

SALUTE

Psichiatria

GLI ANTIDEPRESSIVI IN GRAVIDANZA RISCHIANO DI DANNEGGIARE IL FETO?



Risponde

Gianni

Migliarese

Dipartimento

Neuroscienze

Az. ospedaliera

Fatebenefratelli

Milano

Da circa due anni assumo sertralina da 100 mg. L'anno prossimo mi sposterò e avrei tanta voglia di avere un bambino. Durante la gravidanza potrò continuare la cura?

La sua domanda pone un tema estremamente importante, comune a tutte le patologie, non solo psichiatriche, che necessitano di un trattamento farmacologico durante la gravidanza. In tutte queste situazioni è importante effettuare una valutazione accurata, con il proprio curante, dei rischi e dei benefici associati alla prosecuzione o alla sospensione dei trattamenti.

In linea teorica possono essere identificate tre categorie di rischio associate all'esposizione a farmaci (compresi gli antidepressivi) nel corso della gravidanza: rischi di malformazioni maggiori o minori (rischio di teratogenesi), rischi da intossicazione/astinenza alla nascita (rischio di tossicità neonatale), rischi a lungo termine (rischio di tossicità neuro-comportamentale).

I rischi associati all'uso di farmaci, una volta individuati, vanno messi in relazione ai rischi associati alla loro eventuale interruzione (quali il rischio di ricaduta sintomatologica). Nel suo caso i potenziali rischi legati a una sospensione del farmaco risultano essere una ricaduta della sintomatologia depressiva e un incremento dell'ansia. Tali fattori vanno presi in considerazione facendo attenzione alla sua storia clinica e alle sue specifiche «competenze» di gestione delle emozioni. È importante effettuare un'attenta valutazione di questi elementi in quanto una grossa

mole di studi scientifici ha accertato che la presenza di depressione maggiore o di sintomi elevati d'ansia durante la gravidanza hanno un effetto dannoso sul bambino (sono stati segnalati, ad esempio, un maggior rischio di parto pretermine e un ridotto peso alla nascita). Inoltre, la depressione gravidica è uno dei fattori di maggior rischio per lo sviluppo di depressione «post partum».

Entrando nello specifico della sua domanda, la sertralina non è stata associata a un aumento di malformazioni nel corso degli studi finora effettuati. Questo vuole dire che negli studi comparativi non si sono apprezzate differenze significative dei tassi di malformazioni in gruppi di soggetti esposti al farmaco rispetto a gruppi di soggetti non esposti.

Riguardo ai sintomi di tossicità neonatale (che possono essere collegati sia a fenomeni di tossicità, secondaria a un'elevata concentrazione del farmaco nel circolo ematico del neonato, sia a fenomeni di sospensione simil-astinenziali che si instaurano nel momento in cui dopo il parto il neonato cessa bruscamente di essere esposto al farmaco che stava assumendo indirettamente attraverso la circolazione placentare) i dati relativi a sertralina sono leggermente più incerti, ma comunque rassicuranti.

Poco invece è noto sugli effetti a lungo termine (tossicità neuro-comportamentale), anche perché è estremamente difficile effettuare studi clinici attendibili su questo parametro. Comunque i dati presenti in letteratura sono tranquillizzanti, non riscontrando alterazioni dello sviluppo intellettuale o dei livelli di impulsività nei soggetti esposti a sertralina rispetto ai non esposti.

Concludendo, tra i vari antidepressivi, la sertralina è uno dei più sicuri in gravidanza e non è raro consigliare la prosecuzione del trattamento. È comunque molto importante che ogni decisione venga presa insieme al partner e discussa con il curante, per fugare tutti i dubbi. Nel caso proseguisse la cura con sertralina anche in gravidanza consiglierei una copertura con 10 mg al giorno di folina nel primo trimestre di gravidanza (successivamente possono bastare 5 mg) per ridurre il rischio teratogeno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diagnosi pre-impianto: un altro colpo alle legge 40

PRE-IMPIANTO

**Vittoria! Ora
affondiamo
la legge 40**

**di Filomena Gallo,
Gianni Baldini
e Angelo Calandrini**

La parola chiave è proprio "garantismo". Ricordiamone la definizione: «Dottrina politica sviluppata nell'Ottocento che sosteneva il rispetto delle garanzie costituzionali dei cittadini contro possibili arbitri da parte dello Stato». È proprio la garanzia del diritto costituzionale alla salute e all'uguaglianza nell'accesso alle cure che è venuta a mancare in questi dieci anni di legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita.

Il Parlamento, infatti, nel 2004 emanò questa legge illiberale, mentre ai cittadini fu vietato di poter decidere nel momento in cui le resistenze clericali fuori e dentro le aule, aiutate dalla cattiva informazione, riuscirono a sabotare il referendum radicale. Lo Stato in questi anni è entrato nelle camere da letto degli italiani e ha detto loro con quali limiti tentare una gravidanza. E si è imposto anche nei laboratori scientifici proibendo la ricerca sugli embrioni. Ha fatto tutto questo proprio in maniera arbitraria, senza fondamento logico, scientifico e tantomeno giuridico. Ha imposto i divieti in maniera ideologica. Solo grazie all'intervento dei tribunali e della Corte costituzionale e alla perseveranza di tante coppie che non si sono arrese siamo riusciti a smantellare la legge 40. Proprio grazie al coraggio di Valentina, Fabrizio, Maria Cristina e Armando oggi possiamo dire addio a un altro divieto: quello di accesso alla fecondazione assistita per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche. Si erano rivolte all'Associazione Luca Coscioni perché una struttura pubblica romana aveva vietato loro la diagnosi pre-impianto. Siamo riusciti a sollevare due dubbi di legittimità costituzionale e ora il comunicato della Corte ci dà ragione. Dalla lettura, infatti, del comunicato della Corte Costituzionale, si evince che la Consulta ha accolto pienamente quanto depositato da noi nelle nostre memorie in cui chiedevamo di evitare a queste coppie interruzioni di gravidanze e di accedere alla fecondazione assistita per non trasmettere ai loro figli le patologie genetiche di cui sono

portatrici sane. La Consulta ha fatto una scelta che tutela i nostri assistiti e che non mette paletti, ma delinea un quadro coerente, agganciando a criteri certi i diritti delle coppie. L'art 6 lett b) della legge 194/78 sull'aborto, a cui il dispositivo fa riferimento, non elenca le patologie genetiche o cromosomiche che danno diritto all'aborto terapeutico, ma rinvia alla valutazione del medico. Principio che resta fermo per le coppie con gravi patologie geneticamente trasmissibili. Attendiamo di leggere le motivazioni della sentenza, ma nel dispositivo non si colgono paletti, ma piuttosto la definizione di un quadro coerente, da cui emerge un punto: non c'è differenza tra l'embrione malato che non deve essere trasferito e il feto malato che può essere abortito. Come si ha diritto all'aborto terapeutico oltre il 3° mese di gravidanza, dopo aver fatto l'amniocentesi, così per la fecondazione si può fare subito la diagnosi pre-impianto e sussistendo i requisiti si può decidere di non procedere all'impianto dell'embrione. Inoltre, la certificazione sulla malattia genetica della coppia la deve dare il centro pubblico. Ora bisogna leggere attentamente le motivazioni, ma il fatto che la certificazione spetti al pubblico, potrebbe anche comportare che la Pgd rientri nei Lea, i livelli essenziali di assistenza, con la possibilità di un rimborso per il paziente. Sarà interessante capire se il diritto alla diagnosi della patologia è solo per la coppia oppure deve essere esteso anche all'embrione. Resta ancora del lavoro da fare, occorre cancellare ancora alcuni divieti: quello della ricerca sugli embrioni e quello per l'accesso dei single e coppie dello stesso sesso alla fecondazione assistita. Lo faremo, in ogni caso, attraverso i ricorsi delle persone colpite direttamente dai divieti. Ma chiediamo oggi alla ministra della Salute **Lorenzin**, della ricerca Gianni e ai Parlamentari tutti di non aspettare che siano sempre i giudici italiani ed europei a spiegare che anche gli ultimi divieti della legge 40 sono contrari alle libertà fondamentali della persona. Sul sito dell'Associazione Luca Coscioni si può già la petizione al parlamento per legalizzare la ricerca sugli embrioni.

*Avvocato, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni

**Avvocati, insieme a Filomena Gallo, delle coppie ricorrenti



CorriereSalute

La riflessione

di Carmine Pinto*

UNA NUOVA ETICA PER L'ONCOLOGIA

Si è concluso da poco a Ragusa il IV Incontro Nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) sul tema «Etica in oncologia». L'etica nella sua piena accezione entra in maniera preponderante nel quotidiano dell'oncologo medico in tre aspetti cruciali della cura: la scelta, la sostenibilità e la ricerca.

Il primo punto riguarda il difficile equilibrio fra la comunicazione della diagnosi e del percorso di cura, il rispetto delle decisioni del paziente e l'assunzione della migliore decisione terapeutica, che consideri le volontà e le aspettative per la vita di ogni individuo. Il giorno in cui una persona scopre di avere il cancro non è un giorno «qualunque», ma apre una nuova fase perché cambia il valore attribuito alla vita e al futuro, apre una frattura importante nella vita del paziente, fra ciò che si è «prima» e il «dopo». Un difficile equilibrio che pone le scelte dell'oncologo tra informazione, condivisione, quantità e qualità di vita. La ricerca di un equilibrio etico diventa poi ancora più complessa per le decisioni nel «fine vita», quando prevale l'accompagnamento sulla cura.

Il secondo aspetto riguarda la sostenibilità per la sanità pubblica delle terapie oggi sempre più efficaci e costose. Esiste un rapporto fortemente etico tra garanzia di accesso per tutti i cittadini ai più efficaci farmaci anti-cancro, e normative e strategie di politica sanitaria che possono produrre disparità nei diritti a poter usufruire di uno stesso farmaco già regi-

strato dall'Aifa tra cittadini di diverse Regioni. Etica dei diritti, ma che si accompagna indissolubilmente all'etica del rapporto tra valore e costo di un farmaco e strategia di impiego delle risorse in sanità. Si ripropone il dilemma e l'equilibrio nelle scelte: a quale costo accettabile? È davvero necessario scegliere se investire in mesi di aumento in sopravvivenza o nei processi riabilitativi per patologie invalidanti? Questa discussione per scelte etiche non può che coinvolgere tutti gli attori: Istituzioni, industria, accademia, clinici e pazienti.

L'ultimo punto è costituito dall'etica della ricerca, che non può essere focalizzata solo nella «scoperta» del farmaco più efficace, ma deve rispondere anche ai cosiddetti *medical needs*, ai bisogni clinici ancora insoddisfatti, dalla prevenzione ai trattamenti attivi.

L'oncologia richiede quindi costantemente scelte etiche condivise perché i progressi siano davvero patrimonio di tutta la società civile.

*Presidente Nazionale Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Favo: “servono 1.070 giorni per accedere ai nuovi farmaci anti-cancro”



17 maggio 2015

Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di “clock-stop”) e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria. I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato.

“Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione, negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati”.

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio. “In molti casi - continua il prof. De Lorenzo - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni. Inoltre, spesso, durante l'iter autorizzativo, il passaggio dall'AIFA ai singoli PTOR porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

“Il farmaco - spiega la Dott.ssa Carla Collicelli del Censis - prima di essere disponibile nelle farmacie ospedaliere (e quindi per i pazienti), deve completare un’ulteriore trafila, che non solo varia da Regione a Regione, ma anche tra un’Azienda ospedaliera e l’altra all’interno della stessa Regione. In pratica, una Commissione territoriale, pur non potendo inserire nel proprio Prontuario un farmaco non autorizzato dall’AIFA, può però escluderlo. Analogamente, un Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) non può contenere un farmaco non inserito nel rispettivo Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), ma può escluderlo dalla lista delle terapie disponibili. Pertanto il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali può portare, e spesso porta, ad un razionamento dei trattamenti effettivamente disponibili per i cittadini, determinando disparità sul territorio e negando il diritto di tutti i malati di avere accesso ai nuovi farmaci autorizzati in tempo utile. Si tratta potenzialmente di una forma occulta di razionamento, poco conosciuta e monitorata, che crea disuguaglianze territoriali e penalizza alcune fasce di cittadini. Ciò comporta tanti diversi servizi sanitari regionali con l’ovvia conseguenza che il trattamento terapeutico ottimale dipende purtroppo dal luogo di residenza”.

Il percorso che porta i farmaci dalla loro scoperta sino al momento della concreta disponibilità d’utilizzo ha, quindi, un notevole rilievo sociale, toccando aspetti cruciali del vivere quotidiano dei malati e dei loro famigliari, generando differenze di accesso sinceramente inaccettabili.

[[chiudi questa finestra](#)]

Le persone con esperienza di cancro sono tre milioni

VII Rapporto sull'assistenza oncologica

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%. "Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti" spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO. **(P.MON.)**



➤ BREVI

Tumori, sempre più coloro che vivono con la malattia

VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei cittadini colpiti dal cancro

La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato nei giorni scorsi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), chiedono che la riabilitazione oncologica venga inserita tra le prestazioni previste dal DCPM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione. “Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega il prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO – Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico”. (S.SER.)



► *Studio condotto su 80 pazienti*

Lo stress fa progredire il cancro al seno



Il consulto con lo specialista dopo una mammografia

MEDICINA

Roma

Un lungo periodo di stress potrebbe contribuire alla progressione del cancro del seno nelle pazienti che stanno affrontando la malattia. Il meccanismo alla base di questo fenomeno, ancora da chiarire, suggerirebbe che è il tumore stesso a creare un ciclo di auto-potenziamento in grado di promuoverne la progressione, stimolando la sintomatologia depressiva indotta dallo stress. È quanto evidenziano risultati preliminari di uno studio, condotto su 80 pazienti, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss). Un lavoro, in collaborazione con l'Istituto Regina Elena di Roma e l'Istituto europeo di oncologia, che mira a identificare i biomarcatori specifici. I primi risultati di questa ricerca, finanziata dal ministero della Salute e dalla Fondazione Veronesi, sono stati presentati oggi a Roma

nella sede dell'Iss. «Nonostante vi siano evidenze di un'associazione tra isolamento sociale, stress e cancro al seno, i meccanismi che ne sono alla base non sono ancora stati del tutto spiegati - spiega Francesca Cirulli, ricercatrice dell'Iss e responsabile scientifico del progetto - Sappiamo però che alcuni tipi di stress psicologico prolungato (quelli di breve durata sembrerebbero avere addirittura un effetto positivo) sono responsabili di un'accesa infiammazione o di una sovrapproduzione di ormoni dello stress in grado di favorire la sintomatologia depressiva, la funzione neuroendocrina e di stimolare il sistema immunitario. Evidenza questa che, oltre ad essere confermata dall'attivazione di marcatori già noti, quali i glucocorticoidi, è avvalorata anche dall'attività di fattori quali il Brain-derived Neurotrophic Factor (Bdnf)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



17 MAGGIO 2015

Seno. Alcuni tipi di tumore potrebbero non richiedere la radioterapia

In uno studio canadese, un tipo di tumore al seno, il Luminal A a basso rischio, hanno mostrato di beneficiare meno della radioterapia rispetto a quelli ad alto rischio. Il tasso di sopravvivenza generale dopo 10 anni si è attestato all'84%.

(Reuters Health) – Una nuova ricerca suggerisce che alcune donne affette da tumore al seno di tipo luminal A a basso rischio potrebbero non trarre beneficio dalla radioterapia. Come riportato dal *Journal of Clinical Oncology* online, Anthony Fyles e colleghi, del Princess Margaret Cancer Center di Toronto (Canada), hanno condotto un'analisi su un sottogruppo di partecipanti al trial Toronto-British Columbia (TBC).

"Questo studio ci ha permesso di valutare il tasso di recidiva al seno dopo terapia endocrina e senza radioterapia in donne con malattia a basso rischio, cosa che i precedenti studi non erano riusciti a stabilire. I tumori di tipo Luminal A a basso rischio sono quelli che hanno mostrato maggiore possibilità di successo con questo indirizzo clinico", ha detto il dottor Fyles. "Ci aspettavamo che le donne con tumori luminal A avessero un minor beneficio dall'irradiazione mammaria ma non era chiaro se questo beneficio fosse talmente scarso da considerare praticabile l'omissione delle radiazioni e l'utilizzo della sola terapia endocrina dopo un intervento di lumpectomia, seguito da terapia endocrina. Crediamo che, una volta completati i trial di conferma, queste donne non avranno bisogno di essere sottoposte a irradiazione mammaria".

Lo studio ha coinvolto 769 donne a partire dai 50 anni (età media 68 anni) con adenocarcinoma invasivo, con linfonodi negativi non più grande di 5 cm (pT1/T2). Tutte I partecipanti erano state sottoposte a un intervento di chirurgia conservativa della mammella. Nel trial sono state assegnate a caso a ricevere tamoxifene (20 mg al giorno per cinque anni) o tamoxifene più radioterapia (40 Gy in 16 frazioni giornaliere per tre o quattro settimane, seguiti da 12,5 Gy in cinque frazioni giornaliere). Utilizzando reperti fissati in formalina e inclusi in paraffina ottenuti da 501 partecipanti originarie (65%), i ricercatori hanno effettuato delle analisi immuno-istochimiche del recettore estrogenico, di quello progesteronico, del recettore 2 per il fattore di crescita epidermica (HER2), della citocheratina 5/6, del recettore per il fattore di crescita epidermica e del Ki-67.

Partendo da ciò, hanno classificato i pazienti in base al sottotipo luminal A (n=265), luminal B (n=165), o ad alto rischio (luminal HER2, n=22; HER2 amplificato, n=13; basal like, n=30 o triplo negativo non basal, n=6). Durante il follow-up medio di 10 anni, si sono verificati 69 recidive di tumore al seno e 137 decessi. Il tasso di sopravvivenza generale dopo 10 anni è arrivato all'84% in entrambi i gruppi.

Il sottotipo è stato prognostico per la recidiva ipsilaterale del tumore al seno e i sottotipi luminali sembravano beneficiare meno dell'irradiazione rispetto a quelli ad alto rischio, ma non si riscontrava una notevole differenza (rapporto di rischio luminal A, 0.40; luminal B, 0.51; sottotipo ad alto rischio, 0.13). Il Dr. Fyles ha aggiunto: "Per cambiare la pratica è necessario un secondo trial di conferma, che per il momento è ancora in corso. Rimangono ancora da chiarire questioni relative al biomarcatore più efficace e clinicamente applicabile per selezionare i pazienti. Per valutare ciò sono in programma nuovi studi".

Il farmaco anti-epatite C è troppo caro: aperta un'indagine a Torino

di **Andrea Giambartolomei**

È un trattamento che guarisce dall'epatite C nel 90 per cento dei casi, ma è troppo costoso e così pochi malati sono stati sottoposti alle cure autorizzate nell'inverno scorso. C'è qualcosa che non va nella fornitura e nell'uso del Sovaldi e per questo il sostituto procuratore di Torino Raffaele Guariniello indaga contro ignoti ipotizzando i reati di omissione di cure e lesioni colpose.

Molti sono i punti da chiarire. In primis c'è l'aspetto del costo pattuito dallo Stato italiano con l'azienda farmacologica Gilead per ogni singolo trattamento. Si parla di una cifra leggermente inferiore ai 40mila euro, più bassa dei 66mila euro previsti negli Stati Uniti, ma molto più alta di quella adottata con alcuni Stati in via di sviluppo. C'è un secondo punto da approfondire: nella legge di stabilità lo Stato italiano ha previsto di spendere un miliardo di euro per questi trattamenti nel biennio 2015-16, però i fondi non sarebbero ancora arrivati alle regioni, molte delle quali a inizio 2015 non avevano ancora avviato le cure. Infine, bisogna verificare se i centri autorizzati per la prescrizione del farmaco stiano rispettando le linee guida dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

SPIEGA UNA FONTE investigativa: la mossa di Guariniello è l'evoluzione di un'inchiesta avviata a novembre dai carabinieri del Nucleo antisofisticazione e sanità (Nas) di Torino per monitorare il trattamento dei pazienti con il Sovaldi, Olysio e altri nuovi farmaci capaci di eradicare il virus dell'epatite C. A metà febbraio l'indagine ha avuto una spinta a livello nazionale quando il **mi-**

nistro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha incaricato

il nucleo di fare accertamenti nelle regioni perché, stando ai dati dell'Aifa, non tutti gli assessorati avevano avviato le cure.

In attesa dei fondi previsti dalla legge di Stabilità, molte regioni avevano dovuto anticipare le spese per la somministrazione del trattamento e altre invece era rimaste ferme. E dire che sono molti i malati da sottoporre a queste cure: in Italia, secondo delle stime, sarebbero stati diagnosticati circa 300mila casi di epatite C, malattia che causa 11mila morti l'anno. Il farmaco "Sofosbuvir", commercializzato dalla Gilead come "Sovaldi", è in grado di inibire l'enzima che permette al virus di replicarsi e porta alla guarigione nel 90 per cento dei casi. È tuttavia costa molto: negli Stati Uniti la terapia, che consta nella somministrazione del farmaco quotidianamente per almeno tre mesi insieme a un altro medicinale, costa 84mila dollari, pari a 66mila euro.

L'Italia, come la Francia, ha cercato di trattare il prezzo con l'azienda abbassandolo a circa 40mila euro, ancora troppo alto per la casse statali se si considera che i pazienti in attesa del trattamento sarebbero circa 50mila. "Siamo troppi lenti - ha spiegato ieri all'Ansa il presidente dell'associazione di pazienti Epa C onlus, Ivan Gardini - Le nostre segnalazioni ci danno 4-5 mila trattamenti in corso, mentre i pazienti con cirrosi sono 20-25 mila. L'obiettivo deve essere trattare tutti i cirrotici entro fine anno, in modo che nessuno muoia più di epatite C".



Istituzioni, medici e pazienti insieme al Ministero

Epatite C, nuovi farmaci risolutivi

Uniformare l'accesso alle cure, riallocare le risorse e mantenere il sistema salute sostenibile anche in virtù degli ingenti risparmi che saranno conseguiti curando definitivamente i pazienti. Con questi obiettivi, ACE, Alleanza Contro l'Epatite, ha voluto condividere e confrontarsi con tutti gli stakeholders coinvolti nel processo di diagnosi, cura e assistenza del paziente, per permettere di migliorare e uniformare su tutto il territorio nazionale l'accesso alle cure, riallocando le risorse per curare tutti i pazienti con epatite C mantenendo il sistema salute sosteni-

bile. «Con l'aiuto di questi nuovi dati, insieme alle certezze che abbiamo grazie alle nuove terapie disponibili, la lotta all'epatite C e la speranza di sconfiggerla si fa sempre più reale. Ma proprio per andare verso questo obiettivo, diventa ancor più indispensabile un'azione programmatica, che renda il sistema sostenibile», ha dichiarato Antonio Gasbarrini, Professore di Gastroenterologia 'Università Cattolica del Sacro Cuore' di Roma. «Dobbiamo far sì che i pazienti abbia-

no pari accesso alle nuove cure su tutto il territorio nazionale e che tutti possano essere curati senza distinzioni. Il primo, grande e ambizioso obiettivo intermedio deve essere quello di curare tutti i malati di cirrosi epatica entro quest'anno. Nessuno deve più morire di epatite C e con l'impegno di tutti ce la possiamo fare», ha affermato Ivan Gardini, Presidente dell'Associazione EpaC Onlus. **(F. MAR.)**



17 maggio: appuntamento con un importante evento di sensibilizzazione e di informazione

Prevenire due nemici della salute cardiovascolare

Attualmente l'ipertensione arteriosa e la fibrillazione atriale sono considerate fra i maggiori fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e dell'ictus

L'evento,
alla sua
XI edizione,
è promosso
in tutto
il mondo
dalla World
Hypertension
League

“**I**mpara a conoscere la tua pressione arteriosa”: è il messaggio che la campagna mondiale di quest'anno rivolge a tutti per ribadire come sia necessario controllare periodicamente i valori pressori, in modo da tenerli sotto controllo e prevenire i rischi che derivano da un loro innalzamento. Infatti l'ipertensione che soltanto nel nostro paese interessa oltre 16 milioni di italiani, generalmente non dà segnali della sua presenza e non provoca disturbi fino al manifestarsi delle sue complicanze. Si tratta di uno dei principali fattori di rischio (unitamente alla fibrillazione atriale) delle patologie cardiovascolari, ancora oggi la prima causa di morte nel mondo. E bastano questi pochi dati per dare un'indicazione chiara di come possa essere dannosa: ogni anno muoiono per malattie cardiovascolari dovute alla pressione alta 280.000

persone in Italia e 8,5 milioni di persone nel mondo.

QUANDO STARE IN GUARDIA

La pressione è la forza che il sangue esercita contro le pareti dei vasi sanguigni mentre scorre al loro interno e quindi controllarla permette di sapere come sta il nostro sistema circolatorio. Quando il cuore si contrae e il sangue passa nelle arterie, si misura la pressione arteriosa più alta, "sistolica" o massima; tra un battito e l'altro il cuore si riempie di sangue e si registra la pressione arteriosa più bassa, "diastolica" o minima. A mettere sul chi vive in quanto possibile campanello d'allarme di ipertensione, devono essere valori della sistolica ripetutamente uguali o maggiori di 140 mmHg o della diastolica uguali o maggiori di 90 mmHg. Nella maggior parte dei casi l'ipertensione compare dai

40 anni in poi, ma non si sa ancora con certezza perché questo accada. È invece sicuro che alla sua base ci sia una componente genetica oltre ad alcune condizioni legate allo stile di vita che favoriscono l'innalzamento della pressione: sovrappeso e obesità; sedentarietà; un'alimentazione squilibrata con troppi grassi; abuso di sale; consumo eccessivo di alcune sostanze come caffè e alcolici; vizio del fumo; assunzione di alcuni farmaci. In ogni caso qualunque sia la sua origine, l'ipertensione va sempre affrontata in modo da riportare verso la norma i valori pressori. Come è stato confermato da diversi studi, infatti, quanto più alta è la pressione, tanto maggiore è il rischio di malattie cardiovascolari, quali ictus, infarto, scompenso cardiocircolatorio, sfiancamento e rottura dell'aorta e fibrillazione atriale.



MISURARE PRESSIONE E FIBRILLAZIONE ATRIALE

Numerosi studi hanno dimostrato che la fibrillazione atriale è, come l'ipertensione, tra i maggiori fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e dell'ictus. Si tratta della più diffusa fra aritmie cardiache la cui incidenza aumenta con l'età, tanto che ne soffre circa il 6% degli over 60 anni. Comporta un battito irregolare del cuore e, oltre a ciò, due delle quattro camere cardiache, gli atri, perdono la capacità di contrarsi in modo coordinato, causando un ristagno di sangue al loro interno. Questo aumenta il rischio di formazione di coaguli che possono immettersi nella circolazione sanguigna e arrivare al cervello causando un ictus. In base alle ricerche effettuate, infatti, **la fibrillazione atriale è causa di 1 un caso di ictus su 5**. Oltre all'età e all'ipertensione, le caratteristiche associate ad elevato rischio di Fibrillazione Atriale sono: obesità, diabete, problemi cardiaci, disfunzione della tiroide, apnee notturne, insufficienza renale, abuso di bevande alcoliche e cocaina. Può manifestarsi con sintomi quali battito irregolare e talvolta sensazione di fiato corto e di astenia, ma, come l'ipertensione, **può essere spesso anche asintomatica**. Questa forma è particolarmente temibile in quanto non viene avvertita fino a quando non è davvero troppo tardi. Proprio per questo motivo la pressione arteriosa e la fibrillazione atriale sono oggi ritenute tra i maggiori fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e dell'ictus, tanto che viene consigliato di **controllarle con regolarità** dal medico, in farmacia e a casa. La presenza o meno di fibrillazione atriale si **può verificare controllando il battito cardiaco attraverso**

la palpazione del polso o misurandosi la pressione arteriosa con misuratori della pressione automatici specificatamente previsti anche per lo screening della fibrillazione atriale, come deve essere indicato sulla confezione o sul manuale d'uso. L'automisurazione della pressione e lo screening della fibrillazione atriale sono importanti per generare il sospetto della patologia, ma non rappresentano una diagnosi. Solo il medico, in base al profilo del paziente potrà richiedere ulteriori accertamenti, diagnosticare la patologia e prescrivere un idoneo percorso terapeutico.

SI POSSONO PREVENIRE

Sia l'ipertensione sia la fibrillazione atriale si possono prevenire adottando alcune strategie di stile di vita sana che hanno un comprovato effetto di riduzione del rischio cardiovascolare. Andrebbero seguite da tutti, in particolare dopo i 40 anni d'età. In pratica significa: mantenere il giusto peso corporeo e in caso di sovrappeso ridurre il peso con una dieta equilibrata e facendo attività fisica; seguire un'alimentazione sana dando la preferenza ai cibi vegetali; diminuire il sale; svolgere una regolare attività fisica come camminare a passo svelto o andare in bicicletta per almeno 30 min. al giorno, per almeno 4 volte la settimana; abolire il fumo, un fattore che accelera lo sviluppo dell'aterosclerosi; non abusare di alcool e droghe; tenere a bada lo stress che stimola la secrezione di alcuni ormoni con una forte azione ipertensiva. Per quanto invece riguarda le terapie, l'ipertensione arteriosa e la fibrillazione atriale e le conseguenze ad esse correlate possono essere curate o tenute sotto controllo soprattutto se diagnosticate in tempo.