

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 9 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE Commissari delle Asl, rush finale per gli 11 posti** La maggioranza ancora divisa, ma il governatore impone scelte di alto profilo *Circolano i primi nomi, la giunta Pigliaru dovrebbe decidere entro il 20 dicembre*

La prima scadenza doveva essere oggi, ma salterà. Per la nomina degli undici commissari delle otto Asl, dell'Azienda Brotzu allargata (l'ospedale più il Microcitemico e l'oncologico Businco) e dei due policlinici di Cagliari e Sassari, la Giunta si prenderà tutti i giorni che mancano all'ultima data possibile, il 20 dicembre. Non c'è ancora un elenco dei papabili, neanche ufficioso, seppure le indiscrezioni sono diverse. L'incertezza c'è tutta, perché la maggioranza di centrosinistra non si è riunita ancora nemmeno una volta per discutere cosa fare e soprattutto perché il presidente Francesco Pigliaru ha detto che le nomine dovranno essere di alto spessore. Per la verità, la prima bozza della mini riforma prevedeva che i commissari dovessero essere solo funzionari dell'assessorato alla Salute, poi alla fine è passata la linea che potranno essere nominati anche i manager inseriti nella lista regionale dei direttori generali. È ovvio che il doppio binario ha allargato le possibilità e resa ancora più difficile la scelta dei partiti e della stessa Giunta. I possibili. A Sassari sono tre i nomi che circolano per l'Asl 1 e l'Azienda universitaria, che gestirà anche l'ospedale Santissima Annunziata. Voci di corridoio danno in prima fila Giuseppe Pintor, attuale capo di gabinetto dell'assessore Luigi Arru, Antonello Ganau, professore universitario e cugino del presidente del Consiglio regionale, Gianfranco, e l'inglese David Harris, con un passato nell'Azienda universitaria e nella direzione generale del Comune. Alla Asl 8, quella cagliaritana, in molti sostengono che la corsa sarà fra Graziella Pintus, ora direttore sanitario all'ospedale Marino e molto vicina al Pd, e Francesca Piras, che faceva parte dello staff di Pigliaru quando il governatore era assessore alla Programmazione nella giunta Soru. Ma fra i candidati ci sono anche gli ex consiglieri regionali del Pd Nazareno Pacifico e Giampaolo Diana, Per l'Azienda Brotzu, Giovanni Monni, direttore del Microcitemico e sostenuto da Sel,

potrebbe avere come concorrente l'ex manager dell'Asl 8, Gino Gumirato, nel 2005 uomo forte dell'allora accoppiata Soru-Dirindin. L'Azienda universitaria dovrebbe essere assegnata a un funzionario dell'assessorato. L'Asl di Nuoro potrebbe essere una partita fra Pd e Centro Democratico. Da una parte c'è Manuel Delogu, che ha come primo sostenitore il vicecapogruppo del Pd in Consiglio Roberto Deriu. Deriu tra l'altro è stato anche il primo a proporre una commissione d'inchiesta dello stesso Consiglio sulla spesa sanitaria, proposta che ha provocato diversi malumori nel Partito democratico regionale. Il Cd del deputato Roberto Capelli, punterebbe su Piero Carta, attuale responsabile amministrativo della stessa Asl. Dallo scontro potrebbe uscire però vincente Giorgio Lenzotti, area Pd e in passato manager dell'Azienda sanitaria gallurese. Proprio a Olbia fino a qualche giorno fa veniva dato per sicura la nomina di Pier Luigi Caria, sempre del Pd e molto vicino al deputato Gianpiero Scanu, ma l'ex consigliere regionale sta per rientrare nell'Aula di via Roma, ha vinto il ricorso, e dunque il nome del papabile dovrebbe cambiare. A Oristano è il Partito dei sardi a contendere la poltrona di commissario al Pd., con l'attuale manager Mariano Meloni, che potrebbe essere riconfermato. Le Asl del Sulcis e quella dell'Ogliastra dovrebbero essere assegnate a due funzionari dell'assessorato.

## **Cresce il partito dell'Azienda unica**

Dentro la Giunta cresce il partito che vorrebbe in primavera una sola Azienda sanitaria regionale e non più quattro o cinque. A guidare questo gruppo è il governatore Francesco Pigliaru, che non avrebbe nascosto la sua preferenza anche in un recente faccia a faccia con i Riformatori (all'opposizione) e tra l'altro il primo gruppo a proporre l'Asl unica divisa in distretti ma con le principali competenze assegnate a un solo manager. Questa ipotesi contrasta con quella che era circolata nei mesi scorsi, quando la mini riforma doveva essere ancora votata e approvata dal Consiglio regionale. In quella bozza la Sardegna era divisa in cinque Asl, con Sassari che confermava gli attuali confini, mentre Olbia e Nuoro erano fusi in una sola Azienda sanitaria. Stessa fusione fra una parte dell'Azienda di Oristano e quella del Medio Campidano. Con il resto dell'area di Sanluri assorbita invece dall'Azienda del Sulcis. Infine, la grande Asl cagliaritano in cui – secondo quella bozza – dovrebbe confluire anche l'Ogliastra. Fuori da questa mappa la nuova Agenzia per le emergenze-urgenze, l'Azienda ospedaliera Brotzu allargata al Microcitemico e all'Oncologico, e i due policlinici universitari di Cagliari e Sassari.

## **Tumore del pancreas, nuove speranze I pazienti sardi coinvolti nella sperimentazione internazionale di una tecnica rivoluzionaria**

Un ponte tra la Sardegna e la cittadella del pancreas. Anche i pazienti sardi saranno coinvolti in una sperimentazione internazionale per la cura di tumori considerati fino

a oggi inoperabili. Una tecnica rivoluzionaria che si affida alla termoablazione: la distruzione delle cellule a un'alta temperatura. A riaccendere le speranze per decine di pazienti il cui futuro sembra segnato è l'équipe dello scienziato Paolo Pederzoli, che ha creato il più grande gruppo italiano per la chirurgia del pancreas prima a Verona, poi a Peschiera del Garda, e ha fondato la più importante scuola italiana. A questa sperimentazione guardano con interesse molti paesi stranieri, tra cui Stati Uniti, Olanda, Grecia, Corea e Singapore. Peschiera è diventata un centro di riferimento a livello mondiale, una scuola per la radiofrequenza pancreatica. L'équipe di Pederzoli ha trattato oltre 200 casi, è l'unica sperimentazione a livello mondiale. Con questa tecnica è stato possibile migliorare sensibilmente i tempi di sopravvivenza dei paziente, aprendo nuove possibilità per la cura di questi tumori che in Sardegna ogni anno colpiscono 350 pazienti. I risultati di questa sperimentazione internazionale saranno presentati sabato a Cagliari, in un incontro promosso dal presidente dell'Ordine dei medici, Raimondo Ibba. «La nostra esperienza, iniziata nel 2007, rappresenta la più ampia casistica mondiale – spiega Roberto Girelli, responsabile dell'unità di chirurgia pancreatica –. La pubblicazione dei risultati della ricerca sui primi 50 casi, sulla prestigiosa rivista British of surgery, ha permesso di confermare, davanti alla comunità internazionale, la valenza scientifica della nostra sperimentazione». Paolo Pederzoli, scienziato, luminare nella cura del pancreas, direttore del centro di Peschiera. È anche l'inventore di una terapia rivoluzionaria che ha consentito di ridurre in maniera sensibile la mortalità nelle pancreatiti acute e necrotiche con un sofisticato sistema di “drenaggio-lavaggio addominale”. Una tecnica salvavita. «La Sardegna – dice Pederzoli – potrà essere inserita nella sperimentazione della radiofrequenza, sulla quale c'è un grande interesse del mondo scientifico internazionale. La nostra struttura è pronta ad accogliere i pazienti dell'isola candidabili alla ricerca, ma anche a seguire e trattare tutti i malati affetti da patologie del pancreas di qualsiasi natura. Il nostro biglietto da visita è costituito dalla facilità di accesso al nostro centro. I medici della nostra unità offrono anche un servizio gratuito di consulenza via mail con il quale possono valutare il caso clinico e indirizzare il paziente verso un corretto percorso. Un servizio che potrà essere utile per i sardi». La tecnica della termoablazione nei tumori del pancreas potrebbe aprire nuovi scenari per combattere questa malattia dagli esiti troppo spesso infausti? «È una battaglia che abbiamo cominciato. Interveniamo nelle forme non operabili, ma in assenza di metastasi, e i primi risultati sono incoraggianti, con un miglioramento significativo dei tempi di sopravvivenza. In alcuni casi questa tecnica, associata alla chemio e radioterapia, consente di ridurre la massa tumorale e di operare pazienti considerati inoperabili, influenzando positivamente sulla prognosi». È una sperimentazione ancora nella fase iniziale. «Si sono aperte prospettive affascinanti. Si è osservato che la termoablazione, attraverso l'aumento della temperatura fino a 90 gradi, oltre a distruggere parte della massa tumorale, innesca meccanismi immunitari. L'organismo produrrebbe anticorpi contro il suo tumore, che attaccano le cellule cancerogene. Se non riusciamo a eliminare il tumore, dobbiamo cercare di cronicizzare la malattia, di bloccarla. Questo né il principale obiettivo. Ma tutto è ancora in una fase sperimentale». Qual è il sogno dello scienziato Pederzoli? «Più che di sogno parlerei di sogni. Il primo è quello di migliorare la prognosi del tumore

pancreatico, recuperando un maggior numero di pazienti alla chirurgia, che è il trattamento più efficace, attraverso i risultati promettenti dei nuovi schemi di chemioterapia, in grado di ridurre il volume del tumore non operabile, rendendolo resecabile. Il secondo sogno è riuscire a individuare e riconoscere le alterazioni del genoma, specifiche nel carcinoma del pancreas e anche dei tumori più rari che permettono scelte terapeutiche più mirate e strategie personalizzate». La sperimentazione del centro di eccellenza di Peschiera del Garda è condotta in collaborazione con l'istituto del pancreas dell'università di Verona. All'incontro di Cagliari, con Paolo Pederzoli parteciperà anche Roberto Girelli, responsabile clinico della ricerca internazionale. In Sardegna nessun centro è stato costituito per affrontare la drammaticità dei tumori del pancreas, nonostante l'alta incidenza, legata anche al triste record dei casi di diabete di tipo uno.

## L'UNIONE SARDA

### **SASSARI** **Centro contro il Parkinson** *Viaggio nell'eccellenza* *Farmaci e terapie: Cliniche universitarie all'avanguardia*

Fuori, sulle sedie, ci sono loro, i pazienti. Entrano a turno in un ambulatorio angusto e per ognuno c'è un'accoglienza speciale. Dalla diagnosi iniziale è passato tanto tempo, quasi per tutti. Ma i malati di Parkinson del dottor Kai Paulus restano agganciati al meglio della vita, grazie anche a una mano sulla spalla, a un'umanità fuori tempo e alla instancabile ricerca di una terapia che aiuti più della precedente. No, dal Parkinson non si guarisce ma si può rallentare, si può cercare di limitare i danni, ci si può convivere insomma. E questo è quello che si fa in questo piccolo grande centro della sanità pubblica, divenuto eccellenza grazie a un pugno di persone.

**NUMERI** In tre anni sono passati per questo ambulatorio in quindicimila. Duemila e duecento sono i pazienti seguiti, arrivano dalla provincia e non solo. Numeri lievitati di anno in anno e che hanno finito per coinvolgere anche altre strutture e associazioni, tutte in aiuto del Centro. Teatro, un libro di racconti, danzaterapia. Serate diverse e solidali, persino un "Ballando con le drag", grazie a una associazione.

Alla Giornata del Parkinson, tenuta di recente al Teatro civico, c'era il pienone. In tanti, pazienti ma anche familiari, hanno ascoltato gli esperti, e le loro rassicurazioni sulla futura prossima qualità della vita del paziente. La ricerca cerca di arrestare la malattia, molte speranze si ripongono sulle staminali, ma il percorso è ancora lungo. Più immediati sono invece i risultati di un rallentamento della malattia, di farmaci che consentono una migliore qualità della vita, per i pazienti e per i familiari, i "caregiver", i portatori di attenzioni e di cure, gli eroi innominati. Anche qui non ci sono ricette universali. L'associazione, dice la psicologa del Centro, è uno degli strumenti da utilizzare per affrontare la vita con il Parkinson.

TESTIMONIANZE Il nuovo logo dell'Associazione Parkinson Sassari Onlus dice tutto: si intravedono due pietre, un albero ed un gabbiano. Le pietre sono quelle della locandina del 2009 e riprendono l'arte di una parkinsoniana, Maria Grazia Moretti, che raccoglieva nelle sue passeggiate delle pietre e leggeva in loro delle storie; in questo modo lei animava quella materia dura. Ecco, dice il presidente Franco Delli, queste pietre siamo noi, rigidi come pietra, duri e lenti, ma siamo vivi, abbiamo delle storie dentro. L'albero rappresenta la forza, si piega al maestrale ma non si spezza; ed infine il gabbiano: il gabbiano è libero, è leggero. E Delli precisa: «È il nostro sogno, la nostra meta per la quale lavoriamo, per diventare più leggeri, meno rigidi, meno ammalati»

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Rapporto Istat. Stipendi Ssn. Dal 2010 una perdita "secca" di 1.000 euro in busta paga. E in quattro anni "bruciati" 22.800 posti di lavoro**

*L'ultimo report sui conti economici delle Amministrazioni pubbliche conferma il calo degli stipendi (al netto dell'inflazione) di tutta la Pa dall'inizio del blocco dei contratti. Ma per la sanità il conto è più salato. La media della PA registra infatti una perdita di "soli" 583 euro annui dal 2010 al 2013, quasi la metà di quella subita dagli operatori sanitari. Pesanti anche gli effetti del blocco del turn over: in 4 anni perso il 3,28% della forza lavoro del Ssn. LE TAVOLE.*

L'Istat ha pubblicato i conti economici annuali delle Amministrazioni pubbliche. Tra questi anche i dati relativi alle unità di personale e ai redditi del personale della sanità pubblica. Due dati saltano subito agli occhi: il calo delle unità di personale e quello dei redditi lordi.

Partendo dal 2010, primo anno di blocco dei contratti e degli scatti e del perdurare del turn over, si registra infatti un calo complessivo di unità di personale in tutta la PA del 3,9% pari a circa 138mila lavoratori (che sono così passati dai 3.510.200 del 2010 ai 3.372.100 dell'anno scorso) e anche delle retribuzioni annue lorde procapite medie (al netto dei contributi sociali a carico del datore di lavoro), passate dai 34.662 euro del 2010 ai 34.079 del 2013, con una perdita di 583 euro annui.

**E la sanità?** Nel 2010 risultavano 695.100 dipendenti in Asl, ospedali, Irccs e policlinici universitari che sono scesi a 672.900 nel 2013, con una perdita del 3,28%, pari a 22.800 posti di lavoro.

Sul piano delle unità di personale la sanità, quindi, perde poco meno della media degli altri comparti in percentuale, ma perde molto di più sul piano delle retribuzioni. Pur mantenendo una media retributiva superiore a quella del comparto della PA (in sanità la retribuzione lorda ha oscillato dai 40.961 euro del 2010 ai 39.368 euro del

2013) la perdita secca procapite nel confronto tra i due anni è infatti di circa 1.000 euro (per la precisione 998), quasi il doppio di quella del complesso della PA.

Da considerare, infine, che questi calcoli non tengono conto della perdita di valore d'acquisto legata all'andamento dell'inflazione che, se è pur vero che sia molto calata nell'ultimo periodo, ha comunque pesato per l'1,5% nel 2010, il 2,8% nel 2011, il 3% nel 2012 e l'1,2% nel 2013. Indici che comportano inevitabilmente un innalzamento della perdita reale del valore delle retribuzioni per i 672.900 operatori (rimasti) del Ssn.

*Nota: I dati riportati nell'articolo sono frutto di elaborazioni di Quotidiano Sanità su dati Istat*

■ [Conti ed aggregati economici delle Amministrazioni pubbliche](#)

## **Tumori del sangue. Dal congresso di San Francisco terapie in combinazione e sempre più mirate**

*Al 56° Congresso dell'American Society of Ematology le nuove frontiere terapeutiche. Dal trapianto di staminali e anticorpi a nuove terapie mirate. Tra queste la "terapia tris" contro il mieloma multiplo. Presentata anche una nuova cura per il linfoma associato all'Hiv.*

Nuove terapie in combinazione e sempre più mirate per il linfoma e il mieloma multiplo stanno migliorando il trattamento dei pazienti più difficili da trattare. È quanto emerge da alcuni studi presentati al 56° Congresso dell'American Society of Ematology (ASH) che si è aperto oggi a San Francisco con la partecipazione di oltre 20mila medici provenienti da tutto il mondo per i quali il congresso rappresenta l'evento più importante per aggiornarsi sui progressi della ricerca scientifica nel campo dell'ematologia.

**Trapianto di staminali e anticorpi.** Nonostante i progressi nel trattamento del linfoma, migliorare la prognosi per i pazienti con recidiva e per quelli resistenti alle terapie resta ancora una sfida. Il recente successo di alcune terapie mirate associate con un numero inferiore di effetti collaterali rispetto agli approcci tradizionali apre nuove speranze per trattare con successo anche le forme più aggressive. Per i pazienti con linfoma recidivante o per quelli che non rispondono alle terapie, il trapianto di cellule staminali è potenzialmente una buona opzione terapeutica, ma questa procedura non sempre ha successo. Due studi hanno presentato oggi metodi dettagliati per migliorare l'esito della terapia nei pazienti con linfoma recidivanti o difficili da trattare. Questi metodi includono l'aggiunta al trattamento standard di un anticorpo mirato per prevenire la recidiva dopo il trapianto.

**Terapie mirate.** Al congresso nei prossimi giorni saranno presentati anche altri tre studi sui progressi nel trattamento del mieloma. Si tratta di esempi della cosiddetta "terapia di precisione" tra cui un inibitore del proteosoma e due anticorpi (CD28) che

mostrano risultati incoraggianti in associazione con il trattamento standard nei pazienti con recidiva o resistenti alle terapie. “Anche se l’eradicazione del mieloma aggressivo e del mieloma multiplo restano ancora la sfida maggiore, la scoperta di diverse e promettenti strategie terapeutiche rappresenta per i medici e i ricercatori uno stimolo eccitante” ha detto al Congresso Brad Kahl, professore associato di Medicina presso l’Università del Wisconsin. “Con la combinazione di più terapie e con lo studio dei risultati nei pazienti vulnerabili, stiamo imparando di più su come poter aiutare meglio coloro che non rispondono alle terapie”.

**La “terapia tris” contro il mieloma multiplo.** Tra le principali novità presentate al Congresso, la “terapia tris”, ovvero la combinazione di tre farmaci contro il mieloma multiplo. I ricercatori hanno scoperto che aggiungendo un terzo ingrediente (carfilzomib) a un mix di due composti già utilizzati in coppia (lenalidomide e desametasone), la malattia viene 'congelata': resta ferma, senza progredire, per oltre 26 mesi in media. Sono questi i risultati dello studio di fase III 'Aspire' annunciati dalla società scientifica Usa in una conferenza stampa ufficiale e pubblicati oggi sul New England Journal of Medicine. Lo studio Aspire ha valutato carfilzomib per iniezione più lenalidomide e desametasone rispetto a lenalidomide e desametasone in pazienti affetti da mieloma multiplo recidivante. Lo studio ha raggiunto il suo endpoint primario dimostrando che la combinazione di Carfilzomib, Lenalidomide, and Dexamethasone è in grado di aumentare in modo significativo la sopravvivenza senza malattia a 26,3 mesi rispetto ai 17,6 mesi della combinazione con soli due farmaci, il che significa un miglioramento di 8,7 mesi in termini di sopravvivenza libera da progressione ([vedi anche altro articolo](#)).

**Linfoma associato all’Hiv.** Da sempre la prognosi per i pazienti affetti da linfoma associato all’Hiv è infausta. Tuttavia, una terapia antiretrovirale particolarmente attiva ha aumentato la capacità di questi pazienti di tollerare il trattamento e ha portato ad un miglioramento degli esiti della cura stessa. Negli ultimi dieci anni, i pazienti con linfoma-Hiv non sono stati trattati con il trapianto di cellule staminali a causa del fatto che sono immuno-compromessi. Per capire se il trapianto può essere sicuro ed efficace anche per questi pazienti, i ricercatori del National Cancer Institute Bone Marrow Transplant Clinical Trials Network in collaborazione con quelli dell’AIDS Malignancy Consortium hanno condotto uno studio multicentrico tra 40 pazienti con Hiv che hanno ricevuto un trapianto autologo di cellule staminali ad alte dosi. I pazienti erano affetti da Hodgkin persistente o ricorrente o da linfoma non-Hodgkin. Cento giorni dopo il trapianto, il 92,3% dei pazienti ha avuto una risposta completa al trattamento, solo uno ha avuto una remissione parziale e due hanno avuto una recidiva. Un anno dopo il trapianto, il 42,5% dei pazienti ha sviluppato un totale di 42 infezioni uniche. Dopo un follow up di due anni, il tasso di sopravvivenza ad un anno tra i pazienti trapiantati è stato dell’86,6%. “Questi sorprendenti dati dimostrano che il trapianto autologo di cellule staminali può essere efficace, tollerabile e non troppo tossico per i pazienti con linfoma associato all’Hiv” ha spiegato Joe Alvarnas del City of Hope National Medical Center in Duarte e principale autore dello studio. “Inoltre, il nostro studio fornisce una prova molto persuasiva che l’Hiv o l’Aids non

dovrebbero rappresentare una barriera al trapianto autologo di cellule staminali per i pazienti che rientrano nei criteri di elegibilità”.

## **La tri-terapia che congela il mieloma multiplo**

*I dati dello studio Aspire presentati al 56° Congresso della Società Americana di Ematologia. La combinazione di Carfilzomib, Lenalidomide, and Desametasone è in grado di aumentare la sopravvivenza senza malattia a 26,3 mesi rispetto ai 17,6 mesi della combinazione con soli due farmaci. Che vuol dire un miglioramento di 8,7 mesi in termini di sopravvivenza libera da progressione*

L'unione fa la forza anche quando si tratta di mettere KO malattie particolarmente aggressive come il mieloma multiplo. Lo dimostrano anche i dati dello studio di fase 3 Aspire presentati da Amgen e dalla sua società controllata Onyx Pharmaceuticals al 56° Congresso della Società Americana di Ematologia in corso a San Francisco. Lo studio Aspire, pubblicato proprio in questi giorni anche sul *New England Journal of Medicine*, ha valutato carfilzomib per iniezione più lenalidomide e desametasone rispetto a lenalidomide e desametasone in pazienti affetti da mieloma multiplo recidivante.

**Tre farmaci che “congelano” la malattia.** Lo studio ha raggiunto il suo endpoint primario dimostrando che la combinazione di Carfilzomib, Lenalidomide, and Desametasone è in grado di aumentare in modo significativo la sopravvivenza senza malattia a 26,3 mesi rispetto ai 17,6 mesi della combinazione con soli due farmaci, il che significa un miglioramento di 8,7 mesi in termini di sopravvivenza libera da progressione. “Quasi tutti i pazienti affetti da mieloma multiplo sono soggetti a recidiva dopo il trattamento, il che mette in evidenza l'esigenza di nuove opzioni che non solo estendano il periodo di tempo vissuto dai pazienti senza progressione della malattia, ma che migliorino anche la profondità e la durata della risposta al trattamento” ha affermato il dottor **Antonio Palumbo**, responsabile della “Myeloma Unit” presso il Dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino e co-sperimentatore principale. “La combinazione di carfilzomib, lenalidomide e desametasone a basso dosaggio genera risposte profonde e durature, produce un miglioramento clinicamente significativo della sopravvivenza libera da progressione e si annuncia come un importante progresso nel trattamento del mieloma”.

**La qualità della vita.** I dati presentati all'Ash indicano anche che l'aggiunta di carfilzomib al trattamento standard con desametasone (un farmaco steroideo) e lenalidomide (un derivato della talidomide) aumenta la quota di pazienti che rispondono alla terapia (87,4% contro 66,9%) e triplica la quota di malati nei quali il mieloma non dà più segni rilevabili (31,8% contro 9,3%). Infine, benché si tratti di dati ancora preliminari, il trend che appare è quello di un aumento della sopravvivenza complessiva. "E' una bella storia da raccontare" dice **Keith Stewart** della Mayo Clinic, ricercatore capo della sperimentazione che ha arruolato in 20 Paesi del mondo 792 pazienti con mieloma multiplo recidivato. Dai risultati dell'analisi ad interim che appare sul 'Nejm', carfilzomib addizionato agli altri 2 farmaci prolunga di oltre il 50% il periodo di remissione: 8,7 mesi in più in media



(26,3 mesi contro 17,6). Tempo guadagnato, ma anche vissuto bene: "I pazienti che hanno assunto tre farmaci hanno riferito una migliore qualità della vita nonostante un trattamento ad alta intensità", sottolinea lo scienziato dell'ateneo dell'Arizona che vanta la più ampia esperienza nell'impiego clinico di carfilzomib, con il primo malato che ha riposto al farmaco già nel 2006.

**Il mieloma multiplo.** Se la lotta alle malattie oncoematologiche ha segnato negli ultimi decenni successi tali da portare a guarigione pazienti un tempo destinati a morire in pochi anni o addirittura in pochi mesi, il mieloma resta il nemico più difficile e colpisce oggi circa 14 mila italiani con 5.300 nuovi casi ogni anno. Si tratta di un cancro ematologico in cui le cellule del sistema immunitario, un tipo di globuli bianchi che hanno origine nel midollo osseo, diventano cancerose moltiplicandosi troppo rapidamente e accumulandosi in tutto l'organismo. L'accumulo di queste cellule cancerose può portare alla formazione di tumori alle ossa di tutto il corpo. Il midollo osseo sano produce cellule staminali che diventano globuli rossi, deputati al trasporto di ossigeno e altri materiali a tutti i tessuti del corpo; globuli bianchi, che combattono infezioni e malattie; o piastrine, che aiutano a prevenire le emorragie grazie alla coagulazione del sangue. Il mieloma multiplo può impedire al midollo osseo di produrre un numero sufficiente di cellule ematiche sane, indebolendo gravemente le ossa e il sistema immunitario.

**L'attesa della registrazione.** "L'offerta di nuove potenziali opzioni di trattamento rappresenta l'impegno da parte di Onyx e Amgen di far progredire il trattamento dei pazienti affetti da mieloma multiplo" ha affermato il dottor **Pablo J. Cagnoni**, presidente di Onyx Pharmaceuticals, Inc. "I risultati dello studio di fase 3 ASPIRE rappresentano un ulteriore passo in avanti affinché Kyprolis possa diventare una colonna portante delle terapie per il trattamento del mieloma multiplo". I risultati di questo studio costituiranno le basi per le richieste di approvazione alle autorità di controllo in tutto il mondo a partire dalla prima metà del 2015. Negli Stati Uniti, questi dati potrebbero fornire un supporto per convertire l'attuale approvazione accelerata in piena approvazione e per l'ampliamento delle attuali indicazioni.

DOCTOR 33.IT

## **Fnomceo prepara la battaglia contro Antitrust: diritto salute prevale su libero mercato**

«Contro la decisione dell'Antitrust di sanzionarci per il Codice deontologico restrittivo in tema di concorrenza intendiamo combattere ad oltranza, ed arrivare se serve alla Corte di giustizia dell'Unione europea. Riteniamo di essere difensori di valori superiori alle leggi del mercato». Il segretario della Federazione degli ordini

Luigi Conte ribadisce che entro i termini stabiliti – massimo in gennaio – sarà presentato ricorso da un team di legali già nominato contro la decisione del Garante della concorrenza che impone a Fnomceo una multa da 831.816 euro perché il Codice di deontologia medica del 2006 –rivisto quest’anno- si configura come intesa restrittiva della concorrenza. Per l’Authority presieduta da Giovanni Pitruzzella, gli ordini dei medici ora dovrebbero assumere “misure atte a porre termine all’illecito riscontrato”, e darne comunicazione entro il 31 gennaio 2015. Ma il Comitato centrale ha deciso di resistere al Tar per far pesare alcuni elementi presi “poco o nulla” in considerazione dall’Authority. «È un impegno che ci siamo assunti tra di noi e con i nostri iscritti e non lo tradiremo», dice ora Conte, a margine della presentazione del volume sulla "Storia del Codice italiano di Deontologia Medica". «Certo» prosegue Conte «auspichiamo una presa di posizione della politica. Bisogna fare una gerarchia dei valori e dire che difendere la salute delle persone è più importante che difendere il libero mercato nella pubblicità sanitaria. Intanto portiamo avanti le nostre idee forti dell’autorevolezza che la Fnomceo ha saputo conquistarsi in questi anni e che ci ha fatto sedere ai massimi tavoli della sanità di questo paese». Già lo scorso settembre a Piacenza il Comitato centrale Fnomceo ha ribadito come il Codice non vuole contraddire la legge, e che d’altronde è inaccettabile che venga scritto da altri. Fnomceo non è ostile alla pubblicità sanitaria e alle positive ricadute nel migliorare l’offerta di servizi e la libertà di scelta. Ma vuole contrastare fenomeni e abusi dell’attività informativa, vietare forme di pubblicità comparativa sulle prestazioni (art. 56) o volte a consentire la commercializzazione di prodotti sanitari (art. 57). L’informazione dev’essere “accessibile, trasparente, rigorosa e prudente” (art. 55), “veritiera, obiettiva, pertinente e funzionale all’oggetto dell’informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria” (Art. 56). “Difendendo la nostra Deontologia, intendiamo difendere il diritto dei cittadini ad un sistema di cure accessibile, trasparente, efficace e sicuro”.

## **Choosing wisely, 5 procedure da evitare nella gestione dei disturbi del sonno**

La complessa gestione dei disturbi del sonno ha convinto anche l’American academy of sleep medicine (Aasm) ad aderire all’iniziativa “Choosing wisely” - mirata a evitare procedure inutili, costose e a volte dannose - in cui ogni società scientifica stila un elenco delle 5 pratiche più importanti da non utilizzare nella propria attività. Ecco la “Top 5 list” dell’Aasm. 1) Evita la polisonnografia (Psg) in pazienti con insonnia cronica, a meno che i sintomi non siano suggestivi di un concomitante disturbo del sonno. La diagnosi di insonnia si pone in base all’anamnesi e, alla visita, con alcuni strumenti quali questionari autocompilati, diari del sonno redatti a casa, checklist dei sintomi. La Psg è da riservare solo a casi selezionati. 2) Evita l’uso di ipnotici come terapia primaria per l’insonnia cronica dell’adulto; proponi invece una terapia cognitivo-comportamentale (Cbt) e riserva il farmaco come trattamento aggiuntivo quando necessario. La Cbt in genere è efficace quanto o più degli ipnoinduttori e può essere usata per un esteso periodo di tempo senza dare effetti

collaterali. 3) Non prescrivere farmaci per trattare l'insonnia del bambino, che in genere trae origine da non corrette interazioni con i genitori e risponde a interventi comportamentali. La terapia dovrebbe basarsi su sforzi rilevanti relativi ai comportamenti del bambino e dei genitori, su una migliore igiene del sonno e sulla gestione delle aspettative. Se necessari, gli ipnotici vanno usati per breve tempo, con cautela e sotto stretto monitoraggio. 4) Non usare la Psg per porre diagnosi di sindrome delle gambe senza riposo (Rls), tranne nei rari casi in cui la storia clinica sia ambigua e sia necessaria la documentazione di movimenti periodici degli arti inferiori. La Rls può essere diagnosticata anche solo basandosi sulla descrizione dei sintomi riferiti dal paziente e una Psg non aggiunge informazioni aggiuntive. 5) Non effettuare studi di rititolazione della pressione positiva delle vie aeree (Pap) in pazienti ventilati per apnea notturna ostruttiva che siano asintomatici, aderenti, ben controllati e con peso stabile. Una Psg di follow-up o una rititolazione della PAP sono indicate per pazienti adulti che restano sintomatici nonostante le cure continuate, specie se hanno acquisito peso (+10% rispetto al basale). Le stesse indagini sono opportune nei soggetti che mostrano una sostanziale perdita di peso, per valutare se la Pap è ancora necessaria.

## **Linee guida: meglio non leggerne una sola**

Chi si domanda qual è il modo migliore per curare il cancro del retto non creda di avere una risposta certa consultando le linee guida. Le più accreditate sono cinque, e tutte danno risposte diverse. Ecco quanto emerge da uno studio, finanziato dalla Agency for healthcare research e svolto dai ricercatori dell'università di Michigan Comprehensive cancer center, che hanno esaminato in modo approfondito i consigli di buona pratica clinica per la neoplasia del retto di cinque società scientifiche negli Stati Uniti, in Europa e in Canada. Le linee guida, pubblicate negli ultimi sei anni, sono state innanzitutto valutate per la qualità complessiva secondo una percentuale basata su sei differenti domini. «E i risultati medi raggiunti dai diversi documenti andavano dal 27 al 90%, suggerendo ampie variazioni qualitative» commenta **Sandra Wong**, professore associato di chirurgia all'università del Michigan e coautrice dell'articolo, spiegando che la valutazione successiva è stata sui contenuti. «Esiste una buona quantità di dati e di studi clinici randomizzati pubblicati per indirizzare il trattamento del cancro al retto» riprende Wong, che assieme ai colleghi ha esaminato a fondo il contenuto dei documenti. Scoprendo che le cinque linee guida concordavano solo su otto delle 21 procedure terapeutiche usate come confronto comune. E, cosa ancor più preoccupante, che sei di queste erano in conflitto diretto. «Oggi i clinici che praticano la medicina, specie l'oncologia, si basano molto sulle linee guida, ma dai nostri risultati emerge la necessità di fare attenzione a quanto si legge: i documenti prodotti sono di varia qualità e spesso suggeriscono trattamenti o procedure differenti e talvolta in contrasto» sottolinea la chirurga oncologa, membro di diversi gruppi di esperti chiamati a stilare documenti di indirizzo. «Le linee guida dovrebbero rivedere e sintetizzare i dati scientifici disponibili su un argomento per aiutare i medici a capire cosa fare, ma non sempre le

indicazioni sono concordi a causa delle diverse interpretazioni dei risultati degli studi» continua la ricercatrice, esortando medici e pazienti a conoscere tali discordanze e a non seguire ciecamente i consigli di un solo documento.

*Cancer. 2014 Nov 6. doi: 10.1002/cncr.29124*

## **La proteina Ambra1 invita alla cautela nella scelta della chemioterapia**

Le chemioterapie che puntano a interferire con il meccanismo dell'autofagia potrebbero avere l'effetto indesiderato di favorire la proliferazione di cellule tumorali: è questa la conclusione di uno studio italiano appena pubblicato sulla rivista *Nature cell biology* da Valentina Cianfanelli e colleghi del dipartimento di Biologia dell'università di Roma Tor Vergata, in collaborazione con Irccs fondazione santa Lucia e con il Centro ricerche della Società danese per la ricerca sul cancro. È noto che in condizioni di stress o in mancanza di nutrienti, le cellule sospendono i processi più dispendiosi dal punto di vista energetico, tra cui la duplicazione cellulare, e si attivano per riciclare molte delle proprie componenti attraverso l'autofagia, con due meccanismi che si credevano indipendenti. Ora lo studio, finanziato dall'Airc, ha scoperto che una proteina, denominata Ambra1, è regolata dalla stessa proteina, chiamata mTOR, sia per modulare l'autofagia sia per limitare la capacità della cellula di dividersi. In particolare Ambra1, sotto il controllo di mTOR, influenza i livelli di c-Myc, un noto oncogene e regolatore della duplicazione e moltiplicazione cellulare. Quando i livelli di c-Myc all'interno della cellula aumentano, aumenta anche la proliferazione, alla base di molti tumori (come dimostra anche il fatto che animali da laboratorio affetti da una parziale disfunzione di Ambra1 sviluppano tumori spontanei). «Crediamo che occorra adottare grande attenzione nella scelta del target molecolare appropriato per i trial clinici anticancro focalizzati sull'inibizione dell'autofagia» concludono i ricercatori. «Inoltre un ampio corpus di evidenze ha dimostrato che c-Myc svolge un ruolo rilevante in diversi contesti fisiologici diversi dal cancro, come il rinnovo e la differenziazione cellulare delle cellule staminali».

*Nature Cell Biology (2014) doi:10.1038/ncb3072 Published online 1 December 2014*

## **In caso di anafilassi l'adrenalina salva la vita**

Anche se non tutti lo sanno, è l'adrenalina la corretta terapia da somministrare subito a chi viene colpito da una grave reazione allergica al cibo, al lattice o anche dopo una puntura di insetto. È questa la chiara indicazione che emerge dalle linee guida pubblicate su *Annals of allergy, asthma and immunology*, la rivista ufficiale dell'Acaai, l'American college of allergy, asthma and immunology. «Dal momento che i medici di pronto soccorso sono spesso i primi a vedere i pazienti che soffrono di anafilassi, è particolarmente importante non solo diagnosticare l'evento in modo corretto, ma capire che l'adrenalina va usata prima possibile» spiega **Ronna**

**Campbell**, medico di pronto soccorso e coautore del documento. Inoltre, a seguito di una reazione allergica grave, i pazienti dovrebbero essere inviati a un allergologo, lo specialista in grado di fornire i giusti consigli preventivi e un adeguato follow-up. «I sintomi di anafilassi si verificano improvvisamente e possono progredire con rapidità. Dapprima lievi, come rinorrea, rash cutaneo o sensazioni di malessere diffuso, le manifestazioni anafilattiche possono rapidamente aggravarsi provocando disturbi respiratori, orticaria, senso di costrizione alla gola, nausea, dolori addominali o addirittura arresto cardiaco. Diventando, se non trattate tempestivamente, anche fatali. «Secondo le nuove linee guida, non c'è alcun motivo per non somministrare adrenalina nel sospetto di una reazione allergica grave, e la collaborazione tra personale medico di pronto soccorso e allergologi è essenziale» rincara **Stanley Fineman**, ex presidente Aacai. E prosegue: «Nel nostro recente convegno annuale abbiamo convocato una tavola rotonda sull'anafilassi cui hanno preso parte sia gli uni sia gli altri, discutendo, insieme, dell'importanza di una rapida somministrazione di adrenalina a chi soffre di anafilassi. E questo è un messaggio che vogliamo estendere a tutti coloro, medici e pazienti, che hanno a che fare con gravi episodi allergici». Conclude Campbell: «Un recente studio presentato durante i lavori del Congresso Aacai 2014 ha dimostrato che non tutti i medici sanno che l'adrenalina deve essere usata come farmaco di prima linea quando si tratta una reazione allergica. E un altro ha dimostrato che la fornitura di adrenalina da somministrare in emergenza nelle scuole può salvare vite umane».

*Ann Allergy Asthma Immunol 2014; 113: 599-608. doi: 10.1016/j.anai.2014.10.007*

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS** [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584