



## **RASSEGNA STAMPA**

### **19-09-2019**

1. ADN KRONOS Tumori: carcinoma spinocellulare avanzato, svolta dall'immunoterapia
2. ANSA ENose 'fiuta' pazienti che avranno benefici da immunoterapia
3. REPUBBLICA.IT Tumore del polmone, il naso elettronico dice se l'immunoterapia funzionerà
4. QUOTIDIANO SANITA' Meno ospedali, ma sul territorio cala il pubblico e sale il privato
5. REPUBBLICA La campagna contro le e-cig
6. ANSA In India bando totale per le sigarette elettroniche
7. QUOTIDIANO SANITA' Vaccini. Sileri: "Avanti con ddl su obbligo flessibile"
8. MF Biosimilari, in Italia è boom
9. AVVENIRE Le cure palliative? «Non si improvvisano»
10. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Uscire dall'isolamento con le tecnologie assistive
11. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Dov'è la passione politica per la salute?
12. ANSA Primi segnali diabete adulti già visibili in bimbi 8 anni

[www.adnkronos.com](http://www.adnkronos.com)

## Tumori: carcinoma spinocellulare avanzato, svolta dall'immunoterapia

[Atteso in Italia il primo farmaco, speranza per il 3% di malati in cui il cancro cutaneo avanza](#)

Milano, 18 set. (AdnKronos Salute) - "Quando lo scopri ti dicono solo che è un tumore della pelle. Non ti dicono che può essere molto di più": aggressivo, invasivo, deturpante, mortale. Patrizia, 61 anni, fa parte di quella piccola quota di pazienti che il carcinoma cutaneo a cellule squamose (Csc, o spinocellulare), 11 mila casi l'anno stimati in Italia, non riescono a estirparlo con la chirurgia o la radioterapia. Per questi malati, 3 su 100, il Csc progredisce in forme localmente avanzate o metastatiche. Sopravvivenza media inferiore ai 2 anni. Almeno in passato, perché a luglio l'Agenzia europea del farmaco Ema ha approvato la prima immunoterapia mirata alle forme più difficili di Csc. Per gli esperti "una vera e propria svolta", attesa anche in Italia dove è ancora in corso la negoziazione con l'Aifa. Se n'è parlato oggi a Milano durante un incontro promosso da Sanofi Genzyme, che con Regeneron ha sviluppato l'anticorpo monoclonale anti Pd-1 cemiplimab. "Toglie il freno che il tumore ha messo sul sistema immunitario, lasciando libero l'acceleratore delle naturali difese dell'organismo", è la metafora usata da Paolo Bossi, professore di oncologia medica all'università di Brescia. Gli specialisti ci tengono a "non fare terrorismo", a chiarire che "nel 97% dei casi il Csc è ben gestibile e curabile". Ma nel 3% no ed è per questi pazienti che "c'è urgenza d'azione", sottolinea Iris Zalaudek, direttrice della Clinica dermatologica dell'azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste, presidente dell'International Dermoscopy Society. E' per loro che "oggi mancano protocolli standardizzati", evidenzia la specialista che insieme a Bossi siede nel comitato multidisciplinare impegnato ad aggiornare le linee guida nazionali sul tema in seno all'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica). Perché quando dopo la chirurgia e la radioterapia il cancro torna, e dopo un nuovo intervento ritorna ancora e poi ancora, "nel 60% dei casi non si fa più niente". A volte non si può, altre non può più sopportarlo il malato: "Di nuovo sotto i ferri per la terza volta no", dice Patrizia in un video di Elma Research che racconta le storie di alcuni pazienti. Persone che il male sfigura soprattutto su viso, orecchie, collo, braccia e gambe, e che ora possono tornare a sperare. "Esposizione al sole, magari cronica per ragioni professionali; fototipo chiaro; età superiore ai 40 anni". Sono questi, ricorda Zalaudek, i fattori di rischio principali per il carcinoma cutaneo a cellule squamose, secondo tumore della pelle non melanomatoso per incidenza ("in Italia è compresa fra 5 e 96 casi su 100 mila", ma "è molto sottostimata" e "cresciuta del 263% dagli anni '80 ai 2000"), primo per mortalità. Come sempre, contro il cancro e non solo, le parole d'ordine sono "prevenzione e diagnosi precoce", perché "grazie alla dermatoscopia è possibile individuare la malattia anche nelle fasi in cui non si vede a occhio nudo". Bisogna parlarne, ammonisce l'esperta. Se "il messaggio sta passando per il melanoma, sul Csc resta molto da fare". "Nell'80% dei casi il tumore insorge su zone cutanee molto visibili", osserva Bossi. La malattia pesa dunque anche sulla sfera estetica e psicologica, accompagnandosi a vergogna, crollo dell'autostima, ansia e isolamento sociale. Senza contare che nelle fasi avanzate "aumentano i ricoveri e quindi i costi per il Servizio sanitario nazionale". Le buone notizie però ci sono: volendo fare un paragone tecnologico, il progresso scientifico ha permesso di passare nelle forme non risolubili con la chirurgia "dal telefono a rotella (la chemioterapia) - esemplifica l'oncologo - alla 'mattonella' anni '90 (i farmaci target, al bersaglio) fino allo smartphone (l'immunoterapia)". Da "risposte non durevoli, ottenute in percentuali basse di pazienti", si è arrivati a "risposte rapide (meno di 2 mesi) e prolungate (un anno e mezzo) nella maggioranza dei malati". Insomma "una rivoluzione". Ma quanto costerà al Ssn? Di fronte a una nuova cura, risponde Francesco Saverio Mennini, professore di economia sanitaria all'università di Roma Tor Vergata, "dico sempre che la domanda giusta non è 'quanto costa?', bensì 'quanto costerebbe non utilizzarla?'. Ebbene, "i risultati di un'analisi dell'Economic Evaluation and Hta (Eehta-Ceis) indicano per ogni paziente con Csc avanzato costi medi stimati in 3.319 euro all'anno: il 36% in più rispetto a un

paziente con Csc resecabile chirurgicamente (2.175 euro l'anno). Oltre mille euro di differenza". Ecco quindi che "una corretta identificazione e un costante monitoraggio della patologia - ragiona l'economista - consentirebbero una gestione precoce dei pazienti, così da poterli curare con trattamenti innovativi ed efficaci in grado di migliorare la loro salute e permettere al Ssn di gestire i costi nel tempo". Avverte Mannini: "In sanità il punto di partenza non dovrebbe essere l'economia, ma l'epidemiologia e i bisogni dei pazienti", tanto più sul fronte tumori che rappresentano "la seconda causa di morte e la prima causa di anni di vita persi per disabilità o morte prematura. Basta ragionare per 'silos' sulla spesa farmaceutica o su quella sanitaria: le valutazioni vanno fatte in un'ottica di strategia globale. Bisogna superare la logica del prezzo: prezzo - conclude il docente - non vuol dire costo. Il costo va sempre messo in relazione all'efficacia".



18-09-2019

780.455

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

## **ENose 'fiuta' pazienti che avranno benefici da immunoterapia Testato su persone con tumore al polmone, rapido e non invasivo**

- ROMA, 18 SET - Un naso elettronico che rileva le sostanze chimiche presenti nell'aria espirata dei pazienti con tumore al polmonare può identificare coloro che risponderanno o meno all'immunoterapia. Un nuovo studio pubblicato sulla rivista Annals of Oncology mostra, infatti, che l'eNose, oltre a essere un sistema rapido e non invasivo, è un metodo accurato per selezionare i pazienti che risponderanno a farmaci anti-PD-1. "L'introduzione dell'immunoterapia - spiega Michel van den Heuvel, professore di oncologia toracica presso il Radboud University Medical Center di Nijmegen, nei Paesi Bassi che ha guidato la ricerca - ha notevolmente migliorato il trattamento del carcinoma polmonare ma sfortunatamente è efficace solo in un sottogruppo di pazienti. Per prevedere chi trarrà beneficio da questo trattamento si effettua oggi l'immunoistochimica, che prevede il prelievo di campioni di tessuto per cercare la presenza della proteina PD-L1, obiettivo delle terapie anti-PD 1: ma questo metodo è invasivo e richiede tempo per ottenere risultati". I ricercatori del Netherlands Cancer Institute hanno reclutato 143 pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato e utilizzato, prima di iniziare il trattamento con nivolumab o pembrolizumab, l'eNose, un piccolo dispositivo che contiene sensori in grado di rilevare impronte molecolari presenti nell'aria espirata. Successivamente hanno effettuato l'immunoistochimica per valutare se i pazienti stavano rispondendo alla terapia. Hanno così visto che l'eNose riusciva a indicare con una precisione dell'85%, e in pochi minuti, i pazienti che non avrebbero avuto benefici dall'immunoterapia.

[https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/09/18/news/tumore\\_del\\_polmone\\_il\\_naso\\_elettronico\\_dice\\_se\\_l\\_immunoterapia\\_funziona\\_-\\_236276888/](https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/09/18/news/tumore_del_polmone_il_naso_elettronico_dice_se_l_immunoterapia_funziona_-_236276888/)

# Tumore del polmone, il naso elettronico dice se l'immunoterapia funzionerà

*Messo a punto in Olanda, l'apparecchio analizza il respiro del paziente per capire se risponderà al trattamento con nivolumab o pembrolizumab. I risultati mostrano che la risposta è precisa all'85%*



L'IMMUNOTERAPIA ha portato una ventata di novità nella cura del cancro del polmone: da quando sono arrivati sul mercato i farmaci che sbloccano i freni del sistema immunitario rendendolo capace di attaccare le cellule malate, alcuni pazienti, anche con una malattia grave, hanno ritrovato speranza, e sopravvivenza. Si tratta però di farmaci costosi che per essere accessibili devono essere amministrati con cautela. Per esempio somministrandoli solo a chi sappiamo risponderà alla terapia, non più del 30% in media. Come fare? Una risposta arriva oggi da uno studio pubblicato sugli *Annals of Oncology* a firma di un gruppo di ricercatori olandesi. La loro soluzione è tecnologica e poco invasiva: un naso elettronico che riesce a individuare dal respiro del paziente se risponderà o meno a queste terapie. Nello studio lo fa con un'accuratezza dell'85%, superiore a quella del test finora usato, che per giunta è anche

invasivo perché si effettua su un campione di tessuto.

## **Come funziona**

Il naso elettronico è un piccolo apparecchio dotato di sensori in grado di rilevare la presenza di elementi chimici chiamati composti organici volatili (VOC l'acronimo inglese), che rappresentano circa l'1% dell'espriato, e che variano al variare dei processi metabolici che avvengono nell'organismo, polmoni compresi. E' qui che si nasconde la presenza del marcatore finora usato per capire se l'immunoterapia funzionerà o meno, il PD-L1. L'esame è semplice: il paziente prende un respiro profondo, lo trattiene per 5 secondi e poi lo espira lentamente nell'apparecchio dove i sensori cominciano ad analizzare la presenza dei diversi composti. "Le rilevazioni vengono spedite direttamente a un server online dove sono processati in tempo reale e corretti con i dati ambientali che in qualche modo possono falsificare il risultato", ha spiegato Rianne de Vries, una delle autrici dello studio. "Il test dura meno di un minuto mentre i risultati vengono confrontati con una data base online dove degli algoritmi di intelligenza artificiale identificano immediatamente se il paziente risponderà o meno alle terapie anti-PD1, come nivolumab o pembrolizumab". I risultati, come detto, sembrano essere più accurati di quelli prodotti dall'esame immunostochimico (IHC) che è al momento il test standard per la ricerca del marcatore PD-L1. Va detto comunque che Michel van den Heuvel, oncologo toracico del Radboud University Medical Centre, coordinatore dello studio, siede nel board della società che produce l'eNose che è stato studiato.

## **Lo studio**

Fra marzo 2016 e febbraio 2018 i ricercatori olandesi hanno coinvolto 143 pazienti con tumore al polmone non a piccole cellule, il tipo più diffuso, allo stadio avanzato. L'espriato dei malati è stato analizzato dell'eNose due settimane prima dell'inizio del trattamento con farmaci immunoterapici e dopo tre mesi, valutando con criteri standard la risposta alle terapie. I risultati hanno mostrato un'accuratezza dell'85% nella risposta del naso elettronico.

## **Il futuro**

I risultati ottenuti sono, secondo i ricercatori, una solida base da cui partire per condurre sperimentazioni più ampie. "Siamo convinti che questa sia solo la punta dell'iceberg", ha concluso van den Heuvel. "E' la prima dimostrazione che la medicina di precisione, in questo caso l'impronta molecolare, può essere usata per avere una diagnosi veloce. Siamo convinti che l'analisi dell'espriato diventerà uno strumento diagnostico importante e in futuro guiderà i trattamenti dei tumori così come di altre malattie".

Mercoledì 18 SETTEMBRE 2019

## Meno ospedali, ma sul territorio cala il pubblico e sale il privato. Si riduce anche il numero di medici di famiglia, pediatri e guardie mediche, ma cresce l'assistenza domiciliare integrata. **Annuario statistico del Ssn 2017**

*Nel confronto con il 2012 si rileva un forte calo delle strutture di ricovero per la razionalizzazione della rete, ma quelle territoriali hanno il segno meno nel pubblico e aumentano nel privato. Cresce invece l'assistenza domiciliare integrata, si riducono le ricette farmaceutiche e la spesa relativa, ma diminuiscono anche i medici e i pediatri di famiglia e le guardie mediche. L'ultimo Annuario del Ssn appena pubblicato dal ministro della Salute con i dati 2017 sottolinea un aumento di servizi nell'area dell'emergenza. [L'ANNUARIO STATISTICO SSN 2017.](#)*

In cinque anni, dal 2012 al 2017, il Servizio sanitario nazionale ha perso 91 strutture di ricovero (60 pubbliche e 31 private), 401 strutture di specialistica ambulatoriale (299 nel pubblico e 102 nel privato).

Nel settore dell'assistenza territoriale residenziale le strutture pubbliche si sono ridotte di 216 unità, mentre quelle private sono aumentate di 1062; per l'assistenza territoriale semiresidenziale si registra -31 nel pubblico e +330 nel privato; per l'altra assistenza territoriale -122 pubbliche e +96 private; per l'assistenza riabilitativa -1 pubblica e + 96 private.

In sostanza il pubblico ha perso il 6,39% di strutture e il privato ne ha guadagnato l'8,84. In valori assoluti il pubblico conta in tutto 11.412 strutture sanitarie e il privato 15.621.

**I dati sono quelli dell'ultimo annuario statistico del Servizio sanitario nazionale 2017 e il confronto di Quotidiano Sanità è con la stessa pubblicazione di cinque anni prima.**

**Ma l'emorragia del Ssn non si ferma qui.** Sempre in cinque anni mancano all'appello 1706 medici di medicina generale che nel 2017 sono 43.731 contro i 45.437 del 2012, si registrano -66 pediatri di libera scelta (sono 7.590 nel 2017, erano 7.656 nel 2012), 339 medici di guardia medica in meno.

**Si registra poi un calo anche nelle prescrizioni farmaceutiche** con 14,8 milioni di ricette in meno (-0,4 procapite) per un valore ridotto di 1,4 miliardi e la riduzione di costo di circa 2 euro per ricetta.

**Aumenta invece il ricorso all'assistenza domiciliare integrata** con 381mila casi trattati in più (+615 per 100mila abitanti), di cui lo 0,1% in più di anziani e il -0,3% di pazienti terminali (che significa più ricorso agli hospice).

### **Idati 2017**

#### **Le strutture sanitarie (ospedale e territorio)**

Secondo il nuovo annuario nel Servizio sanitario nazionale nel 2017 c'erano 1.000 strutture di assistenza ospedaliera, 8.867 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 7.372 per l'assistenza territoriale residenziale, 3.086 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 5.586 per l'altra assistenza territoriale e 1.122 per l'assistenza riabilitativa.

**Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e quelle che forniscono altra assistenza territoriale restano in maggioranza pubbliche** (rispettivamente, 51,8% e 87,0%).

**Sono invece in maggioranza private accreditate le strutture di assistenza territoriale** residenziale (82,3%) e semiresidenziale (68,6%) e le strutture che forniscono assistenza riabilitativa (77,9%).

**Il ministero confronta i dati del periodo 2014-2017** e mette in evidenza la riduzione degli ospedali motivandola con gli interventi di razionalizzazione delle reti ospedaliere che determinano la riconversione e l'accorpamento di molte strutture: il numero delle strutture pubbliche diminuisce del 2,0%, quello delle strutture private accreditate si riduce dell'1,7 per cento.

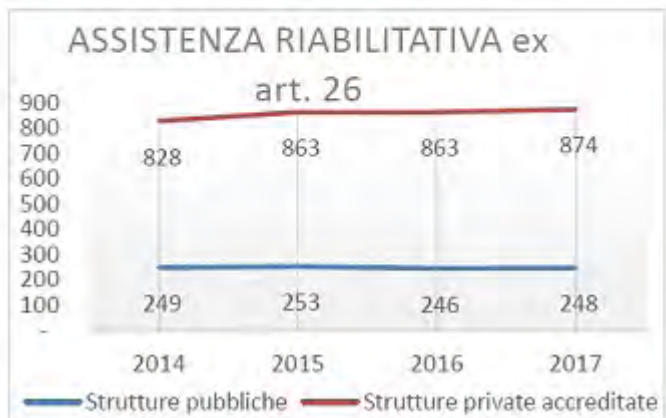
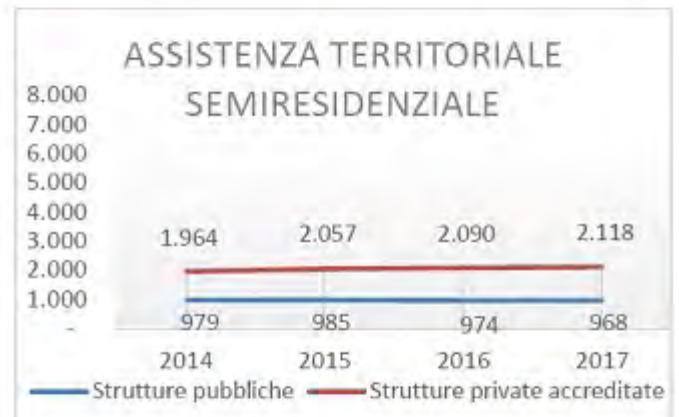
Diminuzione costante anche per le strutture di ambulatori e laboratori (1,7%) e più lieve per le strutture private accreditate (0,2%).

E anche il ministero mette in evidenza l'allargamento della forbice tra erogatori pubblici e privati accreditati per l'assistenza territoriale residenziale (-3,6% per il pubblico, +2,9% per il privato accreditato nel 2017 rispetto al 2014).

Per l'assistenza territoriale semiresidenziale l'incremento delle strutture è principalmente riconducibile agli erogatori privati accreditati per i quali, nel periodo temporale in esame, si registra un incremento del 2,5 per cento.

Anche nell'assistenza riabilitativa c'è nei tre anni considerati da ministro un incremento delle strutture private accreditate (1,8%).

Infine, per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, si rileva una diminuzione dello 0,6% per le strutture pubbliche e un aumento del 1,4% per le strutture private accreditate.



### L'assistenza distrettuale

In media, a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.211 adulti residenti.

#### A livello regionale esistono notevoli differenze:

- **per le Regioni del Nord**, salvo alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi. In particolare il ministero evidenzia la Provincia Autonoma di Bolzano con 1.613 residenti adulti per medico di base (nella Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il Ssn dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti);

- **in tutte le Regioni del Sud**, a eccezione della Sardegna, il carico potenziale dei medici di medicina generale è inferiore al valore medio nazionale; la Basilicata, in particolare, registra il valore minimo di 1.037 residenti adulti per medico.

**Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 989 bambini**, con un'ampia variabilità territoriale (da un valore di 862 bambini per pediatra in Sicilia a 1.236 bambini per pediatra nella Provincia Autonoma di Bolzano). Tutte le Regioni sono comunque caratterizzate da una carenza più o meno accentuata di pediatri in convenzione con il Ssn.

A fronte del carico potenziale dei medici di base (di medicina generale e pediatri), è possibile valutare il carico assistenziale effettivo, dato dal numero degli iscritti al Ssn (coloro che hanno scelto presso la Asl di competenza

il proprio medico di base) per ciascun medico.

Nel 2017 sono stati rilevati in Italia 3.063 punti di guardia medica; con 11.688 medici titolari: 19 medici ogni 100.000 abitanti.

A livello territoriale si registrano situazioni estremamente diversificate sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti.

**In Italia nel 2017 sono state prescritte 578.843.225 ricette** con un importo di circa 9 miliardi di euro, con un costo medio per ricetta di 15,42 euro. Il costo medio per ricetta risulta molto variabile sul territorio, registrando il valore minimo in Toscana (12,73 euro) e quello massimo (20,13 euro) in Lombardia.

**Nel 2017 sono stati assistiti a domicilio 1.014.626 pazienti;** di questi, l'83,7% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e l'8,8% è rappresentato da pazienti terminali.

#### **Le strutture di ricovero e cura**

Il Ssn dispone, nel 2017, di circa 191mila posti letto per degenza ordinaria, 13.050 posti per day hospital, e 8.515 posti per day surgery.

**A livello nazionale sono disponibili 3,6 posti letto ogni 1.000 abitanti;** in particolare, i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,0 ogni 1.000 abitanti.

**La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) è in aumento nel pubblico,** ma la disponibilità è molto variabile a livello regionale. Ci sono circa 96,9 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti, con valori oltre 150 in due Regioni (Valle d'Aosta, Umbria).

**Il ministero nella sua analisi sottolinea in particolare l'area dell'emergenza:** il 55,0% degli ospedali pubblici è dotato di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (65,4%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nel 79,9% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 17,4% degli ospedali.

# La campagna contro le e-cig Al bando anche a New York

Negli Usa sindaci e governatori contro le sigarette elettroniche aromatizzate. L'India le proibisce tutte  
Preoccupano i gusti dolciastri, che attirano i ragazzi e possono creare dipendenza dalla nicotina

dalla nostra inviata  
**Anna Lombardi**

**NEW YORK** – L'aroma che uccide: o, almeno, così pare. Negli Stati Uniti sono 450 i casi di gravi infezioni polmonari fra i fumatori di sigarette aromatizzate: già sette i morti. Peccato che nessuno capisca davvero cosa stia provocando questa sorta di epidemia. Per non rischiare oltre, due stati – il Michigan e da ieri New York – hanno però messo al bando tutti gli aromi, escludendo tabacco e mentolo. E mentre il miliardario Michael Bloomberg ha deciso di investire 160 milioni di dollari in una campagna contro le e-cig, anche i sindaci si mobilitano. San Francisco ne ha vietato la vendita entro i suoi confini, Chicago si prepara a fare lo stesso.

Nel mirino ci sono soprattutto gusti dolciastri come chewing gum, caramella e banana split, amatissimi dai giovani. Secondo il Global Youth Tobacco Survey, indagine dall'Organizzazione mondiale della sanità in 180 Paesi, si co-

mincia infatti a "svapare" sempre più presto: a 11, 12 anni. In America, almeno un minorenne su 4 ha già fatto un tiro elettronico: e se il consumo di sigarette elettroniche è aumentato del 27,4 per cento in un anno fra i giovani il boom è del 78 per cento. Tanto che già 18 stati hanno innalzato l'età legale dell'acquisto a 21 anni.

I bandi, per ora, sono temporanei: sei mesi in Michigan, tre a New York, in attesa di decisioni prese a livello federale: tanto più che perfino Donald Trump si è detto favorevole a misure restrittive, nonostante i suoi legami con le lobby del tabacco. Certo, gli esperti della Food and Drug Administration, l'agenzia che approva i prodotti in commercio, un primo colpevole lo hanno già identificato: l'acetato di vitamina E, olio presente nei liquidi a base di cannabis, innocuo se ingerito ma devastante quando inalato. Ma solo alcuni dei pazienti finiti in ospedale usavano quell'essenza, e dunque la ricerca continua, soprattutto

dopo lo studio sui topi del Baylor College of Medicine di Houston, Texas, che ha dimostrato come l'esposizione ai vapori di e-cig riduce le capacità immunitarie dei polmoni.

Se in Italia non si è ancora arrivati a misure drastiche, ma diversi provvedimenti sono allo studio, altri paesi stanno correndo ai ripari. L'India ha annunciato il bando totale delle sigarette elettroniche con sanzioni che vanno da 1 anno di carcere fino a multe salate. E perfino la Cina ha bloccato la vendita delle americane Juul, approximate sui siti di e-commerce appena dieci giorni fa. Resta il rischio del mercato nero: secondo gli esperti aromi fatti o tagliati in casa, aumentano i rischi di contrarre la misteriosa malattia. «Per affrontare legalmente un problema bisogna prima conoscerlo» dice Leo Beletsky, professore di Legislazione Sanitaria alla Northeastern University parlando al New York Times «Prima di bandi e divieti serve la diagnosi reale».

## IL FUMO IN ITALIA

**11,6 milioni** i fumatori



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

# In India bando totale per le sigarette elettroniche

Decisione del Consiglio dei Ministri, annunciata da Sitaram



Il ministro delle Finanze indiano, Nirmala Sitaram, ha annunciato oggi che il Consiglio dei Ministri ha approvato la messa al bando totale delle sigarette elettroniche e dei narghilè che usano lo stessa tecnologia.

Il bando riguarda la produzione, il commercio, l'import e l'export, la vendita, la distribuzione, lo stoccaggio e qualsiasi forma di pubblicità sulle sigarette elettroniche, e verrà reso esecutivo con un decreto legge, che sarà sottoposto al voto del Parlamento nella prossima sessione, quella invernale, che si aprirà a ottobre.

La violazione del divieto sarà sanzionata con pene fino a un anno di prigione, e fino a tre, nel caso di recidiva. (ANSA).

Mercoledì 18 SETTEMBRE 2019

## Vaccini. Sileri: "Avanti con ddl su obbligo flessibile". Ma Speranza frena: "No a bandiere di partito"

***Il viceministro torna sulla questione e chiarisce che "non appena riprenderanno i lavori della Commissione porteremo a termine quel disegno di legge". In serata arrivano poi le parole del Ministro che ribadisce: "Quando si ha a che fare con questioni che hanno al centro la salute delle persone e in particolare dei nostri figli si abbassano le bandierine dei partiti e della politica e si parte dalla scienza"***

"Cosa succederà con la questione vaccini? In commissione Sanità del Senato c'è un disegno di legge in stato avanzato. E non appena riprenderanno i lavori della Commissione porteremo a termine quel disegno di legge". Risponde così il viceministro alla Salute, **Pierpaolo Sileri**, interpellato dall'agenzia Dire oggi a Roma sulla questione vaccini, a margine della conferenza stampa 'Alleanza contro l'epatite 2019', promossa dalle società scientifiche Aisf (Associazione italiana per lo studio del Fegato) e Simit (Società italiana di Malattie Infettive e Tropicali).

Il disegno di legge in questione è quello sull'obbligo flessibile dei vaccini, presentato il 7 agosto 2018, che stabiliva l'obbligo di vaccinazione per l'iscrizione a scuola solo in caso di emergenze sanitarie o di un significativo scostamento dagli obiettivi di copertura fissati e che potrebbe sostituire la norma 'firmata' dall'ex ministro Beatrice Lorenzin sull'obbligo di immunizzazione per l'iscrizione a scuola.

**Ma in serata arriva una sorta di frenata da parte del Ministro della Salute.**

"Quando si ha a che fare con questioni che hanno al centro la salute delle persone e in particolare dei nostri figli si abbassano le bandierine dei partiti e della politica e si parte dalla scienza. Per me la scienza è la questione fondamentale, questa per me è e sarà sempre la regola da seguire". Ha detto il Ministro della Salute, **Roberto Speranza** a margine della Festa di Articolo 1 in corso a Roma

## RAPPORTO FARMACI GENERICI

La corsa al ribasso dei prezzi, però, rischia di scoraggiare le aziende e ridurre le disponibilità

# BIOSIMILARI, IN ITALIA È BOOM

Il mercato segna +88%. E nel 2020 scadranno nuovi brevetti

TESTI DI ENRICO SBANDI

È un mercato dalle prospettive particolarmente interessanti quello dei farmaci biosimilari, che coprono quasi un terzo dei circa 1,5 miliardi l'anno del fatturato complessivo dei farmaci biologici. Questi particolari «equivalenti», dicitura imperfetta in verità, hanno registrato una crescita importante in Italia: + 88,2% nell'ultimo semestre, anno su anno. Più precisamente, i dati elaborati dal Centro Studi Italian Biosimilars Group - IBG, su base IQVIA, stimano che nei primi 6 mesi del 2019 il mercato italiano dei biologici abbia raggiunto i 725 milioni (prezzo medio ponderato IQVIA) di cui circa 255 milioni (il 35%) appartiene ai biosimilari. Rispetto ai primi sei competitor continentali (nell'ordine di consumo Svezia, Germania, Spagna, UK, Francia e Belgio), l'Italia è avanti con spesa pro-capite in biosimilari di 6,8 euro contro i 5,3 euro di media fra gli altri Paesi considerati (dati IQVIA 2017), prima con quota di mercato del 34,8% a fronte del 30,4% della Svezia, seconda nella graduatoria. Numeri che, a guardare il ruolino delle scadenze brevettuali che aprono il mercato a nuove specialità biosimilari, sono destinati a crescere e a rafforzare la leadership italiana: la prossima scadenza importante per i biologici è prevista quest'anno e riguarda una molecola superstar:

Bevacizumab (Avastin), che sul mercato italiano vale circa 200 milioni di euro. Da qui al 2022 le molecole tradizionali che perderanno la protezione arriveranno a un controvalore di mercato di 322 milioni, secondo le stime IQVIA.

A differenza dei farmaci generici, lo sviluppo dei biosimilari è condizionato dalla particolare natura: la riproduzione della molecola risente della complessità del processo produttivo biotecnologico, che non rende possibile una replica identica, a differenza di quanto avviene con i generici, frutto di sintesi chimica. Ne derivano procedure più impegnative non solo nella produzione, ma anche nell'iter di autorizzazione, oneroso, e che va supportato, accanto ai dati farmaceutici, da test clinici adeguati ad attestare la struttura e l'attività biologica comparata al farmaco biologico che si va a riprodurre.

Da questa precisazione tecnica al mercato: nel primo semestre dell'anno, informa IBG, le 13 molecole in commercio in Italia (Enoxaparina, Epoetine, Etanercept, Filgrastim, Follitropina alfa, Infliximab, Insulina glargine, Rituximab, Somatropina, Insulina Lispo, Trastuzumab e Adalimumab e Pegfilgrastim biosimilari) hanno assorbito il 28% dei consumi a volumi (17% il dato consolidato 2018) contro il 72% detenuto dai prodotti originatori corrispondenti.

Sul piano geografico i numeri

crescono, ma c'è grande diversificazione a livello regionale: il maggior consumo di biosimilari (con il 60,9% del mercato di riferimento) per tutte le molecole in commercio si registra in Valle d'Aosta e in Piemonte. Seguono Toscana (44,25% di incidenza), Marche (41,97%), Emilia-Romagna (41,76%). Dall'Umbria (fanalino di coda con 8,14%) a scendere verso Sud le maglie nere del sistema Calabria (10,78%) e Puglia (11,74%), in cui l'impiego dei biosimilari, con i conseguenti vantaggi sulla spesa sanitaria, è di fatto ancora marginale.

Il panorama è favorevole, ma le aziende produttrici non mancano di evidenziare criticità: prima fra tutte una corsa al ribasso dei prezzi rispetto agli originatori definita eccessiva, che potrebbe indurre le case farmaceutiche a trascurare il mercato italiano, col rischio di ridurre la disponibilità di prodotti. Insomma, i benefici potrebbero ripiegarsi su se stessi, complici le resistenze culturali che tuttora condizionano i prescrittori, e ancora di più i pazienti, nel rinunciare al farmaco «branded». (riproduzione riservata)



## IL DIBATTITO

# Le cure palliative? «Non si improvvisano»

GRAZIELLA MELINA

**A**ccompagnare un paziente nel fine vita non è un processo che si può improvvisare. Come prevede la legge 38 gli operatori che si occupano di cure palliative devono essere adeguatamente formati. Facendo tesoro della loro esperienza Adriana Turriziani, coordinatrice didattica del master in Cure palliative, e Giovanni Zaninetta, responsabile dell'Hospice Domus Salutis di Brescia, hanno deciso così di scrivere un manuale per giovani medici: *Il mondo delle cure palliative* (editrice Esculapio). «I giovani devono sapere che c'è un tratto di strada in cui il malato può essere assistito e accompagnato umanamente insieme all'équipe – ha spiegato ieri Turriziani, alla presentazione del libro al Gemelli di Roma –. La sofferenza è una dimensione che incontreranno sempre e che può essere assistita o curata. Le cure palliative fanno parte del sistema sanitario, va dato corpo alla formazione». Rendendo più agevole l'accesso: «Le famiglie arrivano sfinite, i pazienti hanno bisogno di farmaci, assistenza, cure amorevoli, accompagnamento. Urge una medicina che dia risposte nell'ultimo tratto della vita». «Occorre mettere le persone in condizione di vivere come vogliono finché la vita termina – ha aggiunto Zaninetta –. Di fine vita si parla troppo tardi, le risposte del sistema sanitario sono intempestive. Vanno aiutati medici e infermieri a orientarsi, le cure palliative non si possono improvvisare». Non sempre le strutture sanitarie sono organizzate. «Oggi c'è piuttosto una ospedalizzazione della morte», ha detto Massimo Antonelli, direttore del Centro di Ateneo di Bioetica e Scienze della Vita dell'Università Cattolica di Roma. A ciò si aggiunge una carenza di cure domiciliari. «Stenta ancora l'integrazione specie con i servizi territoriali», ha sottolineato Italo Penco, presidente della Società italiana Cure palliative. Va superato l'approccio scienziato: «Il mondo della palliazione – secondo padre Carlo Casalone, della Pontificia Accademia per la Vita – riporta la medicina alla sua vocazione originale, che è curare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Uscire dall'isolamento con le tecnologie assistive

Dispositivi sempre più avanzati  
permettono alle persone disabili  
di raggiungere livelli di funzionamento  
inaccessibili senza tali supporti

di **Ruggiero Corcella**

**I**l «testimonial» più illustre, probabilmente, è stato l'astrofisico Stephen Hawking, morto a Cambridge nel 2018, quasi del tutto immobilizzato a causa di un'atrofia muscolare progressiva, una sindrome correlata alla Sla diagnosticatagli quando era adolescente. Dal 1985, quando perse l'uso delle corde vocali a causa di una tracheotomia, iniziò a comunicare digitando le lettere sulla tastiera e un sintetizzatore vocale si occupava di leggere quanto scriveva.

Ventiquattro anni dopo perse anche l'uso delle dita e fu così necessario trovare un nuovo metodo per permettergli di comunicare con il mondo esterno: un sistema informatico (Acat o Assistive Context-Aware Toolkit) basato sul movimento del muscolo della guancia. Hawking utilizzava tecnologie assistive. Secondo il Report «Assistive technologies for people with disabilities» del Parlamento Europeo (gennaio 2018) se ne contano oltre 60mila soltanto in Europa.

A Roma dal 19 al 21 settembre si svolgerà la seconda edizione della «International Conference on Assistive Technology and Disabilities (Atad; [www.atadconference.org](http://www.atadconference.org))», organizzata dalla Lega del Filo d'Oro. Sarà l'occasione per scoprire i principali studi e ricerche portati avanti dai maggiori studiosi italiani e internazionali sull'applicazione delle tecnologie assistive per la riabilitazione delle persone con disabilità (e non solo). Il 21 settembre ci sarà un «open day» per le famiglie, che potranno chiedere informazioni e consulti agli esperti di Istituto Superiore di Sanità

e Lega del Filo d'Oro rispetto alle tecnologie assistive.

Abbiamo fatto il punto della situazione con Michael Wehmeyer, docente di Pedagogia presso il Ross and Marianna Beach Center dell'Università del Kansas (uno dei relatori internazionali della Conferenza).

**Professor Wehmeyer, che cos'è una tecnologia assistiva?**

«Siamo soliti considerare la tecnologia assistiva piuttosto in generale come supporti tecnologici che consentono alle persone con disabilità cognitive di funzionare con successo in ambienti tipici, aumentare la partecipazione a compiti e attività in ambienti tipici e promuovere l'inclusione sociale, l'autodeterminazione e una migliore qualità di vita».

**A partire da quando si è sviluppata?**

«Il ruolo della tecnologia nel supportare le persone con disabilità cognitive e di altro tipo (compresi disturbi del linguaggio e della parola) risale a cinquant'anni o più, ma è stato solo negli ultimi due decenni che la tecnologia assistiva è passata dal fare riferimento alla tecnologia progettata per rimediare una menomazione specifica, all'utilizzo ampio di tecnologie di ogni tipo per supportare il funzionamento in contesti tipici. Ciò si è verificato perché il ruolo della tecnologia nella vita di tutti i giorni è diventato onnipresente e importante e, come tutti, anche le persone con disabilità possono trarre notevoli benefici dai supporti tecnologici per risolvere i problemi quotidiani e migliorare il proprio «funzionamento»».

**Quali sono i traguardi raggiunti?**

«I risultati principali dell'uso di tecnologie assistive e cognitivamente accessibili è quello di migliorare il

funzionamento delle persone con disabilità in più campi della vita. Ciò può includere la fornitura di supporti di comunicazione per le persone che hanno difficoltà a comunicare verbalmente; computer e supporti di scansione per consentire a qualcuno di lavorare in un negozio di alimentari; tecnologie su computer e tablet che sono di aiuto per preparare un pasto o fare shopping. In sostanza, l'obiettivo è che la tecnologia supporti le persone a vivere, imparare, lavorare e giocare nelle loro comunità».

**Pensa che le nuove tecnologie possano portare a delegare alle macchine una responsabilità sociale?**

«Credo che la maggior parte delle persone capisca l'importanza della tecnologia nella propria vita sociale ... quasi tutti usano smartphone con il Gps per navigare in città o paesi sconosciuti, usano social media e app per comunicare e rimanere in contatto, e usano il computer in quasi ogni aspetto della loro vita lavorativa. Quindi, penso che quando si mostra loro che le persone con disabilità possono, in effetti, utilizzare gli stessi tipi di tecnologie per con successo in ambienti tipici, ciò può servire da supporto per una maggiore inclusione, piuttosto che diventare una barriera».

**A proposito di barriere, quali si frappongono ancora a un ampio uso di queste tecnologie?**



«La maggior parte della tecnologia standard è troppo costosa o troppo complessa perché le persone con disabilità cognitive le acquistino e le usino, quindi la maggior parte delle barriere riguarda costi e complessità. Inoltre la conoscenza di tali tecnologie può essere limitata, motivo per cui un evento come ATAD è importante per diffonderle».

**Quale sarà il futuro di queste applicazioni?**

«Nel marzo del 2010, nessuno possedeva un Apple iPad, perché furono

lanciati per la prima volta nell'aprile del 2010. Ora è difficile ricordare com'era la vita prima di tablet e smartphone e altre forme di tecnologia. Man mano che Internet collega sempre più persone, oggetti e attività, le possibilità della tecnologia a beneficio delle persone aumenteranno enormemente. Stiamo andando verso un futuro in cui non avrà importanza ciò che non puoi fare. Ciò che conta sono i supporti (in particolare la tecnologia) che hai a disposizione per fare ciò che vuoi fare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Convegno**

**19-21 Settembre**

A Roma, la Lega del Filo d'Oro organizza la seconda edizione di ATAD (www.atadconference.org)

**Obiettivo**

Scoprire i principali studi e ricerche portati avanti dai maggiori studiosi italiani e internazionali

**Per le famiglie**

Open day, 21 settembre. Le famiglie potranno chiedere informazioni e consulti agli esperti

**Le applicazioni**

**Smartphone e tablet per parlare o scrivere**

La tecnologia può diventare un alleato fondamentale per le persone sordocieche e pluriminorate psicosensoriali. «Alcune tecnologie assistive sono nate specificatamente per i disabili — spiega il professor Giulio Lancioni, direttore del Centro di Ricerca e membro del Comitato Tecnico Scientifico della Lega del Filo d'Oro — altre invece sono adattate alle esigenze particolari delle persone con disabilità sensoriali così da consentire loro di gestire l'ambiente, di uscire dall'isolamento, ma anche di apprendere. Il Centro di Ricerca della Lega del Filo d'Oro partendo dalle abilità di cui il paziente dispone ancora individua che cosa sarebbe utile sviluppare

per consentirgli di migliorare la sua situazione. Per esempio, un adolescente con scarsissime abilità intellettive e problemi di memoria ha difficoltà a ricordare la sequenza per apparecchiare la tavola. Ma se un programma fa scorrere sullo schermo del pc la serie delle immagini visive relative al compito, non sbaglierà più. Per chi ha difficoltà a comunicare, come gli ospiti dell'associazione, anche i VOCA (Voice Output Communication Aids), ovvero tecnologie capaci di parlare o scrivere al posto della persona che non riesce a farlo, sono una porta aperta sul mondo che può aprirsi tramite dispositivi come smartphone e tablet. Alcuni possono diventare anche mezzi per controllare in modo remoto e indipendente le luci, la climatizzazione, la tv, e così permettono di gestire l'ambiente secondo i propri desideri».

**R.Co.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'App**

di **Sergio Pillon, coautore delle «Linee di indirizzo Nazionali sulla Telemedicina»**

**«Cardio frequenzimetro» Per prendersi il polso**

**USABILITÀ**  
Misura la frequenza cardiaca attraverso la fotocamera dello smartphone. Semplice: si poggia il dito sulla fotocamera (non sulla luce del flash), si attende qualche secondo e si legge la frequenza cardiaca. La frequenza viene archiviata, anche con una nota che permette di ricordare perché si è fatta la misurazione.

Giudizio ★★★★★



**COSTO**  
Bisogna accettare la pubblicità che appare in ogni schermata, ma le funzionalità dell'App sono complete, comprese le informazioni relative al rapporto frequenza/esercizio fisico. È un'opzione interessante anche per chi si mantiene attivo e non vuole acquistare strumenti dedicati.

Giudizio ★★★★★

**EFFICACIA**  
Da medico mi sono accorto che molte persone non riescono a «prenderci il polso», a misurarsi la frequenza cardiaca. Controllare ogni tanto aiuta anche a conoscersi meglio. Non dimenticate: un aumento della frequenza cardiaca a riposo a volte può essere associato a un rialzo della temperatura. Usate anche il termometro!

Giudizio ★★★★★

## Il punto

DOV'È  
LA PASSIONE  
POLITICA  
PER LA SALUTE?di **Walter Ricciardi\***

La politica è l'arte del possibile; e c'è la realtà, che rende comprensibile la contesa per le poltrone che i partiti ritengono più rilevanti per realizzare la propria agenda politica. Ma in tempi di formazione dell'esecutivo quanto coincidono le ambizioni personali di chi occuperà i posti di governo e la scala di valori con i reali problemi dei cittadini? A che posto dobbiamo mettere il diritto ad avere le migliori terapie? E il diritto di avere quei farmaci innovativi che allungano la vita o forniscono la possibilità di guarigione da una malattia che nessun privato cittadino potrebbe permettersi di pagare? Quanto vale nella classifica dei cittadini avere diagnosi tempestive? Senza dovere attendere per un esame mesi e mesi convivendo col sospetto di cancro, che toglie il fiato, che sospende la vita. Quanto vale realizzare un sistema che prende in carico i malati? Perché di questo parliamo quando di fronte abbiamo chi soffre di una malattia rara e chiede di non essere abbandonato. Perché questo

dobbiamo offrire ai nostri anziani non autosufficienti, quelli che se non hanno una famiglia forte diventano invisibili fino alla morte. La salute prima di tutto, si dice. Non nella «trattativa» per formare il governo. Il Ministero della Salute appare sempre in coda nel «totoministri» di giornali e tv, e salute e sanità sono praticamente assenti da quasi tutti i programmi delle forze politiche. Gli inglesi, amanti delle statistiche, attribuiscono al loro Ministro della Salute l'undicesimo posto nella classifica di importanza nel governo; e così stanno perdendo il loro Servizio Sanitario Nazionale, abbandonando i propri cittadini alla miseria della malattia e della mortalità precoce. Il nostro governo dice di voler mantenere l'attuale Servizio e anzi di volerlo potenziare, ma non è a parole che lo salverà. Serve passione e competenza, quella che c'è ancora negli operatori sanitari e che vorremmo ritrovare nei politici che assumono queste responsabilità.

Al momento non mi pare che ve ne sia traccia.

*\*Professore ordinario di Igiene  
Università Cattolica, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





18-09-2019

780.455

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

### **Primi segnali diabete adulti gia' visibili in bimbi 8 anni Esperti, obiettivo bloccare malattia prima che si manifesti**

- BARCELONA, 18 SET - Segnali precoci del diabete di tipo 2 degli adulti possono essere gia' individuati in bambini dagli 8 anni di eta', ovvero decenni prima che la malattia venga eventualmente diagnosticata. Lo dimostra un nuovo studio genetico dell'Universita' di Bristol, in Gran Bretagna, presentato al 55/o Congresso dell'Associazione europea per lo studio del diabete. I ricercatori hanno considerato un campione di 4mila giovani in salute senza diabete. Analizzando le informazioni genetiche, hanno potuto cosi' evidenziare che la maggiore suscettibilita' al diabete 2 da adulti e' collegata in eta' infantile a particolari parametri di densita' di lipoproteine e colesterolo nel sangue. Proprio tali caratteristiche metaboliche, spiegano i ricercatori, andrebbero considerate e trattate per prevenire lo sviluppo futuro del diabete 2 nei giovani con queste caratteristiche. "E' significativo il fatto che siamo oggi in grado di vedere i segni del diabete adulto gia' nel sangue di bambini cosi' piccoli, ovvero circa 50 anni prima dell'eta' in cui la malattia e' comunemente diagnosticata. Se vogliamo prevenire il diabete - spiega Joshua Bell, dell'Universita' di Bristol, co-autore dello studio - dobbiamo essere in grado di sapere come tutto comincia. La genetica ci puo' aiutare in questo, ma il nostro obiettivo e' appunto quello di capire come il diabete si sviluppa e non di predire chi lo sviluppera' in futuro e chi no". Dunque, "il conoscere quali sono i segnali precoci del diabete di tipo 2 - conclude Bell - ci potrebbe aiutare ad intervenire molto prima per bloccare la progressione impedire che il diabete e le sue complicanze si manifestino".