



# HIGHLIGHTS



Fondazione  
Internazionale  
Menarini



**14-16 maggio 2015**  
**Torino**

# HIGHLIGHTS



**Sanjoy  
Bhattacharya (UK)**

## Una lezione tratta dalla storia: il vaccino contro il vaiolo

Il Prof. Bhattacharaya di York ha parlato sulla storia della vaccinazione contro il vaiolo e di come si è arrivati all'eradicatione di questa malattia nel 1988. Una storia complessa che si intreccia con la cultura, la politica, la realtà sociale e religiosa di paesi e continenti, dal 1700 fino agli anni 80. Una storia anche funestata da vittime di metodiche di inoculazione antiche e decisamente poco sicure, ma al tempo stesso illuminata da successi legati a passi avanti della tecnologia uniti a tecniche di comunicazione

coinvolgenti intere popolazioni. Quale lezione per le nuove strategie di eradicazione di malattie caratterizzate da una diffusione globale epidemica? Quali sono gli aspetti predominanti? E' la tecnologia a rivestire il ruolo principale ovvero anche gli aspetti etici e culturali sono fondamentali? La storia ci insegna che il successo di tali strategie deve fare i conti con tutta una serie di problematiche legate alla politica, alla cultura, alla religione ed anche ai governi dei paesi dove queste stesse strategie vengono applicate. L'aspetto più importante, vero punto di partenza di queste politiche sanitarie è il pieno rispetto dei diritti umani.

### Colonial Inoculation

- Existed in expanding British empire
- British brought in their own practices into India
- Great variations in both systems
- Sometimes separate
- Sometimes interacting
- Sometimes cooperating
- Sometimes in conflict
- Pre-1857 attitudes
- Post-1857 attitudes
- From civilising science to public danger



### Consolidation

- Displacing governmental inoculation publicity
- Inoculation dangers
- Uses of vaccination
- Benefits of revaccination
- Consolidating safety
- From 'fresh transmission' to organised production
- Vaccine institutes
- Hygiene & sterilisation
- Standardisation: Rather un-Jennerian
- New testing regimes – Animals & humans



### Epilogue – Lessons?

- Myth-making – Widely prevalent
- From Jenner to Eradication 'Heroes'
- Both unhelpful & dangerous
- Past experience useful – as preparatory tool
- But only if studied in all its complexity
- Successful policy – Politically, socially and culturally specific
- **Example: Provider of vaccine as important as effective vaccine**



Cosa è successo nella storia dell'eradicazione del vaiolo, quali sono stati i passi più importanti che hanno segnato questa storia? - - - Quali le strategie delle differenti nazioni? - - - Quale impatto su differenti culture nei diversi continenti?



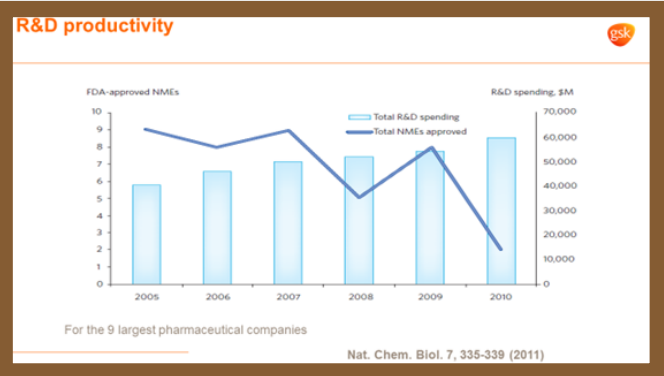
# HIGHLIGHTS

## Il riposizionamento di un farmaco: una ricerca sistemica

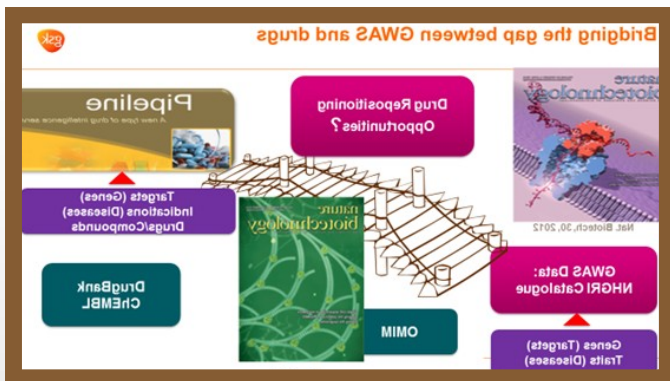


**Philippe Sanseau (UK)**

Il Prof. Philippe Sanseau responsabile di questo progetto all'interno di GSK, ha presentato dati interessanti e recenti su questo importante tema. L'industria farmaceutica a partire dal nuovo millennio ha investito sempre maggiori risorse nel riposizionamento dei farmaci, individuando in questa strategia una nuova opportunità di business in tempi caratterizzati dall'aumento dei costi e dei tempi nello sviluppo di nuovi prodotti. Riposizionare



un farmaco per una indicazione differente da quella per cui era stato inizialmente sviluppato, tuttavia non è un processo semplice, in quanto necessita di tutta una serie di informazioni, tratte sia dalla letteratura farmacologica "classica", ma anche dalla recente letteratura dedicata agli studi genetici. La genetica infatti ha aperto la strada a tutta una serie di esperimenti legati alle più comuni e frequenti patologie, individuando nuovi meccanismi fisiopatologici, dove la presenza di specifici loci genetici, sono fondamentali punti di riferimento per nuove strategie terapeutiche. In questo contesto esiste già tutta una serie di farmaci noti che sono stati riposizionati in differenti patologie. Un'altra fonte di preziose informa-



**Repositioning with GWAS**

Table 1 Selected examples of matches between GWAS trait and drug indication<sup>a</sup>

Drug name or class	Most advanced development phase (for the indication)	Gene	Drug indication	GWAS trait	GWAS reference
Statins	Launched	HMGCR	Hypercholesterolemia	LDL Cholesterol	1
Ustekinumab	Approved	IL12B	Psoriasis	Psoriasis	13
Ustekinumab	Phase 2	IL12B	Crohn's disease	Crohn's disease	2
Anti-IL2 receptor mAb	Phase 2	IL2RA	Ulcerative colitis	Crohn's disease	2
AMG-785/CDP-7851	Phase 2	SOST	Bone regeneration/osteoporosis	Bone mineral density	14
ZntB agonists	Preclinical	SLC30A8	Type 2 diabetes	Type 2 diabetes	15

<sup>a</sup>Examples are ranked from most advanced drug (launched) to less advanced (preclinical). The associated gene between each GWAS and the drug is shown. The drug indication and the phase of development for each drug are derived from the Pharmaprojects database. In each example the GWAS trait is identical (rows 1, 2, 3 and 6) or closely related (rows 4 and 5) to the drug indication. For the full list, see Supplementary Table 3. In many cases, more drugs for the gene are listed in the database at different phases. The GWAS references are from the catalog of GWAS data (<http://www.genome.gov/gwasstudies>).

zioni per il riposizionamento di un farmaco è rappresentata dagli eventi avversi legati al suo utilizzo. In questo contesto la manifestazione di un evento avverso viene interpretata come un'espressione clinica fenotipica fonte di informazioni derivate dal modello umano e non animale e proprio per questo di grande utilità per raccogliere informazioni sul reale effetto dei farmaci nel contesto clinico.

**Quanto sono affidabili questi test? - - - Cosa misurano realmente? - - - Qual è il ruolo della genomica nell'identificare nuove strategie di riposizionamento di vecchi prodotti per nuove patologie?**



# HIGHLIGHTS



**Adriano Henney**  
(UK)

## In Silico Medicine: il futuro diventa realtà

Il Dr Adriano Henney di Berna ha affrontato un tema estremamente innovativo quanto importante. E' arrivato il momento di introdurre nel processo di sviluppo dei farmaci e più in generale nel processo "tradizionale" di acquisizione di conoscenze in campo medico, degli strumenti altamente innovativi derivati

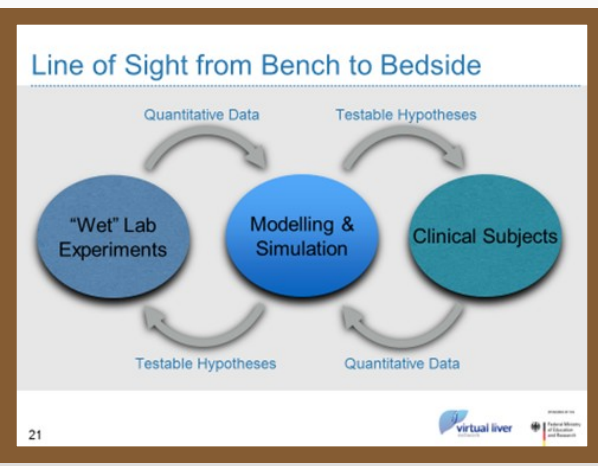
**Failure of Mechanism: due to reductionist practice in pharma?**

**Data**

- Post-Genome technologies generated a large amount of data, but information ≠ knowledge
- Reductionist approaches only address individual, abstracted components of a bigger, complex system
- Animal models tend to be poor representations of human disease
- Cannot understand or predict how the wider system will behave → unanticipated effects seen in man

© 2015 VPH Institute

direttamente dalle nuove tecnologie oggi disponibili. L'aumento dell'età media della popolazione, la crescente richiesta di salute ad essa legata hanno contribuito ad evidenziare I limiti del metodo scientifico tradizionale che utilizza modelli animali come punto di partenza per lo sviluppo di nuovi farmaci. Il relatore ha evidenziato come l'aumento dei costi della ricerca clinica tradizionale si accompagna ad una riduzione di nuovi farmaci immessi sul mercato. Noi siamo vittime del nostro stesso successo nelle scienze biomediche. E' venuto il momento di introdurre nuove metodologie di ricerca per ottimizzare I risultati nel campo delle scienze biomediche, magari direttamente tratti da modelli bioingegneristici e biofisici: è arrivato il tempo della metodologia definita come "Modelling



and Simulation. E' arrivato il tempo del Progetto Avicenna: a new strategy for In silico Clinical Trials.

**Avicenna: A Strategy for In Silico Clinical Trials**

The University of Padua      VPH Institute      SIBIFRAN      LYNKEUS      INSIGNEO      European Union

**Quali sono gli obiettivi del progetto Avicenna? - - - Cos'è la strategia In Silico Clinical Trials? - - - Come si applica? - - - Esistono degli esempi concreti della sua applicazione?**



# HIGHLIGHTS



**Piero Olliaro**  
(CH/UK)

## Le malattie "dimenticate" target per lo sviluppo di farmaci innovativi

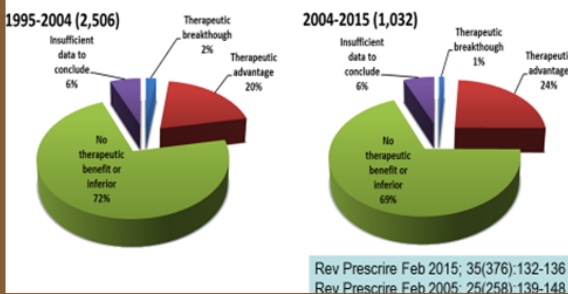
Il Prof. Piero Olliaro di Ginevra ha approfondito questa problematica veramente attuale. Possiamo continuare a sviluppare nuovi farmaci per patologie già ampiamente coperte dai farmaci già presenti sul mercato? Quali le conseguenze di questa politica sanitaria? Aumento drammatico dei costi di sviluppo dei nuovi farmaci, riduzione

significativa delle molecole che raggiungono il mercato. E' venuto il momento di focalizzare l'attenzione dei Ricercatori e delle Industrie Farmaceutiche sulle cosiddette malattie dimenticate, quelle tropicali in particolare. Quali strategie è necessario implementare? E' tempo di modificare gli obiettivi a livello di politica sanitaria globale. Bisogna passare dal livello di cura a quello di eradicazione delle malattie, ma per fare questo salto, è fondamentale sviluppare nuovi farmaci più efficaci e con un profilo di safety più affidabile e nuovi test diagnostici più sensibili. Il mondo della Ricerca e Sviluppo deve cambiare i propri obiettivi. Non abbiamo bisogno di nuovi farmaci in generale, ma di nuovi farmaci specifici, sviluppati in base a precise indicazioni terapeutiche. Questi nuovi scenari necessitano di una profonda modifica della politica sanitaria globale e di una maggiore consapevolezza del valore sociale della sanità pubblica, vista soprattutto come bene comune da condividere al fine di renderlo più accessibile a livello globale.

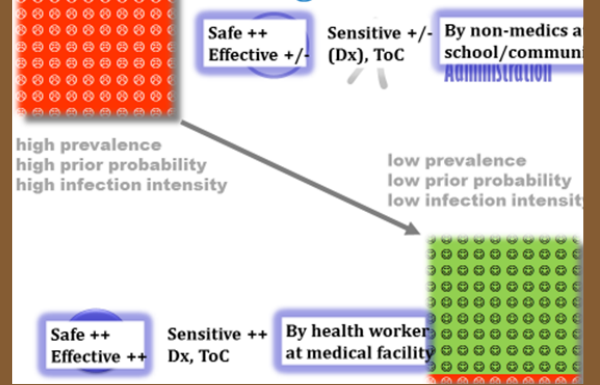
Does the current array of medicinal products cover our health needs?



### Therapeutic benefit of new medicinal products comparison: 1995-2004 vs. 2005-2014



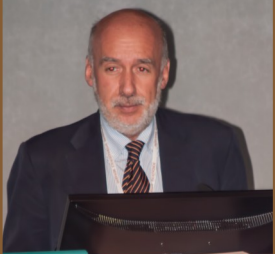
### Target Product Profiles



Quali scenari si aprono di fronte a queste sfide? - - - Come eradicare le malattie tropicali maggiormente presenti nei paesi sottosviluppati? - - - Come affrontare le nuove epidemie virali che colpiscono in particolare sempre i paesi sottosviluppati?



# HIGHLIGHTS

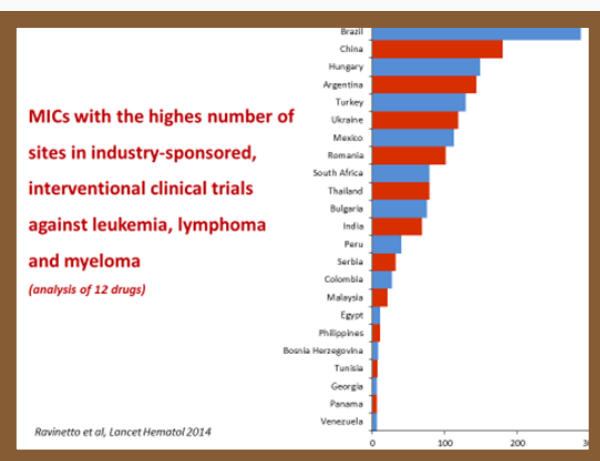
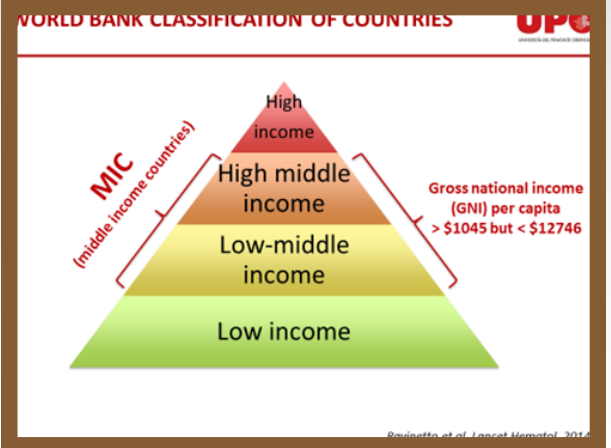


**Gianluca Gaidano**  
(I)

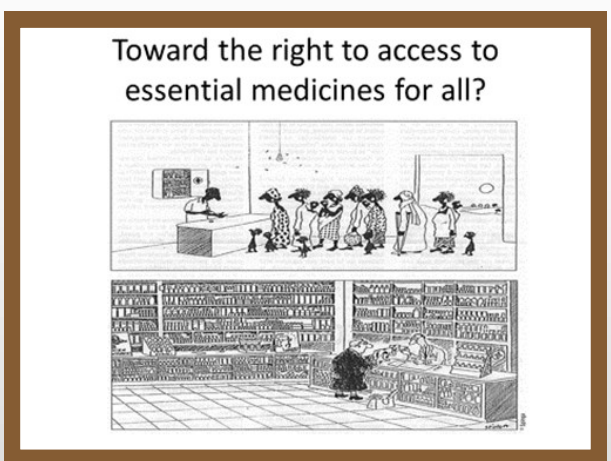
## Come condividere i benefici dei Trial Clinici condotti a livello globale?

Il Prof. Gaidano di Novara ha presentato una interessante relazione su questo tema veramente critico dal punto di vista etico. Nei paesi a medio basso livello economico, vengono spesso condotti trial clinici su farmaci ad alto costo che difficilmente possono essere assunti da pazienti appartenenti a quelle aree geografiche.

E' questa una scelta etica? LA dichiarazione di Helsinki su questo punto è estremamente chiara: i benefici derivati dall'esecuzione di un trial clinico devono essere condivisibili per tutta la popolazione che vive nel paese dove quel trial viene condotto. Limitandosi unicamente ai trial in corso su patologie quali linfomi e mielomi, molti di questi vedono coinvolti paesi a medio basso reddito, primi fra tutti Brasile, Cina, Argentina, Turchia, Messico. I dati presentati dal Prof. Gaidano dimostrano come la maggior parte di questi studi, in realtà viene condotto in questi paesi. I motivi sono dovuti a molteplici cause, fra le quali segnaliamo i minori costi di gestione, la maggiore disponibilità di pazienti ed anche Agenzie Regolatorie meno stringenti. Il gruppo di studio a cui il Prof. Gaidano appartiene ha finalizzato una proposta basata su tre punti: dare risalto al problema attraverso il coinvolgimento delle riviste scientifiche, implementare



azioni miranti al coinvolgimento delle industrie farmaceutiche e delle autorità regolatorie locali, coinvolgimento diretto dei medici e dei loro pazienti.



**Qual è l'obiettivo di questa strategia? - - - Quali sono i paesi a medio basso reddito coinvolti oltre a quelli citati? - - - Quali sono gli obiettivi futuri presentati dal relatore?**



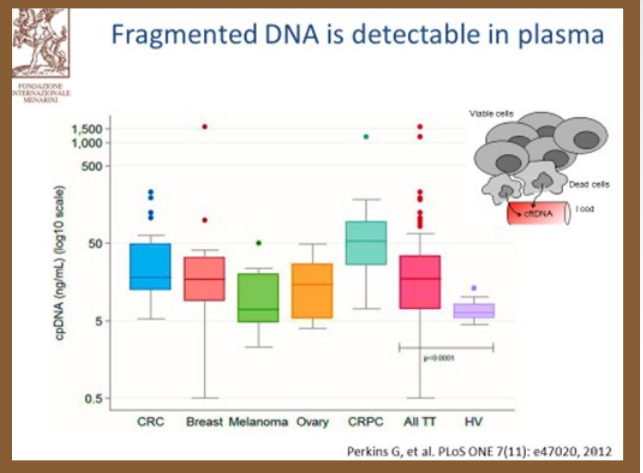
# HIGHLIGHTS



**Romano Danesi**  
(I)

### Nuovi metodi diagnostici per ottimizzare la terapia e l'outcome dei pazienti portatori di neoplasie

Il Prof. Danesi di Pisa, ha affrontato questa tematica innovativa quanto fondamentale per l'outcome dei pazienti portatori di neoplasie. Le metodiche maggiormente utilizzate sono due: la scoperta delle cellule tumorali circolanti e il rilevamento dei frammenti presenti nel plasma di DNA appartenente a cellule tumorali. Il relatore ha illustrato i vantaggi ed i limiti di entrambe le metodiche, dove fondamentalmente la seconda metodica è più sensibile rispetto alla prima, ma presenta limiti di standardizzazione delle condizioni preanalitiche. Più in particolare l'individuazione dei frammenti di DNA delle cellule tumorali permette di studiare gli stati di resistenza che le stesse cellule tumorali sviluppano nei confronti delle specifiche terapie antitumorali. Il Prof. Danesi ha quindi presentato dei dati tratti da uno studio condotto dal suo gruppo su pazienti affetti da tumore polmonare non a piccole cellule. L'obiettivo dello studio era quello di valutare lo sviluppo di resistenza recettoriale nei due gruppi di pazienti con differenti metodiche. I dati così ottenuti sono stati

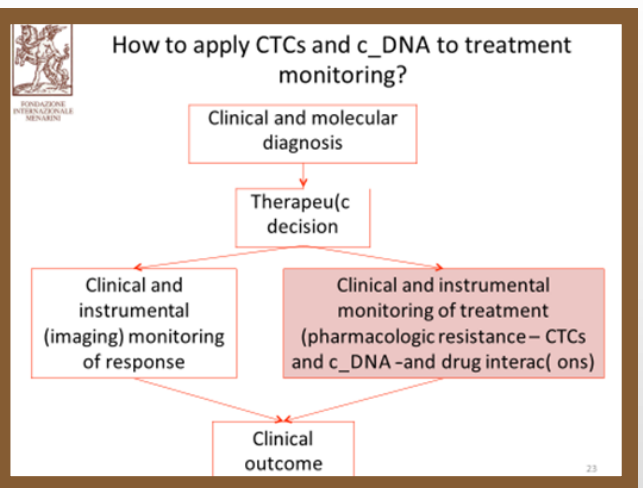


ID	Re-biopsy		c3DN
	T790M ddPCR	T790M (standard methods)	T790M ddPCR
2	wild type	wild type	mut.
4	mut.	wild type	mut.
5	wild type	wild type	wild type
19	wild type	mut.	mut.
20	wild type	wild type	mut.
23	mut.	mut.	mut.
28	wild type	mut.	mut.
30	wild type	mut.	mut.

In 8 subjects paired tumor re-biopsy/plasma samples were available; the percent concordance of (ssue/plasma was 62,5% for p.T790M and 37,5% for KRAS.

- Nega(ve results trough standard methods because of the major sensibility of ddPCR
- Nega(ve results with ddPCR in rebiopsy samples because of paraffin, but posi(ve in c\_DNA

confrontati con quelli ottenuti dalla ripetizione della biopsia. Quali risultati ottenuti?



Come applicare queste recenti metodiche alla valutazione sia del trattamento che del monitoraggio di questi pazienti? - - - Quale delle due metodiche è più vantaggiosa? - - - Quali sono i problemi di standardizzazione ad esse legate?



# HIGHLIGHTS

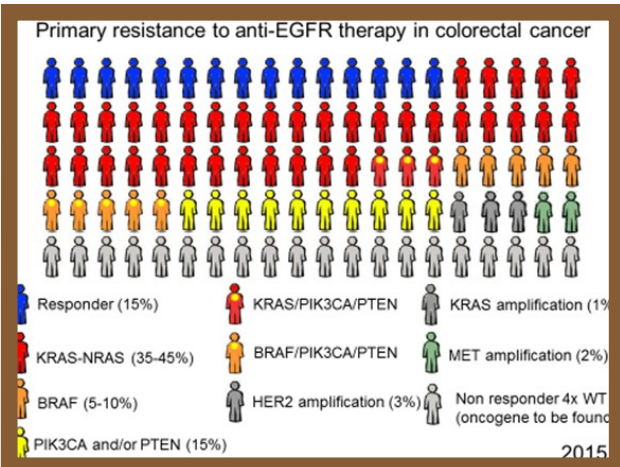
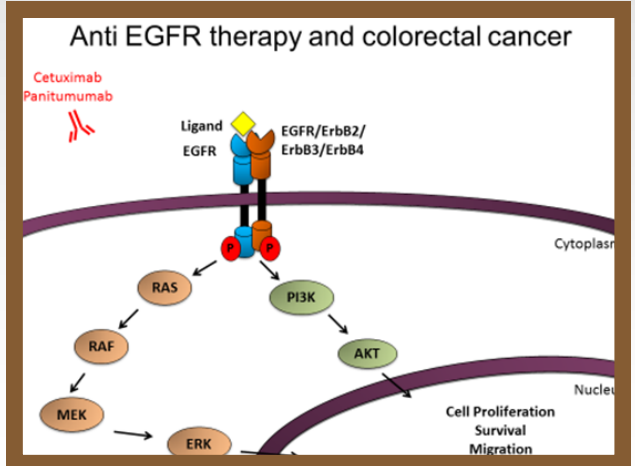


**Alberto Bardelli**  
(I)

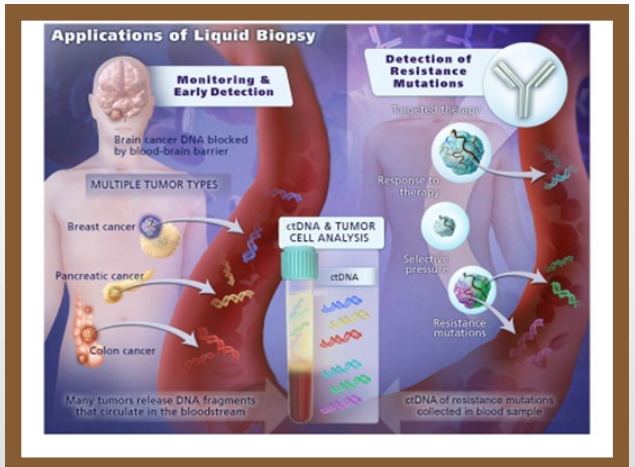
Ogni paziente è unico: la Genomica ci aiuta ad ottimizzare la risposta alla terapia di ogni singolo paziente

Il Prof. Bardelli di Torino, ha parlato delle applicazioni della Genomica nel campo del trattamento farmacologico dei tumori. Prima di tutto quale modello tumorale scegliere? Per gli scopi di questa ricerca il modello tumorale più adatto è il cancro del Colon-Retto. Di questa patologia infatti si conoscono i

meccanismi evolutivi che ne determinano i differenti livelli di gravità e di diffusione tumorale fino all'evoluzione metastatica, e al tempo stesso sono noti i recettori cellulari tumorali a cui i farmaci specifici si legano. Particolarmente studiato è il recettore EGFR. Cosa succede quando il paziente diventa resistente a questo recettore? Ci sono delle terapie alternative? Quali sono i meccanismi cellulari che determinano l'insorgenza dei fenomeni di resistenza? Il Prof. Bardelli ha anche parlato dei test biotici che possono aiutare a individuare le cellule tumorali che presentano il fenomeno della resistenza e al tempo stesso valutare il grado di risposta cellulare alla terapia. In tal modo è stato possibile dimostrare che nei pazienti possono essere presenti resistenze multiple a differenti farmaci antitumorali. A questo



livello sono importanti sia l'eterogeneità della lesione tumorale unita alla dinamica dell'evoluzione clonale.



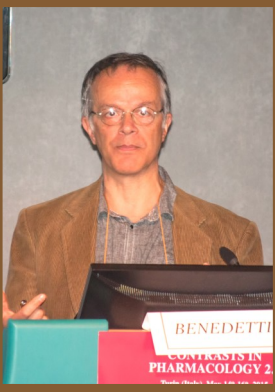
Quali sono i meccanismi alla base della resistenza recettoriale sviluppata dalle cellule tumorali? - - - Si può prevenire il fenomeno della resistenza? - - - Quali sono i protocolli terapeutici più efficaci?





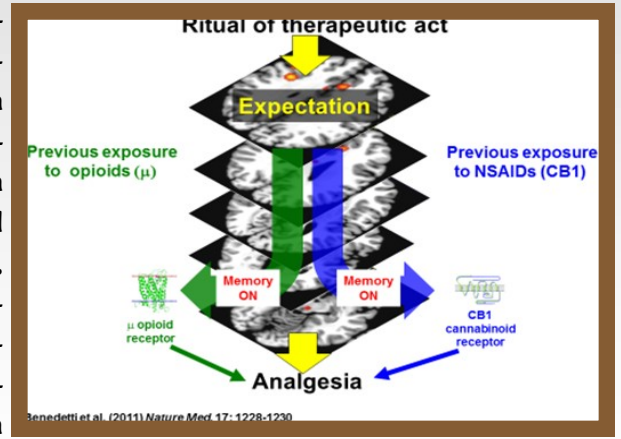
# HIGHLIGHTS

### Effetto placebo: fake or reality?



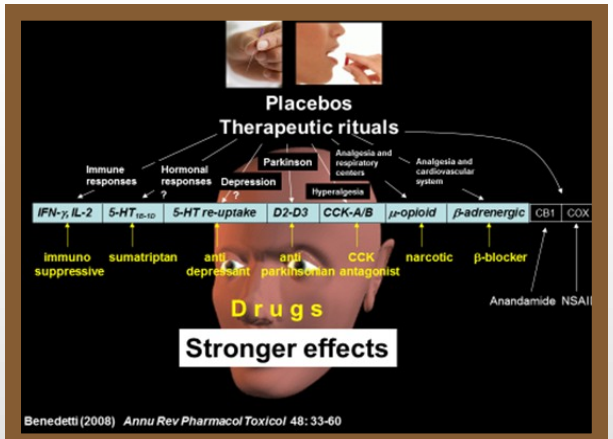
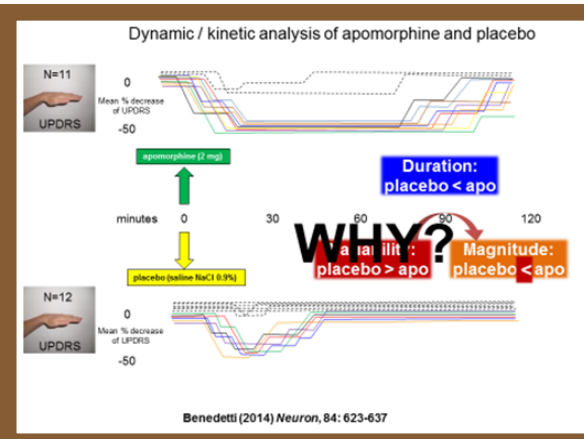
**Fabrizio Benedetti**  
(I)

Il Prof. Benedetti di Torino ha approfondito nella sua lettura questa importante tematica. Come possiamo definire l'effetto placebo? Per i clinici si traduce nel miglioramento sintomatologico che si manifesta dopo la sua assunzione in corso di studio, per gli esperti di neuroscienze la definizione è completamente diversa, il placebo è un falso farmaco, che tuttavia, inserito in un contesto ritualistico di cura, presenta un effetto legato alla stimolazione dei centri nervosi che sovrintendono sia alle funzionalità motorie che a



quelle sensoriali e sensitive. Il Prof. Benedetti a questo punto ha presentato una serie di esempi dove l'effetto placebo sul sintomo dolore era in buona parte sovrapponibile a quello del farmaco. Il placebo attiva i recettori oppioidi così come i recettori per i cannabinoidi esattamente come i farmaci antidolorifici. Anche la capacità motoria può aumentare in seguito all'assunzione di placebo, come i dati relativi ad un paziente affetto da Parkinson hanno chiaramente dimostrato. Questi effetti tuttavia sono legati a singole somministrazioni di placebo e di farmaco attivo. Cosa succede in seguito a somministrazioni ripetute sia di placebo che di farmaco attivo? Le principali differenze sono legate alla durata dell'effetto, alla sua variabilità e alla sua magnitudo. La spiegazione dell'effetto placebo si basa su due fattori: genetici e psicologici, questi ultimi legati a meccanismi di learning e alla personalità del paziente. Ma cosa succede se nell'assunzione di un farmaco eliminiamo il fattore psicologico?

L'effetto di quel farmaco sarà inferiore rispetto all'assunzione dello stesso farmaco in condizioni "standard" dove il fattore psicologico è presente.



Quali sono le vie metaboliche attraverso cui i farmaci e il placebo modulano il loro effetto? - - - L'effetto psicologico legato all'aspettativa del paziente è presente con tutti i farmaci? - - - Tutti i pazienti sono placebo responders? - - - Esistono dei nuovi modelli di trial clinico indipendenti dall'effetto placebo?



# HIGHLIGHTS

## L'accessibilità al Farmaco: quali priorità?



**Mondher Toumi**  
(F)

Il Prof. Toumi di Marsiglia ha approfondito questa tematica sempre più "strategica" al fine di implementare politiche sanitarie globali sostenibili. La domanda di intervento sanitario è in continua crescita, come anche le nuove molecole sviluppate dall'industria farmaceutica, questa crescita tuttavia deve fare i conti con i budget degli Stati, che non sono illimitati. L'aumento incontrollato dei costi sanitari rischia infatti di ridurre le risorse per mantenere i livelli di health e well being ad uno standard quanto

meno accettabile. I prodotti medicinali per terapie avanzate rischiano di trasformarsi nel prossimo tsunami, il loro costo rischia di aumentare la spesa sanitaria globale ad un livello insostenibile. Al fine di poter razionalizzare questa spesa, è necessario introdurre dei nuovi algoritmi capaci di gestire l'enorme volume di dati che vengono sempre più prodotti e che rischiano di portare fuori controllo i processi di controllo e gestione della spesa sanitaria. Un altro aspetto strategico è legato alla ricerca di un nuovo modello di accesso al mercato dei nuovi farmaci, dove per la determinazione del prezzo, dovrebbero essere implementati processi di valutazione basati sull'"Evidence Based Medicine". È neces-

sario implementare dei Sistemi Sanitari Integrati dove i costi vengono modulati sulla base delle performance ottenute.

### Value Based Pricing

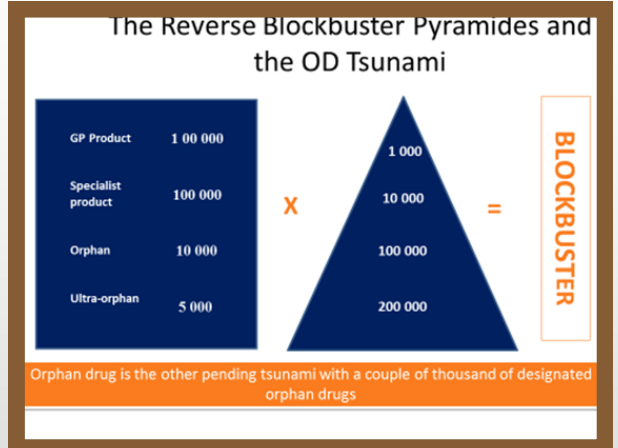
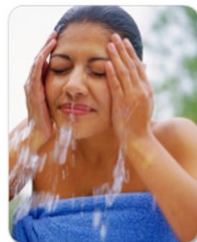
Value Based Pricing or Value optimized pricing is a business strategy. It sets selling prices on the **perceived** value to the customer, rather than on the actual cost of the product, the market price, competitors prices, or the historical price."

**Consequences**

- 1 How to link value perceived and value delivered?
- 2 Value depends on how customers appreciate it
- 3 Value appreciation may evolve over time

### Determinants of Health

- Clean fresh water and hygiene
- Life style
- Environment Pollution
- Quality of food
- Genetic
- Education
- Social services
- Primary care



Quali sono le priorità che i nostri governi devono affrontare? - - Quali sono le richieste di Salute a cui dobbiamo prepararci per dare una risposta efficace? - - Quali i nuovi modelli di politica sanitaria e sociale per far fronte a queste emergenze?



# HIGHLIGHTS



**Nicola Magrini**  
(I/CH)

## Quali sono i medicinali veramente essenziali?

Il Prof. Magrini dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha parlato sul tema: "i medicinali essenziali, la nuova lista dell'OMS: criteri di selezione". L'OMS fin dal 1977, su impulso di ricercatori italiani, ha predisposto una lista di medicinali definiti come essenziali per la salute pubblica. Da allora ad oggi, il mondo è cambiato in maniera radicale in tutti i campi compreso ovviamente quello della medicina. Sono state identificate nuove malattie, per le quali sono stati sintetizzati e commercializzati nuovi farmaci. E il processo è in continua e sempre più rapida

evoluzione. Questi rapidi cambiamenti hanno determinato a livello dell'OMS la necessità di modificare la definizione di Medicinale Essenziale, dove emergono ora i concetti di priorità sanitaria e di globalità dei benefici da estendere a tutta la popolazione. In tal modo è stata aperta la strada per l'inclusione nella lista di medicinali per il trattamento delle malattie rare. La nuova lista dei medicinali essenziali è composta da più di 416 medicinali per la popolazione adulta e più di 289 in campo pediatrico. Il concetto di base per introdurre un medicinale nella lista è legato ai dati prodotti in termini di efficacia e sicurezza ed anche in base al rapporto costo/beneficio. Inoltre il processo di acquisizione di un medicinale nella lista è più trasparente rispetto al passato e strettamente basato sull'evidenza. Nella lista sono presenti anche medicinali i cui costi sono tali da non essere accessibili alle popolazioni che vivono nei paesi più poveri. E' necessario implementare nuove strategie per modificare l'accessibilità di questi medicinali anche a queste popolazioni a basso reddito. Nella lista sono stati introdotti sia i nuovi medicinali antineoplastici, in particolare quelli per il trattamento del cancro della mammella, del cancro polmonare non a piccole cellule e delle neoplasie ematologiche, sia i nuovi presidi contro l'epatite C. L'OMS non si limita solo a

### EML 2015: Adult list

- **416 medicines** (unique listings)
- Core List: 293 medicinal products
  - FDC's on core list: 26
- Complementary list: 114 medicinal products (overlap with core list: 43 medicinal products)
  - FDC's on complementary list: 2

10 | Essential Medicines List: Concept and Procedure

### The concept of essential medicines: lessons for rich countries

Hans V Hogerzeil

Rich countries should follow the lead of poor countries and adopt a more systematic way of controlling the cost of drugs

Industrialised countries faced with increasing demands for quality health care by ageing populations and ever increasing costs of medicines, can learn from low income countries how to respond to pharmaceutical policy issues in a comprehensive way.

Since the 1970s many developing countries have started national programmes for essential drugs to promote the availability, accessibility, affordability, quality, and rational use of medicines. The cornerstones of such programmes are the careful selection of essential medicines for public supply and reimbursement, based on a systematic review of comparative efficacy, safety, and value for money; evidence based national clinical guidelines as the basis for training and rational prescribing; and a national medicines policy to balance conflicting policy objectives and to express government commitment to a common goal. Industrialised countries would do well to consider and adopt these approaches, which have been so beneficial to developing countries.

Essential medicines are not assured rare medicines for poor people

**Important changes to WHO Model List**  
In 2002, WHO completed a rigorous overhaul of the process to update the Model List. An important change was that affordability changed from a precondition into a consequence of the selection. For example, before 2002, effective but expensive medicines, such as single-dose azithromycin for trachoma, were not listed because of their price. Under the new definition (Box 1), 12 antiretroviral medicines for HIV/AIDS were listed, irrespective of high cost. Their listing now implies that these medicines should become

Drug and Medicine Policy, World Health Organization, Geneva, Switzerland  
Hans V Hogerzeil  
Director of Global Drug Policy  
h.v.hogerzeil@who.int

20 |

pubblicare la lista ma la accompagna anche con un documento esplicativo come supporto per gli Stati al fine di implementare opportune politiche sanitarie che mirino a gestire le emergenze.

### 2. Affordable prices

- Medicines are the largest health expense for poorer households
- Medicines are second largest public health expenditure
- Prices are high, and vary greatly
  - Mean retail price of Lasix in Kenya: 106x generic world market price
  - 23/30 medicines in Kenya more expensive than in the UK
  - Omeprazole in Peru: 72x world market price
- Very little price elasticity; women, children and poor are hardest hit
  - Uganda: 1/3 of people never get the medicines they were prescribed

**Quali sono i nuovi medicinali introdotti nella lista? - - - Quali sono le strategie da implementare per permettere l'accesso dei nuovi medicinali alle popolazioni a basso reddito? - - - Quale la posizione nei confronti dei biosimilari?**



**Fondazione Internazionale Menarini**

Per trovare risposte a queste e ad altre interessantissime problematiche e per ulteriori approfondimenti vai a questo link: [www.fondazione-menarini.it/...](http://www.fondazione-menarini.it/...) e dopo esserti iscritto al sito entra nel materiale multimediale

**UPDATE IN CARDIOLOGY 2015**  
**Bucharest (Romania) - 16-18 aprile 2015**

# HIGHLIGHTS

Queste sono solo alcune delle tematiche trattate durante i lavori congressuali. Per un maggior approfondimento si rimanda al sito della Fondazione Internazionale Menarini dove sono presenti le relazioni congressuali in versione integrale.

Vai a questo link : [www.fondazione-menarini.it/...](http://www.fondazione-menarini.it/...) e, dopo aver effettuato il login entra nel materiale multimediale.



**Fondazione Internazionale Menarini**

Edificio L - Strada 6 Centro Direzionale Milanofiori 20089 Rozzano (MI)  
Tel. +39 02 55308110 Fax +39 02 55305739 Email: [milan@fondazione-menarini.it](mailto:milan@fondazione-menarini.it)  
[www.fondazione-menarini.it](http://www.fondazione-menarini.it) - [www.facebook.com/fondazionemenarini](https://www.facebook.com/fondazionemenarini)