

quotidiano**sanità**.it

Martedì 17 FEBBRAIO 2015

Pillola dei 5 giorni dopo. Pani (Aifa): “No al test di gravidanza, ma manteniamo la ricetta per le minorenni”

Per il direttore generale l'obbligo del test di gravidanza per accedere alla Contraccezione di emergenza non ha significato. Ma la vendita senza ricetta alla under 18, come deciso dalla commissione europea, è da evitare. Atteso a marzo il parere del Ciss, e subito dopo la delibera Aifa

“La salute delle donne va tutelata, soprattutto delle minorenni. Penso quindi che il test di gravidanza non abbia un gran significato, però l'assenza di prescrizione per le minorenni la vedo problematica”.

È stato chiaro **Luca Pani**, Direttore generale dell'Aifa intervenendo su ellaOne, la pillola dei 5 giorni dopo, in queste settimane al centro del dibattito dopo che la commissione europea ha dato il via libera alla sua vendita senza ricetta medica.

“Una posizione personale” ha però sottolineato all'*Adnkronos Salute*. Anche perché, per capire quale sarà la direzione che l'Italia prenderà dopo la posizione espressa dalle autorità regolatorie europee, bisognerà attendere la pronuncia del Consiglio superiore di sanità.

Un parere che non dovrebbe tardare ad arrivare, come ha annunciato lo stesso Pani: “Arriverà a marzo e l'Agenzia Italiana del Farmaco si pronuncerà in merito a marzo stesso”.

“Occorre far ragionare le giovani su simili eventi – ha aggiunto all'Agenzia di stampa a margine dell'evento sui nuovi farmaci per l'epatite C organizzato presso il polo dell'azienda Janssen a Latina – ed evitare che questo contraccettivo d'emergenza venga utilizzato come una caramella dopo la discoteca”.

Il caso



Il direttore Aifa: «Pillola dei 5 giorni solo dietro ricetta per le minorenni»

► «Il parere del Consiglio superiore di sanità arriverà a marzo e subito dopo ci sarà la delibera dell'Aifa» relativa alla decisione europea di eliminare la ricetta medica per la dispensazione della pillola dei 5 giorni dopo. A dirlo Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Secondo Pani sarebbe necessario mantenere l'obbligo di prescrizione «perlomeno per le minorenni». «Come ho già detto - ha ribadito - la mia opinione personale è che la priorità è la salute della donna, e in particolare delle minorenni. Penso che il test di gravidanza richiesto in Italia e in nessun altro Paese al mondo non abbia un grande significato, però l'assenza della prescrizione per le minorenni la vedo problematica. Occorre far ragionare le giovani su simili eventi ed evitare che questo contraccettivo d'emergenza venga utilizzato come una caramella dopo la discoteca».



<http://www.adnkronos.com/>

Pani (Aifa), "Per la pillola dei 5 giorni dopo mantenere la ricetta per le minorenni"



Il parere del Consiglio superiore di sanità arriverà a marzo e subito dopo ci sarà la delibera dell'Aifa" relativa alla decisione europea di eliminare la ricetta medica per la dispensazione della pillola dei 5 giorni dopo. A dirlo Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), oggi a Latina a margine di un incontro alla Janssen. Secondo Pani sarebbe necessario mantenere l'obbligo di prescrizione "perlomeno per le minorenni".

Come ho già detto - ha ribadito - la mia opinione personale è che la priorità è la salute della donna, e in particolare delle minorenni. Penso che il test di gravidanza" richiesto in Italia e in nessun altro Paese al mondo "non abbia un grande significato, però l'assenza della prescrizione per le minorenni la vedo problematica. Occorre far ragionare le giovani su simili eventi ed evitare che questo contraccettivo d'emergenza venga utilizzato come una caramella dopo la discoteca".

<http://www.adnkronos.com/>

"Un farmaco intelligente per il cancro al cervello", il sogno di un italiano negli Usa



Una terapia intelligente, la prima al mondo, contro il cancro al cervello. Cambiare la storia di questi tumori, così come in passato è stato possibile ribaltare il destino dei malati di leucemia, è il sogno che sta cercando di realizzare Antonio Iavarone. Uno scienziato italiano emigrato negli Usa e autore della mappa genetica più completa mai realizzata per il glioblastoma o glioma, il tumore cerebrale più diffuso e aggressivo. Oggi il suo traguardo sembra un po' più vicino, dopo la pubblicazione dei primi dati clinici su pazienti trattati con un farmaco mirato a una delle 2 proteine coinvolte in un particolare assetto del Dna (la fusione dei geni Fgfr e Tacc), presente nel 3% dei malati di glioblastoma. Pazienti ancora orfani di cura, che nel 100% dei casi sviluppano ricadute entro 2 anni con un'aspettativa di vita di appena 2-3 mesi.

Lo studio si è guadagnato le pagine di 'Cancer Clinical Research' ed è firmato dal team di Iavarone, in forze alla Columbia University di New York con la moglie Anna Lasorella. Insieme da Roma hanno varcato l'Oceano nel 1999, suscitando clamore per aver denunciato un caso di nepotismo ai loro danni nella Capitale. I risultati riguardano 2 pazienti affetti da glioblastoma recidivato e positivi alla mutazione bersaglio scoperta da Iavarone e signora: "Una condizione che funziona sul tumore come una droga - spiega lo scienziato beneventino all'Adnkronos Salute - Il cancro diventa dipendente dalla presenza continua e costante della molecola anomala prodotta dalla fusione dei 2 geni", dunque colpirlo significa combatterlo mirando al cuore. Al Dna malato.

"Abbiamo osservato che i pazienti rispondono particolarmente bene alla terapia con una molecola che

blocca una delle 2 metà (Fgfr) della proteina di fusione, producendo un miglioramento clinico e la riduzione radiologica del tumore. Le risposte cliniche sono durate 115 e 134 giorni rispettivamente". Arrivando quindi a superare i 3 mesi.

"Nello studio è stato anche rilevato che la proteina di fusione è presente una quota significativa dei 795 casi di glioma esaminati", aggiunge lavarone. Questo suggerisce che un farmaco intelligente ancora più preciso, per esempio in grado di bersagliare anche l'altra metà (Tacc) della molecola anomala, potrebbe avere "un impatto molto significativo". Questi sono "in assoluto i primi risultati clinici mai pubblicati su una terapia sperimentale intelligente e personalizzata contro il glioblastoma", sottolinea lo scienziato. E benché riguardino per ora 2 pazienti, confermano che "è possibile sperare di arrivare un giorno ad avere per questo tumore qualcosa di simile a quello che è stato il Glivec (imatinib) per le neoplasie del sangue: il primo farmaco su misura". L'obiettivo finale, in altre parole, è "avere un 'Glivec' contro il cancro al cervello".

La strada da compiere è ancora lunga, avverte lavarone. "Il farmaco utilizzato fa parte di una famiglia di composti nuovi, entrati da 2 anni nei test clinici per altre malattie. Anche i nostri 2 pazienti non facevano parte di una sperimentazione specificamente concepita per il glioblastoma - ricorda - ma siamo riusciti a inserirli in un trial su altri tumori in corso all'Istituto Gustave Roussy di Parigi".

Il problema infatti è nei numeri, che per ora non producono una 'massa critica' di quelle più tipicamente in grado di attrarre Big Pharma. "Al momento - tiene a puntualizzare il ricercatore - abbiamo la capacità di bersagliare una mutazione presente in 3 pazienti su 100, anche se ovviamente contiamo di andare oltre. Ma stiamo anche parlando di una malattia contro la quale finora nessuna terapia ha mai funzionato. Ciò di cui abbiamo bisogno è di aprire la via e per la prima volta lo stiamo facendo".

Di questi farmaci c'è ancora molto da capire. "Per esempio qual è dosaggio giusto, se hanno capacità di raggiungere cervello, se magari generano resistenza dopo un periodo di successo", elenca lavarone. Tutte informazioni che lo scienziato conta di cominciare a ottenere grazie al primo trial clinico al mondo disegnato per valutare queste molecole nei malati di glioblastoma.

"Lo studio dovrebbe partire a giugno - annuncia lavarone - riguarderà un altro composto Fgfr-inibitore che pensiamo possa avere la stessa efficacia dimostrata da quello utilizzato sui 2 pazienti protagonisti della nuova pubblicazione, e coinvolgerà più centri in vari Paesi del mondo compresa l'Italia". Per la Penisola dovrebbero partecipare "l'Istituto neurologico Besta di Milano, l'Istituto tumori Regina Elena di Roma e l'ospedale Molinette-Città della salute e della scienza di Torino". Il 'papà' dei geni del glioblastoma ci crede: una 'pallottola magica' contro il glioma, "un Glivec per il cancro al cervello, è un obiettivo perseguibile".

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

Tumori: scoperto marcatore per gravi forme cancro testa-collo

(AGI) - Roma, 17 feb. - L'accumulo di mutazioni nei geni e' una caratteristica chiamata "instabilita' genomica" ed e' comune a molti tipi di tumore. p53 e' una proteina ad attivita' oncosoppressoria, e cioe' controlla che le fasi di duplicazione delle cellule avvengano correttamente al fine di mantenere integra l'informazione genica. Nel caso ci siano danni al DNA p53 blocca la divisione cellulare ed attiva dei complessi proteici deputati al riparo del danno, oppure programma l'eliminazione della cellula. p53 e' mutata in circa il 50 per cento di tutti i tumori umani ed in molti di essi e' responsabile dell'invasivita', del grado di aggressivita', dell'alta instabilita' genomica del tumore e del tipo di prognosi del paziente. "Nel nostro lavoro ha spiegato Silvia Di Agostino, autrice dello studio - abbiamo identificato un complesso oncogenetico chiave, costituito da p53 e il fattore E2F4, che impedisce la ricucitura del DNA danneggiato da parte delle proteine RAD17 e BRCA1. Questo meccanismo e' stato confermato in una casistica di pazienti del nostro istituto con tumori testa-collo (faringe, laringe e cavita' orale). Campioni di tumore che presentavano il gene p53 mutato correlavano con una bassa espressione di RAD17 e BRCA1. I pazienti con il gene p53 mutato e bassa espressione di RAD17 e BRCA1 avevano caratteristiche cliniche associate ad un tumore di tipo aggressivo e seguendo il loro follow-up sono risultati avere una bassa sopravvivenza". (AGI) Red/Pg

Regina Elena, nuovi marcatori per terapie alla testa e al collo

LA RICERCA

Un team di ricercatori dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, guidato da Giovanni Blandino, ha sviluppato nuovi marcatori che individuano preventivamente tumori aggressivi come quelli della testa e del collo. Una proteina (la p53 mutata) blocca l'attività di "rammendo" del dna danneggiato. La p53 mutata forma infatti un complesso oncogenico con un fattore inibitorio che impedisce la sintesi di due proteine importanti per la riparazione del dna. Questo favorisce trasformazione e mantenimento del tumore.

Il lavoro è stato pubblicato sulla rivista *Oncotarget*. «L'accumulo di mutazioni nei geni è una caratteristica chiamata instabilità genomica ed è comune a molti tipi di tumore. La p53 è una proteina ad attività oncosoppressoria, - spiegano i ricercatori del Regina Elena - e cioè controlla che le fasi di duplicazione delle cellule avvengano per mantenere integra l'informazione genica».

«Nel nostro lavoro - spiega Silvia Di Agostino, autrice dello studio - abbiamo identificato un complesso oncogenetico chiave. Il meccanismo è stato confermato in una casistica di nostri pazienti con tumori testa-collo. Faringe, laringe e cavità orale. «Lo studio - evidenzia Ruggero De Maria, direttore scientifico del Regina Elena - offre l'opportunità di sviluppare nuovi specifici marcatori tumorali diagnostici e predittivi».



Stop all'infiammazione: il gene che frena il cancro

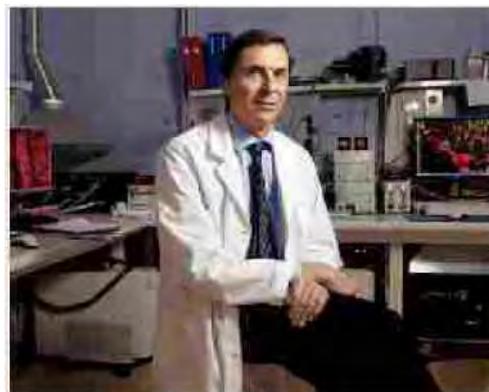
LORENZA CASTAGNERI

■ «È come essere riusciti a individuare un nuovo freno a un'auto con l'acceleratore impazzito», spiega Alberto Mantovani, direttore scientifico della clinica Humanitas e docente della Humanitas University. Il veicolo che corre a folle velocità è il cancro, perché gli oncogeni, i geni che permettono alla malattia di crescere, si riproducono rapidamente, mentre i freni tradizionali dell'organismo, cioè gli oncosoppressori, non sono in grado di arrestare questo meccanismo.

Ma un aiuto potrebbe arrivare dalla Ptx3, la molecola dell'immunità innata, scoperta da Mantovani già 20 anni fa e che, secondo un nuovo studio pubblicato su «Cell», «spegne» alcune neoplasie in modo innovativo: non agendo sulla cellula tumorale, ma tenendo sotto controllo la risposta infiammatoria del corpo che favorisce l'insorgenza e lo sviluppo del cancro stesso. «La cellula tumorale vive in una "nicchia ecologica", un microambiente infiammatorio nel quale e grazie al quale prolifera e muta, diventando difficile da combattere», puntualizza lo studioso, che con Cecilia Garlanda ed Eduardo Bonavita ha coordinato il gruppo dell'Humanitas.

I risultati a cui si è arrivati, finanziati dall'Airc, dimostrano per la prima volta che Ptx3, oltre a essere una sorta di antenato dei moderni anticorpi, ha una funzione di oncosoppressore capace di innescare un meccanismo praticamente unico, che tiene sotto controllo l'habitat di infiammazione che avvolge la cellula tumorale. Ciò vale, in particolare, per alcuni sarcomi e per le neoplasie di pelle e colon. «In quest'ultimo caso la molecola si "spegne" precocemente, quando il tumore è allo stadio benigno, cioè un adenoma, permettendo agli elementi infiammatori di agire indisturbati».

L'obiettivo, ora, è introdurre la sperimentazione della terapia a base della molecola per i pazienti entro l'anno. Ma Ptx3 è in fase di test anche come potenziale farmaco per impedire le infezioni da *Aspergillus* in chi è affetto da tumore e con difese immunitarie compromesse.



Alberto Mantovani è leader dell'Humanitas





LE DOMANDE DI OGGI

Cancro, la speranza

Abbiamo finalmente la cura per i tumori?

RISPONDE Alberto Mantovani

Direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas e docente di Humanitas University, Milano

Non si tratta ancora di una cura già applicabile oggi nella pratica quotidiana, ma **sicuramente abbiamo individuato una strada per frenare la crescita tumorale con un meccanismo nuovo e unico: tenere sotto controllo l'infiammazione. Il punto chiave è proprio**

questo: infiammazione e tumore sono eventi legati a doppio filo. I nostri studi precedenti hanno infatti dimostrato che i macrofagi, cellule infiammatorie presenti all'interno dei tumori, non svolgono come dovrebbero un ruolo di difesa dell'organismo, ma paradossalmente aiutano,

attraverso una serie di complesse reazioni, lo sviluppo del cancro. Da qui deriva la nostra nuova strategia nella lotta contro i tumori: **colpire non le cellule tumorali, bensì la cornice, il «micro-ambiente» nel**

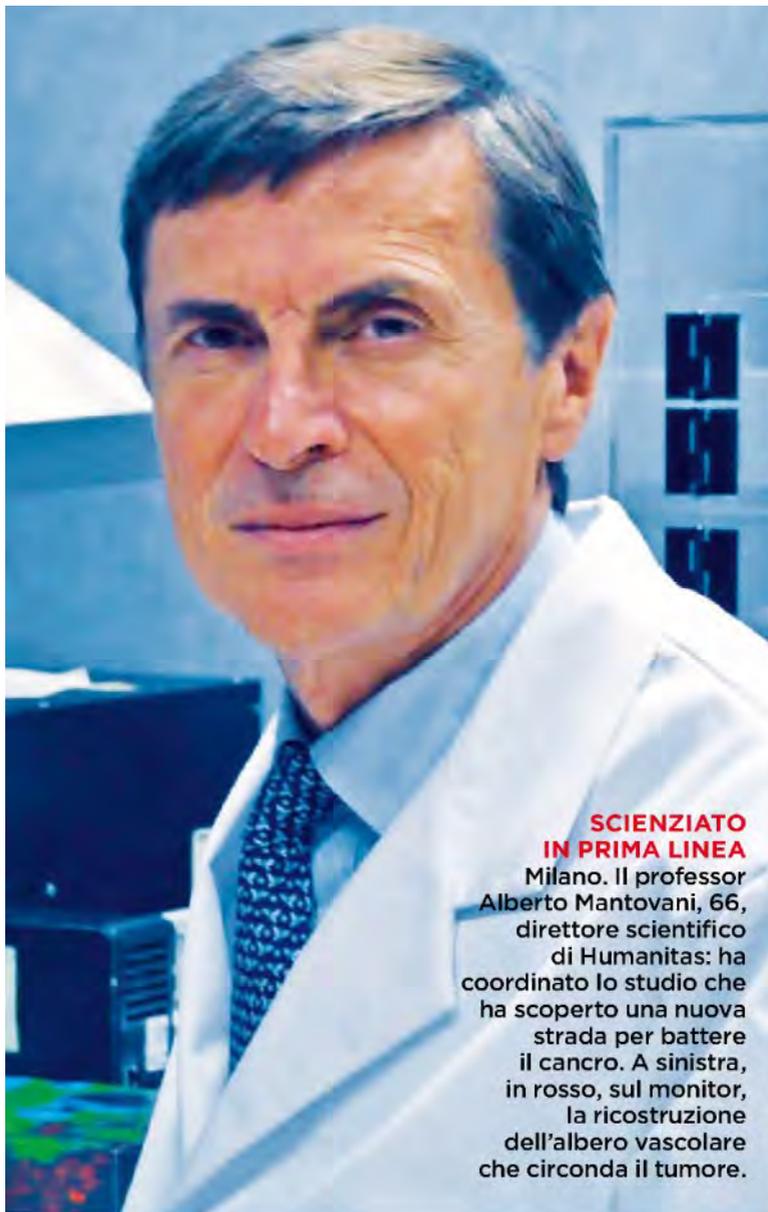
quale (e grazie al quale) il cancro cresce e si diffonde. In questo contesto si colloca la scoperta che abbiamo realizzato, frutto di uno studio finanziato dall'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro e

IL CASO



EMMA TORNA IN PUBBLICO

L'ex ministro degli Esteri **Emma Bonino**, 66, con un turbante colorato: così è apparsa a un recente convegno del Pd. È stata la sua prima uscita pubblica dopo l'annuncio del cancro che le ha colpito i polmoni. «Non rinuncio all'attività politica», ebbe a dire. «Io non sono la mia malattia».



**SCIENZIATO
IN PRIMA LINEA**

Milano. Il professor Alberto Mantovani, 66, direttore scientifico di Humanitas: ha coordinato lo studio che ha scoperto una nuova strada per battere il cancro. A sinistra, in rosso, sul monitor, la ricostruzione dell'albero vascolare che circonda il tumore.

pubblicato sulla rivista scientifica *Cell*. In estrema sintesi, una particolare molecola, chiamata in codice **PTX3** (scoperta dal mio *team* una ventina di anni fa), si è dimostrata in grado di "soffocare" lo sviluppo tumorale. Ma attenzione: ci riesce non uccidendo direttamente le cellule cancerose **bensi arginando le reazioni infiammatorie** (il «micro-ambiente» di cui parlavo prima) che agevolano la proliferazione del tumore. Le nostre ricerche hanno potuto evidenziare che in alcuni tumori (come quello al colon e della

pelle), la PTX3 viene "spenta" precocemente. Questo spegnimento innesca una cascata di fenomeni biochimici tipici dell'infiammazione, che alla fine aiutano il cancro. E lo rendono instabile dal punto di vista genetico. La scoperta è inattesa, e da essa, come ricercatori che lavorano in laboratorio, **ci aspettiamo importanti ricadute nelle mani degli oncologi.** Insomma, questa nuova scoperta fornisce un ulteriore motivo per avviare con la PTX3 una sperimentazione clinica contro i tumori.

UN'INDAGINE DEI MEDICI ONCOLOGI

Le nuove frontiere dell'immunoterapia: controllerà molte cellule neoplastiche

■ Si è aperta una nuova era nel trattamento dei tumori che sta modificando le aspettative di sopravvivenza. Grazie all'immunotarget-terapia, la cura che utilizza il sistema immunitario per combattere le cellule tumorali. Il melanoma ha rappresentato il modello per la sua applicazione, ora questo approccio rivoluzionario si sta estendendo con successo a molti tipi di tumore, come quelli del polmone e del rene. E i pazienti conoscono l'importanza della nuova arma. Infatti oltre il 90% dei pazienti con melanoma in trattamento dà una definizione appropriata di farmaco immuno-oncologico. L'80% ritiene che queste terapie siano efficaci e più tollerate rispetto

agli altri trattamenti anti-cancro. E il 98% è consapevole che possano presentare effetti collaterali, ma diversi dalla chemioterapia. Sono i risultati principali del primo sondaggio sull'immuno-oncologia mai rea-

PINTO Anche il melanoma viene bloccato per un lungo periodo

lizzato in Italia, promosso dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) lo scorso gennaio, che ha coinvolto sia i pazienti che i clinici. «Grazie al suo meccanismo d'azione, questo approccio terapeutico inno-

vativo riesce a limitare e fermare la malattia per un lungo periodo», spiega il professor Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM e direttore dell'Oncologia medica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma. Il 70% degli oncologi medici utilizza l'immunotarget-terapia nella pratica clinica della cura del melanoma e in studi clinici. È unanime il parere degli esperti sulle potenzialità terapeutiche che ne possono derivare: per la totalità dei camici bianchi grazie allo sviluppo di questi farmaci nei prossimi cinque anni si otterrà un miglioramento della pratica clinica. Siamo di fronte ad una novità dell'oncologia del terzo millennio.

LC


LA NOVITÀ

La nuova immunoterapia convince gli oncologi

ROMA - Con l'immunotarget-terapia, la cura che utilizza il sistema immunitario per combattere le cellule tumorali, si è aperta una nuova era nella terapia, che sta modificando le aspettative di sopravvivenza. Il melanoma ha rappresentato il modello per la sua applicazione, ora questo approccio rivoluzionario si sta estendendo con successo a molti tipi di tumore, come quelli del polmone e del rene. «Grazie al suo meccanismo d'azione, questo approccio terapeutico innovativo riesce a limitare e fermare la malattia per un lungo periodo», spiega il prof. Carmine Pinto, Presidente AIOM. Ipilimumab, sviluppato da BMS, è stato il primo farmaco immuno-oncologico approvato e oggi si stanno affacciando altre armi come nivolumab. «Vogliamo colmare i bisogni clinici insoddisfatti di salute nei pazienti con cancro - afferma il dott. Renzo Canetta, Vice President, Global R&D Oncology Policy BMS, Stati Uniti -. Per questo abbiamo il più vasto programma di sviluppo clinico, per valutare i nostri farmaci immuno-oncologici in differenti tipi di tumore».

(A.Cap.)

Sanità Epatite C, nuovi farmaci gratis **Lorenzin**: «È una rivoluzione»

ROMA Costano un'enormità perché sono il frutto di una ricerca d'avanguardia. Ma cambieranno la vita a migliaia di malati con epatite C e, alla lunga, porteranno un risparmio al Servizio sanitario nazionale i farmaci di ultima generazione capaci di eliminare il virus nell'80% dei casi. Quattro molecole che in Italia verranno date gratuitamente a chi ne ha bisogno, come ha annunciato il direttore dell'Agenzia italiana del farmaco, Luca Pani.

Il primo, sofosbuvir (di Gilead), è entrato nel nostro prontuario lo scorso ottobre. Entro questa settimana sarà disponibile il secondo, il simeprevir, prodotto vicino a Latina da Janssen. A ruota sono attesi gli altri due. Stanno poi per tagliare il traguardo della trafila regolatoria altre tre molecole capaci come le «sorelle» di rivoluzionare le strategie terapeutiche contro un'infezione che distrugge il fegato ed è causa di complicanze potenzial-

mente mortali, la cirrosi, il tumore. Ecco perché in prospettiva il pacchetto dei salvavita è un risparmio in termini di ricoveri, trapianti, assistenza ai pazienti cronici. Circa un miliardo all'anno è la stima dei costi.

Lo stanziamento specifico che garantisce queste pillole è contenuto nella legge di Stabilità. Un miliardo e mezzo che dovrebbe consentire di trattare a carico della sanità pubblica circa 15 mila pazienti l'anno. Era uno degli obiettivi dichiarati a caldo dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** quando entrò nel governo: «Siamo a una svolta epocale. È come passare dalla radio a internet».

Le associazioni, come l'Epac, però non abbassano la guardia e vigilano affinché le nuove cure vengano date davvero. Ci sono criticità in Campania, Calabria e Sicilia. Alcune regioni tardano a indicare l'elenco dei centri prescrittori.

Margherita De Bac
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 17 FEBBRAIO 2015

Epatite C. Arriva anche in Italia il *Simeprevir* della Janssen. Senza interferone, guarigione in oltre il 90% dei casi

Sarà disponibile entro questa settimana il farmaco antivirale di nuova generazione di Janssen per il trattamento dell'Epatite C genotipo 1 e 4. In base agli studi clinici effettuati, in terapia combinata con sofosbuvir ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi. Scaccabarozzi: "Amplierà l'arsenale terapeutico per il trattamento dell'infezione da HCV"

Entro questa settimana sarà disponibile anche in Italia *simeprevir*, il farmaco antivirale di nuova generazione di Janssen per il trattamento dell'Epatite C di genotipo 1 e 4, che - informa una nota dell'azienda - in base agli studi clinici effettuati, in terapia combinata con *sofosbuvir* (l'altro farmaco di ultima generazione attualmente disponibile), ottiene il più alto successo terapeutico mai raggiunto fino a oggi, dopo 12 settimane, attraverso un percorso terapeutico senza interferone.

Simeprevir verrà prodotto in Italia, presso lo stabilimento italiano Janssen di Latina, dal quale proprio oggi è stato dato l'annuncio della prossima disponibilità del medicinale anche nel nostro Paese alla presenza del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, del direttore dell'Aifa **Luca Pani** e del presidente della Regione Lazio **Nicola Zingaretti**.

Il nuovo farmaco è un inibitore di proteasi di nuova generazione per il trattamento degli adulti con Epatite C di genotipo 1 e 4, i quali rappresentano i casi più comuni in Italia: circa il 60% dei pazienti italiani, infatti, è infettata dal genotipo 1 del virus, mentre il genotipo 4 è responsabile di circa il 20% di infezioni croniche nel mondo.

Il trattamento combinato con *simeprevir* e *sofosbuvir* rappresenta l'associazione di antivirali orali, senza interferone, con la più alta percentuale di successo, in termini di risposta virologica sostenuta, mai ottenuta per questi pazienti, dopo un percorso terapeutico di sole 12 settimane: l'eliminazione del virus è stata raggiunta in oltre il 90% dei casi trattati. Lo studio clinico ha dimostrato come l'associazione ottenga gli stessi risultati sia con, che senza l'aggiunta di ribavirina.

"Si apre una nuova era nel trattamento dell'Epatite C dove, con l'arrivo di *simeprevir*, che potrà essere associato ad altri antivirali, finalmente possiamo parlare di una terapia solo orale, senza interferone, di alta efficacia e tollerabilità ed utilizzabile, quindi, anche nelle categorie più difficili ed in passato orfane di terapia" ha spiegato il Professor **Alfredo Alberti**, Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università di Padova. "La disponibilità in Italia di *simeprevir* rappresenterà indubbiamente una tappa fondamentale per poter finalmente ottimizzare la terapia in alcuni sottogruppi di pazienti con Epatite C, in particolare in quelli infettati dai genotipi 1 e 4, inclusi quelli con 1b che è il genotipo prevalente in Italia".

Gli sforzi che le aziende farmaceutiche stanno compiendo per introdurre nella pratica clinica farmaci nuovi sempre più efficaci, tollerati e maneggevoli per il trattamento dell'Epatite C aprono un orizzonte terapeutico davvero innovativo e ricco di prospettive interessanti. "Il virus HCV, infatti, come l'HIV, possiede una enorme capacità replicativa e un'altrettanto straordinaria abilità nel modificare il proprio corredo genetico in risposta alla pressione selettiva esercitata dai farmaci - afferma la Professoressa **Gloria Taliani**, Ordinario di Malattie Infettive alla Sapienza Università di Roma - Tali proprietà del virus

HCV rendono necessario l'attacco antivirale su diversi siti funzionali, così da impedire la comparsa di ceppi resistenti e mantenere elevata l'efficienza del trattamento, obiettivo che può essere raggiunto con i farmaci di nuova generazione. Inoltre, grazie a simeprevir – continua Taliani - nei pazienti con infezione da genotipo 1 e 4 potremo per la prima volta fare a meno dell'interferone e potenziare l'efficacia terapeutica”.

Il virus dell'epatite (HCV) colpisce nel mondo circa 170 milioni di persone. In Italia le stime parlano di 1 milione e 500 mila. Ogni anno si verificano circa 1.000 nuovi casi di epatite C e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la patologia causa il maggior numero di decessi tra le malattie infettive trasmissibili ed è la prima causa di trapianto di fegato nel mondo. In Italia muoiono ogni anno più di 20 mila persone per malattie croniche del fegato, dove l'epatite C risulta unica causa o concausa nel 65% dei casi.

“Gli enormi progressi compiuti dalla ricerca farmacologica e la conseguente offerta di soluzioni terapeutiche all'avanguardia, mirate al massimo recupero dei pazienti affetti da malattie gravi e invalidanti come l'Epatite C, hanno rivoluzionato l'intero percorso di cura – ha dichiarato **Massimo Scaccabarozzi**, Presidente e Amministratore Delegato di Janssen Italia – Simeprevir ampliarà l'arsenale terapeutico per il trattamento dell'infezione da HCV e il suo ingresso nella pratica clinica porterà, per la prima volta, una reale modifica della storia naturale della malattia”.

Lo studio Cosmos

COSMOS è il primo protocollo clinico che ha studiato l'efficacia di una terapia senza interferone per eradicare il virus dell'Epatite C, associando due antivirali ad azione diretta, con o senza aggiunta di ribavirina. Sono stati arruolati pazienti con infezione cronica da HCV di genotipo 1 che non avevano risposto precedentemente al trattamento con interferone pegilato e ribavirina o che erano *naïve* al trattamento. I pazienti sono stati randomizzati 2:2:1:1 a ricevere simeprevir 150 mg e sofosbuvir 400 mg al giorno per 12 settimane, con o senza ribavirina, o per 24 settimane con o senza ribavirina. L'endpoint primario è stato la risposta virologica sostenuta (SVR12) 12 settimane dopo l'interruzione del trattamento.

Sono stati arruolati e randomizzati 168 pazienti, di cui 167 hanno iniziato il trattamento. La SVR a 12 settimane è stata raggiunta da 154 pazienti, pari al 92%. Gli eventi avversi più comuni sono stati senso di affaticamento (31%), cefalea (33%) e nausea (16%) e sono stati di grado lieve o moderato.

I costi dell'epatite C

In Italia, i pazienti con Epatite C attualmente trattati o in osservazione dal SSN ammontano a circa 300 mila (a cui vanno aggiunti 18-25 mila individui detenuti nelle carceri italiane). Partendo da tale *burden* epidemiologico, siamo andati a valutare qual è l'onere reale a carico del Sistema – dichiara il Professor **Francesco Mennini**, *Research Director Centre for Economic Evaluation and HTA* dell'Università Tor Vergata di Roma - Abbiamo, quindi, distinto, in prima battuta, i costi diretti da quelli indiretti.

Per quanto riguarda i costi diretti, quelli, cioè, collegati all'assistenza del SSN, al 2013 sono oltre 400 milioni euro. I costi indiretti, intesi come perdita di produttività dovuti alle giornate di assenza dal lavoro, ammontano a circa 640 milioni euro. Di conseguenza, l'onere complessivo di trattamento/monitoraggio della patologia si attesta intorno al miliardo di euro all'anno, dove i costi indiretti pesano un po' di più rispetto a quelli diretti (60% vs 40%).

Per calcolare il totale di questi costi, abbiamo anche effettuato una suddivisione per stadio di malattia, per comprendere quale di questi abbia un impatto maggiore sull'onere economico per il SSN e altre voci della spesa pubblica. Abbiamo preso in considerazione: l'infezione da HCV cronica, la cirrosi, il carcinoma, i trapianti e il decesso. In termini di costi diretti, la cirrosi è al primo posto, con oltre 200 milioni di euro sostenuti dal Sistema Sanitario (rappresentano circa la metà dei costi complessivi), seguito dall'infezione da HCV cronica con 125-126 milioni di euro, e poi, a seguire, i trapianti che pesano per circa 40-45 milioni di euro, infine il carcinoma epatico, che impatta in termini di costo per 26-27 milioni di euro.

Per quanto riguarda i costi indiretti, la distribuzione è simile, nel senso che anche in questo caso, il peso maggiore è imputato alla cirrosi, seguito dall'infezione da HCV cronica. Possiamo dire, riassumendo, che i pazienti che rappresentano un onere maggiore per quanto riguarda questa patologia, siano quelli affetti da cirrosi e da HCV cronica.

Da quanto sopra esposto si evince che, ad oggi, il SSN sopporta un peso economico molto importante per il trattamento/monitoraggio di questi pazienti. Per tale ragione, l'introduzione di farmaci che permettono la guarigione dalle patologie HCV correlate, può diventare un importante driver anche dal punto di vista economico. Infatti, in funzione dell'elevata efficacia di questi nuovi farmaci il SSN consentirebbe la guarigione di un maggior numero di pazienti ogni anno Nel 2014 abbiamo, inoltre, pubblicato uno studio dove abbiamo utilizzato un modello che ci ha permesso di prevedere che cosa potrebbe accadere dal 2015 fino al 2030 con l'introduzione dei nuovi farmaci, in termini di riduzione di mortalità, di numero di trapianti, di impatto in termini di pazienti guariti, ecc.

Da questo modello ... si nota che c'è una fortissima riduzione a partire dal 1°-2° anno, nella prevalenza. C'è, poi, una consistente riduzione di morti da epatocarcinoma, del numero dei trapianti e, a partire dal 2° anno di inizio di trattamento, anche una riduzione dei costi diretti sanitari.... Ipotizzando, poi, una differenza tra i costi che attualmente si sostengono e quelli che deriverebbero dall'acquisto di nuovi farmaci, si dimostrerebbe sicuramente una sostenibilità per il Sistema, e quindi una disponibilità ad investire. Senza dimenticare, tra l'altro, che in questo modo andiamo a guarire persone da una patologia molto impattante e debilitante.

Martedì 17 FEBBRAIO 2015

Liberalizzazioni. Aifa: "Quelle già in vigore hanno fallito. Italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: +200 milioni dal 2006"

La causa è l'effetto intrinseco di spinta al consumo. Lo rileva l'Agenzia del farmaco che ha analizzato il mercato dal 2006 ad oggi per i farmaci C (Sop e da banco). "Se l'obiettivo della liberalizzazione era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto".

In relazione a recenti notizie di stampa a supporto del DDL in discussione sulle liberalizzazioni, l'Agenzia Italiana del Farmaco intende fare chiarezza mostrando l'analisi dei medicinali di fascia C a partire dal 2006, anno di emanazione del cosiddetto "Decreto Bersani" (decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248), che evidenzia consumi totali stabili fino al 2010 (**tabella 1**).

Successivamente, probabilmente per effetto della crisi economica, il consumo (ma non i costi) di questi medicinali ha visto una progressiva flessione fino al 2013, attestandosi ad una riduzione dell'11,5%, rispetto al 2006. Tale contrazione dei consumi rispetto al 2006 ha riguardato in particolare i medicinali di fascia C con ricetta medica, dispensati esclusivamente attraverso le farmacie aperte al pubblico (-15,7% vs. 2006). Al contrario, la riduzione dei consumi dei SOP/OTC, dispensabili anche attraverso le parafarmacie e la GDO, è stata più contenuta (-7,4%), probabilmente, sia per effetto dell'ampliamento del numero dei punti di dispensazione di questi medicinali legati al Decreto Bersani, sia per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute 18 aprile 2012 ("Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537") che ha riclassificato da C-RR in C-SOP diverse specialità medicinali.

Gli effetti di tali provvedimenti di liberalizzazione in realtà non sembrerebbero aver portato alcun vantaggio ai pazienti, a parte la comodità di avere una più facile disponibilità di punti vendita che però potenzialmente li espone alle conseguenze di consumare più farmaci che non sono – come da AIFA più volte sottolineato – una merce simile a qualunque altra. Non vi sono stati risparmi per i cittadini visto che la spesa a loro carico ha avuto una crescita del +2,2% dal 2006 al 2013 (**tabella 2**).

In altri termini, a fronte di un paziente che per effetto della crisi tendeva a contrarre il volume dei propri acquisti di medicinali di fascia C, il sistema produttivo e distributivo ha "compensato" sfruttando la nota attitudine al consumo del mondo occidentale con un costante incremento dei prezzi di questi medicinali (**figura 1**).

In realtà, se l'obiettivo della liberalizzazione della vendita dei medicinali di fascia C-SOP/OTC era quello di rappresentare un vantaggio per i pazienti, con una riduzione dei prezzi tramite una vera concorrenza e un complessivo risparmio a loro vantaggio, i dati obiettivi e certificati evidenziano il completo fallimento di tale presupposto, perlomeno nel settore dell'assistenza farmaceutica.

Infatti l'effetto economico di provvedimenti, nell'intento pro-concorrenziali, ha paradossalmente determinato un complessivo aggravio per i cittadini di circa 200 milioni di euro (2.298 vs. 2.094, pari a +9,7% nel 2013 vs. 2006), nonostante la contrazione dei consumi.

Tale scenario non ha caratterizzato i medicinali di fascia C con ricetta che, oltre ad aver subito una rilevante riduzione del consumo (soprattutto dopo il 2012, ovvero dopo la riclassificazione da DM 18 aprile 2012), hanno avuto anche una contrazione della spesa a carico del cittadino del -3%

Tabella 1.

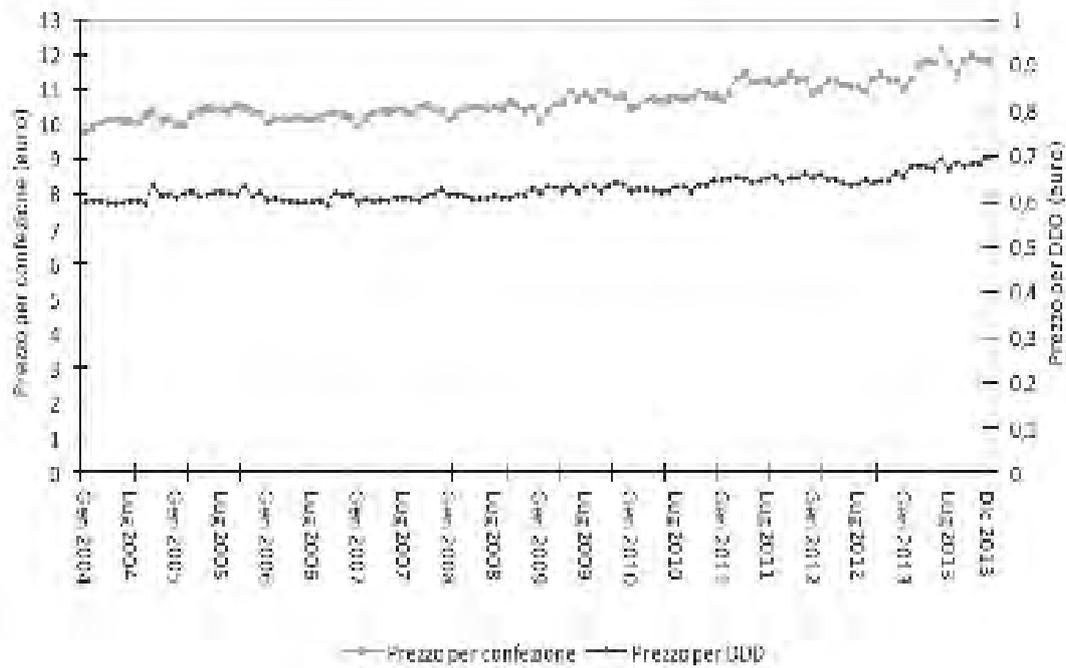
Consumi in milioni di confezioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var% 2013/2006
C con ricetta	299	297	296	288	283	284	267	252	-15,7%
SOP e OTC	311	316	311	325	308	300	280	288	-7,4%
Totale fascia C	610	613	607	613	591	584	547	540	-11,5%

Tabella 2

Spesa in milioni €	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var% 2013/2006
C con ricetta	3.057	3.084	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.966	-3,0%
SOP e OTC	2.094	2.134	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.298	9,7%
Totale fascia C	5.151	5.218	5.160	5.294	5.198	5.320	5.125	5.264	2,2%

Figura 1. Da Rapporto Osmed

Figura 5.5.2. Andamento 2004-2013 del prezzo medio per i farmaci territoriali di classe C con ricetta



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



Celiachia. In Italia i celiaci sono oltre 164mila. In Lombardia, Lazio e Campania la maggiore prevalenza. La Relazione al Parlamento

Nel 2013 sono stati rilevati 15.830 celiaci in più rispetto al 2012. Il dato nella Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia 2013, giunta alla sua settima edizione, inviata dal Ministro Lorenzin alle Camere. La regione più colpita la Lombardia, con il 17.4 %, seguita da Lazio con il 10.1 e Campania con il 9.4. La malattia colpisce in proporzione 2 donne per ogni maschio. [LA RELAZIONE](#)



17 FEB - Anche quest'anno sono lieta di presentare la Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia, ormai giunta alla sua settima edizione. Un documento tecnico-scientifico completo che descrive le attività istituzionali riconducibili alla gestione della celiachia in Italia, contiene i dati epidemiologici ufficiali del nostro Paese e le recenti acquisizioni scientifiche in materia di diagnosi. È un documento unico che ha lo scopo di fornire informazioni utili su una patologia di grande diffusione, in Italia e nel mondo, agli utenti che abbiano interesse a conoscere e approfondire una tematica di così grande importanza e attualità.

La prevalenza della celiachia calcolata in Italia sulla base del censimento dei soggetti affetti del 2013 risulta essere intorno allo 0,27 %, mentre analizzando i dati all'interno delle singole popolazioni, maschile e femminile, la prevalenza nei maschi risulta essere mediamente dello 0.16 % mentre nelle femmine è risultata intorno allo 0.37 %.

Ad oggi nel nostro Paese risultano 164.492 celiaci, 15.830 in più rispetto al 2012. Il 46% della popolazione celiaca italiana risulta residente al nord, il 22 % al centro, il 19 % al sud ed infine il 13 % nelle isole. La Regione dove sono concentrati più celiaci risulta la Lombardia, con il 17.4 %, seguita da Lazio con il 10.1 e Campania con il 9.4.

La celiachia è una malattia autoimmune che si sviluppa in soggetti geneticamente predisposti in seguito all'assunzione del glutine e colpisce in proporzione per ogni maschio almeno 2 femmine. Nel 2013 i maschi celiaci risultano essere 47.837 mentre le femmine 115.933, più del doppio. In circa 12 Regioni la proporzione addirittura raggiunge l'1:3. Saper affrontare la condizione di celiaco è il punto di partenza per poter gestire la propria giornata e la propria vita sociale in modo consapevole e sereno. Per fare questo, dopo la diagnosi, è buona prassi iniziare con una corretta educazione alimentare senza allarmismi e medicalizzazioni della dieta partendo dall'analisi degli ingredienti e dal profilo nutrizionale di un alimento, entrambi dichiarati in etichetta dal produttore. L'etichetta rappresenta la carta di identità di ciascun prodotto

alimentare e insegnare al consumatore a leggerla in modo corretto significa potergli consentire un acquisto informato, sicuro e consapevole anche all'estero.

Oggi la garanzia di poter disporre di alimenti sicuri non è limitata al consumo casalingo, ma coinvolge anche la ristorazione nelle scuole, negli ospedali, nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici. Nel 2013, sul territorio nazionale sono state censite ben 41.597 mense di cui 29.113 scolastiche, 3.921 ospedaliere e 8.563 mense riconducibili alle pubbliche amministrazioni.

La Lombardia con le sue 6.087 mense risulta la Regione con il più alto numero, seguita dal Piemonte con 5.103 mense e dal Veneto con 4.409 mense.

A contribuire al servizio sicuro nella ristorazione ci sono gli operatori del settore alimentare che vengono formati ad hoc per lavorare senza glutine. Nel 2013 sono stati organizzati 877 corsi di formazione che hanno coinvolto 19.755 operatori del settore alimentare che, in modo diretto o indiretto, ogni giorno producono, somministrano e/o distribuiscono alimenti senza glutine.

Ad oggi l'unica terapia resta ancora la dieta priva di glutine, garantita da un numero sempre maggiore sul mercato di prodotti sostitutivi di alimenti tradizionalmente prodotti con cereali contenenti glutine. L'evoluzione della normativa di tali prodotti ha reso gli alimenti chiamati un tempo dietetici, alimenti di consumo corrente responsabilizzando sempre di più il produttore nei confronti del prodotto messo in commercio senza per questo ridurre l'attenzione sulla questione da parte degli organi ufficiali deputati al controllo.

La trasparenza e diffusione capillare delle informazioni, l'aumento della sensibilità della collettività e del mondo produttivo rendono questa malattia meno gravosa da affrontare per il celiaco nel quotidiano. Tutelare significa assistenza, prevenzione ma anche valore sociale che si traduce in un Servizio Sanitario

Nazionale che si prende cura del paziente e che, per le sue peculiarità, può essere un esempio non solo per l'Europa ma anche per il mondo.

HQIPJ Evaluation 02/17/2015

Mi auguro che il lavoro svolto possa essere utile contributo informativo e ringrazio tutti coloro che hanno partecipato alla sua realizzazione.

Beatrice Lorenzin

Dalla Relazione annuale al Parlamento

17 febbraio 2015

© Riproduzione riservata

Allegati:

■ [La relazione al Parlamento sulla celiachia - anno 2013](#)

Altri articoli in Governo e Parlamento



Liberalizzazioni. Aifa: "Quelle già in vigore hanno fallito. Italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: +200 milioni dal 2006"



Liberalizzazioni. Audizione di Federfarma al Senato: "Governo riconsideri norme Ddl"



Farmaci e infermieri. Quelli della Marina Militare li possono prescrivere



Anteprima. Accredimento delle strutture sanitarie. Arriva il "cronoprogramma" per gli adempimenti



Anteprima. Ecco le nuove regole per la farmacovigilanza. Alla Stato Regioni il Decreto interministeriale in linea con le Direttive Ue



Anteprima/2. Pma. Alla Stato Regioni i requisiti strutturali e per la formazione dei valutatori dei centri

OS newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

OS gli speciali



Stabilità. Ecco le proposte delle Regioni per i tagli alla sanità

tutti gli speciali

iPiùLetti (ultimi 7 giorni)

- 1 Ospedali, si cambia. Presto in Gazzetta i nuovi standard.**
Arrivano gli "ospedali di comunità" gestiti dagli infermieri e le grandi reti per patologia. Stop ai privati con meno di 60 letti. Ecco il testo finale del regolamento dopo i rilievi del Consiglio di Stato
- 2 La tragedia di Catania e i professionisti dell'indignazione**

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

17 febbraio 2015

Celiachia, un fenomeno in crescita. Colpite soprattutto le donne

Italiani popolo sempre più a rischio celiachia. Il fenomeno è in aumento costante negli ultimi anni, infatti, alla sua settima edizione, anche la relazione annuale al Parlamento sulla celiachia appena pubblicata dal ministero della Salute, conferma che l'intolleranza al glutine colpisce sempre più italiani. Nel 2013 ne sono stati rilevati 15.830 in più rispetto al 2012.

A guidare la classifica delle regioni più colpite c'è la Lombardia, con il 17.4%, seguita da Lazio con il 10.1 e Campania con il 9.4. Una donna su due rispetto agli uomini presenta i sintomi: «I maschi celiaci risultano essere 47.837 mentre le femmine 115.933, più del doppio» si legge ancora nella Relazione. «Oggi la garanzia di poter disporre di alimenti sicuri non è limitata al consumo casalingo - scrive nell'introduzione della Relazione il Ministro Beatrice Lorenzin - ma coinvolge anche la ristorazione nelle scuole, negli ospedali, nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici». E proprio la celiachia è una delle «new entry» nei Lea, i nuovi Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) gratuitamente o pagando un ticket. «Tutelare significa assistenza - conclude la ministra - prevenzione ma anche valore sociale che si traduce in un Servizio sanitario nazionale che si prende cura del paziente e che, per le sue peculiarità, può essere un esempio non solo per l'Europa ma anche per il mondo».

[LA RELAZIONE](#)

17 febbraio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

HiQPdf Evaluation 02/17/2015

ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

CERCA

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Expo 2015

ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Aumentano i celiaci in Italia, top in Lombardia e Lazio

Aumentano i celiaci in Italia, top in Lombardia e Lazio

Relazione annuale al Parlamento, colpite 2 donne per ogni uomo

17 febbraio, 18:03

[Indietro](#) | [Stampa](#) | [Invia](#) | [Scrivi alla redazione](#) | [Suggerisci \(\)](#)

(ANSA) - ROMA, 17 FEB - Crescono i celiaci in Italia: nel 2013 ne sono stati rilevati 15.830 in più rispetto al 2012. I dati, nella Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia 2013, giunta alla sua settima edizione, inviata dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin alle Camere. In cima alla classifica delle regioni piu' colpite c'e' la Lombardia, con il 17,4 %, seguita da Lazio con il 10,1 e Campania con il 9,4. Una donna su due rispetto agli uomini presenta i sintomi: "I maschi celiaci risultano essere 47.837 mentre le femmine 115.933, più del doppio" si legge ancora nella Relazione. "Oggi la garanzia di poter disporre di alimenti sicuri non è limitata al consumo casalingo - scrive nell'introduzione della Relazione il Ministro Beatrice Lorenzin - ma coinvolge anche la ristorazione nelle scuole, negli ospedali, nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici". E proprio la celiachia e' una delle "new entry" nei Lea, i nuovi Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) gratuitamente o pagando un ticket. "Tutelare significa assistenza - conclude il Ministro - prevenzione ma anche valore sociale che si traduce in un Servizio Sanitario Nazionale che si prende cura del paziente e che, per le sue peculiarità, può essere un esempio non solo per l'Europa ma anche per il mondo". (ANSA).

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

[Indietro](#)

condividi:

PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Ddi concorrenza: Federfarma, farmacie sole garanti servizio

>ANSA-FOCUS/ Epatite C: 1 mld euro l'anno costo malattia a Ssn

Esperto, ma risparmio a regime con farmaci nuova generazione

Carica nuovi farmaci contro Epatite C, saranno gratis

In settimana il secondo; Lorenzin, è una nuova era per cure

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#) | [+](#)

SPECIALI ED EVENTI

Legge 40: ad aprile sentenza Consulta su diagnosi preimpianto

Per coppie fertili ma portatrici malattie legge 40 vieta esame



Diagnosi preimpianto per scoprire 10 mila malattie genetiche

Da talassemia a distrofia, individuabili con diagnosi preimpianto



Ogni anno influenza fa ottomila morti

Ricciardi (Iss), alto anche costo economico



In Italia nutrizione artificiale per 12mila pazienti

Convegno per 30 anni Baxter, 'troppe differenze nell'accesso'



Esigenze di risparmio 'trainano' diffusione di biosimilari

Pazienti e medici chiedono garanzie di efficacia e sicurezza



Il 40% delle giovani donne non usa contraccettivo

18% sceglie la pillola, ma 1 su 4 la dimentica una volta al mese



Esperti, italiani bocciati a tavola

Mangiano poca frutta e verdura e sono sedentari



[VAI ALLA RUBRICA](#) | [+](#)

CENTRI DI ECCELLENZA

Oncologia

Allarme della Società italiana di pediatria

Al Sud la mortalità infantile è il 30% più alta che al Nord

Non ci sono soltanto le vicende di Trapani e Catania: nel Meridione i neonati hanno meno possibilità di screening e cure. Ad alcuni resta solo il trasferimento

Studio choc dei pediatri

Nel Meridione muoiono il 30% di bambini in più

di **CLAUDIA OSMETTI**

Sempre più casi di malasanità che riguardano i bambini. Sempre più il Sud nell'occhio del ciclone. E la Società Italiana di Pediatria avverte: nel Meridione la mortalità infantile è il 30% più alta che nel Nord Italia. Insomma, nascere in un ospedale di Palermo non è lo stesso che nascere in uno di Milano. (...)

(...) Già, sotto questo punto di vista le cronache dell'ultima settimana sono impietose. Due le bambine di pochi mesi (Rosa e Mariaviviana) morte a Napoli, nello stesso policlinico, a causa di problemi respiratori. E non solo. La procura di Catania ha aperto un'inchiesta - nove gli indagati per omicidio colposo - per la morte della piccola Nicole, la neonata che ha perso la vita su un'ambulanza, in un disperato viaggio verso Ragusa perché tutti e tre gli ospedali della sua città non avevano un posto disponibile nei loro reparti di terapia intensiva. E poi il caso di Daniel, deceduto venerdì scorso a Trapani all'età di appena due anni: i medici del pronto soccorso gli hanno dato una tachipirina, pensando che la sua fosse semplice influenza. Invece era una (sospettata) meningite: anche qui indaga la Procura.

Certo, l'elenco è di quelli terribili. Anche perché in questa lista ci sono

bambini di pochi mesi, piccoli che (magari) si sarebbero potuti salvare con qualche accortezza in più, bimbi che (forse) avrebbero avuto più speranze se fossero nati pochi chilometri più a nord. «I bambini dovrebbero essere tutti uguali, ma quelli che nascono nel Meridione hanno meno possibilità: la disparità regionale in fatto di cure è un dato che ripetiamo da tempo», conferma Mario De Curtis, direttore dell'Unità Terapia intensiva neonatale all'ospedale Umberto I della capitale. E aggiunge: «Quello che è successo a Catania potrebbe tranquillamente succedere a Roma: oggi nel Lazio mancano 20 posti di terapia intensiva neonatale a causa di un rimpallo di responsabilità tra la Regione e i direttori generali delle aziende ospedaliere».

Appunto. E dire che il tasso di mortalità infantile nel Belpaese è sensibilmente inferiore alla media europea ed è quasi la metà rispetto a quello statunitense. Ma da Roma in giù c'è poco da esser contenti. Se a Firenze ogni bambino che nasce viene sottoposto a uno «screening neonatale metabolico allargato» (un test, cioè, che permette di diagnosticare qualcosa come oltre 40 malattie rare), nelle regioni meridionali lo stesso esame viene fatto - per obbligo di legge - solo per tre patologie, ossia ipotiroidismo con-

genito, fibrosi cistica e fenilchetonuria. Tradotto, non ci vuole una laurea in medicina per capirlo, significa che i bambini della Toscana vantano una prevenzione circa 40 volte più approfondita. Non è poco, anzi. Nel Lazio e in Sicilia non va meglio: qui non tutti gli ospedali consentono lo screening allargato e la situazione varia da istituto a istituto. Un terno al lotto.

Altro capitolo dolente quello dei vaccini. Nel 2014 solamente in Puglia, in Basilicata, nel Veneto e in Toscana i più piccoli hanno potuto beneficiare (gratuitamente, s'intende) di quello contro il meningococco B, il virus che può portare la meningite. Nelle altre zone d'Italia niente, a eccezione di qualche Asl che ha offerto il servizio ai soggetti a rischio. Non tutte hanno potuto però (problemi di budget, come sempre): così ci si è trovati col paradosso di avere trattamenti diversi anche all'interno della stessa Regione. Ancora. Nel nostro Paese 15mila minori hanno bisogno di cure palliative, cioè di assistenza totale perché colpiti da una malattia terminale.



La legge 38 del 2010 obbliga le Regioni a dotarsi di una rete territoriale per garantire questi trattamenti, ma solamente cinque, tra cui il Veneto, ce l'hanno.

Così, complici la mancanza di organico e le ristrettezze economiche, per alcuni di quei bambini malati la soluzione è trasferirsi. Come hanno fatto (oramai parecchi anni fa) i genitori del piccolo Lorenzo, due mesi e un tumore all'encefalo. In Puglia, dov'era nato, non aveva speranze: fu proprio il primario dell'ospedale di Taranto a consigliare curatevi a Firenze andate via. E ha regalato al bimbo cinque anni di vita.

“Nanotubi e neuroni: il mio bypass ibrido per battere le paralisi”

GABRIELE BECCARIA

Osservate il capello appena caduto nel lavandino (sperando sia solo uno). Poi immaginate una forma simile, ma 50 mila volte più piccola (pari, in gergo, a un nanometro di diametro). Vedreste, con occhi che hanno acquisito di colpo capacità da microscopio ad altissima risoluzione, un tubicino, monostrato o multistrato. Gli scienziati lo chiamano «nanotubo di carbonio». A parte lo stupore per la sua perfezione, vi sorprenderà sapere che potrebbe trasformarsi nell'arma per ridare il movimento a chi è paralizzato.

Il progetto è un'avventura in corso all'Università di Trieste, nel laboratorio del professor Maurizio Prato. Ed è un'esclusiva mondiale, in cui nanoscienze, chimica e neurofisiologia si intrecciano. Un esempio di cosa è oggi l'«iper-scienza»: tante discipline che si confondono creativamente le une nelle altre. In questo caso per raggiungere uno degli obiettivi più ambiziosi della medicina, come racconterà oggi il professore, alle 18, alla Scuola Normale Superiore di Pisa in occasione del programma di conferenze pubbliche «Virtual Immersions in Science».

A occhio nudo - racconta Prato - «i nanotubi sembrano una polvere nera, una specie di cenere». Ma, non appena passano sotto i microscopi digitali, la scena subisce una repentina metamorfosi: entrati nella dimensione dell'in-

visibile, lo studioso e il suo team possono cominciare a manipolare queste catene di atomi e sfruttarne due proprietà decisive: «Conducono molto bene l'elettricità. Noi diciamo in modo “ballistico”, vale a dire senza che il movimento degli elettroni provochi aumenti di temperatura. E inoltre sono meccanicamente molto robuste». Presentano anche un lato più controverso: «Le fibre possono causare infiammazioni nell'organismo in cui penetrano e rivelarsi tossiche. Ma le modificazioni morfologiche a cui li sottoponiamo con una serie di procedimenti chimici hanno lo scopo di renderle innocue».

Così, passaggio dopo passaggio, l'obiettivo è ottenere una sorta di filo elettrico iper-sofisticato, con il quale ricucire i neuroni di un tessuto nervoso danneggiato e che, quindi, hanno smesso di comunicare. «I nanotubi - sottolinea Prato - possono ristabilire i contatti elettrici tra le cellule: tendiamo cioè a ristabilire i fenomeni sinaptici». Un processo di guarigione che assomiglia alla logica di un by-pass, realizzato però grazie a un'ibridazione: l'organismo ospite e la tecnologia lavorano insieme, alla ricerca dei segnali perduti.

I nanotubi, infatti, sono un'invenzione che tracima nella casualità. Se il racconto classico sostiene che vennero individuati per la prima volta nel 1991 nel particolato carbonioso dei «toner» delle stam-

panti dal ricercatore giapponese Sumio Iijima, già sei anni prima il chimico americano Richard Smalley aveva osservato che in condizioni estreme gli atomi di carbonio si dispongono in sorprendenti strutture di forma sferica: i fullereni. Somigliantissime a palloni da calcio, compresi i classici esagoni, compaiono anche spontaneamente in natura, ma solo negli habitat degli spazi interstellari.

Ottenere nanotubi, quindi, non è così difficile, quando si è imparata la tecnica. Molto più complicato è piegarli a scopi terapeutici. Al momento il gruppo di Prato sta conducendo una serie iniziale di test in vitro, vale a dire su cellule e tessuti. Se i risultati risponderanno alle aspettative, «passeremo ai topolini». Ulteriore passo sarà quello con gli animali superiori. «Ottimi candidati sono i cani: ce ne sono molti che hanno perso l'uso delle zampe posteriori a causa di traumi e incidenti e sono costretti a spostarsi con i carrellini su ruote».

Riuscire a ridare loro il movimento sarebbe una porta spalancata verso il successo definitivo: puntare finalmente alla sperimentazione clinica sugli esseri umani. E ridare loro l'uso delle gambe.



E Ricerca | Sociale | Produzione

Pasti per anziani stampati in 3D

Un progetto Ue si occupa dell'alimentazione di chi non è in grado di masticare

di **Marco Passarello**

● Tra i tanti svantaggi della vecchiaia, spesso c'è anche quello di non riuscire a masticare o a deglutire con facilità. Circa un quinto degli ospiti delle case di riposo è costretto a seguire una dieta speciale. Ma mangiare è anche un piacere e un'occasione sociale. Avere di fronte solo brodini e purè tutti i giorni della settimana non fa bene al morale e non invoglia a nutrirsi. Un progetto europeo sta ora sviluppando un processo industriale per produrre cibo personalizzato e appetitoso adatto agli anziani con questi problemi.

L'incidenza di simili situazioni è destinata a crescere: le persone con più di 65 anni sono in notevole aumento, e si prevede che raggiungeranno il 30% della popolazione entro il 2060. Performance è un programma di ricerca europeo incluso nel settimo programma quadro (Fp7), e si pone l'obiettivo di produrre una vasta gamma di prodotti alimentari differenziati in modo da rispettare le preferenze dei singoli, con la possibilità di personalizzare la composizione relativamente al tipo di cibo, alle dimensioni delle porzioni e al tipo di masticazione necessario. Il tutto adattato alle necessità di mense e catering, facendo uso di un packaging speciale con vassoi riutilizzabili, che consenta il riscaldamento mirato delle componenti del pasto e disponga di un codice di identificazione univoco.

La soluzione adottata è usare stampanti 3D per ottenere pasti della consistenza voluta. Come spiega Matthias Kück, coordinatore del progetto e amministratore delegato dell'azienda alimentare Biozoon, «I grandi produttori di alimenti industriali usano principalmente uovo o amido per dare consistenza al cibo omogeneizzato. Tuttavia in questo modo le pietanze hanno sempre lo stesso sapore». La soluzione adottata dai ricercatori per mantenere il cibo gustoso e visivamente attraente è stata aggiungere un agente solidificante di origine vegetale e resistente al calore. I cuochi possono poi dare forma alle portate con l'aiuto di stampi in silicone. «Questo approccio però non è adatto per le grandi mense o i servizi di catering, perciò abbiamo applicato



Cibi a consistenza variabile. La stampa 3D consente di personalizzare il cibo, anche per contenuto calorico e dimensioni delle porzioni

una tecnologia di stampa 3D per industrializzare il procedimento».

Secondo Sandra Forstner, project manager alla Biozoon, «la stampa 3D consente di personalizzare il cibo anche per contenuto calorico e dimensioni delle porzioni». Giovanni Lamura, ricercatore dell'Inrca di Ancona, sottolinea l'utilità del progetto contro il cruciale problema della malnutrizione degli anziani, e aggiunge che il nuovo procedimento potrebbe anche contribuire a una riduzione dei costi delle mense.

Al termine del progetto sarà disponibile un prototipo di stampante per i cibi: attualmente si sta ancora lavorando per rendere stampabili vari tipi di carne e vegetali. Gli alimenti prodotti saranno poi collaudati in due case di riposo per valutare se gli anziani li trovano accettabili. «Gli studi sull'accoglienza dei nuovi cibi vanno pianificati con attenzione», ha dichiarato Dorothee Volkert, professoressa di nutrizione clinica all'Università Friedrich-Alexander di Norimberga. «Lo sviluppo del progetto non deve perdere di vista il fatto che gli anziani preferiscono piatti tradizionali, anche se molti di loro saranno comunque contenti di poter tornare a nutrirsi in modo normale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Dieta e digiuno? Spengono l'inflammazione

Il ridotto apporto calorico innesca la produzione di una molecola che mette a riposo il sistema immunitario. E' così che il corpo si protegge da alcune malattie



DANIELE BANFI

MILANO

Una medicina chiamata dieta e digiuno. Da tempo gli scienziati affermano che ridurre l'apporto di calorie è di fondamentale importanza nel prevenire molte delle malattie associate all'invecchiamento e ad uno stile di vita sedentario. Oggi, grazie ad una ricerca pubblicata su Nature Medicine ad opera degli scienziati della Yale School of Medicine (Stati Uniti), sappiamo anche il perché: mangiare meno e digiunare innescano la produzione di una molecola capace di spegnere l'inflammazione cronica.

Il composto in questione, noto con il nome di beta-idrossibutirrato, agisce direttamente fermando la produzione di un'importante molecola che ha il compito di stimolare alcune strutture della cellula a mettere in atto una potente risposta infiammatoria. In particolare si tratta di un composto prodotto in grandi quantità nelle persone colpite da malattie auto immuni, diabete di tipo 2, morbo di Alzheimer e arteriosclerosi.

Come dimostrato in studi precedenti BHB è prodotto quando il corpo è sottoposto a digiuno, dieta ed esercizio fisico ad alta intensità. Pur sapendo che le prime due attività portano il corpo ad abbassare lo stato di infiammazione, il meccanismo con cui ciò avviene era ancora in gran parte sconosciuto. Per comprenderlo gli scienziati statunitensi hanno somministrato BHB in topi predisposti geneticamente a sviluppare alcune delle più comuni malattie infiammatorie.

Dai dati è emerso che più era elevata la quantità di molecola fornita e più basso era lo stato di infiammazione. Un risultato importante che in futuro potrebbe essere sfruttato nel trattamento precoce di molte malattie che condividono un'aumentata produzione di molecole in grado di scatenare la risposta infiammatoria. Un'ipotesi tutt'altro che remota se si pensa che sempre più ricerche stanno dimostrando che un fattore su cui agire per limitare i danni delle malattie neuro-degenerative è proprio l'eccessiva risposta del sistema immunitario.

LA DIETA? È IN BORSA!

Dimagrire con i “pasti sostitutivi”

C'È CHI LI CONSIDERA UN SEMPLICE “RIEMPITIVO” PER SPEZZARE IL SENSO DI FAME. SBAGLIATO: BEVANDE E BARRETTE SONO UN UTILE STRUMENTO NELLE MANI DEI DIETOLOGI **PER TENERE SOTTO CONTROLLO I CHILI DI TROPPO**. DA USARE CON ATTENZIONE: PAROLA DI ESPERTO

di Mariateresa Truncellito

Sono il metodo più rapido (e indolore) per perdere qualche chilo e nutrirsi in modo equilibrato anche quando non c'è tempo per sedersi a tavola. Parliamo dei pasti sostitutivi (dolci e salati): barrette, bevande, dessert in coppa, cereali, sandwich, biscotti farciti alla frutta, snack. Una gamma sempre più ampia di alimenti studiati per le diete ipocaloriche (da 1.000 a 1.600 calorie al giorno), che possono essere usati al posto di uno o due pasti durante la giornata. Ma come gestire al meglio questa offerta alimentare? «**I pasti sostitutivi sono una modalità pratica e moderna nel trattamento del sovrappeso**», spiega **Samir Sukkar**, direttore dell'Unità di Dietetica e

Nutrizione clinica dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro San Martino di Genova. Perché, **attenzione, non si tratta di “merendine”**, da consumare così, per spezzare la fame. Al contrario: i pasti sostitutivi sono bilanciati e completi, perché formulati in base a un decreto del [ministero della Salute](#) (il 519/98). E una regolamentazione europea molto precisa stabilisce che cosa deve esserci scritto in etichetta e come vanno usati. **In base a queste regole, un pasto sostitutivo sotto qualsiasi forma deve apportare fra le 200 e le 400 calorie** e, tenendo come base una dieta da 1.200 calorie, fra il 25 e il 50 per cento di proteine, non oltre il 30 per cento di grassi, un

corretto mix di vitamine e minerali e, in media, 3,5 g di fibra (il 15 per cento di quella consigliata ogni giorno per stare in salute: la quota restante bisogna assicurarsela con verdura, frutta, legumi e cereali).

IL MOTO: ALLEATO CRUCIALE

Anche nella fase di dimagrimento, i pasti sostitutivi permettono di consumare alimenti tradizionali (sempre nell'ambito di un regime complessivamente ipocalorico) e quindi, oltre ai vegetali, latticini magri, pesce e carne magra. **Il tutto, va da sé, abbinato a uno stile di vita attivo**, che preveda lunghe passeggiate a piedi o in bici, nuoto, ginnastica da camera o la pratica vera e propria di uno sport. «Il pasto sostitutivo contiene i nutrienti in esatte quantità, perciò è un valido aiuto nel controllo dell'apporto energetico, sia nel calo di peso, sia nelle alterazioni del colesterolo e dei trigliceridi», conferma il professor Sukkar. «Inoltre non provoca carenze alimentari perché è arricchito di vitamine e minerali. Per questo, soprattutto nell'ambito di una perdita ponderale del 5-10 per cento del peso iniziale, che già ha benefici notevoli per la salute, può essere un metodo valido e consigliabile anche da medici ed esperti di nutrizione».

Sulla base degli studi scientifici disponibili, l'Efsa (l'autorità europea per la sicurezza alimentare) ha



COLAZIONE
200 ml latte parz. scremato o 250 g yogurt magro; 5 biscotti secchi o 40 g corn flakes

SPUNTINO
1 snack sostitutivo



PRANZO
1 pasto sostitutivo, 1 mela o altro frutto medio a piacere

MERENDA
1 panino integrale + 40 g bresaola



CENA
1 pasto sostitutivo, 1 pera o altro frutto medio a piacere

cermimetri

UN ESEMPIO DI MENU GIORNALIERO

A sinistra, il professor Samir Sukkar. Sopra, un menu giornaliero ipocalorico in cui le due portate principali prevedono pasti sostitutivi.

● Da cliccare: www.assediobianco.ch, un sito di info utili sulle patologie legate al sistema immunitario



«Sono pratici per chi mangia fuori casa»

● **Una convinta sostenitrice della validità dei pasti sostitutivi** come strategia non traumatica per sbarazzarsi di qualche chilo di troppo è la *diet coach* **Samantha Biale** (nella foto in basso): ha loro dedicato un intero capitolo del libro *La dieta B Factor* (Sperling&Kupfer).

● **«Vedere subito i risultati è il primo desiderio di chi si mette a dieta:** quasi tutti hanno bisogno di un'iniezione di autostima per mantenere alta la motivazione. Tra i tanti metodi, scelgo i pasti sostitutivi perché ogni singolo nutriente è presente in quantità ideali per le necessità nutrizionali dell'organismo, si trovano in ogni supermercato, sono pratici anche per chi mangia fuori casa, hanno un sapore gradevole che piace anche agli uomini, in genere critici e refrattari ai cibi dietetici. E, soprattutto, sono sicuri per la salute».

● **Altro aspetto positivo, «non stravolgono i ritmi fisiologici dell'organismo, ne rispettano il benessere ed evitano il rischio (dannosissimo) del "salto del pasto"».** Io in genere consiglio di provarli tutti, dolci o salati, morbidi, croccanti o sotto forma di bevanda: la varietà, per una dieta, è fondamentale per la sua buona riuscita. I biscotti farciti sono i più energetici e appaganti, le barrette al cioccolato soddisfano i più golosi, quelle ai cereali, che devono essere masticate bene, favoriscono la sazietà; le creme al cucchiaino, insieme con i sandwich salati per chi non ama il gusto dolce, sono la variante meno calorica».

autorizzato la possibilità di scrivere sulle confezioni che tali risorse sono indicate per la perdita e il controllo del peso: un riconoscimento importante, che non è stato attribuito ad altri alimenti sedicenti "dimagranti".

ISTRUZIONI PER L'USO

Domanda: non dovrebbe essere più facile stare a stecchetto mangiando poco di tutto? In teoria sì, ma nella pratica i pasti sostitutivi rispondono meglio alla... frenesia della vita moderna: sono pronti per l'uso, non devono essere pesati né cotti, facilitano il conto delle calorie e si possono infilare in borsa. **Per questo, più difficilmente vengono a noia di tante diete** che promettono gioie da gourmet ma, oltre a imporre sacrifici, escludono interi gruppi alimentari della tradizione mediterranea (per esempio, pasta e pane) e spesso

necessitano di pesate e metodi di cottura rigidi (leggi: solo vapore, solo griglia, solo ai ferri). Da non sottovalutare nemmeno l'effetto sul portafoglio: ce la possiamo cavare con 1,5-2 euro a pasto.

Il modo giusto per consumarli è accompagnarli con 1,5-2 litri d'acqua al giorno, che serve anche e soprattutto per favorire una buona idratazione, il ricambio di liquidi e a evitare la stipsi. «Il pasto sostitutivo non deve essere usato in alternativa ad alimenti essenziali come frutta e verdura», avverte il professor Sukkar. «Restano valide le raccomandazioni basate sulla **piramide alimentare** per le quali è essenziale per la salute consumare ogni giorno tre porzioni di frutta e due di verdura comunque, per garantirsi l'apporto di microelementi essenziali per la salute come vitamine A, D e B6, acido folico e magnesio». ●

● Da leggere: *Vivere senza artrosi - Ecco come*, di Marco Lanzetta (Tecniche Nuove)

