LA STAMPA.it

02-06-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Endometriosi, nemica della fertilità e della sessualità delle donne

Sul nostro sito abbiamo dedicato diversi articoli a questa patologia. Oggi offriamo una sorta di riassunto con un testo e i link collegati ai servizi più interessanti degli ultimi mesi

LAURA PREITE

L'endometriosi ha la stessa incidenza del diabete ma è una malattia poco conosciuta. Colpisce solo le donne, in Italia stime parlano di **tre milioni di donne**colpite ma manca un registro nazionale, il numero esatto non si conosce, quello che sappiamo però per certo è che i costi sociali e sanitari sono altissimi.

Come spiega il dottor Carlo De Cicco, ginecologo del Policlinico Campus Bio-medico di Roma la malattia consiste nella crescita dell'endometrio, il tessuto che ricopre l'utero, fuori dall'utero. Con la mestruazione il tessuto si infiamma e sanguina provocando forti dolori. Sono dolori simili a quelli mestruali ma molto più intensi, che si possono avere anche durante i rapporti sessuali e in tutta la zona pelvica.

Come racconta Mario Malzoni, direttore del centro di chirurgia pelvica avanzata dell'omonima clinica e presidente della Società italiana di endoscopia ginecologica: «Fondamentale per la diagnosi della malattia è l'ecografia pelvica realizzata in un centro di riferimento per la malattia. Tra questi, oltre al centro Malzoni che ha sede ad Avellino, il centro Negrar di Verona, la clinica Mangiagalli di Milano e l'ospedale San Raffaele e il Sant'Orsola di Bologna».

In particolare per i casi di endometriosi infiltrante che ha attaccato quindi altri organi vicini all'utero la diagnosi va fatta «nei centri di riferimento con ginecologi ed ecografisti esperti. Non sempre c'è dolore nell'endometriosi infiltrante anche se in genere con una anamnesi accurata il dolore emerge».

Molto importante è poi farsi operare da mani esperte perché gli interventi posso andare a toccare la «riserva ovarica», e quindi la fertilità. Gli interventi sono in laparoscopia, una tecnica che consiste in una sonda introdotta attraverso l'ombelico e nonostante si tratti di una tecnica poco invasiva ma praticata in anestesia generale se non fatta correttamente, le aderenze si riformano.

Curarsi può rappresentare una roulette russa a partire dalla diagnosi, in capo ai ginecologi che non sempre sono adeguatamente informati della malattia. Come racconta Mara che si è sentita rispondere che aveva solo una colite da stress e da allora ha già subito diverse operazioni, un'isterectomia e il taglio di parte della vescica (ASCOLTA L'AUDIO DELLA SUA TESTIMONIANZA).

Come Elvira a cui i medici hanno detto che aveva un tumore al sigma e dopo nove interventi convive ancora con i dolori e ha un elettrostimolatore sacrale. (ASCOLTA L'AUDIO DELLA SUA TESTIMONIANZA)

Come Nicoletta che è diventata sterile ed è riuscita a stare meglio solo grazie a una dieta vegetariana. (ASCOLTA L'AUDIO DELLA SUA TESTIMONIANZA)

Le cure non ci sono, dopo le operazioni chirurgiche la malattia torna e una terapia farmacologica a base di estrogeni aiuta a tenere sotto controllo la patologia. La pillola «è come un paio di scarpe, bisogna trovare quella adatta all'assetto ormonale della paziente» spiega il primario del centro di eccellenza di Negrar, Marcello Ceccaroni.

I problemi per chi soffre di questa patologia sono anche i costi di assistenza. Non è riconosciuta tra le patologie croniche nonostante la ministra della Salute Beatrice Lorenzin abbia annunciato da più di un anno l'inserimento nei LEA delle cure che quindi diverrebbero gratuite ma non si capisce se ci sarà anche un aggiornamento delle tabelle di invalidità come chiedono le associazioni di pazienti tra cui l'Ape che organizza anche gruppi di sostegno per le malate.

I costi di mancata diagnosi sono molto alti e anche i tempi assai lunghi: in media si aspettano 9 anni. Poi ci sono le cure: una delle pillole di ultima generazioni usate per curare la malattia costa 60 euro al mese e non viene passata dal servizio sanitario nazionale.

Si possono arrivare a spendere tra terapie farmacologiche per il dolore o riabilitative e acquisto di alimenti speciali, anche 500 euro al mese. In media 10 mila euro l'anno.

Poi ci sono i giorni di lavoro persi, in media cinque al mese, i costi sociali e di vita: un'indagine conoscitiva del Senato **ha evidenziato che nel 73% dei casi la malattia cambia la vita e nel 77% dei casi se si ha una relazione, ci si separa o divorzia**. Inoltre se la malattia non è presa in tempo porta a infertilità: oltre la metà delle donne che ne soffrono hanno dai 29 ai 39 anni e scoprono la malattia quando provano ad avere un figlio, perché il dolore associato alla mestruazione viene giudicato dal medico normale.

Rimanere incinta può essere molto difficile, come spiega uno dei massimi esperti mondiali della malattia Paola Viganò, biologa, responsabile del laboratorio del Centro di scienze della natalità dell'ospedale San Raffaele di Milano: «L'endometriosi non determina in senso assoluto infertilità, dipende dal tipo di manifestazione della malattia: quella ovarica è associata a infertilità perché la donna ovula meno e gli ovociti prodotti sono meno performanti, se invece l'endometriosi è presente a livello peritoneale la donna può concepire. Si dice che l'infertilità non è data dalla malattia ma dall'infiammazione conseguente alla malattia».

La soluzione può essere ricorrere alla fecondazione assistita e congelare le uova prima degli interventi «di pulizia» anche se i costi sono tutti a carico della paziente (2500 circa più 200 all'anno) ma può valerne la pena in vista di una futura gravidanza.

LA STAMPA.it

03-06-2016

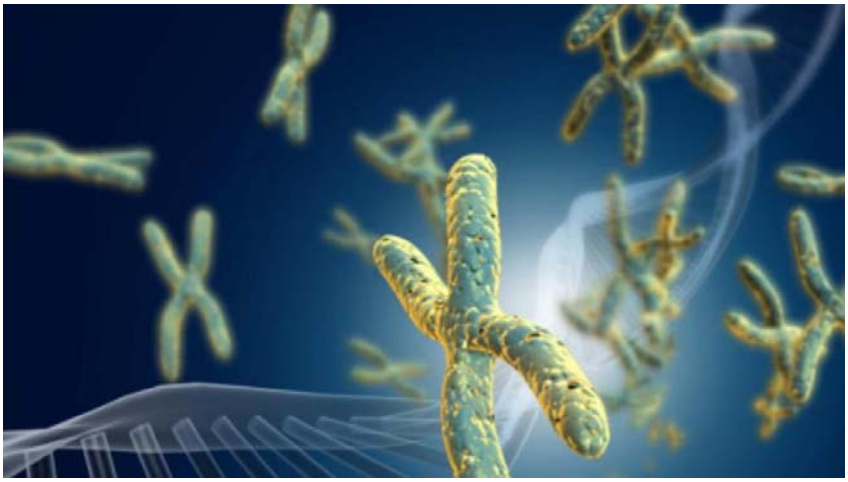
Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

A Chicago il top degli oncologi spiega i prossimi 10 anni di terapie

"Potenzieremo il sistema immunitario e agiremo sui geni del tumore"



DANIELE BANFI

Venerdì prossimo a Chicago inizia uno degli appuntamenti internazionali più importanti nella lotta al cancro. I maggiori oncologi si riuniranno al congresso dell'Asco - l'American Society of Clinical Oncology - per fare il punto sulle terapie contro i tumori. Di strada, rispetto alla prima edizione del 1965, ne è stata fatta molta. Se oggi alcuni dei principali tumori possono essere curati il merito è del mix di cure a base di chirurgia, chemio-radioterapia e immunoterapia. Approcci in evoluzione i cui costi, come testimoniato al congresso del Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri (il Cipomo), cominciano però a farsi insostenibili.

Spiega Richard Schilsky, presidente di Asco: «Fino a qualche tempo fa i tumori venivano affrontati osservando le caratteristiche macroscopiche. Orientare le scelte terapeutiche era, purtroppo, relativamente semplice, poiché le armi erano limitate e la decisione di utilizzare un farmaco anziché un altro dipendeva dalla localizzazione e dalla dimensione del tumore». Negli anni, grazie alle ricerche e al concomitante sviluppo di tecniche di analisi del Dna sempre più sofisticate, l'approccio è radicalmente cambiato. Oltre al deciso contributo di chirurgia e radioterapia - approcci che ancora oggi garantiscono ottimi risultati - la prima svolta si è avuta con i farmaci a bersaglio molecolare: sono molecole capaci di interferire - a differenza della chemioterapia - solo ed esclusivamente sui meccanismi che le cellule tumorali mettono in atto per replicarsi e metastatizzare.

Ma l'ulteriore passo in avanti è arrivato nell'ultimo decennio con l'immunoterapia. L'idea è

semplice quanto geniale: sfruttare e pilotare il sistema immunitario affinché risponda in modo adeguato alla presenza di un agente estraneo come il cancro. «Questo approccio - continua Schilsky - ha consentito di estendere l'aspettativa di vita media. Esempi sono il melanoma e alcuni tumori del sangue. Con l'immunoterapia è possibile cronicizzare la malattia e tumori che in passato lasciavano poche speranze oggi possono essere affrontati con migliori risultati». Non è un caso che da diverse edizioni il convegno «Asco» sia molto focalizzato sugli studi relativi a questo approccio.

Attenzione, però, a pensare che l'immunoterapia sia la sola via. «Nello stabilire quali cure è meglio somministrare è fondamentale conoscere l'identikit genetico del tumore. Solo così è possibile decidere in che modo intervenire. Non è detto che ciò che funziona estremamente bene per un tumore lo sia anche per un altro. Oggi, grazie alla ricerca, abbiamo a disposizione diverse armi. Decidere quale utilizzare dipende dalla conoscenza di cosa abbiamo di fronte».

La ricerca sta già lavorando a quello che in futuro sarà probabilmente un altro pilastro terapeutico. «I farmaci del futuro - continua Schilsky - agiranno a livello della "produzione di energia" da parte della cellula tumorale. Interrompendo questo processo metabolico, il tumore avrà difficoltà a crescere. Non solo: altri promettenti risultati riguardano l'epigenoma: sono allo studio molecole che, agendo sulla regolazione della trascrizione di alcuni geni, potrebbero impedire al tumore di replicarsi».

La strada per il prossimo decennio, dunque, è tracciata: riuscire a cronicizzare la malattia. Ma, allora, dove trovare i fondi per somministrare questi costosissimi farmaci? Nel 2014 la spesa globale degli antitumorali è stata di 100 miliardi di dollari e solo in Europa questi rappresentano il 14% dei costi della Sanità. Ora le proiezioni prevedono un incremento, entro il 2018, pari al 18% e quindi difficilmente sostenibile. «Rinegoziare il prezzo dei vecchi farmaci, effettuare prescrizioni più mirate, evitare inutili accanimenti terapeutici e promuovere un atteggiamento responsabile da parte dei produttori: sono questi - conclude Schilsky - alcuni degli interventi da mettere in atto per evitare il collasso del sistema».

la Repubblica.it
Il mondo in diretta 24 ore su 24

02-06-2016

Lettori
1.632.940

http://www.repubblica.it/

Cervice uterina, nuove linee guida Usa: "Qualità delle cure in base al reddito"

L'American Society of Clinical Oncology fornisce le indicazioni da seguire per la gestione di questa neoplasia, modulandole per la prima volta sulla disponibilità di risorse, che variano da paese e paese, ma anche all'interno dello stesso Paese. Cure 'di base' per chi è povero; 'massimalì' per i ricchi. Pinto (Aiom): "Ora si può capire il valore del nostro sistema che consente a tutti l'accesso ai migliori trattamenti"

di MARIA RITA MONTEBELLI

Le nuove indicazioni sono state redatte analizzando le linee guida esistenti e le analisi di costo-efficacia LA CRISI economica è una realtà consolidata ormai da anni per i paesi occidentali e studi recenti dimostrano che ha contribuito non poco all'aumento della mortalità per cancro, soprattutto delle forme trattabili. Ma per gran parte del mondo in via di sviluppo l'assistenza sanitaria è da sempre un lusso per pochi. Partendo da queste considerazioni l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) con pragmatismo tutto americano, ha redatto una nuova edizione di linee guida per la gestione del tumore della cervice uterina, 'modulando' le possibilità di diagnosi e di trattamento sulla base dei diversi contesti economici ('di base', 'limitato', 'potenziato' 'e massimale') e per ogni stadio della malattia.

Le differenze d'accesso alle terapie. L'accesso alle cure per il cancro della cervice uterina varia moltissimo sia da un paese all'altro, che all'interno dello stesso Paese. Le nazioni a basso reddito spesso non dispongono neppure di programmi di *screening*, con il risultato che le donne arrivano alla diagnosi di cancro della cervice solo in fase molto avanzata, quando richiederebbe dei trattamenti importanti e in genere non disponibili in questi Paesi.

Il cancro della cervice uterina. Quello della cervice è un tumore che si può ampiamente prevenire, eppure sono almeno 250 mila le donne che ogni anno muoiono a causa di questa neoplasia nel mondo. E non è un caso dunque che l'87% di questi decessi si registrino nelle realtà più disagiate del sud-est asiatico, dell'area del Pacifico occidentale, in India e in Africa. "Il tumore della cervice in fase avanzata - afferma il professor **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) - è una realtà importante soprattutto per i paesi in via di sviluppo. Eppure questo è un tumore che potrebbe essere praticamente debellato con un'adeguata prevenzione, fatta di vaccinazione anti-HPV e di *screening* cervico-vaginale."

LEGGI - Tumori, così sviluppo e povertà cambiano la mappa mondiale della malattia

Manca lo screening. Due terzi dei decessi per carcinoma della cervice uterina si verificano infatti nelle donne che non sono state sottoposte a*screening* regolari. "Se riuscissimo a migliorare gli *screening* e la vaccinazione anti-HPV nel mondo - sostiene **Jonathan S. Berek**, co-presidente del *panel*di esperti delle linee guida ASCO e professore di ginecologia oncologica alla Stanford University (USA) - potremmo ridurre in maniera sostanziale la mortalità per questo tumore".

"In queste regioni - dice **Linus Chuang**, condirettore del *panel* di esperti delle linee guida ASCO e ginecologo alla Icahn *School of Medicine* del Mount Sinai di New York - l'accesso ai servizi di patologia, la disponibilità di chirurghi esperti, di apparecchi per la radioterapia, per la brachiterapia, di chemioterapia e di cure palliative può essere decisamente limitato".

L'Asco e la discriminazione. Raccomandare percorsi diagnostici e di terapia differenziati seconda del contesto economico fa l'effetto di un pugno nello stomaco per i sostenitori dell'assistenza sanitaria universale. Ma per quanto cruda, è la realtà che milioni di persone si trovano ad affrontare in tutto il mondo, anche negli Stati Uniti dove la mortalità è maggiore in alcuni Stati (Texas, Arkansas, Mississippi) e tra le donne di colore. Da questo punto di vista, questa impostazione delle linee guida è sia un esempio di pragmatismo che una provocazione. "A prescindere dalle risorse disponibili - sottolinea**Berek** - i medici dovrebbero sempre lottare per offrire il miglior livello di cure possibile a tutte le donne con cancro della cervice. Queste linee guida rappresentano un punto di partenza; speriamo che generino un dibattito e un filone di nuove e tanto attese ricerche in questo campo".

Il sistema sanitario di tipo universalistico. "L'esempio di queste linee guida - sottolinea Pinto - consente di cogliere pienamente il significato di un sistema sanitario di tipo universalistico come il nostro, che permette a tutti i pazienti, indipendentemente dalla categoria sociale alla quale appartengono, di accedere alle migliori cure. E questo fa la differenza tra quello che facciamo in Italia e quello che avviene ad esempio negli USA e in altri Paesi dell'Europa occidentale. Quel che è certo è che noi non andremo

mai a stratificare il trattamento per categorie sociali. Certo, anche da noi, il costo dei farmaci è un problema concreto che minaccia la sostenibilità del sistema. Lo stiamo affrontando da una parte con una buona contrattazione del prezzo dei farmaci da parte di AIFA, dall'altra con lo sviluppo dell'appropriatezza e le linee guida nazionali. Dovremo inoltre cercare di sviluppare sempre di più le reti oncologiche regionali per evitare sprechi e pratiche inappropriate che riguardano non solo i farmaci, ma anche la chirurgia e la diagnostica, per permettere il miglior rapporto di costo-efficacia".

LEGGI - Reti oncologiche, attive solo in 6 Regioni su 20

Diagnosi e terapie in base alle condizioni economiche. Il *panel* autore delle linee guida ASCO, che comprende esperti da tutte le parti del mondo (Cina, Messico, Spagna, Canada, USA , Turchia, Argentina, Zambia, Uganda, Corea del Sud, India) ha passato in rassegna tutta la letteratura scientifica sull'argomento dal 1966 al 2015 ed ha analizzato le varie linee guida esistenti e le analisi di costo-efficacia. Per i contesti più economicamente disagiati, senza accesso alla radioterapia, gli esperti consigliano di sottoporre le donne con tumore in stadio IA1-IVA a isterectomia extra fasciale, eventualmente associata alla chemioterapia. Nelle nazioni ad alto reddito, per le donne con tumore in stadio IB-IVA andranno associate all'intervento chirurgico (che potrà prevedere procedure per il risparmio della fertilità e isterectomia radicale o radicale modificata) sia la radioterapia che la chemioterapia.

Nei contesti 'poveri' dove non sia disponibile la brachiterapia, gli esperti ASCO raccomandano l'intervento chirurgico (isterectomia extra-fasciale) per le donne con tumore residuo dopo 2-3 mesi di chemio e radioterapia. Nel caso in cui non sia possibile effettuare trattamenti con intenti curativi, la radioterapia palliativa rimane una risorsa preziosa per ridurre il dolore e il sanguinamento. Nei paesi a basso reddito per le pazienti con tumore in stadio IV o con recidive tumorali, la raccomandazione è di somministrare un singolo agente chemioterapico (come carboplatino o cisplatino). Nelle nazioni ad economia più solida, invece, per le pazienti con tumori dallo stadio IB al IVA, il consiglio degli esperti è di trattare le donne con radio e chemioterapia, seguite dalla brachiterapia.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 387.811
Diffusione 03/2016: 305.863
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-GIU-2016
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

LA TOURNÉE IN ITALIA

Nell'agenzia che affitta uteri

di **Monica Ricci Sargentini**

«Sono qui perché voglio aiutarvi a ottenere quello che volete nel minor tempo possibile e al prezzo più economico». Il direttore dell'agenzia *Extraordinary Conceptions* è arrivato a Roma da San Diego, in California, per incontrare le coppie che hanno intenzione di ricorrere all'utero in affitto. Una pratica che è vietata dalla legge e viene punita con la reclusione fino a due anni.

a pagina **19**

«Madre surrogata? La troviamo noi» La promessa (illegale) dell'agenzia Usa

Una giornata in incognito in un hotel romano: l'incontro, i colloqui, i moduli da firmare

Le rassicurazioni
«Qui da voi è vietato, ma ci sono tre avvocati che vi seguiranno. Però si deve fare in fretta»

La scelta
Un catalogo per scegliere mamme e donatrici: costa 160 mila dollari, più i regali

di **Monica Ricci Sargentini**

ROMA L'appuntamento è all'una in un albergo a cinque stelle della Capitale, proprio di fronte alla stazione Termini. Mario Caballero, direttore e fondatore dell'agenzia *Extraordinary Conceptions*, è arrivato apposta da San Diego in California per incontrare le coppie che vogliono ricorrere all'utero in affitto. Una pratica vietata dalla legge 40 che punisce con la reclusione fino a due anni «chiunque realizza, organizza o pubblicizza la surrogazione di maternità» in Italia.

«Sono qui — dice — perché voglio aiutarvi a ottenere quello che volete nel minor tempo possibile e al prezzo più economico. Vogliamo espanderci nel vostro Paese. Per questo sto anche girando un documentario con una società di produzione romana».

In tutto siamo cinque coppie eterosessuali. Ma altre ne arriveranno. La lista della tappa romana ne conta più di una decina. Oltre agli appuntamenti previsti per domani a Firenze, sabato e domenica a Milano. Caballero rompe il ghiaccio raccontando la sua storia personale: «Mia moglie si è sottoposta a sette inseminazioni artificiali e 13 fecondazioni in vitro. Abbiamo speso 300 mila dollari e buttato via otto anni di vita prima di avere due gemelli con una madre surrogata». E qui evoca Dio: «Una gravidanza extrauterina è stato il segnale mandato dal Signore per dirci che dovevamo cambiare strada». Capelli brizzolati e spettinati, camicia a righe e giacca, Caballero ci tiene a stabilire con noi un contatto emotivo. «Interrompetemi quando volete — dice —, non voglio che usciate di qui con dei dubbi».

Ma sul fronte legale tentenna e cerca di svicolare. «Qui in Italia questa pratica è vietata, come ci garantisce che potremo registrare il figlio come nostro?» chiede uno dei mariti. «Ci sono tre avvocati italiani che si occupano di tutto — assicura —, in dieci anni non abbiamo mai avuto un problema. I vostri figli avranno il passaporto americano e voi sarete segnati come loro genitori. Qualche giorno fa è tornata a Roma una donna che ha avuto due gemelli. E poi c'è quell'italiano. Come si chiama...». Mario si ferma, va nell'altra stanza e riappare con un block notes. «Nichi Vendula» esclama trionfante. «Ah sì, Vendola» lo correggiamo. «Ecco sì, Vendola, lui ha avuto un maschietto e ora è qui a Roma». Che in Italia si corra qualche rischio Caballero, però, lo sa bene tanto che a una coppia consiglia di «sbrigarsi prima che entrino in vigore nuove leggi».

A questo punto l'imprenditore tira fuori una mappa degli Stati Uniti d'America e cerca di aprirla, in modo un po' maldestro, sulla parete di fronte a noi. Punta il dito sulla costa est e annuncia trionfante che *Extraordinary Conceptions* ha aperto un nuovo ufficio lì proprio per noi europei. Dove? «In Carolina del Nord perché la California — ci spiega — è invasa dai cinesi che stanno facendo lievitare i prezzi. Prendono anche tre surrogate contemporaneamente per avere quattro o cinque figli alla volta. Li vogliono tutti rigorosamente maschi». «Ma cosa ci fanno con tutti questi bambini? Potrebbero venderli!» chiede una donna stupita.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 387.811
Diffusione 03/2016: 305.863
Lettori Ed. I 2016: 2.300.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-GIU-2016
da pag. 19
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

«Assolutamente no, noi incontriamo tutte le coppie, se poi non ci piacciono le scartiamo. A un uomo che aveva novantatré anni abbiamo detto di no».

E le madri surrogate? Chi ci assicura che non cambieranno idea? «No, una volta firmato il contratto — dice — non è possibile. Alla portatrice facciamo anche fare un test psicologico che attesta che è sana di mente così non può appellarsi a un giudice e dire che non sapeva quello che faceva». Per tutta la gravidanza le madri vengono seguite da una psicologa «perché devono capire — spiega — che questo è un *business*, non devono essere emotive devono pensare al *business*. Io glielo dico sempre».

A noi non resta che andare sul sito dell'agenzia, sfogliare i cataloghi e scegliere sia la potenziale madre surrogata che la donatrice. Poi si redige il contratto e «allora, solo allora — ci tiene a precisare Caballero — dovrete pagare una prima rata». Molto importanti sono i termini dell'accordo: «Che tipo di relazione volete con questa donna? La volete sentire spesso oppure mai? Volete che conosca la vostra identità o preferite rimanere anonimi?».

Quanto costa in totale il percorso? «Io non parlo mai di soldi — si schermisce — però rispetto ai cinesi vi faccio pagare 15 mila dollari in meno». Perché? «Ve l'ho detto! Vogliamo espandere il *business* qui in Italia e poi qui c'è la crisi». Tornati in redazione i conti li facciamo noi: tra i 130 mila e i 160 mila dollari, da pagare in quattro rate, al netto dei regali previsti, ma non obbligatori, per le madri surrogate: una serie di massaggi (2 mila dollari), un programma nutrizionale (2 mila dollari), un viaggio per la famiglia della gestante (mille dollari). «Perché la madre surrogata deve ricevere tante attenzioni — precisa Caballero — e a ogni progresso della gravidanza una somma di denaro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La parola

LEGGE 40

In Italia la procreazione medicalmente assistita è disciplinata dalla legge 40 del 19 febbraio 2004. Negli anni alcuni articoli sono stati dichiarati illegittimi dalla Corte costituzionale ma il divieto di ricorrere alla maternità surrogata è rimasto ed è un reato penale previsto nell'articolo 12: «Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro»

15

Mila dollari

La cifra che le coppie italiane che si rivolgono all'agenzia Usa pagano in meno rispetto a quelle cinesi

Su Facebook Mario Caballero, direttore e fondatore di *Extraordinary Conceptions*, con il suo staff in una foto tratta dalla pagina Facebook dell'agenzia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-GIU-2016
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Consiglio d'Europa

Maternità surrogata Una battaglia per la dignità umana

DANIELE ZAPPALÀ

La linfa della battaglia civile contro l'utero in affitto comincia a salire verso i rami alti dell'albero europeo. Lo si è compreso ieri, nel giorno in cui una nuova riunione parigina della Commissione affari sociali dell'Apce ha operato una mossa a sorpresa sul tema della maternità surrogata.

PRIMOPIANO A PAGINA 8

Sulla maternità surrogata una battaglia per la dignità

Al Consiglio d'Europa petizione per fermare le lobby

In Francia iniziativa parlamentare per inserire nella Costituzione l'«indisponibilità del corpo umano»

Parigi

La Commissione affari sociali che poteva fermare il controverso Rapporto De Sutter favorevole all'utero in affitto ha scelto di rimandare ogni decisione: la strategia del prendere tempo contro l'impegno di far ascoltare i tanti cittadini contrari

DANIELE ZAPPALÀ
PARIGI

La linfa della battaglia civile contro l'utero in affitto comincia a salire verso i rami alti dell'albero europeo. E adesso il fronte associativo trasversale e internazionale contro la piaga non vuole più abbassare la guardia.
Lo si è compreso definitivamente ieri, nel giorno in cui una nuova riunione parigina della Commissione affari sociali dell'Apce – l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa – ha operato una mossa a sorpresa: nell'ordine del giorno, al posto del temuto e controverso rapporto De Sutter sostanzialmente favorevole a un'accettazione della «maternità surrogata non commerciale», figurava invece la petizione per un'abolizione internazionale della piaga, spedita dalla cordata associativa in gran parte d'ispirazione cristiana «No maternity traffic», con in calce più di 100 mila firme di cittadini europei indignati. Formalmente, la Commissione si è limitata a «prendere atto» del documento «per tenerne conto in occasione dell'elaborazione» del controverso Rapporto De Sutter, il quale potrebbe tornare in discussione in forma rimaneggiata già nella prossima riunione, a Strasburgo il 23 giugno. Ma il vasto coro di voci che denuncia la pratica non potrà più essere ignorato.
In ogni caso, come avvertivano ieri vari responsabili associativi abolizionisti, i fautori di una legalizzazione non sembrano pronti a un dietrofront, dopo mesi di manovre apparentemente coordinate fra il Consiglio d'Europa e la Conferenza dell'Aja di diritto internazionale privato. Per questo c'è ancora da temere che quello di ieri sia stato uno slittamento tattico dei tempi.
Gli argomenti per l'abolizione globale sembrano comunque guadagnare terreno ormai anche a livello istituzionale. In Francia si è appreso proprio ieri che

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-GIU-2016
da pag. 8
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

l'Assemblea nazionale esaminerà il 16 giugno due proposte di legge per contrastare la subdola diffusione della pratica attraverso vie internazionali spesso illecite, apertamente illegali, o quanto meno paralegali. Due deputati neogollisti, Philippe Gosselin e Valérie Boyer, hanno convinto una sessantina di colleghi a sostenere due bozze per precisare gli strumenti di lotta contro la piaga. L'obiettivo immediato è di neutralizzare l'ambigua circolare ministeriale del 25 gennaio 2013, con la quale l'ex guardasigilli Christiane Taubira aveva incoraggiato la trascrizione nei registri di stato civile dei bambini nati all'estero dopo il ricorso a madri surrogate da parte di coppie francesi in Paesi come Stati Uniti, Romania e India. Per Gosselin quella circolare rappresentava in realtà «un primo passo verso l'accettazione della maternità surrogata», mentre per la collega Boyer il testo rivelava una «volontà deliberata di legalizzazione». Analisi che puntano il dito sull'ambivalenza mostrata in materia dall'attuale esecutivo socialista: da una parte solenni dichiarazioni di condanna della surrogata da parte del presidente François Hollande e del premier Manuel Valls; dall'altra una porta socchiusa lasciata a disposizione di chi intende aggirare le sanzioni vigenti.
La bozza Gosselin chiede innanzitutto di aggiungere un comma specifico alla Costituzione: «La Repubblica francese, fedele ai suoi valori umanistici, assicura e garantisce il rispetto del principio d'indisponibilità del corpo umano». Inoltre, dopo aver sottolineato il legame fra dignità umana e indisponibilità del corpo la bozza mira ad allargare le sanzioni contro la maternità surrogata, creando in particolare nuovi articoli specifici nei Codici civile e penale. Nel testo presentato dalla Boyer si chiede in particolare d'istituire un «delitto speciale», dato che la disciplina vigente punisce la surrogata soprattutto attraverso il reato di «abbandono di bambino». Sanzioni specifiche sono previste per le coppie che si recano all'estero per stipularvi «contratti di surrogazione», così come per chi promuove il turismo procreativo. Inoltre la bozza Boyer propone l'adozione di una «convenzione internazionale contro la procreazione e gestazione surrogata». Quest'ultima misura coincide con l'obiettivo principale delle petizioni della società civile che denunciano l'inumanità intrinseca della surrogata: per limitarsi alla scena europea, oltre a quella della cordata «No maternity traffic», occorre citare pure la «Carta per l'abolizione universale della maternità surrogata», lanciata il 2 febbraio a Parigi presso l' Assemblea nazionale, da una rete associativa internazionale d'ispirazione prevalentemente femminista. La partita è ancora aperta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Federazione delle associazioni familiari
«L'interesse dei figli? Non è la surrogazione di maternità»

Le decisioni di corti italiane – ultima la Cassazione – a favore della sostanziale accettazione della maternità surrogata sono sempre state assunte «nell'interesse dei minori», ovvero dei bambini nati da utero in affitto in Paesi dov'è legale su mandato di coppie del nostro Paese. Un argomento radicalmente contestato dalla Fafce (la Federazione europea delle associazioni familiari cattoliche) che in una nota afferma «che maternità e paternità sono essenziali per ogni bambino. I genitori sono i primi e primari educatori dei loro figli, la madre e il padre sono complementari», ricordando poi che «ogni bambino ha il diritto di conoscere sia la propria madre sia il proprio padre, e che cresca con loro per quanto possibile». Secondo il presidente della Fafce Antoine Renard «la pratica attuale della maternità surrogata è il contrario di questo: un bambino è "ordinato" dagli adulti e diventa un bene» (nella nota si usa la parola «commodity», tipica del mondo degli affari).

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. I 2016: 327.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-GIU-2016
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

In tre città l'offerta di madri in affitto

Il tour italiano della vita in vendita

FRANCESCO OGNIBENE

C'è una legge dello Stato assai svillaneggiata per il suo presunto «proibizionismo», e per questo attaccata in ogni sede per smontarne i divieti e lo stesso impianto. Eppure la 40, al centro di decine di ricorsi e di alcune sentenze della Corte Costituzionale che ne hanno alterato vari punti qualificanti, non è mai stata tanto citata positivamente come negli ultimi mesi. Per stornare il sospetto che la nascente disciplina delle unioni di fatto consentisse, tra le complicate pieghe dei suoi commi, di ottenere figli tramite utero in affitto è stata infatti ripetutamente evocato il divieto contenuto proprio nella tanto vituperata legge sulla procreazione medicalmente assistita del 2004: «In Italia non si può, lo dice la legge!», hanno ripetuto in ogni sede i fautori della Cirinnà. Vero, giusto. Peccato che il comma 6 dell'articolo 12 («Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro») sia violato sotto il naso di chi lo chiama in causa per scongiurare nuovi interventi legislativi in materia. Da qualche giorno il tam tam del Palazzo e di alcune redazioni giornalistiche riferisce infatti dell'arrivo in Italia di rappresentanti della clinica californiana dove Nicola Vendola e il suo compagno Ed Testa hanno ottenuto una gravidanza da madre a pagamento dalla quale il 27 febbraio è nato il piccolo Tobia, concepito col seme di Ed e l'ovocita comprato da una "donatrice". L'obiettivo del viaggio dagli Usa nel nostro Paese è strettamente commerciale: proporre quegli stessi servizi vietati dalla legge 40 nel comma tanto lodato. La prova? Sul sito della clinica, la «Extraordinary Conceptions», si annuncia un calendario di incontri in Italia ed Europa per «consulti gratuiti e appuntamenti privati». Ovviamente non viene precisato dove – anche in California sanno del comma 6 –, ma questi incontri avvengono di solito in alberghi che non fanno troppe domande sul contenuto di quel che viene illustrato. In ogni caso, «Extraordinary Conceptions» – che si definisce senza girarci attorno «azienda leader di maternità surrogata» – è a disposizione delle coppie italiane oggi a Firenze e domani e domenica a Milano, mentre mercoledì e giovedì i fornitori americani di madri in affitto e di tutti i servizi accessori (venditrici di ovuli incluse) si sono messi a disposizione a Roma. A offrire il catalogo delle proposte non è un funzionario qualunque ma l'amministratore delegato Mario Caballero, che già l'anno scorso era stato in Italia per un tour analogo a quello che nei prossimi giorni, dopo l'Italia, lo porterà a Ginevra, Zurigo e Barcellona. E chi volesse verificare di persona cosa propone l'azienda californiana? Deve inviare un'email e attendere di essere contattato: non è la prima volta che in incontri del genere si sono infiltrati giornalisti per raccontare il catalogo che mostra in modo spietato come la vita umana sia stata trasformata in merce. «Avvenire» l'ha già fatto due volte nei mesi scorsi, in Italia e in Belgio. E di «extraordinary» ha trovato solo l'angosciante tristezza dei prezzi accanto ai bambini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-GIU-2016
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Migliorano ricerca e terapie ma i farmaci sono sempre più cari

DANIELA MINERVA A PAGINA 20

La polemica

Tumori, il dilemma dei nuovi farmaci "Cure d'avanguardia sempre più care"

L'allarme lanciato dagli oncologi di tutto il mondo riuniti a Chicago per il congresso dell'Asco

Sempre più distanza tra chi ha accesso alle terapie di ultima generazione e chi resta tagliato fuori

La proposta italiana: un fondo ad hoc per finanziare la ricerca con le accise sulle sigarette

DAL NOSTRO INVIATO
DANIELA MINERVA

CHICAGO. Tre milioni di italiani in lotta col cancro. Decine di farmaci innovativi capaci spesso di rallentare e a volte fermare la malattia. E altri in arrivo, a dare nuove speranze, ma anche a far saltare tutti i conti. Perché oggi curare un malato di cancro costa in media oltre cinquantamila euro all'anno.

È la preoccupazione dominante in tutti i Paesi del mondo. I budget erano già rosso fuoco un anno fa: in Italia abbiamo speso 4 miliardi per le terapie oncologiche nel 2015. Ma non è nulla in confronto a quello che accadrà con l'arrivo delle immunoterapie che costano ancora di più e sono «aspecifiche», dicono i medici: saranno somministrate a tutti i malati perché non c'è modo di sapere in anticipo se funzioneranno.

Gli oncologi italiani snocciolano tutti più o meno la stessa storia. I budget finiscono presto, e da settembre comincia la melina: le terapie si rimandano; il direttore generale chiama il farmacista e lo «responsabilizza»; con la scusa che il caso verrà seguito meglio, si mandano i malati nei grandi ospedali dove ci sono gli oncologi importanti e arrivano così tanti cittadini a fare massa critica che la Regione deve chiudere un occhio sui budget sforati. Una serie di paletti mai esplicitati rallenta l'iter e tiene i pazienti lontani dalle medicine, passano settimane, ma il cancro non lascia tutto questo tempo. Ovvio che nessuno viene lasciato senza cure, ma la fisarmonica delle terapie anticancro è ampia: le armi a disposizione sono tante, se non ci sono i soldi per i costosissimi farmaci di nuova generazione, si continuerà con quelli che costano meno.

Il risultato è che si stanno creando due Italie, quella che si conquista l'accesso ai farmaci — perché vive nella Regione o nella città giusta, perché se li paga o perché ha un'assicurazione — e quella disarmata, cui l'accesso alle terapie innovative non è più garantito sempre e rapidamente. «Il sistema non è più sostenibile — chiosa Francesco Cognetti, responsabile dell'oncologia medica del Regina Elena di Roma — bisogna cominciare a registrare solo i farmaci che aumentano la sopravvivenza dei nostri pazienti più di quelli che sono già in commercio». Perché oggi così non è: una medicina che dimostra una qualche efficacia, magari anche minima, viene messa comunque in commercio; l'idea è che il cancro va comunque avanti e bisogna avere molti proiettili per poterli sparare in successione conquistando mesi, a volte anche solo settimane. Ma con i prezzi in costante ascesa, questa inevitabile corsa per strappare giorni al cancro non è più ragionevole.

Questo stanno man mano esplicitando diversi rapporti messi insieme da specialisti di tutto il mondo, che terranno la scena della più importante kermesse dell'anno, il meeting dell'*American Society of Clinical Oncology*, che porterà a Chicago, da oggi al 7 giugno, 50mila persone. Compreso il vicepresidente Joe Biden: l'amministrazione Obama ha messo un miliardo di dollari nell'iniziativa *Moonshot* «per cancellare il cancro così come lo conosciamo», e i cervelli per farlo sono tutti qui. È qui infatti che si scrive lo scenario per i prossimi mesi, che si annunciano i nuovi farmaci. È qui che milioni di persone guardano per sapere se c'è qualcosa in arrivo capace di prolungare la loro vita, di un mese, di un anno o anche più. Ma quest'anno, non importa quali molecole efficaci verranno allo scoperto, tutti hanno in testa un unico pensiero: i nuovi farmaci contro il cancro costano troppo. Bisogna trovare una soluzione per questa che i medici chiamano «tossicità finanziaria».

L'Aiom, l'associazione degli oncologi italiani, rilancia da Chicago una proposta: un Fondo speciale da finanziare con le accise sul fumo, un centesimo in più a sigaretta per colpire una delle cause del tumore. L'idea piace a molti. E potrà tappare una falla. Ma non basta perché si è rotto un equilibrio, bisogna trovarne uno nuovo.

«Dobbiamo smetterla di mettere in commercio farmaci senza avere idea di quanto costeran-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. I 2016: 2.242.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

03-GIU-2016
da pag. 20
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

no — chiarisce Pier Franco Conte, responsabile dell'oncologia medica dell'ospedale di Padova — Il prodotto dev'essere valutato stabilendo una relazione tra la sua efficacia e il suo costo. Ora invece si mette in commercio il farmaco valutandone solo l'aspetto medico e poi le aziende decidono il prezzo». Sapendo che: non importa quanto costerà, se un farmaco esiste i pazienti lo vorranno. E saranno disposti a tutto. Negli Usa, una persona malata di cancro è la prima causa di fallimento delle famiglie.

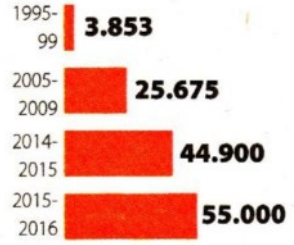
Ma non è tutto: i nuovi e costosi farmaci sono approvati in seguito a sperimentazioni cliniche che «non rappresentano la realtà, ma sono un modello artefatto — spiega Conte, che ne ha fatte a decine — Invece noi abbiamo bisogno di sapere come il farmaco si comporta nella vita reale. Quindi bisogna obbligare le aziende a fare studi *real life*, così potremo valutare l'efficacia e in base a quella rinegoziare il costo».

Perché questo è il pasticcio in cui siamo finiti: compriamo a scatola chiusa prodotti costosissimi, spesso non migliori di quelli che già abbiamo, e senza nemmeno sapere quanto saranno davvero utili. Eppure li compriamo. Da una parte c'è il cancro, dall'altra la speranza: sostanze che allungano la vita, a volte di tanto a volte di un niente. In attesa di altre che la allungano ancora un po', poi un altro po'. E si può vivere per anni.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

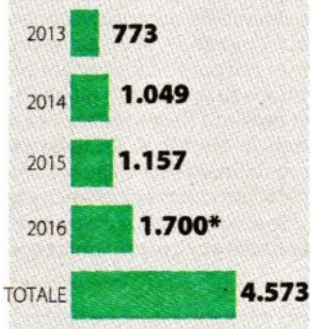
Costo medio di una terapia oncologica

(in euro)



Ospedali fuori controllo

Disavanzo per la spesa ospedaliera per i farmaci in Italia (a eccedere il budget annuale) in milioni di euro



* previsione su dati Osmed

I numeri che contano

3 milioni
gli italiani che combattono il cancro

363.300
i nuovi casi nel 2015

132
i farmaci antitumorali disponibili

4,2 miliardi
la spesa complessiva per i farmaci oncologici nel 2015

252 giorni
il tempo che passa tra la messa in commercio di un farmaco e il momento in cui il Servizio sanitario lo fornisce gratuitamente

100 miliardi di dollari
la spesa mondiale per gli oncologici nel 2017

13 miliardi di dollari
quanto incasseranno nel mondo 2020 i primi tre farmaci immunologici

Fonte: nostre elaborazione su dati Osmed e VIII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

©RIPRODUZIONE RISERVATA

IL RECORD
Oggi il costo medio di una terapia oncologica è di 55mila euro, nel 1999 erano meno di 4mila

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 148.954
Diffusione 03/2016: 76.956
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

03-GIU-2016
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tra speranza e illusione

Vaccino contro i tumori: la frenata degli scienziati

Perplessità dei medici dopo la notizia-bomba pubblicata da «Nature»
«È solo una sperimentazione. Ma ora i nostri telefoni impazziranno»

363mila
Le nuove diagnosi di tumore che vengono fatte ogni anno nel nostro Paese

60%
La percentuale di vivi 5 anni dopo la diagnosi: il 63% delle donne e il 57% degli uomini

Maria Sorbi

Milano Poter scrivere che esiste un vaccino contro i tumori è la notizia che tutti i giornalisti vorrebbero dare, il titolo più bello fra tutti. Soprattutto per la generazione di chi, come noi, ha visto spezzarsi famiglie e amicizie per colpa di cancri, a volte lentissimi, a volte fulminei, sempre logoranti. La scienza ci dice quello che vorremmo sentire da anni. E cioè che il vaccino c'è. Lo pubblica *Nature*, una delle riviste scientifiche più attendibili e antiche. Quindi è vero, è fatta, non ci ammaleremo più. Ma alla maggior parte delle persone sfugge un «dettaglio»: *Nature* è la rivista che annuncia le sperimentazioni. Certificate, con risultati che promettono cure vere. Ma pur sempre sperimentazioni.

I medici e gli scienziati frenano. Non per fare i guastafeste, ma per non illudere i pazienti. Troppe volte abbiamo esultato per cure Di Bella e affini ma abbiamo dovuto restare ancorati alle vecchie ed uniche terapie anti cancro, chemio e radioterapia in testa. Ora, la strada sembra quella giusta ma è davvero presto, tropo presto, per gioire.

«So che lunedì i pazienti ci faranno esplodere i telefoni degli studi medici dopo questa notizia. E anche stavolta, se ridimensioniamo le cose, le mamme ci accuseranno di negare le cure ai loro figli» prevede Mario Santinami, direttore della struttura Complessa di chirurgia Melanoma e Sarcoma dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano. Lui, esperto di melanomi, ha letto con attenzione la ricerca, che parte proprio dal suo settore. «Ma teniamo ben presente di cosa stiamo parlando - sollecita - Cioè di una sperimentazione fatta su due topi e tre pazienti. Da qui a dire che il vaccino funziona il salto è troppo azzardato». Detto questo, con tutte le cautele del caso, Santinami è ottimista ed è convinto che la strada sia quella giusta. Se non altro perché «il vaccino non agisce più per distruggere le cellule della malattia, ma educa il sistema immunitario a combattere il tumore. Però, prima di dire che il vaccino c'è, calma, aspettiamo la sperimentazione clinica. E per quella ci vorranno almeno due anni, anche perché bisogna avere il tempo di testare la capacità di sopravvivenza dei pazienti».

Va con i piedi di piombo anche Silvio Garattini, scienziato e direttore dell'istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri» di Milano: «È stato fatto un buon passo avanti, ma non è la soluzione - spiega - Il progetto è molto promettente. Intendiamoci, non è una cura Di Bella. Questa è una cosa seria. Ma bisogna capire su quali tipo di tumori agisce, a che stadio, quali cellule reagiranno e quali no. Insomma, è troppo presto per un risultato reale. Ci vorrà ancora parecchio tempo».

La frenata sulla ricerca tedesca e sul vaccino universale contro i tumori arriva anche da Paolo Ascierto, direttore della struttura complessa di oncologia medica e terapie innovative dell'Istituto nazionale tumori Fondazione Pascale di Napoli: «La ricerca è molto interessante e innovativa, ma anche molto preliminare. Conferma comunque il potenziale dell'immunoterapia contro i tumori». Al di là dell'annuncio del vaccino, l'oncologo testimonia l'ottimismo crescente tra i medici sui risultati delle ricerche contro il cancro. «Abbiamo già farmaci importanti che hanno dimostrato il loro effetto non solo contro il melanoma, ma anche contro il cancro testa-collo, quello della vescica e altre neoplasie. La ricerca contro il cancro va avanti e ai risultati già ottenuti con i nuovi anticorpi monoclonali si aggiungono quelli degli studi sull'immunoterapia». Insomma, in qualche modo una svolta c'è stata e nel giro di qualche anno il tumore potrebbe realmente essere dominato. Ma il condizionale è d'obbligo. «Cerchiamo di rispettare i pazienti e le loro famiglie, non illudiamoli prima del tempo».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 148.954
Diffusione 03/2016: 76.956
Lettori Ed. I 2016: 500.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

03-GIU-2016
da pag. 20
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Istituto Tumori

MARIO SANTINAMI

Ci vuole calma Non possiamo illudere così i pazienti

Istituto Negri

SILVIO GARATTINI

Buon passo avanti ma non è la soluzione, ci vuole tempo

Istituto Pascale

PAOLO ASCIERTO

Ricerca molto interessante ma è in fase preliminare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 43.501
Diffusione 03/2016: 36.072
Lettori Ed. I 2016: 282.000
Quotidiano - Ed. Sardegna

Nuova Sardegna

Dir. Resp.: Andrea Filippi

03-GIU-2016
da pag. 5
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

RIVOLUZIONARIA RICERCA DELL'ATENEO DI SASSARI

Micro-navette killer dei tumori

Iniettate, agganciano le cellule cancerose e le eliminano

È come se una navicella spaziale atterrasse su un pianeta ostile, penetrasse sotto terra e lì si aprisse per rilasciare sostanze tossiche per distruggerlo. Così funziona il sistema al centro di una ricerca tutta sassarese: la realizzazione di nanovettori capaci di trasportare un farmaco chemioterapico verso cellule tumorali.

GRIMALDI A PAGINA 5

LA RICERCA A SASSARI

Le nanoparticelle trasportano i farmaci che curano il cancro

Come piccole navi fanno viaggiare i medicinali nel corpo L'équipe le ha utilizzate per aggredire le cellule tumorali

» Un sistema rivoluzionario messo a punto da un team di ricercatori dell'università di Sassari in collaborazione con i colleghi del Michigan negli Usa

» Le nanonavette consentono di veicolare i chemioterapici direttamente nelle cellule per ridurre gli effetti collaterali e massimizzare l'efficacia

di Gabriella Grimaldi
SASSARI

È come se una navicella spaziale atterrasse sulla superficie di un pianeta ostile, penetrasse sotto terra e lì si aprisse per rilasciare una qualche sostanza tossica in grado di distruggerlo. Così funziona il sistema al centro di una ricerca tutta sassarese pubblicata nella massima rivista mondiale di chimica farmaceutica. Bisogna soltanto ridurre le dimensioni di questi elementi a un miliardesimo di metro e il gioco è fatto: si tratta della realizzazione di nanovettori capaci di trasportare un farmaco chemioterapico verso le cellule tumorali del pancreas, di riconoscerle e di agganciarle con specifici peduncoli. Una volta agganciate, i nanovettori si introducono dentro le cellule malate come avveniristici cavalli di Troia e dall'interno sprigionano le molecole letali per quelle cellule facendole morire.

Un sistema rivoluzionario messo a punto da un team di ricercatori appartenenti all'università di Sassari coordinati da Mario Sechi, del dipartimento di Chimica e Farmacia, in collaborazione con il collega Nouri Neamati dell'università del Michigan negli Stati Uniti. Dopo avere sviluppato una classe di prototipi di farmaci antitumorali con un nuovo meccanismo di azione, i ricercatori hanno pensato di incrementarne l'efficacia veicolandoli tramite nanonavette intelligenti, in grado di riconoscere selettivamente le cellule cancerose pancreatiche. «L'adenocarcinoma pancreatico - spiega il professor Sechi - è una delle forme tumorali più aggressive e letali, difficile da diagnosticare e con un alto grado di metastatizzazione e chemioresistenza. Ecco perché abbiamo lavorato alla realizzazione di un farmaco con un innovativo meccanismo di azione che è ancora allo studio, ma soprattutto all'ideazione di un sistema, quello delle nanonavette,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 43.501
Diffusione 03/2016: 36.072
Lettori Ed. I 2016: 282.000
Quotidiano - Ed. Sardegna

Nuova Sardegna

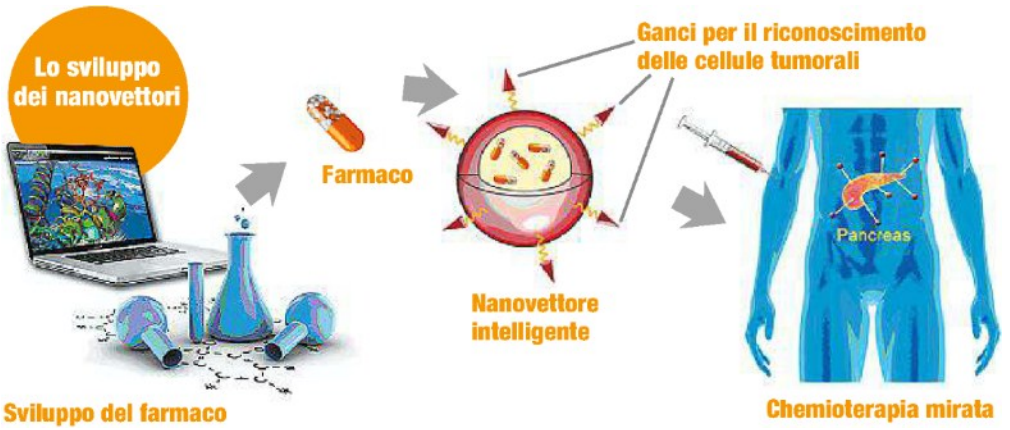
Dir. Resp.: Andrea Filippi

03-GIU-2016
da pag. 5
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

che consentisse di veicolare i farmaci direttamente nelle cellule tumorali per rindurne gli effetti collaterali e massimizzarne l'efficacia». I prototipi dei farmaci sviluppati in effetti avevano mostrato una promettente attività farmacologica nei test preclinici e al fine di incrementarne l'efficacia terapeutica sono stati inseriti all'interno di speciali nanoparticelle, capaci di viaggiare nella circolazione sanguigna. I nanovettori messi a punto dal team sardo sono quindi assimilabili a vere e proprie "pallottole magiche", che consentono di veicolare selettivamente tali sostanze sui siti bersaglio. In particolare, in questo studio sono state realizzate nanoparticelle polimeriche di dimensioni dell'ordine del miliardesimo di metro, caricate con il prototipo di farmaco antitumorale precedentemente sviluppato e densamente decorate sulla superficie con piccoli gancetti capaci di riconoscere e di interagire con delle strutture specifiche (denominate "Plectina-1"), presenti sulla superficie delle cellule tumorali pancreatiche. La presenza di questi ganci, nel favorire l'interazione tra il "nanobus" e la cellula cancerosa, consente la veicolazione selettiva del farmaco verso tali bersagli. Inoltre, sul guscio della particella è presente anche uno scudo molecolare che rende la nanonavetta invisibile ai macrofagi, le cellule che ci difendono dall'intrusione delle sostanze estranee nell'organismo.

I risultati dello studio, dal titolo "Targeted Nanoparticles for the Delivery of Novel Bioactive Molecules to Pancreatic Cancer Cells", sono stati appena pubblicati sulla rivista "Journal of Medicinal Chemistry", la più prestigiosa della chimica farmaceutica a livello internazionale. Il lavoro è stato progettato e condotto dal Laboratorio di Drug Design and Nanomedicine di UniSS, diretto da Mario Sechi (chimico farmaceutico), in collaborazione con Vanna Sanna (nanotecnologa), Nicolino Pala (chimico farmaceutico), Salvatore Nurra (chimico farmaceutico), e Salvatore Marceddu (esperto di microscopia elettronica), in sinergia con il gruppo statunitense di Nouri Neamati.

«È attualmente in corso - spiegano i ricercatori - un ampio progetto di sviluppo di questa nuova classe di farmaci e dei nanosistemi intelligenti, a completamento della fase di sviluppo preclinico, nella prospettiva di uno studio clinico vero e proprio».



L'ALLARME

Per la ricerca servono altri fondi

Insieme ai risultati squisitamente scientifici ottenuti, il progetto del team di Sassari ha consentito di conseguire altri importanti obiettivi, come la condivisione di competenze multidisciplinari (dalla chimica farmaceutica, alle nanobiotecnologie, alla biologia) che ha portato sia al rafforzamento dell'attività di collaborazione tra il gruppo di ricerca sardo e quello statunitense, sia alla generazione di una solida piattaforma sperimentale che sta consentendo di sviluppare ulteriori progetti nel settore dei nuovi farmaci. Su questi successi, purtroppo, l'ombra della mancanza di fondi per la ricerca e la penuria di risorse umane: fattori che potrebbero causare l'interruzione di molti di questi studi. (g.g.)

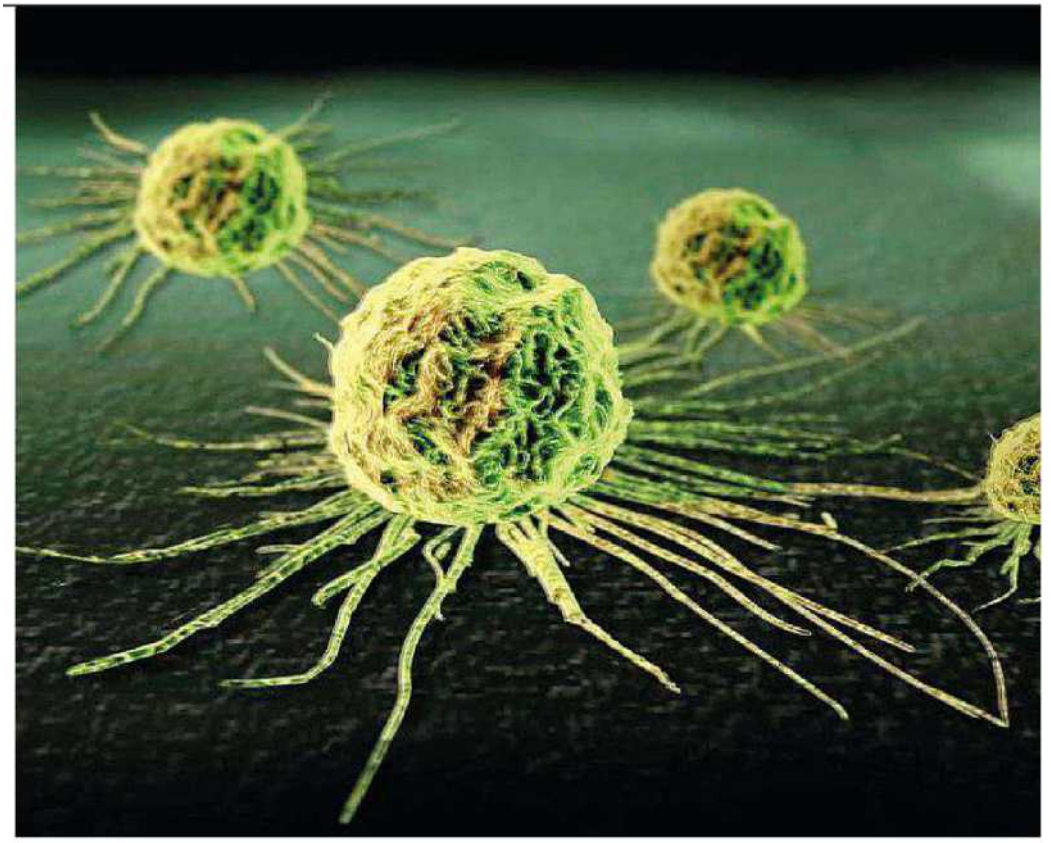
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 43.501
Diffusione 03/2016: 36.072
Lettori Ed. I 2016: 282.000
Quotidiano - Ed. Sardegna

Nuova Sardegna

Dir. Resp.: Andrea Filippi

03-GIU-2016
da pag. 5
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



Alcune cellule tumorali ingrandite al microscopio elettronico

Il team di ricerca: da sinistra Vanna Sanna, Mario Sechi, Nicolino Pala

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 76.141
Diffusione 03/2016: 37.200
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

03-GIU-2016
da pag. 28
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Cure all'estero rimborsabili

Via libera del Cds al decreto del ministero della Salute che consentirà agli italiani di ricevere prestazioni sanitarie in tutta Europa e poi farsi restituire i costi dal Ssn

Scheda di dimissioni ospedaliere sul modello europeo. Per accelerare i rimborsi nel caso di cure mediche sostenute all'estero ed evitare che essi siano solo parziali. Dopo il via libera del Consiglio di stato è ormai in dirittura il decreto del Ministero della salute che porta avanti la costruzione di una base informativa, la Sdo appunto, riconosciuta in tutti i Paesi Ue, in Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

De Stefanis a pag. 28

Dopo il disco verde del Consiglio di stato il decreto è ormai in dirittura d'arrivo

Cure all'estero, rimborsi veloci

Grazie alla scheda di dimissioni ospedaliere stile Ue

DI CINZIA DE STEFANIS

Scheda di dimissioni ospedaliere sul modello europeo. Per accelerare i rimborsi nel caso di cure mediche sostenute all'estero ed evitare che essi siano solo parziali. Dopo il via libera del Consiglio di stato con il parere numero 00846/2016, è ormai in dirittura il decreto del ministero della salute recante modifiche e integrazioni del dm 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera (Sdo)». Con esso si porta avanti la costruzione di una base informativa, la Sdo appunto, riconosciuta in tutti i paesi dell'Unione europea, in Svizzera, nello spazio economico europeo (Norvegia, Islanda, e Liechtenstein) e nei paesi in convenzione, con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale. Grazie a questa scheda uguale per tutti si rafforza il diritto dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, che comporta la messa a carico dello stato dei costi per la tutela degli assistiti.

Il decreto sulla Sdo conferisce al tema della mobilità sanitaria internazionale un impulso senza precedenti. L'apertura al libero mercato pone inevitabilmente in concorrenza i differenti sistemi nazionali, rappresentando al contempo un'opportunità di sviluppo e una sfida per il servizio sanitario nazionale (Ssn) dato il probabile aumento del flusso di pazienti che si sposteranno tra i paesi dell'Unione per ricevere cure e il corrispettivo impatto economico e organizzativo sulle risorse interne destinate all'assistenza sanitaria. Lo stesso offre un'opportunità a tutti i cittadini dell'Unione europea, garantendo loro una più ampia offerta di prestazioni, sancendo peraltro l'obbligo per gli stati membri di fornire al pubblico tutte le informazioni necessarie circa le procedure di rimborso e di autorizzazione, ma anche in merito agli standard di qualità e di sicurezza e all'affidabilità del prestatore di assistenza sanitaria attraverso l'istituzione di «uno o più punti di contatto nazionali» ad hoc per l'assistenza sanitaria transfrontaliera. La scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), istituita con decreto del inistero della sanità del 28 dicembre 1991 e da compilare per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, è parte integrante della cartella clinica, di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele (insieme al registro operatorio, ossia il verbale di ogni intervento chirurgico), e nella sua nuova veste sarà finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile, delle principali informazioni contenute nella cartella stessa, ossia di tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente (in modo da poter ricostruire la «storia» della degenza del paziente all'interno di un istituto di cura dall'accettazione fino alla dimissione). Tutte condizioni necessarie affinché ciascuno stato (e dunque anche l'Italia) possa riconoscere in tempi stretti e non solo parzialmente i costi sostenuti e provvedere alla loro copertura.

© Riproduzione riservata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 76.141
Diffusione 03/2016: 37.200
Lettori Ed. I 2016: 115.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

03-GIU-2016
da pag. 28
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Così la mobilità sanitaria internazionale

Riconoscimento del diritto dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera
Possibilità di recarsi in uno stato membro diverso da quello di appartenenza al fine di riceverne cure e ottenere al proprio rientro il relativo rimborso
Obbligo per gli stati membri di fornire al pubblico tutte le informazioni necessarie circa le procedure di rimborso e di autorizzazione, ma anche in merito agli standard di qualità e di sicurezza e all'affidabilità del prestatore di assistenza sanitaria attraverso l'istituzione di «uno o più punti di contatto nazionali» ad hoc per l'assistenza sanitaria transfrontaliera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media