



RASSEGNA STAMPA

28-09-2019

1. LA STAMPA 659 milioni l'aumento della spesa per i farmaci anticancro nel 2018
2. QUOTIDIA NO SANITA' Tumori. Aiom fa il punto in occasione del Congresso europeo di oncologia che si apre oggi a Barcellona
3. ANSA Si impenna spesa farmaci tumore, +659 mln in anno
4. REPUBBLICA.IT Tumori: aumenta la spesa per i farmaci, +659 milioni in un anno
5. CORRIERE.IT Tumori, in Italia i pazienti vivono più a lungo della media europea
6. ANSA Tumori: Reti oncologiche attive solo in 11 Regioni
7. REPUBBLICA.IT Tumori, farmaci senza indicazione d'organo: come trovare i pazienti giusti?
8. ADN KRONOS Tumori: studi, nuovi farmaci non sempre valgono il costo extra
9. REPUBBLICA.IT Nuovi farmaci oncologici, non sempre giustificato prezzo extra
10. LA REPUBBLICA Una goccia di sangue potrà svelarci a casa la malattia al seno
11. QUOTIDIANO SANITA' Influenza. Italiani ancora scettici sui vaccini: nella stagione 2018-2019 copertura al 15,8%
12. AGI SALUTE Il 20% degli inchiostri per tatuaggi contiene sostanze tossiche
13. CORRIERE DELLA SERA Fine vita, i dubbi di Conte
14. CORRIERE DELLA SERA Ecco perché sto con la libertà e dico sì all'eutanasia
15. ITALIA OGGI Carezza medici, FNOMCEO contro l'utilizzo di specializzandi

Il numero del giorno

659 milioni**L'aumento della spesa per i farmaci anticancro nel 2018**

La spesa per i farmaci anticancro in Italia è aumentata di 659 milioni di euro in un anno: era pari a 5 miliardi nel 2017, ha raggiunto i 5 miliardi e 659 milioni nel 2018. È la stima dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in occasione del Congresso della Società europea di oncologia medica (Esmo), dove proprio sulla sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari si confrontano più di 24 mila esperti internazionali. Per la presidente Aiom, Stefania Gori, «per assicurare la sostenibilità del sistema vanno delineati percorsi a misura di paziente». I percorsi su misura che vanno sviluppati, ha spiegato Gori, devono includere «stili di vita sani e il rischio genetico». Indispensabili anche le reti oncologiche regionali. A fronte di un costante incremento delle uscite per la cura dei tumori, sottolinea l'Aiom, «nel nostro Paese tutti i pazienti riescono ad accedere alle terapie migliori».



http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=77251

Tumori. Aiom fa il punto in occasione del Congresso europeo di oncologia che si apre oggi a Barcellona. Cresce spesa per farmaci e prevenzione. Ma i risultati si vedono

La spesa per l'oncologia aumenta ma sono sempre più i pazienti italiani che sopravvivono ad un tumore, anche grazie alle terapie innovative (35 quelle arrivate nel nostro Paese negli utili 5 anni). Per assicurare la sostenibilità è necessario tuttavia delineare percorsi che includano anche stile di vita adeguato e rischio genetico. Fondamentale il ruolo delle reti oncologiche regionali. Le dichiarazioni degli esperti Aiom da Barcellona, dove si inaugura oggi l'europeo di oncologia.



27 SET - La spesa per i farmaci oncologici in Italia è aumentata di oltre 650 milioni di euro in un anno. Era pari a 5 miliardi nel 2017 e ha raggiunto i 5 miliardi e 659 milioni nel 2018. Ma il gioco vale la candela: tutti i pazienti italiani hanno in questo modo la possibilità di ricevere le cure migliori. Dei 54 nuovi trattamenti anti-tumorali immessi sul mercato mondiale nel quinquennio 2013 – 2017 in Italia ne sono stati approvati (entro il 2018) 35; in questo modo il nostro Paese si colloca al quinto posto dietro Stati Uniti (52), Germania (43), Regno Unito (41) e Francia (37), e davanti a Canada (33), Spagna (30) e Giappone (29).

Quella della sostenibilità rimane tuttavia una sfida importante, che verrà dibattuta anche in occasione del congresso europeo di oncologia (ESMO, *European Society for Medical Oncology*). Oltre 24mila medici provenienti da tutto il mondo si confronteranno su come fare per portare al più presto e nella maniera più efficace le scoperte della ricerca al letto del malato. I trattamenti oncologici si fanno sempre più personalizzati e così la prevenzione, che resta una delle armi più preziose.

“Circa il 40% delle neoplasie – afferma **Stefania Gori**, Presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e Direttore dipartimento oncologico, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-

Negrar- può essere evitato seguendo uno stile di vita sano (no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta). In Italia il 34,5% dei cittadini è sedentario, il 31,6% è in sovrappeso, il 10,9% obeso e il 25,7% fuma. Per invertire la tendenza, serve maggiore consapevolezza anche da parte degli operatori sanitari: solo 1 fumatore su 2 ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, suggerimenti sull'attività fisica sono stati forniti solo al 30% dei cittadini e meno della metà delle persone in eccesso ponderale ha ottenuto dal proprio medico indicazioni per perdere peso. Sugli stili di vita è invece possibile definire programmi di prevenzione 'personalizzata', in relazione all'età e alle abitudini dei singoli. Inoltre, in alcuni tumori, oggi si stanno delineando percorsi di prevenzione personalizzati”.

Geni BRCA1 e BRCA2: un appuntamento con la prevenzione da non mancare

Nel 2019, in Italia, sono stimati 371mila nuovi casi di cancro. “Il 5-7% dei tumori della mammella e il 10-20% delle neoplasie dell'ovaio – spiega la presidente Gori - sono dovuti a una predisposizione ereditaria, riconducibile in particolare alle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2. Questo significa che nel nostro Paese, ogni anno, circa 3.000 casi di carcinoma della mammella e circa 1.000 all'ovaio potrebbero essere evitati o individuati in fase molto precoce, adottando strategie mirate ed efficaci. È quindi fondamentale che il test BRCA venga eseguito sui familiari sani delle pazienti in cui è stata individuata una variante dei geni BRCA1/2e che, in caso di positività, venga loro offerto gratuitamente il programma di prevenzione, eventualmente con l'introduzione di un codice di esenzione per malattie genetiche ereditarie.

L'identificazione di una frazione di pazienti con carcinoma prostatico o pancreatico metastatico portatori di mutazione BRCA sta inoltre aprendo nuovi orizzonti anche per quanto riguarda la valutazione dei loro familiari sani: nel caso risultino portatori sani di mutazione BRCA, dovranno essere avviati a percorsi di prevenzione. È, quindi, un nuovo mondo in espansione per una prevenzione dei tumori”.

Prevenzione del cancro del polmone 'su misura' anche per i forti fumatori.

“Sulla base dei risultati di studi internazionali – spiega **Giordano Beretta**, Presidente eletto AIOM e Responsabile dell'Oncologia Medica all'Humanitas Gavazzeni di Bergamo - vi sono i presupposti per implementare lo *screening* per il carcinoma polmonare (con TAC spirale a basso dosaggio) in popolazioni selezionate: in questo contesto, la possibilità di abbinare allo *screening* radiologico l'analisi di biomarcatori nell'ambito di studi clinici controllati rappresenta un'opportunità di grande interesse scientifico, che potrebbe aprire nuove prospettive nella prevenzione e nel trattamento di questa grave malattia. Lo *screening* per il tumore polmonare deve però abbinarsi alla pianificazione di un programma per la cessazione dall'abitudine al fumo, perché si possa assistere a un reale abbattimento della mortalità”.

Il tumore, una malattia sempre più 'cronica'

“La sfida futura – prosegue Beretta - è arrivare a una prevenzione personalizzata di ogni persona sulla base dei rischi genetici e, quindi, non modificabili solo con gli stili di vita. Solo uno sviluppo di organizzazione, terapia e prevenzione personalizzata potrà offrire benefici tali da mantenere la sostenibilità del sistema sanitario, guarendo al contempo un numero sempre maggiore di pazienti”.

In Italia la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi raggiunge il 63% nelle donne e il 54% negli uomini. Circa 3 milioni e mezzo di persone vivono dopo la scoperta della malattia, cifra in costante crescita. “La malattia sta diventando sempre più cronica grazie a armi efficaci come l'immuno-oncologia e le terapie a bersaglio molecolare che si aggiungono a chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia e radioterapia – sottolinea Giordano Beretta -. Evidenti i risultati in alcune delle neoplasie più frequenti: la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi raggiunge il 92% nel tumore della prostata, l'87% nella mammella, il 79% nella vescica e il 65% nel colon-retto”.

“Sul fronte dell'organizzazione – conclude la Presidente Gori -, la svolta è rappresentata dalla reale istituzione delle reti oncologiche regionali, attive solo in Piemonte e Valle D'Aosta, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Provincia autonoma di Trento, Puglia e Campania oltre che in Lombardia ed Emilia-Romagna, pur se con configurazioni differenti. La concreta realizzazione di questi network consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza, di estendere a tutti i cittadini i programmi di prevenzione e di risparmiare risorse da utilizzare per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi”.

malattia. Lo screening per il tumore polmonare deve però abbinarsi alla pianificazione di un programma per la cessazione dall'abitudine al fumo, perché si possa assistere a un reale abbattimento della mortalità".

"La sfida futura – continua Giordano Beretta – è arrivare a una prevenzione personalizzata di ogni persona sulla base dei rischi genetici e, quindi, non modificabili solo con gli stili di vita. Solo uno sviluppo di organizzazione, terapia e prevenzione personalizzata potrà offrire benefici tali da mantenere la sostenibilità del sistema sanitario, guarendo al contempo un numero sempre maggiore di pazienti".

In Italia la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi raggiunge il 63% nelle donne e il 54% negli uomini. Circa 3 milioni e mezzo di persone vivono dopo la scoperta della malattia, cifra in costante crescita. "La malattia sta diventando sempre più cronica grazie a armi efficaci come l'immuno-oncologia e le terapie a bersaglio molecolare che si aggiungono a chirurgia, chemioterapia, ormonoterapia e radioterapia – sottolinea Giordano Beretta -. Evidenti i risultati in alcune delle neoplasie più frequenti: la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi raggiunge il 92% nel tumore della prostata, l'87% nella mammella, il 79% nella vescica e il 65% nel colon-retto".

"Sul fronte dell'organizzazione – conclude la Presidente Gori -, la svolta è rappresentata dalla reale istituzione delle reti oncologiche regionali, attive solo in Piemonte e Valle D'Aosta, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Provincia autonoma di Trento, Puglia e Campania oltre che in Lombardia ed Emilia-Romagna, pur se con configurazioni differenti. La concreta realizzazione di questi network consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza, di estendere a tutti i cittadini i programmi di prevenzione e di risparmiare risorse da utilizzare per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi".

<http://www.ansa.it>

Si impenna spesa farmaci tumore, +659 mln in anno

(ANSA) - BARCELLONA, 27 SET - Impennata della spesa per i farmaci oncologici in Italia: è aumentata di 659 milioni di euro in un anno. Era infatti pari a 5 miliardi nel 2017, ma ha raggiunto i 5 miliardi e 659 milioni nel 2018. Gli ultimi dati relativi al peso che i medicinali anticancro rappresentano in termini di costi per il Servizio sanitario nazionale arrivano dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), che ha presentato la stima aggiornata in occasione del Congresso della Società Europea di oncologia medica (Esmo). Proprio la sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari è un tema centrale nei lavori del Congresso, dove si confrontano più di 24mila esperti internazionali. Per la presidente Aiom, Stefania Gori, "per assicurare la sostenibilità del sistema vanno delineati percorsi su misura, che devono includere stili di vita sani e il rischio genetico". Indispensabili anche le Reti oncologiche regionali. A fronte di un costante incremento delle uscite per la cura dei tumori, sottolinea l'Aiom, "nel nostro Paese tutti i pazienti riescono ad accedere alle terapie migliori". In cinque anni (2013 - 2017) nel mondo sono stati commercializzati 54 nuovi trattamenti anticancro e l'Italia ha garantito (entro il 2018) la disponibilità a 35 di queste molecole innovative, collocandosi al quinto posto a livello internazionale dopo Stati Uniti (52), Germania (43), Regno Unito (41), Francia (37), e davanti a Canada (33), Spagna (30) e Giappone (29). "La sfida futura - sottolinea il presidente eletto Aiom Giordano Beretta - è arrivare a una prevenzione personalizzata di ogni persona sulla base dei rischi genetici e, quindi, non modificabili solo con gli stili di vita. Solo lo sviluppo di terapie e prevenzione personalizzata potrà offrire benefici tali da mantenere la sostenibilità del sistema sanitario, guarendo al contempo un numero sempre maggiore di pazienti". Il problema resta dunque quello di reperire maggiori risorse da destinare alla spesa per i farmaci: "A tal fine - spiega Beretta - una priorità è cominciare ad eliminare gli esami ed i trattamenti in vari casi somministrati inutilmente ai pazienti; in questo modo si otterrebbe un abbattimento della spesa generale di almeno il 20%".

Tuttavia, sottolinea, "finché non saranno a regime le Reti oncologiche regionali ci sarà inevitabilmente un aumento della spesa: infatti se, ad esempio, viene trattato un paziente con sarcoma in un centro inadeguato, poi si dovrà spostare il paziente e rifeffettuare gli esami, con uno spreco di soldi e risorse". Altro punto,

rileva , e' che "l'Agenzia italiana del farmaco Aifa dovrebbe trovare un meccanismo sulla base del quale concordare con le aziende il prezzo dei nuovi farmaci in modo da garantire pero' la sostenibilita' del Sistema. In altri termini - chiarisce - e' giusto che le aziende guadagnino, ma va fissato un tetto a tale guadagno". Infine, conclude, "e' importante che il Nuovo governo rinnovi il Fondo triennale per i farmaci oncologici innovativi. La nostra richiesta e' che non solo venga mantenuto, ma venga anche reso piu' stabile". (ANSA).

https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/09/27/news/tumori_aumenta_la_spesa_per_i_farmaci_659_milioni_in_un_anno-237081742/

Tumori: aumenta la spesa per i farmaci, +659 milioni in un anno

In cinque anni l'Italia ha garantito la disponibilità di 35 molecole innovative e la spesa è aumentata. Per assicurare la sostenibilità del sistema, anche la prevenzione deve diventare personalizzata. Beretta: "Il Fondo farmaci innovativi è fondamentale e va reso più stabile"



Barcellona - Proprio come quando si compra un vestito su misura, le nuove medicine personalizzate costano di più. E, infatti, la spesa per i farmaci anticancro in Italia è aumentata di oltre 650 milioni di euro in un anno: era pari a 5 miliardi nel 2017, ha raggiunto i 5 miliardi e 659 milioni nel 2018. Sulla sfida della sostenibilità dei sistemi sanitari si confrontano più di 24mila esperti al congresso della Società Europea di Oncologia Medica (ESMO, European Society for Medical Oncology), che si apre oggi a Barcellona. Come continuare a sostenere l'innovazione? Secondo gli oncologi, la strada è quella della prevenzione personalizzata sulla base dei rischi genetici e, quindi, non modificabili solo con gli stili di vita. Solo uno sviluppo di organizzazione, terapia e prevenzione personalizzata potrà offrire benefici tali da mantenere la sostenibilità del sistema sanitario, guarendo nello stesso tempo un numero sempre maggiore di pazienti.

Il costo dell'innovazione

A fronte di un costante incremento delle uscite per la cura dei tumori, nel nostro Paese tutti i pazienti riescono ad accedere alle terapie migliori. In cinque anni (2013-2017) nel mondo sono stati commercializzati 54 nuovi trattamenti anticancro e l'Italia ha garantito (entro il 2018) la disponibilità a 35 di queste molecole innovative, collocandosi al quinto posto a livello internazionale dopo Stati Uniti (52),

Germania (43), Regno Unito (41), Francia (37), e davanti a Canada (33), Spagna (30) e Giappone (29).

Fondo farmaci innovativi 'valvola di sicurezza'

Un contributo alla sostenibilità del sistema è arrivato in questi anni dal Fondo per i farmaci innovativi che ha giocato un ruolo fondamentale per garantire l'accesso alle terapie più innovative. Si attende il rinnovo ma con il nuovo esecutivo non è ancora chiaro cosa accadrà: "Il Fondo è la valvola di sicurezza, ovvero offre la possibilità di garantire le cure più innovative ad un maggior numero di pazienti", dichiara Beretta che prosegue: "Il primo anno siamo riusciti a non sfiorare perché c'erano pochi farmaci, poi sono aumentati ed ora ce ne sono alcuni che stanno uscendo dal fondo perché il criterio dell'innovatività ha una durata temporale. La richiesta di rinnovo del Fondo è già stata fatta ed è lì sul tavolo, ma ci sono tante problematiche da affrontare tra cui il rientro dell'Iva perché se un farmaco costa il 25% in più è un bel problema".

Anche la prevenzione diventa 'personalizzata'

Non solo le terapie, ma anche la prevenzione può essere sempre più personalizzata in modo da essere più efficace visto che circa il 40% delle neoplasie può essere evitato seguendo uno stile di vita sano (no al fumo, attività fisica costante e dieta corretta). "In Italia - afferma **Stefania Gori**, presidente nazionale Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e direttore dipartimento oncologico, Irccs Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar - il 34,5% dei cittadini è sedentario, il 31,6% è in sovrappeso, il 10,9% obeso e il 25,7% fuma. Per invertire la tendenza, serve maggiore consapevolezza anche da parte degli operatori sanitari: solo 1 fumatore su 2 ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare, suggerimenti sull'attività fisica sono stati forniti solo al 30% dei cittadini e meno della metà delle persone in eccesso ponderale ha ottenuto dal proprio medico indicazioni per perdere peso. Sugli stili di vita è invece possibile definire programmi di prevenzione 'personalizzata', in relazione all'età e alle abitudini dei singoli. Inoltre, in alcuni tumori, oggi si stanno delineando percorsi di prevenzione 'su misura'".

Percorsi 'su misura' per cancro al seno e prostata

Nel 2019, in Italia, sono stimati 371mila nuovi casi di cancro. "Il 5-7% dei tumori della mammella e il 10-20% delle neoplasie dell'ovaio sono dovuti a una predisposizione ereditaria, riconducibile in particolare alle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 – continua la presidente Gori. Questo significa che, nel nostro Paese, ogni anno circa 3.000 casi di carcinoma della mammella e circa 1.000 all'ovaio potrebbero essere evitati o individuati in fase molto precoce proprio adottando strategie mirate ed efficaci. È quindi fondamentale che il test BRCA venga eseguito nei familiari sani delle pazienti in cui è stata individuata una variante dei geni BRCA1/2 e che, in caso di positività, venga loro offerto gratuitamente il programma di prevenzione, eventualmente con l'introduzione di un codice di esenzione per malattie genetiche ereditarie. L'identificazione di una frazione di pazienti con carcinoma prostatico o pancreatico metastatico portatori di mutazione BRCA sta inoltre aprendo nuovi orizzonti anche per quanto riguarda la valutazione dei loro familiari sani: nel caso risultino portatori sani di mutazione BRCA, dovranno essere avviati a percorsi di prevenzione. È, quindi, un nuovo mondo in espansione per una prevenzione dei tumori".

Verso lo screening selettivo per il tumore al polmone

Anche per i forti fumatori si stanno delineando percorsi "su misura" per la prevenzione del cancro del

polmone. “Sulla base dei risultati di studi internazionali – spiega **Giordano Beretta**, presidente eletto Aiom e responsabile dell’Oncologia Medica all’Humanitas Gavazzeni di Bergamo - vi sono i presupposti per implementare lo screening per il carcinoma polmonare (con TAC spirale a basso dosaggio) in popolazioni selezionate: in questo contesto, la possibilità di abbinare allo screening radiologico l’analisi di biomarcatori nell’ambito di studi clinici controllati rappresenta un’opportunità di grande interesse scientifico, che potrebbe aprire nuove prospettive nella prevenzione e nel trattamento di questa grave malattia. Lo screening per il tumore polmonare deve però abbinarsi alla pianificazione di un programma per la cessazione dall’abitudine al fumo, perché si possa assistere a un reale abbattimento della mortalità”.

L'organizzazione per curare bene il maggior numero di pazienti

Prevenzione primaria e secondaria, accesso ai test e terapie personalizzate devono, però, rientrare in un'organizzazione più funzionale. “Se individuiamo il soggetto a cui un certo farmaco serve davvero - ribadisce Beretta - riusciamo ad ottimizzare anche i costi obiettivo che si può raggiungere solo se si organizzano bene i percorsi diagnostici effettuando solo gli esami che servono, evitando quelli non strettamente necessari o addirittura inutili. In questo modo si potrebbe abbattere il 20% dei costi”.

https://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/

CONVEGNO EUROPEO ONCOLOGIA 2019

Tumori, in Italia i pazienti vivono più a lungo della media europea

Nel nostro Paese 5 miliardi e 659 milioni spesi nel 2018 per farmaci anticancro: perché il sistema regga serve più prevenzione. Intervista con il presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, Giordano Beretta

Nuove terapie, qualità di vita dei malati e sostenibilità del sistema sono i temi cruciali attorno ai quali ruotano le centinaia di studi presentati in questi giorni a Barcellona durante i lavori del congresso annuale della European Society for Medical Oncology (Esmo), che riunisce in Spagna quasi 25mila oncologi da tutto il mondo. Sebbene in Italia siano state stimate [371mila nuove diagnosi di cancro nel 2019, l'incidenza dei tumori è in calo sia negli uomini che nelle donne](#) e così pure la mortalità. Del confronto fra Europa e Italia e [del problema dei costi elevati dei nuovi farmaci](#) parliamo con il presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, Giordano Beretta ([VAI AL FORUM CHEMIOTERAPIA](#)).

«Tradurre la scienza in cure migliori per i malati» è il tema scelto come filo conduttore del congresso ESmO 2019: cosa significa in concreto?



Giordano Beretta

«Negli ultimi anni la disponibilità di maggiori conoscenze di biologia molecolare ha consentito lo sviluppo di farmaci sempre più mirati - risponde Beretta, presidente eletto di Aiom -. Le nuove conoscenze sulla modalità di funzionamento del sistema immunitario hanno, inoltre, aperto la strada a trattamenti che, invece di agire direttamente sulle cellule tumorali a spese di grossi effetti collaterali sulle cellule sane, agiscono sul sistema immunitario per spingerlo ad eliminare le cellule malate. Questi due ambiti di ricerca, e ormai di pratica clinica (ovvero già disponibili per i pazienti) per alcune patologie, hanno consentito di ottenere risultati prima insperati nel trattamento di malati spesso precedentemente candidati a sopravvivenze molto limitate. La sfida futura è [far capire alle persone cosa possono fare per non ammalarsi di cancro](#) e arrivare a una prevenzione personalizzata di ogni persona sulla base dei rischi genetici».

Un milione di italiani è guarito dal cancro. Ma il costo delle terapie anticancro è sempre in crescita...

«La spesa per i farmaci anticancro in Italia è aumentata di oltre 650 milioni di euro in un anno: era pari a 5 miliardi nel 2017, ha raggiunto i 5 miliardi e 659 milioni nel 2018 - spiega Beretta, che è anche responsabile dell'Oncologia Medica di Humanitas Gavazzeni a Bergamo -. A fronte di un costante incremento delle uscite per la cura dei tumori, nel nostro Paese tutti i pazienti riescono ad accedere alle terapie migliori. In cinque anni (2013 – 2017) nel mondo sono stati commercializzati 54 nuovi trattamenti anticancro e l'Italia ha garantito (entro il 2018) la disponibilità a 35 di queste molecole innovative, collocandosi al quinto posto a livello internazionale dopo Stati Uniti (52), Germania (43), Regno Unito (41), Francia (37), e davanti a Canada (33), Spagna (30) e Giappone (29)».

Riusciremo a continuare a garantire le cure gratis a tutti i pazienti?

«I nuovi farmaci hanno costi esorbitanti, in parte giustificati da costi di ricerca e sviluppo, ma in parte di cui poco si conosce la reale giustificazione. Nel complesso [la spesa sanitaria per i farmaci oncologici sta quindi lievitando in modo esponenziale](#) e misure tipo il fondo per farmaci innovativi, di cui è comunque necessaria la conferma per i prossimi anni, hanno solo parzialmente aiutato a risolvere il problema in un sistema sanitario di tipo universalistico (e conviene a tutti che resti tale) che rischia di soccombere proprio all'aumento dei costi.

Indispensabile risulta quindi essere l'adozione di fattori predittivi che indirizzino l'utilizzo dei farmaci su pazienti che realmente ne avranno beneficio evitando il loro impiego dove la probabilità di risultato sia assente, con minor consumo di risorse».

A Barcellona in questi giorni si presenteranno diverse nuove terapie che si dimostrano efficaci contro vari tipi di cancro. Qual è la qualità delle cure in Italia?

«La sopravvivenza a 5 anni è il miglior strumento per valutare l'efficacia di un sistema sanitario nella lotta al cancro. In Italia raggiunge il 63% ed è migliore sia della media europea (57%) che dei livelli toccati dal Nord Europa, come i Paesi Scandinavi (59%), Regno Unito e Irlanda (53%). Non solo. In Italia le morti per cancro diminuiscono in misura maggiore rispetto al resto d'Europa. Il nostro Paese si trova al primo posto in questa classifica: in 15 anni (2001-2016) il calo dei decessi è stato pari al 17,6%, in Francia e Spagna al 16%, nel Regno Unito al 13% e in Germania al 12,3%. Un risultato molto importante, se si considera che l'impatto dei farmaci oncologici sulla spesa farmaceutica totale rimane inferiore a quello degli altri Paesi: rappresenta infatti il 13% contro il 17,3% del Regno Unito e il 17% della Germania».

Sono disponibili anche da noi i trattamenti più innovativi?

«Come dimostrano le statistiche riportate qui sopra, [il nostro sistema sanitario universalistico finora è riuscito a garantire a tutti i pazienti l'accesso alle cure più efficaci](#), grazie ai sistemi di rimborso concordati con l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Infatti in Italia il prezzo medio dei trattamenti antitumorali è fra i più bassi d'Europa. E l'aumento della sopravvivenza garantito dai farmaci innovativi

garantisce un circolo virtuoso. Che però rischia di spezzarsi, se non si individuano nuove strade per garantire la sostenibilità del sistema. [Per la prima volta, anche da noi si comincia a parlare di tossicità finanziaria, la crisi economica individuale conseguente al cancro e alle sue cure](#). Un problema che fino a pochi anni fa era confinato agli Stati Uniti. Un'analisi di 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015, a cui hanno partecipato 3.760 pazienti italiani, colpiti da tumore del polmone, della mammella o dell'ovaio, ha infatti evidenziato che il 22,5% presentava tossicità finanziaria e un rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto rispetto ai malati senza problemi economici».

I «tagli alla spesa» sono un tema dominante, nel budget delle famiglie e nell'agenda politica. Qual è secondo lei il modo di risparmiare in oncologia, senza che a farne le spese siano i malati?

«Posto che non solo i costi dei farmaci sono alla base del rischio sostenibilità, un impegno importante deve essere posto, alla riduzione degli accertamenti e degli interventi inutili, all'ottimizzazione dei percorsi gestionali e, in sostanza, alla completa razionalizzazione organizzativa che, in ambito oncologico, [non può non passare dai percorsi multidisciplinari e dalla realizzazione delle reti oncologiche regionali](#). Restando nell'ambito del costo dei farmaci il sistema migliore per spendere meno, posta un'attenzione ai meccanismi di rimborso da discutere con le aziende produttrici, è quello di avere meno pazienti».

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica da anni sostiene che si investa troppo poco in prevenzione: non ammalarsi sarebbe il metodo migliore per salvare vite umane e ridurre le spese per curare il cancro. Vede qualcosa di nuovo all'orizzonte?

«[La riduzione del numero di pazienti è possibile intervenendo sugli stili di vita ed evitando quindi l'insorgenza della malattia](#), ma una strada altrettanto efficace è quella di trovare la malattia in una fase in cui un trattamento di breve durata garantisca quasi a tutti la guarigione evitando trattamenti costosi per lunghi periodi. [Si rendono quindi necessarie, a fianco di campagne di educazione e formazione, metodiche di prevenzione](#) secondaria che consentano di individuare la malattia in una fase precoce, come già osservato [con lo screening mammografico, con il pap test e con il sangue occulto fecale](#). Anche in questo ambito la ricerca ci sta aiutando. Il riscontro di categorie a rischio particolarmente elevato, quali [ad esempio la presenza di una mutazione di BRCA](#) o di una sindrome di Lynch, ci possono aiutare nell'attuare metodiche preventive differenti da quanto viene normalmente effettuato sulla popolazione generale. Accanto quindi a una terapia personalizzata, basata sulla selezione dei pazienti, la sfida futura sarà quella di arrivare a una prevenzione personalizzata sulla base dei rischi genetici, e quindi non modificabili solo con gli stili di vita, di ogni singolo soggetto. Solo uno sviluppo di organizzazione, terapia e prevenzione personalizzata potrà dare benefici tali da mantenere la sostenibilità del sistema, guarendo al contempo un numero sempre maggiore di pazienti».



27-09-2019

780.455

<http://www.ansa.it>

Tumori: Reti oncologiche attive solo in 11 Regioni

(ANSA) - BARCELLONA, 27 SET - Le Reti oncologiche regionali, "fondamentali per garantire al paziente la migliore assistenza, sono attualmente attive solo in 11 Regioni. A sottolinearlo, in occasione del Congresso della Società europea di oncologia medica Esmo, e' la president dell'Associazione italiana di oncologia medica Aiom Stefania Gori. "Sul fronte dell'organizzazione - sottolinea Gori - la svolta è rappresentata dalla reale istituzione delle reti oncologiche regionali, attive solo in Piemonte e Valle D'Aosta, Veneto, Toscana, Umbria, Liguria, Provincia autonoma di Trento, Puglia e Campania oltre che in Lombardia ed Emilia-Romagna, pur se con configurazioni differenti. La concreta realizzazione di questi network consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza, di estendere a tutti i cittadini i programmi di prevenzione e di risparmiare risorse da utilizzare per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi". (ANSA).

<https://www.repubblica.it/oncologia>

Tumori, farmaci senza indicazione d'organo: come trovare i pazienti giusti?

Al Congresso Esmo presentati nuovi dati sul primo farmaco che agisce su una specifica alterazione genetica che, pur essendo rara, si presenta in 29 tipi di tumori. In Italia si stimano 4mila pazienti, ma ce ne sono tanti 'nascosti' perché i test genetici non sono ancora diffusi



Barcellona - La cura dei tumori si evolve e fa passi in avanti con una velocità inimmaginabile solo fino a qualche anno. Ma anche la diagnosi sta cambiando per adeguarsi alla necessità di scovare con la maggior precisione possibile i pazienti più adatti ai nuovi trattamenti oncologici. Il tema è al centro di tante ricerche e dibattiti nell'ambito del Congresso della Società europea di oncologia medica in corso a Barcellona fino al 1 ottobre. Un tema di attualità soprattutto quando si tratta di individuare i pazienti ai quali somministrare i nuovi farmaci cosiddetti 'agnostici', quelli cioè senza indicazione di istotipo del tumore ma indicati per chi ha una specifica alterazione genomica, qualsiasi sia la parte del corpo colpita dalla malattia. Come larotrectinib, primo nella classe degli inibitori orali di TRK, che proprio nei giorni scorsi ha ottenuto il via libera alla commercializzazione

nell'Unione europea e su cui a Esmo sono stati presentati nuovi dati.

Una mutazione rara ma diffusa sia negli adulti.....

Sono circa 29 i tumori nei quali può presentarsi una fusione genica del recettore della tirosin chinasi neurotrofica (NTRK) che, però, si presenta in pochi casi. E allora cosa rende interessante quest'alterazione pur essendo rara? “La fusione NTRK – spiega **Salvatore Siena**, ordinario di Oncologia Medica dell'Università di Milano nell'Ospedale Niguarda di Milano e pioniere delle terapie anti-NTRK – si presenta soprattutto in alcuni tipi di tumori inclusi quelli del polmone, della tiroide, nel melanoma, nei tumori gastrointestinali stromali, nel tumore del colon, nei sarcomi dei tessuti molli, tumori delle ghiandole salivari e nel fibrosarcoma infantile”.

.... che nei bambini

A rendere interessante questo meccanismo è anche il fatto che questa mutazione si presenta sia negli adulti che nei bambini: “La sperimentazione - prosegue Siena - è stata condotta anche sui tumori pediatrici che hanno una patogenesi diversa rispetto a quelli degli adulti ma l'efficacia è stata provata tanto da valutarlo anche come terapia adiuvante, cioè prima della chirurgia specie per i tumori al cervello per i quali l'intervento chirurgico può essere demolitivo”.

I nuovi dati di efficacia

Larotrectinib agisce bloccando l'azione delle proteine TRK che favoriscono la diffusione e la crescita del tumore, indipendentemente dall'organo di origine. Il farmaco, già approvato negli Stati Uniti, in Brasile e in Canada, sarà indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici con tumori solidi caratterizzati da una fusione genica NTRK con malattia localmente avanzata, metastatica o quando la resezione chirurgica comporterebbe morbidità grave, e che non abbiano altre opzioni terapeutiche soddisfacenti. In Italia appena iniziata la procedura di negoziazione con l'Aifa. Al Congresso degli oncologi europei oggi sono stati presentati nuovi dati incoraggianti: “In uno studio su 153 pazienti – spiega l'oncologo – c'è stata una riduzione della massa tumorale del 30% nel 79% dei pazienti adulti e pediatrici e nel 75% dei casi di metastasi cerebrale con una sopravvivenza media di quasi tre anni. Inoltre, si tratta di un farmaco somministrato per bocca con effetti collaterali trascurabili”. Questi risultati rappresentano il più numeroso gruppo di pazienti trattati con un inibitore di TRK con il più lungo follow-up.

Come trovare i pazienti giusti

Dunque, il farmaco funziona, non è tossico e gli oncologi ne sono entusiasti. Tutto bene? Non proprio perché il grande problema è quello di trovare i pazienti giusti. “Si stima che in Italia possano esserci circa 4mila pazienti con questa alterazione genetica - spiega Siena – ma potrebbero essercene anche altri nascosti. Quindi, il sistema sanitario deve adattarsi ed offrire un tipo di diagnosi che riesca a

catturare chi ha un tumore con questo tipo di alterazione per poter prescrivere questo nuovo tipo di terapie”.

Test genetici e formazione degli oncologi

Insomma, servono i test genetici per poter scovare questi pazienti. E' un obiettivo possibile? Costerebbe troppo? “In realtà – precisa Siena – non è nulla di complicato. Questo gene di fusione, infatti, produce una proteina che si può individuare con un semplice esame di immunistoichimica così come si fa già per le fusioni di Ros o di Alt”. Quindi, si tratterebbe di aggiungere anche il test di questa alterazione cosa che negli ultimi cinque anni alcuni ospedali hanno già fatto. “Quando il paziente risulta positivo si esegue un test di conferma cioè l'ibridazione fluorescente in situ (Fish) o il targeted next-generation sequencing (NGS) che si può fare in ospedale oppure in un centro esterno: sta all'oncologo indirizzare i pazienti e spiegargli perché è importante fare questi test”, conclude. Gli fa eco **Jesus Garcia-Foncillas**, direttore dell'Istituto di oncologia dell'Università di Madrid: “Gli oncologi devono cambiare la loro mentalità e capire che i test genetici servono anche perché non hanno costi così proibitivi. In uno studio prospettico su 843 pazienti si è visto che circa il 49% aveva una mutazione genetica. Quindi, i pazienti ci sono, vanno solo trovati e per farlo bisogna rinforzare la collaborazione tra oncologi e genetisti”.

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

Tumori: studi, nuovi farmaci non sempre valgono il costo extra

Il risultato di due ricerche presentate al Congresso Esmo

Barcellona, 27 set. (dall'inviata dell'AdnKronos Salute Margherita Lopes) - Non sempre nuovo è sinonimo di migliore, almeno nei caso dei farmaci anticancro. Se l'immunoterapia si è aggiudicata l'ultimo Nobel per la Medicina e le terapie con cellule Car-T cominciano ad arrivare sul mercato suscitando grandi speranze, non tutti i frutti della ricerca sono davvero preziosi, almeno secondo alcune ricerche presentate oggi al Congresso 2019 Esmo (European Society for Medical Oncology) di Barcellona, che hanno passato al microscopio le molecole introdotte negli ultimi 10-15 anni. Ebbene, "molti nuovi anti-cancro hanno poco valore aggiunto per i pazienti rispetto ai trattamenti standard e raramente valgono il costo extra", affermano gli autori di due studi che hanno esaminato beneficio clinico e prezzi di questi farmaci in Europa e negli Stati Uniti. Gli studi hanno cercato di capire se i costi di trattamento mensili dei medicinali introdotti negli ultimi 10-15 anni per i tumori solidi fossero associati a punteggi clinici migliori in termini di sopravvivenza, ma anche di complicanze e qualità della vita, rispetto al trattamento standard. "La maggior parte dei nuovi farmaci antitumorali ha un basso valore aggiunto, quindi medici e pazienti non dovrebbero supporre che, solo perché un farmaco è nuovo, sarà meglio", ha detto Marc Rodwin della Suffolk University di Boston (Usa), co-autore di uno dei due studi, condotto sui nuovi anticancro arrivati sul mercato in Francia. In questo lavoro, quasi la metà dei nuovi farmaci approvati in Europa tra il 2004 e il 2017 per il trattamento dei tumori solidi aveva punteggi spia di un basso valore aggiunto sulla scala Esmo Magnitude of Clinical Benefit, e oltre due terzi totalizzavano un basso valore aggiunto sulla scala di classificazione utilizzata dall'agenzia regolatoria francese. In media, i nuovi costi sono stati superiori di 2.525 euro al mese rispetto alle terapie standard per la stessa malattia. "Il primo studio in Francia a correlare il prezzo con parametri indipendenti per misurare il valore aggiunto ha dimostrato che, sebbene esista un legame tra costo e beneficio aggiunto, questo è debole", ha affermato Rodwin. Nel secondo studio - sui farmaci approvati per i tumori solidi negli adulti in quattro Paesi europei e negli Stati Uniti dal 2009 al 2017, non è emerso alcun legame tra costo del farmaco e beneficio clinico. Complessivamente, inoltre, i prezzi medi dei farmaci antitumorali in Europa sono risultati meno della metà di quelli statunitensi. Più in dettaglio, il costo medio mensile per medicinali risultati di basso beneficio variava da 4.361-5.273 dollari nei Paesi europei a 12.436 dollari negli Stati Uniti. Ma soprattutto "i costi dei farmaci non erano associati a un beneficio clinico in nessuno dei Paesi esaminati. Ad esempio, alcuni dei medicinali più costosi per il carcinoma della prostata e del polmone in Svizzera avevano punteggi (Esmo-Mcbs) più bassi, mentre i più economici totalizzavano punteggi più alti", ha spiegato Kerstin Vokinger dell'Università di Zurigo. "E' importante - ha concluso - che i prezzi dei farmaci siano allineati al valore clinico, e che le nostre limitate risorse siano spese per medicinali innovativi che offrono risultati migliori".

<https://www.repubblica.it/oncologia>

Nuovi farmaci oncologici, non sempre giustificato prezzo extra

Due studi presentati al Congresso della Società europea di oncologia medica dimostrano che c'è un ridotto valore aggiunto dei nuovi farmaci

Premio Esmo ad Angelo Di Leo: "La voglia di fare ricerca dopo il tumore di mia madre"



Barcellona - In qualsiasi campo ci muoviamo, tutti vorremmo sempre l'ultima novità che – ovviamente – costa di più. Ma il nuovo è sempre meglio? E in oncologia l'innovazione che costa molto di più dei farmaci tradizionali è sempre la scelta più efficace? Poiché tutti i paesi devono vedersela con la scarsità di risorse per finanziare i farmaci innovativi, i ricercatori stanno cercando di capire qual è il rapporto costi/benefici. Al Congresso della Società europea di oncologia medica (Esmo), in corso a Barcellona da oggi e fino al 1 ottobre, infatti, sono stati presentati due studi sull'impatto dei nuovi farmaci oncologici in Europa e negli Stati Uniti. E ne emerge che molti nuovi farmaci anti-cancro aggiungono in realtà poco valore per i pazienti rispetto al trattamento standard e raramente valgono il costo aggiuntivo.

Non sempre la novità è più efficace

Gli studi hanno cercato di capire se i costi dei trattamenti mensili dei medicinali introdotti negli ultimi 10-15 anni per i tumori solidi fossero associati a reali benefici clinici in termini di sopravvivenza, qualità della vita e/o complicanze del trattamento rispetto al trattamento standard. "La maggior parte dei nuovi farmaci antitumorali ha un basso valore aggiunto, quindi medici e pazienti non dovrebbero supporre che solo perché un farmaco è nuovo, funzionerà meglio", ha dichiarato **Marc Rodwin**, Law School, Suffolk University, Boston, e coautore di uno studio su nuovi farmaci anticancro in Francia. In questo studio, quasi la metà dei nuovi farmaci approvati in Europa tra il 2004 e il 2017 per il trattamento dei tumori solidi aveva dei punteggi bassi nella scala di valutazione dei benefici clinici utilizzata da Esmo e oltre due terzi avevano un basso valore aggiunto sulla scala di classificazione del beneficio terapeutico utilizzata dall'ente regolatorio francese. In media, i costi dei nuovi farmaci sono stati di 2.525 euro al mese in più rispetto ai farmaci di confronto per lo stesso tipo di tumore.

Nel secondo studio sui farmaci approvati per i tumori solidi adulti in quattro paesi europei e negli Stati Uniti dal 2009-2017, i ricercatori non hanno trovato alcun legame tra costo del farmaco e beneficio clinico. "I costi dei farmaci non erano associati al punteggio delle prestazioni cliniche in nessuno dei paesi che abbiamo esaminato. Ad esempio, alcuni dei farmaci più costosi per il carcinoma della prostata e del polmone in Svizzera avevano punteggi più bassi, mentre i farmaci più economici avevano punteggi più alti", ha affermato il co-autore dello studio, **Kerstin Vokinger**, Università di Zurigo, Svizzera. "È importante che i prezzi dei farmaci siano allineati al valore clinico e che le nostre risorse limitate siano spese per farmaci innovativi che offrono risultati migliori".

Il commento degli oncologi italiani

Dunque, non sempre l'innovazione è un valore aggiunto? "Queste stime - avverte **Giordano Beretta**, presidente eletto Aiom - vanno lette con cautela, ma c'è del vero perché ci sono tanti farmaci di cui forse si potrebbe fare a meno non perché non funzionano ma perché magari avevamo già qualcosa di simile anche se dobbiamo considerare che in un sottogruppo di pazienti potrebbe avere una qualche efficacia. Gli enti regolatori - prosegue - devono stare attenti a registrare sulla base di endpoint solidi tra cui oltre alla sopravvivenza anche il controllo della sintomatologia".

L'intervista / Marianna Rossetti

“Una goccia di sangue potrà svelarci a casa la malattia al seno”

di Irma D'Aria

Marianna Rossetti, 35 anni, è una ricercatrice ambiziosa e - come lei stessa si definisce - testarda. Dopo la laurea in Chimica Analitica e Metodologie Applicate all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", la paura di un futuro incerto in Italia, l'ha indotta a fare scelte professionali che potevano garantirle qualche certezza in più. Ma dopo cinque anni lontana dai laboratori, la voglia di impegnarsi nella ricerca è risultata tanto forte da spingerla a tornare all'università, questa volta a Tor Vergata. Obiettivo: un dottorato in chimica. Poi è arrivata l'esperienza di ricerca all'estero (in Canada e in California) e dunque al rientro la partecipazione ad un bando della Fondazione Umberto Veronesi per l'assegnazione di borse di studio. Una scommessa. Marianna vince (nell'ambito del progetto Pink is Good) e ottiene il finanziamento per il suo studio. Vuole sviluppare un "dispositivo" per diagnosticare il cancro al seno grazie all'analisi di una goccia di sangue.

Dottorosa Rossetti, su cosa sta lavorando esattamente nel suo laboratorio di Tor Vergata?

«Per la diagnosi di un tumore, siamo abituati a pensare al prelievo del tessuto che rileva le cellule tumorali. Ma negli ultimi anni è arrivata la biopsia liquida che consente di individuare le tracce che le cellule

tumorali rilasciano nel sangue tra cui frammenti di Dna, sequenze di Rna, proteine o addirittura cellule intere. Ma le metodologie oggi disponibili per individuare queste molecole richiedono tempi di analisi molto lunghi, personale specializzato e strumentazioni costose. Il nostro obiettivo, invece, è quello di semplificare questo metodo di diagnosi precoce rendendolo accessibile direttamente ai pazienti».

Quindi la paziente potrà fare un'auto-diagnosi: in che modo?

«Nei nostri laboratori stiamo sviluppando un dispositivo del tutto simile a quello che i diabetici utilizzano per rilevare la glicemia. Quindi, con una semplice goccia di sangue sulla punta di un dito sarà possibile rilevare sequenze di Rna che indicano la presenza di un tumore al seno. In altre parole, l'obiettivo è sviluppare un metodo economico, portatile e di facile utilizzo per la diagnosi e il monitoraggio del tumore tramite l'analisi del sangue. Naturalmente per valutare l'affidabilità del test, faremo un confronto tra i risultati ottenuti con il dispositivo e quelli ottenuti dalla biopsia liquida con un prelievo in laboratorio e successive analisi effettuate utilizzando metodiche ufficiali».

Quali vantaggi porterà lo

sviluppo di questa ricerca per la salute?

«A lungo termine, il mio progetto potrebbe portare allo sviluppo di dispositivi utili non solo per l'autodiagnosi del cancro al seno ma anche per l'autovalutazione della risposta alle terapie e per il monitoraggio di eventuali recidive. Inoltre, si ridurrebbero le disparità nella cura del cancro dovute all'inadeguato accesso a diagnosi di alta qualità, aumentando la possibilità di sopravvivenza anche nei Paesi in via di sviluppo». A che punto siete: quanto ci vorrà per ultimare la ricerca?

Siamo a metà dell'opera: al momento abbiamo ingegnerizzato gli elementi di riconoscimento dei marcatori che dovranno generare un segnale sul dispositivo che indicherà la presenza di tumore. Anche se siamo a buon punto, ci vorrà almeno un altro anno e inoltre vorrei andare oltre il progetto originario. Proprio per questo ho fatto domanda per un'altra borsa di studio perché vorrei potenziare il dispositivo e aumentare il numero di marcatori rilevati per poter individuare diversi tipi di tumore e incrementare l'affidabilità del dispositivo. A dicembre saprò se avremo ottenuto il finanziamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricercatrice Marianna Rossetti sta sviluppando, nei laboratori di Tor Vergata, un dispositivo per l'autodiagnosi del tumore.



Venerdì 27 SETTEMBRE 2019

Influenza. Italiani ancora scettici sui vaccini: nella stagione 2018-2019 copertura al 15,8%. Tra gli anziani al 53,1%

Rispetto alla stagione precedente si può notare un microscopico aumento dello 0,5% nella popolazione generale e dello 0,4% tra gli over 65. Ma rispetto a 10 anni fa, soprattutto per gli anziani, il dato è ancora di 10 punti sotto. Bene Umbria e Basilicata. Maglia nera la Pa di Bolzano. Ecco i nuovi dati del Ministero e dell'Iss.
[IL DOCUMENTO](#)

La copertura vaccinale contro l'influenza nella stagione 2018-2019 è stata del 15,8% nella popolazione generale. Uno 0,5% in più rispetto alla stagione precedente ma per esempio quasi 4 punti percentuali in meno rispetto al 2009-2010, la stagione con la più alta copertura. Da lì in poi complice il famoso caso Fluad le coperture sono scese fino al picco del 13,6% del 2014-2015. Da lì è iniziata una risalita ma a ritmi, come testimoniano i numeri dell'ultima stagione, ancora molto bassi. È quanto riporta il Ministero della Salute insieme all'Iss nel suo focus sulle vaccinazioni antinfluenzali.

Nel report c'è anche il dato della popolazione anziana: nel 2018-2019 si sono vaccinati il 53,1% degli over 65. Anche in questo caso si registra un lieve incremento (+0,4%) ma si è ancora ben distanti dal 66,3% della stagione 2008-2009. Insomma alla vigilia dell'inizio delle campagna vaccinale per la stagione 2019-2020 i numeri segnalano come ci sia molto lavoro da fare per recuperare la fiducia dei cittadini.

Le coperture nelle Regioni.

Per quanto riguarda la popolazione generale la Regione con il dato più alto di copertura è l'Umbria con il 19,4%, seguita dalla Toscana con il 19,1% e da Molise e Friuli con il 18,9%. Maglia nera la Pa di Bolzano (che si conferma la più scettica alle vaccinazioni) con il 9,6%. Numeri bassi anche per la Lombardia (12,9%).

Per quanto riguarda gli over 65 la Regione con la maggiore copertura è la Basilicata con il 66,6%, seguita dall'Umbria con il 64,8% e dal Molise con il 61,7%. All'ultimo posto troviamo ancora la Pa di Bolzano con il 38,3% di anziani vaccinati.

Luciano Fassari

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

Il 20% degli inchiostri per tatuaggi contiene sostanze tossiche

È quanto risulta da un controllo a campione effettuato dai Nas. Il ministero della Salute ha emesso disposizioni urgenti



Sostanze tossiche o cancerogene in un campione su cinque di inchiostro usato per tatuaggi. È quanto emerso da un controllo del **Comando dei carabinieri per la Tutela della Salute** che, d'intesa con il ministero della Salute, opera un costante monitoraggio sulla regolarità e l'innocuità dei prodotti a base di inchiostro utilizzati per la realizzazione di tatuaggi.

In particolare, spiega una nota, si è recentemente concluso uno specifico servizio di controllo in campo nazionale sulla commercializzazione di inchiostri e tintura usate per i tatuaggi, ispezionando l'intera filiera distributiva, al fine di verificare la qualità e la sicurezza di tali prodotti presenti nel mercato nazionale. Le attività, preliminarmente pianificate a livello centrale, hanno interessato il **controllo di 117 aziende** dedite ad attività nel settore, come centri di tatuaggio, importatori, produttori e distributori nazionali di pigmenti, prelevando nel contempo 100 campioni di inchiostri per tatuaggio, inviati ai laboratori per la ricerca di sostanze

chimiche, quali 'ammine aromatiche' e 'idrocarburi policiclici aromatici (IPA)'.

Le analisi sui campioni, svolte dal laboratorio accreditato dell'ARPA Piemonte, hanno rilevato la non conformità di 22 campioni per presenza sopra i limiti di legge delle predette sostanze, considerate potenzialmente tossiche o cancerogene.

A seguito dei risultati analitici, il **ministero della Salute** ha disposto i conseguenti **provvedimenti urgenti**, rivolti a tutti i soggetti appartenenti alla filiera (importatori, distributori ed utilizzatori), relativi al divieto di vendita e di utilizzo, di ritiro/richiamo dalla rete commerciale nonché all'obbligo di informare i soggetti che si sono sottoposti a tatuaggio circa la pericolosità dei prodotti, mediante sistemi di rintraccio dei clienti o altri metodi ritenuti efficaci.

Inoltre, nel corso dei controlli, sono state contestate **31 infrazioni** nei confronti dei responsabili di esercizi commerciali e di centri di tatuaggio dovute a mancanze autorizzative dei locali o degli attestati di formazione degli operatori, carenze igieniche e strutturali delle aree adibite all'applicazione del tatuaggio, detenzione di prodotti privi di etichettatura o contenenti sostanze ed inchiostri non idonei e privi delle necessarie garanzie di sicurezza, sequestrando 248 confezioni di tinture e pigmenti.

Il monitoraggio segue temporalmente un precedente servizio di controllo conoscitivo, svolto tra il 2014 ed il 2015 nell'ambito di un protocollo di collaborazione con il Dicastero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, che aveva evidenziato 97 campioni di pigmenti per tatuaggi, su 318 oggetto di prelievo, con criticità circa la sterilità, a causa di contaminazioni microbiche e fungine non compatibili con il commercio e l'impiego di tali prodotti, in considerazione peraltro della destinazione e della prolungata permanenza nell'area sottocutanea delle persone.

Migranti, intesa tra Dem e M5S sullo ius culturae: chi studia sarà italiano. Salvini attacca: poveri noi

Fine vita, i dubbi di Conte

«Sì all'obiezione di coscienza per i medici. Non credo nel diritto alla morte»

«Sì all'obiezione di coscienza per i medici. Non credo ci sia un diritto alla morte». Così il premier Conte sul fine vita. alle pagine 6 e 8

Primo piano | La sentenza della Consulta

«Ho dubbi sul diritto alla morte» Conte apre all'obiezione dei medici

Il premier sul suicidio assistito: lo dico da giurista e cattolico. E auspica il Mattarella bis

DALLA NOSTRA INVIATA

CEGLIE MESSAPICA Giuseppe Conte gioca in casa, piazza del Plebiscito è piena di pugliesi come lui e il presidente del Consiglio si concede a tutto campo. Auspica un bis di Sergio Mattarella al Quirinale «se fosse disponibile», riabilita Danilo Toninelli («Peccato che non faccia parte della squadra») e quando la domanda sul fine vita arriva, l'inquilino di Palazzo Chigi in trasferta a Ceglie Messapica auspica un confronto «sereno e serio» in Parlamento. E, «da giurista e da cattolico», si schiera con chi teme che la sentenza della Corte costituzionale apra la strada all'eutanasia: «Non ho dubbi che esista un diritto alla vita, ho dubbi».

«Coppia riservata»
«La mia compagna e io siamo riservatissimi»
E sulla manovra: «Sarà molto espansiva»
bi che l'autodeterminazione possa spingersi fino al diritto alla morte». Parole che piaceranno al Vaticano, tanto più

che Conte, dopo aver spronato il Parlamento a legiferare, pronuncia tra gli applausi il suo «sì all'obiezione di coscienza per quei medici che non se la sentono di procurare la morte».

A intervistare il premier, assiso su un divanetto bianco, è il giornalista pugliese Angelo Maria Perrino, che organizza la tradizionale «Piazza» di fine estate. Conte schiva le trappole, ma il direttore di *Affari-taliani.it* lo sottopone a ogni possibile tortura, dal video di Salvini al Papeete alle foto della sua compagna in spiaggia, che il premier scaccia via con un sorriso e un gesto della mano: «Giriamo, giriamo... Siamo riservatissimi». Si parte dall'economia. Conte rilancia il «grande piano per il Sud», il «new green deal» e il «patto sociale» contro l'evasione fiscale: «Da giurista non mi piace il tintinnar di manette, ma la pena detentiva per i grandi evasori ci deve essere».

Forte della nuova flessibilità concessa dalla Ue, promette una manovra «molto espansiva» e senza aumenti selettivi

dell'Iva: «Ho preso l'impegno solenne a disinnescare i 23 miliardi di clausole di salvaguardia». E se qualche rimodulazione si rivelasse necessaria, dovrà produrre «beneficio» per gli italiani. Reddito e Quota 100, che fine faranno? «Intendiamo conservarle», garantisce Conte e nega l'intenzione di rimodulare la riforma leghista delle pensioni: «Non salterà nessuna finestra». Tra Mef e Palazzo Chigi è poi allo studio, rivela, una sforbiciata alle aliquote anche sopra i 65 mila euro: «Ma non chiedetemi la cifra esatta».

Si parla dello «stile Conte», del suo progetto politico per un'Italia «smart» e Perrino, confidando nel clima rilassato di una piazza amica, azzarda: esiste il partito di Conte? «Nessun partito — si schermissa il premier, ammettendo però di aver preso gusto alla politica —. La mia più grande ambizione è la realizzazione del programma». Renzi la preoccupa? «Ben venga lo spirito critico, può dare un contributo positivo». A preoccuparlo invece, e molto, sono i

parlamentari del M5S che salutano Di Maio e se ne vanno: «Bisogna contrastare la pratica inaccettabile dei cambi di casacca, rendendo più stringenti i regolamenti parlamentari». Ha visto Beppe Grillo? «Ci ho preso un caffè in privato, molto simpatico e intellettualmente vivace». Casaleggio, giura, lo ha sentito solo

un paio di volte e al nome di Giorgetti quasi salta sul divano: «Come sottosegretario non è certo stato la longa manus del premier, ha rappresentato il suo partito». E Salvini? Troppo mojito? «Io sono molto sobrio».

Monica Guerzoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



È giusto che ci sia un confronto serio in Parlamento sul fine vita

Se si stabilisse un diritto alla morte almeno per i medici dovrebbe esserci il diritto alla

obiezione
Giuseppe Conte

Il caso

La decisione su Cappato

1 «Non punibile», a certe condizioni (come nel caso del dj Fabo), chi agevola il suicidio assistito. Così, mercoledì scorso, la Corte costituzionale si è espressa riguardo il caso del radicale Marco Cappato, che rischiava 12 anni, che aveva aiutato Fabo a morire

Le condizioni della scelta

2 La Consulta ha però fissato dei paletti precisi: è «non punibile» chi «agevola l'esecuzione del proposito del suicidio, autonomamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno e affetto da una patologia irreversibile»

Il no degli ordini

3 La Corte costituzionale ha sollecitato il Parlamento a legiferare. E si è levata la protesta dell'Ordine dei medici: sia un pubblico ufficiale, non noi, a far partire il suicidio assistito. Ieri il premier si è detto favorevole all'obiezione di coscienza



LO SCRITTORE

Ecco perché
sto con la libertà
e dico sì
all'eutanasia



di **Antonio Scurati**

Io sono per
l'eutanasia.

Legale,
libera, civile.
E lo sono —
credo e
spero — con
ragione e per
compassione. Ne peroro,
dunque, la causa in qualità di
individuo, di cittadino e
anche di scrittore. Ogni vita è
degnata di essere raccontata
(non solo le vite straordinarie

di santi o eroi). Questa
dignitosa vita qualunque
deve poter esser raccontata in
qualsiasi modo (non solo con
i versi sublimi dei poemi
antichi ma anche con la
lingua familiare della prosa,
prossima alla lingua
quotidiana).

continua a pagina 9

La riflessione di Scurati: i valori supremi delle democrazie liberali sono racchiusi nel concetto di libertà individuale e dignità personale

**Dico sì
all'eutanasia
legale, libera
e civile
Sono per la vita**

di **Antonio Scurati**

SEGUE DALLA PRIMA

La questi due principi discende la rivoluzione culturale del romanzo moderno che apre il racconto della vita e del mondo alle persone comuni, agli umili, agli anonimi, agli «ultimi», sia elevandoli a protagonisti della narrazione sia interpellandoli come potenziali lettori. Il romanzo, diceva Milan Kundera, è il «paradiso degli individui». Ogni singola vita — per quanto possa apparire insignifi-

cante — vi è ammessa, al pari di ogni altra, a godere dello splendore del racconto.

Cosa c'entra questo con l'eutanasia? C'entra perché il romanzo esprime i valori fondamentali della civiltà occidentale moderna. Attraverso secoli di lotte sanguinose — spesso «guerre civili» intestine — le democrazie liberali dell'Occidente hanno affermato contro teocrazie e totalitarismi che i loro valori supremi sono racchiusi nel concetto di libertà individuale e di dignità personale, entrambe intangibili di fronte allo Stato e alla Chiesa. Noi europei d'Occidente abbiamo imparato ad amare e a rispettare la singola vita non in quanto «sacra» — concessa da un Dio — e non in quanto sussunta a una laica entità superiore — Stato, Popolo o Nazione — ma in quanto libera, assoluta, sovrana su se stessa. L'individualismo occidentale che ne discende è, per questi motivi, forse la forma più alta di amore e di rispetto della vita che l'umanità abbia mai sperimentato. Ogni nostro valore, ogni nostro amore, anche ogni nostro dolore, trae il proprio senso alla luce, tenue ma tenace, di questa idea. La conseguenza ultima di tutto ciò è che ogni individuo deve poter scegliere liberamente, non solo come e dove vivere, ma anche quando porre fine alla propria esistenza in base alla sua personale, irriducibile, inalienabile concezione della dignità di essa.

Io sono per l'eutanasia perché sono per la vita. Rigetto con forza e, permettetemelo, con sdegno, gli slogan dei militanti contrari a ogni forma di «aiuto a morire» che si proclamano «pro-life», difensori della vita e depositari del suo significato ultimo. No. Non è così. Chiunque si opponga alla facoltà dell'individuo di decidere della propria vita, lo fa in nome di un principio cui quella vita viene subordinata, togliendole così pienezza, libertà, sovranità e dignità. Nella società aperta, nelle democrazie liberali chiunque deve poter parlare del proprio Dio ma nessuno deve poter legiferare in nome di Dio. Siamo noi, noi che viviamo sotto un cielo disertato da Dio, a glorificare la vita di un amore disperato, assoluto, struggente, proprio perché non crediamo in un'altra vita ultraterrena, e la nostra perorazione a favore dell'eutanasia, del diritto individuale a concluderla in modo dignitoso, legale, civile, condiviso, in modo pietoso, è l'ultima, più estrema manifestazione di quell'amore.

Io sono per l'eutanasia e non solo per quelle situazioni limite di cui si occupano i media (e in questi giorni la corte costituzionale con la storica

sentenza su Marco Cappato). Le corsie dei nostri ospedali, lontane dai riflettori, straripano di casi comuni, noti a noi tutti, in cui il moribondo è ostinatamente sottoposto a indicibili sofferenze fisiche e psicologiche per prolungare inutilmente di qualche mese la sua esistenza fino al punto di smarrire nella sua conclusione tutte le ragioni che ce l'avevano fatta amare, finanche al punto di smarrire i tratti di quel volto che per noi aveva incarnato il supremo amore. Quante

volte, estenuati, schiantati, disperati, ci siamo segretamente augurati la morte di un padre, di un amico, di un fratello terminale e poi ne abbiamo portato il rimorso per tutta la vita. Quante volte ancora dovremo farlo? Quante volte i nostri cari sono morti

molte volte prima di morire perché uno Stato vigliacco e ipocrita non leghifera sulla ampia, democratica, sovrana possibilità che l'individuo, segnato da una diagnosi senza scampo,

o da una qualsiasi altra forma d'intollerabilità dell'esistenza, non rimanga costretto a scegliere tra una fine tormentosa, la solitudine terribile del suicidio o la supplica a noi superstiti a compiere un atto compassionevole che agli occhi della legge ci bolla come omicidi?

No. Io sono per l'eutanasia. Io spe-

ro nel giorno in cui un figlio e un padre, due amici, due fratelli, ancora entrambi pienamente se stessi, posano, fianco a fianco, dopo aver bevuto per l'ultima volta insieme il caffè mattutino, prepararsi per l'ultimo viaggio, il viaggio per cui non serve bagaglio.

Io sono per l'eutanasia perché tenere la mano al morente, finché è ancora se stesso, è la forma più alta di pietà di cui siamo capaci. È il nostro destino. È il gesto ultimo in cui si ricapitola l'essenza dell'umano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi si oppone alla facoltà di ciascuno di decidere della propria vita lo fa in nome di un principio cui quella vita viene subordinata, togliendole pienezza, libertà, sovranità e dignità



Le parole

EUTANASIA

Letteralmente «buona morte», si verifica quando il medico provoca il decesso di un paziente d'accordo con la volontà di quest'ultimo (se c'è questa volontà in pratica è il medico a «staccare la spina»). Può essere attiva (se praticata con iniezione letale) o passiva (quando viene sospeso il farmaco salvavita)

SUICIDIO ASSISTITO

In questa procedura è il paziente a decidere quando morire. Chiede infatti al medico di prescrivergli dei farmaci che sarà lui stesso a ingerire. Il medico lo assiste. Esistono poi le Dat, disposizioni anticipate di rifiuto delle cure fornite al medico da chi non dovesse poi essere capace di intendere e volere



Carenza medici, Fnomceo contro l'utilizzo di specializzandi

«I medici neolaureati senza un adeguato percorso formativo, non possono lavorare nel Servizio sanitario nazionale. In ogni caso, restiamo dell'idea che, in primis, vadano impiegati gli specializzandi degli ultimi anni. Questo consentirebbe, tra l'altro, di liberare risorse per aumentare le borse sino a 12 mila già dal 2020, fronteggiando l'ondata di pensionamenti attesa per i prossimi anni». È il commento di Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, in merito al documento presentato dalle regioni con 16 proposte finalizzate a scongiurare la carenza di medici specialisti. «Siamo pronti a istituire un tavolo di lavoro insieme al ministro, mentre alle regioni abbiamo già chiesto un incontro sull'argomento», conclude Anelli.

—© Riproduzione riservata—

