a donne con diagnosi di tumore sia a donne sane, ma a rischio, perché **hanno una storia familiare di malattia**, cioè la presenza all'interno della stessa famiglia di uno o più casi di tumore del seno o dell'ovaio". Poiché la predisposizione può essere ereditata sia dalla madre sia dal padre, qualora si sospetti una trasmissione per via paterna è necessario considerare anche i parenti di secondo grado (nonni, zii materni e paterni, nipoti). Nel caso di donne sane il test, se positivo, consente di intraprendere appropriati programmi di sorveglianza e di riduzione del rischio che la malattia si sviluppi.

A CHI RIVOLGERSI

La decisione di sottoporsi al test BRCA1/BRCA2 è del tutto personale e deve essere frutto di un'attenta riflessione sulle implicazioni che l'esito del test può avere sulla propria vita e su quella dei propri familiari. Prima di decidere è importante raccogliere tutte le informazioni **rivolgendosi a un centro di genetica oncologica** - il medico curante può fare una richiesta per consulenza oncogenetica - o chiedendo direttamente al proprio oncologo ginecologo se si ha già una diagnosi di tumore ovarico.

La chirurgia profilattica

Se la mutazione dei geni BRCA 1 e BRCA2 è positiva, come nel caso di Angelina Jolie, la donna **può decidere di sottoporsi a una chirurgia profilattica**. L'asportazione delle ovaie e delle tube uterine, cioè l'annessiectomia bilaterale, riduce del 96% il rischio di tumore all'ovaio

e del 56% di tumore al seno. Ma è importante sapere che questo tipo di intervento **induce la menopausa** (menopausa chirurgica) se la donna ha ancora il ciclo mestruale. Se, invece, la donna è già in menopausa l'intervento non cambia l'assetto ormonale.



Lunedì 11 MAGGIO 2015

Cancro del polmone. Ok dalla UE per nuovo farmaco Novartis

Ceritinib appartiene a una nuova classe di farmaci conosciuta come ALK inibitori (Anaplastic lymphoma kinase). Il farmaco è stato approvato dalla Commissione europea per il trattamento del cancro polmonare in pazienti con specifiche mutazioni genetiche.

La casa farmaceutica svizzera Novartis ha annunciato il via libera della Commissione Europea per ceritinib (Zykadia), un farmaco per il trattamento del cancro polmonare in pazienti con specifiche mutazioni genetiche. Ceritinib appartiene a una nuova classe di farmaci conosciuta come ALK inibitori (Anaplastic lymphoma kinase). La molecola è stata approvata negli USA ad aprile 2014 ed è stata studiata per il trattamento di pazienti con cancro polmonare non a piccole cellule che sono stati precedentemente trattati con crizotinib (Xalkori, Pfizer), un altro ALK inibitore. Tra il 2 e il 7% dei pazienti con un cancro polmonare non a piccole cellule presentano specifiche mutazioni del gene ALK.

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Ca al pancreas, metformina potrebbe non migliorare la sopravvivenza



12 maggio 2015

Ampiamente utilizzata per il trattamento del diabete di tipo II, la metformina non sembra migliorare la sopravvivenza dei pazienti affetti da adenocarcinoma del dotto pancreatico.

A suggerirlo sono risultati di uno studio di coorte retrospettivo presentato al congresso annuale dell'American Association for Cancer Research, terminato di recente a Philadelphia.

Infatti, la sopravvivenza mediana dei pazienti che non assumevano metformina è risultata di 308 giorni contro 292 giorni nei pazienti che assumevano l'ipoglicemizzante prima che venisse loro diagnosticato il cancro, anche se la differenza tra i due gruppi non è risultata statisticamente significativa.

Studi epidemiologici precedenti hanno suggerito che la metformina sia in grado di ridurre il rischio di decesso dovuto al cancro. Tuttavia, i dati sul cancro al pancreas non sono univoci e gli studi retrospettivi sulla sopravvivenza al cancro potrebbero essere gravati da bias involontari, specie perché non sempre erano disponibili informazioni particolarmente dettagliate sull'uso della metformina.

Sono stati pubblicati diversi studi che suggeriscono un possibile ruolo della metformina come agente antitumorale. Tra questi, ci sono studi osservazionali su pazienti diabetici colpiti da un tumore al pancreas, che hanno evidenziato risultati migliori nei soggetti in trattamento con metformina.

"Si pensa che tale beneficio sia il riflesso dei molteplici meccanismi d'azione che la metformina ha in termini di riduzione della crescita delle cellule tumorali. Gli studi preclinici hanno evidenziato che il suo effetto principale è quello sul pathway dell'AMPK" ha commentato Jackson Autumn McRee, dello University of North Carolina

(UNC) Lineberger Comprehensive Cancer Center di Chapel Hill (nel North Carolina), non coinvolto nello studio presentato al congresso.

La metformina, ha aggiunto l'esperto, facilita l'attivazione e la successiva inibizione del target a valle dell'AMPK, cioè mTOR; inoltre, il farmaco ha dimostrato di inibire la crescita delle cellule staminali tumorali e interferire con i microRNA coinvolti nell'apoptosi e nell'invasione cellulare.

Nello studio presentato a Philadelphia, Roongruedee Chaiteerakij, del Mayo Clinic Cancer Center di Rochester, e i colleghi hanno analizzato l'utilizzo di metformina e la sopravvivenza nei 1360 pazienti registrati nel database SPORE (Mayo Clinic Pancreatic Cancer Specialized Programs of Research Excellence).

Gli autori hanno suddiviso i pazienti in cinque gruppi: soggetti che non avevano mai preso metformina (908 pazienti), soggetti che avevano iniziato a prendere l'antidiabetico più di un anno prima della diagnosi di tumore (84 pazienti), soggetti che avevano iniziato la metformina non oltre un anno prima della diagnosi (212 pazienti), soggetti che avevano iniziato meno di 30 giorni dopo la diagnosi (104 pazienti) e soggetti che avevano iniziato più di 30 giorni dopo la diagnosi (34 pazienti).

L'età media del campione era di 67 anni e il 59% era rappresentato da uomini.

Il paziente che ha mostrato la sopravvivenza più lunga - 818 giorni - aveva iniziato il trattamento con metformina più di 30 giorni dopo la diagnosi di cancro al pancreas.

Tra 413 pazienti che avevano un tumore resecabile, i ricercatori hanno trovato una tendenza verso un miglioramento della sopravvivenza tra gli utilizzatori della metformina (782 giorni contro 612 giorni; $P = 0,07$).

"Questo studio mette in evidenza l'importanza di un disegno appropriato per gli studi retrospettivi, e la necessità di condurre studi prospettici con un solido razionale per determinare l'effetto dei farmaci antidiabetici sul rischio di cancro o di decesso" ha dichiarato Chaiteerakij in un comunicato stampa.

"Il razionale scientifico per inserire la metformina nello schema di trattamento per il cancro al pancreas è forte. I dati clinici disponibili sono per lo più sotto forma di revisioni retrospettive e metanalisi, molte delle quali hanno fornito dati contrastanti" ha detto McRee. L'esperto ha detto di ritenere improbabile che la metformina possa essere un agente efficace come monoterapia, ma ha aggiunto che servono ulteriori studi prospettici sull'impiego di combinazioni di farmaci contenenti anche l'antidiabetico.

Attualmente, sono in corso uno studio in cui si sta valutando la combinazione del regime chemioterapico FOLFOX con metformina in pazienti con tumore al pancreas metastatico e un trial in cui si sta testando la combinazione di metformina con l'inibitore mTOR rapamicina.

[[chiudi questa finestra](#)]

Ca al pancreas avanzato, aggiunta di masitinib alla chemio allunga la vita in alcuni pazienti



12 maggio 2015

L'aggiunta di masitinib a gemcitabina ha prolungato in modo significativo la sopravvivenza globale (OS) nei pazienti con carcinoma pancreatico avanzato che presentavano una sovraespressione di ACOX1 o riferivano dolore al basale, in uno studio multicentrico internazionale di fase III, pubblicato di recente su **Annals of Oncology**.

Tuttavia, la combinazione dei due agenti non ha mostrato di migliorare gli outcome nella popolazione complessiva dello studio rispetto alla sola gemcitabina.

"Il tumore al pancreas continua ad essere una malattia contraddistinta da un grosso bisogno terapeutico non soddisfatto, per la quale servono nuovi agenti attivi" scrivono gli autori, guidati da Gaël Deplanque, del Saint Joseph Hospital di Parigi. "Per oltre un decennio, la monoterapia con gemcitabina ha rappresentato il trattamento standard per l'adenocarcinoma duttale pancreatico localmente avanzato o metastatico inoperabile.... Diverse combinazioni a base di gemcitabina e altri agenti valutate in studi clinici randomizzati non hanno dimostrato un miglioramento significativo dell'OS o oppure hanno evidenziato benefici statisticamente significativi ma piuttosto modesti in termini di sopravvivenza rispetto alla sola gemcitabina" aggiungono Deplanque e i colleghi.

Tuttavia, spiegano i ricercatori, l'inibitore orale selettivo della tirosin-chinasi masitinib, combinato con gemcitabina, ha dato risultati promettenti sia in studi preclinici sia in alcuni trial clinici.

Deplanque e gli altri autori hanno quindi provato a valutare efficacia e sicurezza di questa combinazione rispetto alla sola gemcitabina su un totale di 353 pazienti con un adenocarcinoma duttale pancreas avanzato inoperabile, naïve alla chemioterapia. I partecipanti sono stati arruolati e trattati in 73 centri, la maggior parte dei quali situati in Francia, nella Repubblica Ceca e negli Stati Uniti.

I pazienti sono stati trattati quotidianamente con masitinib 9 mg/kg più gemcitabina 1000 mg/m² (175 pazienti) o un placebo più gemcitabina 1000 mg/m² (178 pazienti) e il trattamento è continuato fino alla progressione

della malattia o alla comparsa di eventi avversi non tollerabili.

L'endpoint primario dello studio era l'OS nella popolazione intent-to-treat modificata. I ricercatori hanno cercato, inoltre, di identificare sottogruppi di pazienti con prognosi sfavorevole durante il trattamento con gemcitabina in monoterapia con una valutazione successiva del beneficio terapeutico offerto da masitinib.

Il follow-up è stato di 26 mesi. Nel complesso, l'OS mediana è risultata comparabile nel gruppo trattato con masitinib e in quello di controllo (7,7 mesi contro 7,1 mesi; HR 0,89; IC al 95% 0,7-1,13).

Le analisi secondarie hanno, tuttavia, permesso di identificare due sottogruppi con percentuali di sopravvivenza significativamente inferiori se trattati con la sola gemcitabina: i pazienti con una sovraespressione di acil-CoA ossidasi-1 (ACOX1) nel sangue e quelli che al basale riferivano un'intensità del dolore superiore ai 20 mm nella scala analogica visiva (VAS) a 100 millimetri. I pazienti di questi sottogruppi - che rappresentavano circa il 63% del campione - hanno mostrato un'OS mediana di 5,5 mesi, se trattati con la sola gemcitabina e secondo i ricercatori rappresentano, quindi, una popolazione con un bisogno medico fondamentale insoddisfatto.

I pazienti di questi sottogruppi hanno mostrato, invece, un miglioramento significativo dell'OS se trattati con masitinib più gemcitabina. Il gruppo caratterizzato da una sovraespressione di ACOX1 ha raggiunto un'OS mediana di 11,7 mesi (HR 0,23; IC al 95% 0,1-0,51) e quello che riferiva dolore al basale un' OS mediana di 8 mesi (HR 0,62; IC al 95% 0,43-0,89).

Dal punto di vista della sicurezza e tollerabilità, gli eventi avversi ematologici gravi sono risultati più comuni nella coorte trattata con masitinib più gemcitabina (63% contro 42%; $P < 0,001$) e un maggior numero di pazienti trattati con masitinib ha sospeso il trattamento (42% contro 23%; $P = 0,003$). Anemia, nausea, vomito, trombocitopenia e neutropenia si sono verificati più frequentemente nel gruppo trattato con masitinib; tuttavia, mal di schiena, costipazione ed embolia polmonare sono risultati più comuni nel gruppo trattato con placebo.

Nonostante una maggiore incidenza degli eventi avversi nel gruppo trattato con masitinib, gli effetti collaterali sono risultati in genere gestibili.

"Il beneficio di sopravvivenza osservato nei pazienti con adenocarcinoma pancreatico duttale avanzato caratterizzati da una sovraespressione di ACOX1 nel sangue o con un livello di dolore al basale > 20 mm nella scala VAS, quando trattati con masitinib e gemcitabina, insieme con la tossicità gestibile della combinazione, fa pensare a un rapporto rischio-beneficio positivo" concludono Deplanque e i colleghi.

Pertanto, riferiscono i ricercatori, è già partito uno studio di conferma che possa giustificare l'uso di masitinib più gemcitabina come nuova opzione terapeutica per questi due sottogruppi di pazienti.

G. Deplanque, et al. A randomized, placebo-controlled phase III trial of masitinib plus gemcitabine in the treatment of advanced pancreatic cancer. *Ann Oncol.* 2015; doi:10.1093/annonc/mdv133.
<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/07/annonc.mdv133.long>

[chiudi questa finestra]

Lunedì 11 MAGGIO 2015

Mielomi. Il ruolo di "guerriera" della proteina Che-1 in uno studio dell'Istituto Regina Elena

Lo studio, finanziato da Airc e pubblicato su The Embo Journal, ha dimostrato che, in campioni ottenuti da oltre 100 pazienti con mieloma multiplo, l'inibizione della proteina umana Che-1 arresta la crescita delle cellule di mieloma. Non solo, con il silenziamento di Che1 si riduce l'autofagia delle cellule cancerose.

Importante marcatore della progressione del mieloma multiplo e potenziale bersaglio terapeutico, torna alla ribalta la proteina umana Che-1, con un nuovo ruolo chiave nelle neoplasie. Una vera e propria "guerriera" contro il cancro come viene definita nella nota diffusa oggi dall'Istituto Regina Elena che dà notizia dello studio di un gruppo di suoi ricercatori diretto da **Maurizio Fanciulli** e pubblicato oggi su *Embo Journal*.

La ricerca dimostra che, in campioni ottenuti da oltre 100 pazienti con mieloma multiplo, l'inibizione della proteina umana Che-1 arresta la crescita delle cellule di mieloma. Non solo, con il silenziamento di Che1 si riduce l'autofagia delle cellule cancerose, un meccanismo sfruttato da questo tipo di tumore, che produce un'abnorme quantità di proteine, per crescere e sopravvivere. Il lavoro ha dunque rivelato che, se in molti tipi di cancro, Che-1 svolge un'azione anti-tumorale, nel contesto particolare del mieloma multiplo favorisce la crescita del tumore. Lo studio è stato finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.

La proteina Che-1 è stata scoperta nel 2000 dal team dell'Istituto Regina Elena. Lo stesso gruppo ne ha poi riconosciuto il ruolo chiave nella resistenza dei tumori alla chemioterapia. Oggi è stata individuata un'ulteriore funzione cardine della proteina umana: Che-1 infatti è in grado di regolare, in risposta a diversi tipi di stress cellulare, un importante circuito di molecole della cellula, controllato da mTOR, e spesso alterato in diverse forme neoplastiche.

“La regolazione di Che-1 su mTOR - spiega Fanciulli - avviene attraverso due importanti geni, Deptor e Redd1, che inibiscono mTOR e sono in grado di attivare il fenomeno dell'autofagia. In particolare Deptor è molto espresso in una forma di neoplasia ematologica, il mieloma multiplo, patologia ancora difficile da curare e caratterizzata da un'enorme produzione di proteine anticorpali”.

Il lavoro ha mostrato che la proteina Che-1 è molto espressa nel mieloma multiplo; inoltre, un'analisi in campioni ottenuti da oltre 100 pazienti ha messo in luce l'aumento di espressione di Che-1 e Deptor durante il progredire della malattia. “L'inibizione di Che-1 - prosegue Fanciulli - in cellule di mieloma multiplo blocca la malattia. Questa osservazione è di estrema importanza. Non si può escludere che in futuro le terapie contro questo tumore possano avere come bersaglio i processi cellulari attivati da Che-1. Un importante risultato ottenuto dal nostro Istituto - conclude **Ruggero De Maria**, Direttore Scientifico IRE - che fa ben sperare in un suo possibile impiego nella clinica sia a livello prognostico che terapeutico”.



- Home
- Cronaca
- Politica
- Economia
- Estero
- Spettacolo
- Sport
- Salute
- Food
- Ricerca e sviluppo
- News in English
- I Portali agi
- Regionali agi

- Borsa
- Tech
- Travel
- Cinema
- Musica
- Motori
- Arte
- Gossip
- Moda
- + PEI News

Login

Cerca



Segui @Agenzia_Italia

Ricerca e Sviluppo

Salute: dolore cronico, in italia solo 4% in terapia con oppioidi

15:57 11 MAG 2015

(AGI) - Roma, 11 mag. - Sono 2 milioni e mezzo i pazienti che, nell'arco di un anno, hanno ricevuto almeno una prescrizione per farmaci oppioidi a scopo analgesico. Di questi solo 422mila (17 per cento) hanno seguito un trattamento continuativo, cioè il 4 per cento sul totale dei cittadini che soffrono di dolore cronico. Questi dati confermano il sottoutilizzo di queste sostanze che è di circa la metà di quello registrato in altri paesi europei. Lo afferma un'analisi dei dati forniti dall'Ufficio III della Direzione Generale del Sistema Informativo del ministero della Salute, che riguardano il trend delle prescrizioni di oppioidi nel 2013 in Italia. Lo studio è stato presentato durante il pre-congress MundiPharma, nell'ambito del World medicine park, forum internazionale dedicato alle scienze mediche in corso a Maiorca. Sul totale dei 2.520.000 pazienti che hanno ricevuto almeno una ricetta per l'assunzione di analgesici oppioidi nel 2013, solo 422.000, meno del 17 per cento, hanno seguito un trattamento cronico. Tutti gli altri, 2.098.000, circa l'83 per cento, hanno fatto un uso sporadico di questi farmaci. Il dosaggio medio giornaliero di oppioidi (espresso in mg equivalenti di morfina), è risultato, nei pazienti oncologici, di 80 mg/Die, in linea con i valori del resto d'Europa, in quelli non oncologici, di 30 mg/Die, la metà del valore su cui si attestano gli altri Paesi del Vecchio Continente (60 mg/die). Sul fronte dell'incremento posologico, inoltre, escludendo dall'analisi i primi 3 mesi di trattamento, più del 30 per cento dei pazienti ha visto invariato il proprio dosaggio o ha subito un decremento e il 29 per cento ha avuto un aumento, mese su mese, non superiore al 10 per cento. "I dati ci restituiscono un quadro sconcertante, che testimonia, più che l'abuso, il sottoimpiego di questi farmaci", ha commentato Luca Miceli, autore dello studio e dirigente medico presso la Clinica di Anestesia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine.

TAGS

RSS Tweet

Speciale Expo2015



RC Auto



ADSL



Prestiti



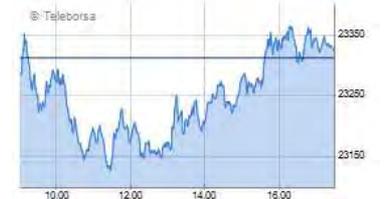
Conti



BORSA

Descrizione	Valore	Var. %
FTSE MIB	23.321,86	+0,04 ▲
FTSE Italia All-Share	24.910,03	+0,12 ▲
FTSE Italia Mid Cap	33.245,73	+0,62 ▲
FTSE Italia STAR	25.014,80	+0,31 ▲

Spread BTP-Bund 115 punti +1,74 ▲



Borsa Italiana



I PORTALI

- ▶ agiEuropa
- ▶ agiEnergia
- ▶ agiSalute
- ▶ agiChina
- ▶ agiArab
- ▶ Scelte Sostenibili



E-HEALTH**Ecco il Manifesto digitale***Perché puntare sull'innovazione: qualità e investimenti*

Il patto digitale è uno dei grandi temi aperti su cui Governo e Regioni si sono impegnati e che, nonostante la tabella di marcia messa nero su bianco, nel cosiddetto "patto nel patto" approvato l'anno scorso, fatica a trovare la quadra. Eppure, un'azione coordinata tra le società pubbliche di Ict attive in tutte le Regioni e i principali player privati di settore potrebbe dare gambe e fiato a una rivoluzione tanto annunciata quanto stentata nella pratica. Con le solite Regioni virtuose pronte e le altre dietro a passarsi la borraccia del cambiamento. E soprattutto con gli investimenti al contogocce. Il Manifesto per favori-

re un Ssn versione "3.0" parte dal presupposto che l'e-health oggi vale 110 milioni di euro all'anno e l'idea (certo non nuova) di creare un network pubblico-privato con finalità e step organizzativi ben precisi potrebbe dare una svolta. I benefici sarebbero molteplici: per il Sistema sanitario, per i protagonisti economici, per i cittadini. Presentiamo il testo integrale del Manifesto, che si propone come un'idea di partenza, un foglio bianco su cui sono chiamati a scrivere altri volenterosi. Per prendere impegni precisi su qualità, tempi e buona spesa.

A PAG. 6-7

ASSINTERITALIA**E-health: un manifesto pubblico-privato per una vera svolta 3.0**

Il patto industriale tra le maggiori imprese del made in Italy della sanità elettronica e le società Ict in house delle Regioni è la vera novità nel panorama paludoso dell'e-health italiano. Dà gambe e voce a quel patto digitale voluto dalla ministra della Sanità, che è stato più volte richiamato, ma che in realtà non è ancora giunto in porto.

La necessità di un patto. Le novità sono tre. La prima, la più importante: aziende pubbliche e private decidono di non farsi concorrenza e di collaborare al piano nazionale di interoperabilità che deve far nascere il Fascicolo sanitario elettronico. La legge stabilisce che entro il 2015 tutti i cittadini italiani hanno diritto di attivare il Fse, ma soltanto poche Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Trentino, Toscana) sono veramente pronte. Per farlo, è necessaria una grande collaborazione pubblico-privato, un patto, appunto. Il pubblico si ritira da un mercato concorrenziale, di prodotto e svolge l'importante funzione di driver dell'investimento; il privato si impegna a "industrializzare" le soluzioni tecnologiche per il Fascicolo del cittadino, per le reti regionali e-health di generazione Internet

che ci porteranno verso un welfare a bassa burocrazia.

La seconda novità non è da meno. Le società in house delle Regioni - coordinate da Assinteritalia, l'associazione presieduta da **Clara Fresca Fantoni**, direttore generale di Informatica Trentina - sono pronte a supportare il Governo e l'Agenzia digitale italiana, come network di promozione nazionale dell'e-health, per dare gambe nel territorio nazionale ai programmi dell'Agenda digitale italiana, tra cui, in primis, il Fse.

Di cosa si tratta? Si parte dalla constatazione che tutti gli enti centrali che dovevano promuovere la digitalizzazione del Paese - come l'Agenzia per l'Agenda Digitale che ha vissuto nell'ultimo anno una storia tormentata - non sono riusciti a svolgere questa funzione.

Uno dei principali motivi dell'insuccesso è la mancanza di una rete capillare nei territori. Ogni Regione ha fatto la sua politica digitale, con risultati non sempre all'altezza della sfida.

Perché, allora, non utilizzare le quindici società Ict in house presenti in altrettante realtà regionali, che peraltro sul Fascicolo

sono state molto attive? Questa rete con un know-how progettuale considerevole si metterebbe a disposizione di un organo centrale (Agenzia digitale, Dipartimento) e anche il rapporto Stato-Regioni ne gioverebbe. Le società regionali acquisirebbero una rinnovata e triplice identità: meno concorrenza al mercato, punto di riferimento delle politiche regionali e strumenti di coordinamento operativo delle politiche nazionali.

Va anche sottolineato che le diverse società, peraltro, hanno competenze diversificate: mettendosi in rete potrebbero attivare sinergie estremamente positive. Non bisogna dimenticare che molte di queste aziende sono



“regionalizzazioni” delle vecchie società Finiel: l’informatica di stato, aveva fin dagli anni ’80 costruito un network capillare di società “miste” con le Regioni, coordinate da una holding nazionale. Oggi i tempi sono cambiati, ma questa esigenza di una politica nazionale si ripropone con forza. Veniamo infine alla terza novità. Come dare concretezza alla collaborazione pubblico-privato? Qui l’indirizzo viene dalla bozza del Patto digitale circolata in questi mesi, con l’idea degli accordi pre-competitivi, che in altri Stati europei, come la Spagna e la Francia, stanno avendo un notevole successo.

Il mercato della sanità elettronica italiana è fermo. Le aziende sanitarie e ospedaliere non investono o investono pochissimo, meno di quell’1% che ci ricorda l’Osservatorio del Politecnico di Milano.

Si fanno gare per il minimo indispensabile e al massimo ribasso del prezzo, con tempi lunghissimi e risultati più che deludenti. Le grandi imprese internazionali del settore si stanno allontanando dal mercato italiano dell’e-health; altri si accontentano di vendere connettività, hardware e software di base.

Ma i tre ingredienti, se non impastati bene, non generano reti in grado di diffondere il Fascicolo tra i cittadini, ma solo una grande frammentazione del nostro digitale.

Occorre una svolta. Sperimentare soluzioni tecnologiche avanzate, in particolare per le piattaforme di interoperabilità regionali e di Asl, con accordi di collaborazione pubblico-privato. Se le innovazioni funzionano si mettono a gara, con precisi requisiti di qualità e non solo al minor prezzo.

Poi occorre favorire il riuso di queste soluzioni tra le diverse Regioni e aziende sanitarie locali; utilizzando, perché no, le stesse società in house regionali, facendole lavorare insieme come community di rete.

Non è tempo di chiusure nei propri orticelli. I vantaggi di questo cambiamento sarebbero molteplici: per il pubblico, che deve rispettare le scadenze di legge e passare a una sanità ad alta comunicazione; per il mercato che si rimetterebbe in movimento, in particolare per quello made in Italy della nostra informatica sanitaria. Ma soprattutto se ne avvantaggerebbero i cittadini, che avrebbero servizi semplificati on line, trasparenza nelle liste e nei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. L’idea è senz’altro intelligente e non molto distante da quello che il Governo ha detto di voler fare con Login Italia.

Mauro Moruzzi
responsabile

E-health Assinter Academy

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPESA FARMACEUTICA 2014/ Tetto sfondato in ospedale e boom di ticket a 1,5 mld

Aifa: in corsia rosso da 1 mld

Bene la territoriale con un avanzo di 185,14 mln (-3% rispetto al 2013)

Chiude con un profondo rosso di 1,049 miliardi la spesa farmaceutica ospedaliera nel 2014. Mentre quella territoriale fa registrare un avanzo di 185,14 milioni. Con un'incidenza sul Fsr dell'11,18% rispetto al tetto programmato dell'11,35 per cento. Lo rivela il consuntivo Aifa gennaio-dicembre 2014 sul Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale.

Per ticket e compartecipazione dei cittadini si assiste a un vero e proprio boom: 1,5 mld in tutto, con un'incidenza della quota prezzo di riferimento del 63,59 per cento e un balzo in un anno del 4,48% (+64 milioni). Sempre con le debite differenze regionali. La fetta più consistente è quella pagata dagli assistiti lombardi, con 260,25 milioni di euro; seguono la Campania (188,42 mln); il Lazio (160,28) e la Sicilia (159,76).

La notizia "buona" è che la farmaceutica territoriale ha tenuto, anzi è stata al di sotto dell'asticella dello 0,17% rispetto al tetto dell'11,35%, facendo realizzare una minore spesa di 185 mln, con un calo del 3% circa sul 2013. La

notizia cattiva, anzi pessima e addirittura leggermente superiore alle previsioni di un mese fa, è che la farmaceutica ospedaliera ha sfondato il tetto di 1,049 mld, attestandosi complessivamente a quota 4,874 mld. Lo sfondamento, vale sottolinearlo, per metà lo pagano le imprese, per metà le Regioni.

Proprio mentre Governo e governatori sono alle strette sull'intesa relativa ai tagli da 2,35 mld alla sanità per quest'anno, con la farmaceutica chiamata ancora una volta a partecipare, ecco che dall'Aifa arrivano i valori finali della spesa 2014. Spesa alta, altissima, in ospedale; in flessione in farmacia, anche se il calcolo Aifa, che comprende tante voci che influiscono sul tetto di spesa programmato, non è quello della convenzionata "pura". Ma la dinamica è quella. E nel futuro le prospettive anche per la territoriale non sono esattamente entusiasmanti.

Il territorio "tiene". La spesa convenzionata netta totale è stata di 8,598 mld, più 95 mln di prezzo di riferimento, altri 546,2 mln di ticket, 3,25

mld per distribuzione diretta. Nel complesso l'11,18% di incidenza sul Fondo sanitario (contro l'11,35% del tetto programmato).

Risultato: minore spesa di 185,1 mln rispetto al tetto. Tetto che è stato però superato in 9 Regioni: record alla Sardegna (14,06%), poi nell'ordine Puglia, Calabria, Lazio, Campania, Abruzzo, Sicilia, Marche e Molise. Le altre sono tutte sotto l'asticella dell'11,35%, con Bolzano, Trento e soprattutto, tra le grandi, Emilia Romagna (9,63%) e Veneto (9,73%) le più "risparmiose".

I ticket intanto sono sempre più amari. Note dolenti arrivano dal pianeta ticket e dintorni, arrivati a quota 1,5 mld nel 2014. Il 63,59% come reference price (954 mln), il resto come ticket puri (546 mln). L'aumento totale è stato di 64,277 mln, il 4,48% oltre il 2013. Ma con aumenti straordinari in Basilicata (+16,17%), a Trento (+12,87) e in Sardegna (+11,08). Calo invece in Sicilia (-1,18%) e crescita quasi piatta in Liguria (+0,98). I cittadini hanno pagato di più nel complesso

(ma questo dipende anche dalla numerosità della popolazione) in Lombardia (120 mln), Lazio (112 mln) e in Campania (107 mln).

Le ricette sono state 609,2 mln con un aumento dello 0,24%, con le variazioni più forti in Puglia (+3,14%), Campania (2,89) e Calabria (2,71): oltre 13 volte sopra la media nazionale.

La spesa ospedaliera resta di fatto fuori controllo. È infatti in corsia che le cose sono andate a rotoli. Spesa totale a quota 4,874 mld con un disavanzo assoluto di 1,049 mld, segnala il rapporto dell'Aifa. Il livello di spesa è stato del 4,5% rispetto al tetto programmato (si fa per dire) del 3,5 per cento. Un tetto che nessuna Regione ha potuto rispettare, ma anche in questo caso con le solite differenze. Più alto il livello di spesa è stato in Toscana e Puglia (entrambe al 5,4%) e poi in Sardegna (5,1%) rivelatasi la più spendacciona per farmaci se si include anche la territoriale. E ora, avanti con i ripiani. Che il Tar peraltro, almeno relativamente al 2013, ha già bloccato. (r.tu.)

Un anno farmaceutico in cifre

1,5 mld

Compartecipazione totale: somma del ticket per ricetta e della quota di compartecipazione rispetto al prezzo di riferimento

609,3 mln

Numero di ricette nel periodo gennaio-dicembre 2014 (1,5 mln in più rispetto al 2013, pari a una variazione dello 0,24%)

1,05 mld

Lo sfondamento della spesa farmaceutica ospedaliera, con un'incidenza del 4,46% rispetto al tetto programmato del 3,5%

-185 mln

Lo scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale, con un'incidenza dell'11,18% a fronte di un tetto dell'11,35%



Le compartecipazioni a carico del cittadino

Riepilogo della spesa relativa a tutte le compartecipazioni a carico del cittadino nel periodo gennaio-dicembre 2014, nelle singole Regioni, rispetto allo stesso periodo del 2013

Regione	Gennaio-dicembre 2014	Quota di compart. sul prezzo di rif.	Ticket fisso per ricetta
Basilicata	16.424.658	9.943.472	6.481.186
Trento	4.866.679	4.866.679	0
Sardegna	26.878.213	26.878.213	0
Lazio	160.276.106	112.133.673	48.142.433
Marche	27.264.170	27.264.170	0
Umbria	17.419.640	15.201.782	2.217.857
V. Aosta	1.658.660	1.658.660	0
Friuli V.G.	17.458.811	17.458.811	0
Toscana	65.328.811	54.556.420	10.772.391
Abruzzo	32.743.773	23.629.369	9.114.404
Calabria	51.107.922	37.839.041	13.268.881
Emilia R.	73.821.657	59.236.682	14.584.976
Puglia	129.317.903	77.742.584	51.575.319
Campania	188.420.471	107.521.427	80.899.044
Bolzano	9.405.725	4.873.199	4.532.526
Lombardia	260.247.588	120.699.756	139.547.833
Molise	9.245.966	5.931.417	3.314.549
Veneto	129.876.053	64.134.106	65.741.947
Piemonte	76.177.295	65.279.938	10.897.357
Liguria	42.689.557	24.458.383	18.231.174
Sicilia	159.765.934	92.794.544	66.971.390
Italia	1.500.395.592	954.102.325	546.293.267

Note. Quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento: valore del differenziale tra il prezzo al pubblico del medicinale prescritto e il prezzo di riferimento stabilito dall'Aifa, in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del DL 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Ticket fisso per ricetta: valore del ticket fisso per ricetta disposto con provvedimento regionale ai sensi dell'art. 4, comma 3, lett. a), DL 18/9/2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, L. 16 novembre 2001, n. 405; nonché di quello previsto dall'art. 17, comma 1, lett. d), DL 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 15 luglio 2011, n. 111 e s.m.i.

Spesa farmaceutica territoriale

Periodo gennaio-dicembre 2014 e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'11,35%, per singola Regione in ordine decrescente di incidenza sul Fsr

Regione	Spesa territoriale	Scostamento assoluto	Incidenza % su Fsr
Sardegna	410.805.391	79.206.174	14,06
Puglia	948.138.494	119.217.445	12,98
Calabria	455.432.876	53.396.024	12,86
Lazio	1.290.257.164	114.546.391	12,46
Campania	1.278.665.899	103.326.053	12,35
Abruzzo	294.144.560	17.739.771	12,08
Sicilia	1.055.468.280	44.175.462	11,85
Marche	326.887.831	1.321.794	11,40
Molise	66.203.810	118.275	11,37
Basilicata	118.866.429	-1.777.005	11,18
Friuli V.G.	237.225.008	-13.359.204	10,74
Toscana	739.775.408	-42.120.536	10,74
Liguria	329.894.398	-20.995.576	10,67
Umbria	177.041.681	-11.786.021	10,64
Piemonte	853.993.866	-70.534.140	10,48
Lombardia	1.810.541.590	-221.178.018	10,11
V. Aosta	22.296.463	-3.379.758	9,86
Veneto	863.282.768	-143.296.948	9,73
Emilia R.	781.436.071	-139.513.950	9,63
Trento	84.477.451	-21.245.208	9,07
Bolzano	71.951.207	-29.001.942	8,09
Italia	12.216.786.647	-185.140.917	11,18

Note. Con fondino arancione le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

Pay-back a carico delle aziende farmaceutiche.

Spesa farmaceutica ospedaliera

Individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2014 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 3,5%, per Regione

Regione	Spesa ospedaliera	Scostamento assoluto	Incidenza %
Toscana	371.907.708	130.794.422	5,4
Puglia	391.959.154	136.344.733	5,4
Sardegna	149.561.522	47.306.257	5,1
Friuli V.G.	108.415.748	31.143.083	4,9
Umbria	118.648.854	33.413.897	4,9
Abruzzo	80.939.646	22.710.839	4,9
Marche	138.528.361	38.133.548	4,8
Emilia R.	384.097.091	100.103.693	4,7
Bolzano	41.834.762	10.703.835	4,7
Piemonte	374.898.717	89.801.975	4,6
Liguria	141.540.282	33.336.325	4,6
Basilicata	47.049.467	9.846.646	4,4
Lazio	441.709.841	79.155.858	4,3
Campania	433.092.200	70.652.600	4,2
Veneto	370.579.992	60.180.961	4,2
Calabria	147.167.318	23.191.196	4,2
Molise	23.894.968	3.516.169	4,1
Lombardia	714.452.899	87.931.434	4,0
Sicilia	352.298.345	40.445.934	4,0
Trento	33.780.801	1.179.100	3,6
V. Aosta	7.824.146	-93.631	3,5
Italia	4.874.181.824	1.049.798.875	4,5

Note. Con fondino arancione le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

La spesa non comprende i vaccini ed è calcolata sulla base della procedura di consolidamento del dato della Tracciabilità contenuta nel documento: "Tracciabilità del farmaco per la stima del valore economico mancante delle forniture di medicinali direttamente a carico del Ssn".

Pay-back a carico delle aziende farmaceutiche.

Riepilogo dell'andamento dei consumi (numero di ricette *)

Periodo gennaio-dicembre 2014, nelle singole Regioni, rispetto allo stesso periodo del 2013

Regione	Gennaio-dicembre 2014	Variazione assoluta	Regione	Gennaio-dicembre 2014	Variazione assoluta	Regione	Gennaio-dicembre 2014	Variazione assoluta
Campania	60.255.713	1.690.379	Piemonte	44.227.933	124.908	Toscana	38.612.159	-36.230
Puglia	46.759.040	1.424.688	Umbria	10.872.430	123.924	Emilia R.	42.483.561	-49.059
Calabria	24.073.845	634.378	Molise	3.484.461	107.769	Liguria	16.327.615	-253.563
Sardegna	19.535.497	491.086	Friuli V.G.	11.998.437	35.948	Lombardia	80.750.970	-303.283
Marche	17.364.962	251.151	Basilicata	6.474.712	-5.218	Lazio	64.439.275	-690.822
Trento	4.547.714	151.582	V. Aosta	1.119.802	-12.011	Sicilia	57.385.997	-818.652
Abruzzo	16.066.107	136.918	Bolzano	3.095.930	-13.248	Veneto	39.392.326	-1.523.398
						Italia	609.268.486	1.467.247

(*) Numero delle ricette erogate in regime di assistenza farmaceutica convenzionata, rilevato nell'ambito delle Dcr acquisite dall'Agenas

IMS HEALTH/ 1

Gli oncologici volano a 100 mld \$ (+10%)

Cure più efficaci e mirate, un migliore accesso alle terapie, insieme all'aumento delle diagnosi precoci, e dunque delle prospettive di vita, fanno volare la spesa per i farmaci anticancro in tutto il mondo a 100 mld di dollari, con un +10% rispetto al 2013.

Lo dice il nuovo rapporto pubblicato negli Usa dall'Istituto Ims per Healthcare Informatics, secondo cui la spesa globale totale dei farmaci oncologica, inclusi i trattamenti terapeutici e le cure di supporto, è in crescita costante negli ultimi anni. Le cause più immediate sono il numero sempre più alto di malati, ma anche l'aumento costante dei prezzi, soprattutto per i brevetti innovativi. Resta il fatto che il totale della spesa oncologica

rimane concentrato tra gli Stati Uniti e i cinque maggiori Paesi europei, che insieme rappresentano il 66% del mercato totale.

Ma emerge un dato particolarmente interessante, spia positiva di un migliore accesso alle terapie nelle Nazioni "pharmerging", che oggi valgono il 13% del mercato globale. Ed è boom anche per le nuove terapie mirate: in cinque anni la loro quota di spesa rispetto all'oncologia generale ha compiuto un balzo in avanti del 14,6%. E proprio la sostenibilità dei costi dei superfarmaci sarà il banco di prova per la tenuta dei sistemi nazionali sanitari nei prossimi anni.

L.Va.

© RIFACENDI/CONTRASTO

IMS HEALTH/ 2

Balzo dell'8% per gli oftalmici (23 mld)

Ifarmaci oftalmici hanno generato un mercato di circa 23 mld di dollari nel 2014 e il segmento è cresciuto dell'8% rispetto all'anno precedente. I mercati maturi (Top 5 Ue, Usa, Canada e Giappone) concentrano quasi il 75% del giro d'affari. Metà dei fatturati è rappresentata dai prodotti per il glaucoma e dagli anti-neovascolarizzanti. Sono i dati Ims Health diffusi in occasione del congresso Soi (Società oftalmologica italiana) del 15-17 maggio scorso. In Italia, il mercato oftalmico sul canale retail inclusi farmacia, parafarmacia e comer Gdo è cresciuto complessivamente a valori del 3,4% nell'anno mobile terminante a febbraio 2015. Fra i segmenti più importanti, i farmaci per il glaucoma segnano un +3%, gli anti-infettivi +2,5%, mentre i prodotti con evoluzione più positiva sono le lacrime artificiali (+8%) e quelli per l'igiene oculare (+7%) che rappresentano solo il 3% del mercato. Il canale ospedaliero aumenta del 10% a valori anche grazie all'evoluzione di prodotti per le affezioni vascolari lanciati di recente come aflibercept (2013). I consumi sono invece in leggera contrazione.

LO STATO CHE CACCIA I «CERVELLI»

I ricercatori trattati da clandestini

Nel centro medico di Pozzuoli, tra gli scienziati stranieri soffocati dalla burocrazia

Manila Alfano

■ Il Tigem di Pozzuoli è un'eccellenza medica mondiale. Peccato che i ricercatori stranieri qui debbano attraversare peripezie infinite per poter lavorare. Trafile burocratiche molto più onerose di quelle per i richiedenti asilo.

a pagina 12

I cervelloni stranieri? Lo Stato burocrate li tratta da clandestini

*I ricercatori arrivati dall'estero per lavorare
in Italia sono pochi. E sono esasperati
dalle difficoltà per ottenere i documenti*

TESTIMONIANZE

L'inglese: «Da noi ci pensa il governo». Il russo: «Putin ci attira con agevolazioni»

Manila Alfano

■ Attraversare il mondo per approdare in Italia. C'è un'altra strada per arrivare: non è la traversata della disperazione subarconica. Sono ricercatori stranieri che giungono da tutto il mondo e hanno scelto il Tigem, il centro di ricerca di Telethon che ha sede a Pozzuoli, a Napoli. Sono ventuno. Russi, inglesi, argentini, indiani, giapponesi, spagnoli, cinesi. Attratti dal progetto innovativo di Andrea Ballabio, che dirige il centro dal 1994. I migliori scienziati che il presente ha a disposizione per sconfinare le malattie. Biologi, medici, ingegneri, scienziati, corteggiati dalle principali università internazionali, con curriculum da eccellenza. Sono loro a dare lustro ad una Nazione, citati e ripresi dalle più autorevoli riviste scientifiche. Quelli per cui tutti gli altri Paesi pagherebbero per

averli. Manon l'Italia. L'Italia chiude gli occhi e si gira dall'altra parte davanti a loro. Altro che incentivi e tutele per ricercatori. L'idea di questi ultimi giorni di Nannicini, consulente del governo che propone di dare assegni ai 400 più meritevoli è ottima. «Un meccanismo per attirare cervelli italiani e stranieri», ha spiegato. Certo.

Peccato però che quelli (pochi) che già sono qui vengono trattati peggio dei clandestini. Cieca burocrazia, macchina infernale che tutto divora senza distinguere, senza capire, senza eccezioni. Code infinite ed estenuanti agli sportelli per ottenere documenti, giorni interi persi a capire a quale ufficio rivolgersi, nessuno che parli inglese, decine di telefonate all'Inps. Eccoli, il marasma delle carte e dei certificati da produrre, da esibire, Cud, 730, codice fiscale, certificati di residenza. Alison Forrester è una ricercatrice inglese dell'Istituto Telethon di genetica e medicina. È in Italia da poco eppure ha già imparato a parlare bene la nostra lingua. «All'inizio la difficoltà principale è stata pro-

prio questa dei documenti. Ma non tanto per farli, quanto per capire dove dovessi andare. Facevo code per ore e poi mi dicevano che avevo semplicemente sbagliato la coda. Mi facevano passare da un ufficio all'altro. Mi sentivo esasperata. Rimbalzavo da un posto all'altro, avevo difficoltà su tutto, non solo la lingua, nessuno infatti parlava inglese, senza macchina, non conoscevo la città, i mezzi, mi sembrava un incubo. Poi per fortuna in Questura ho incontrato un immigrato dello Sri Lanka che parlava inglese e mi ha aiutato a uscirne. In Inghilterra è un po' diverso. Ti mandano tutto a casa. Anche per le tasse ad esempio. Calcolano loro e trattengono sullo stipendio. Qui invece con l'Inps



ho perso mattinate intere per cercare di capire, il mio Pin ad esempio, non funziona». Ricercatori in lotta con un sistema intricato all'italiana. Roman Polishchuk, responsabile del Servizio di microscopia elettronica dell'Istituto Telethon di genetica e medicina è russo. Dieci anni fa dagli Stati Uniti è venuto al Tigem di Ballabio. «Qui è eccezionale. Lavoro in un istituto d'eccellenza unico e all'avanguardia. Macchinari di ultima generazione. Certo sarebbe perfetto, considerando che sono in uno dei luoghi più belli al mondo». E invece fuori il grigio della burocrazia ottusa è accecante. «Non vogliamo essere trattati come una casta. Nessuno chiede di avere trattamenti di favore rispetto agli altri stranieri che vengono qui a lavorare, ma semplicemente lo Stato dovrebbe capire che tutto questo tempo buttato via negli uffici noi lo sottraiamo alla ricerca. E la ricerca non ha tempo di aspettare. È vero, dieci anni fa, quando sono arrivato la situazione era più complicata. Oggi è migliorata un po', ma a volte per avere i documenti si crea una specie di circolo vizioso: non ti possono dare un documento se non hai un altro e viceversa. In Russia ad esempio Putin sta attuando una serie di agevolazioni per favorire il ritorno in patria di cervelli sia russi sia stranieri: un programma dedicato ai ricercatori, agli scienziati e a chi lavora nella cultura. Loro hanno una corsia preferenziale per avere i permessi». Insomma, niente di eccezionale, semplicemente buon senso. Che ci vuole?