

SANITA':LORENZIN,TAGLI A REGIONI NON INCIDERANNO SU CITTADINI

(ANSA) - ROMA, 23 APR - I 700 milioni di euro che devono essere recuperati dalle Regioni non incideranno sui servizi ai cittadini. Su questo, la mano sul fuoco "ce la metto io". Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ospite della trasmissione Coffee Break su La7. I risparmi previsti, a aggiunto, derivano da tagli "in beni e servizi non sanitari", ovvero "appalti, gare, contenziosi". Nello specifico, per quello che riguarda la spesa sanitaria, non si ridurranno "farmaci, ne' servizi alla persona", bensì si interverrà su "gas, lavanderia, pulizie. Ogni regione avrà la possibilità di rimodulare al proprio interno, liberamente, con i margini che ritiene necessario". "I nostri dicasteri - ha spiegato Lorenzin - hanno lavorato sulla spending per un taglio della spesa strutturale non una tantum, per questo, per il 2015-2016 sono indicati dei tagli della spesa non lineari. Ma sono misure che hanno bisogno di tempo per essere attuate, non si realizzano in un giorno".(ANSA).

Enti locali

I governatori: basta con interventi lineari

Hanno evitato di perdere 2,4 miliardi destinati alla sanità ma non possono sottrarsi dal dovere di contribuire con 700 milioni al risanamento dei conti. Sono le Regioni italiane, che oggi, in una **Conferenza straordinaria** dovranno discutere sul come e dove tagliare. Il dl Irpef, infatti, prevede che tra Stato, Regioni ed Enti locali i risparmi debbano ammontare complessivamente a 2,1 miliardi, 700 milioni ciascuno. Renzi ha dato a tutti 60 giorni per indicare dove procedere con i tagli, altrimenti a intervenire sarà Cottarelli. «Noto con dispiacere che la promessa non è stata mantenuta, visto che a suo tempo era stato spiegato che la stagione dei tagli ai Comuni era finita e che si sarebbe operata una redistribuzione tra Municipi virtuosi e non», commenta il vicepresidente Anci, Alessandro Cattaneo.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Sanità**Rimborso
integrale
se la Regione
non dà le cure****Maria Luisa Mastrogiovanni**

I cittadini hanno diritto alle cure. Se la Regione non è attrezzata e può provvedere solo convenzionandosi con privati, deve garantire loro il rimborso integrale delle prestazioni urgenti. Perciò le norme regionali che limitano il rimborso, pur motivate da ragioni di bilancio, non hanno valore. Lo afferma la sentenza 966/2014, pronunciata dalla coordinatrice dei giudici di pace di Lecce.

La decisione riguarda i casi di tre pazienti e va oltre le precedenti sull'assenza nelle strutture sanitarie pubbliche della provincia di Lecce di apparecchi Pet-Tc. La Regione Puglia si è convenzionata con privati, fissando per ciascuno un tetto. Uno ha sfornato e ai pazienti ha chiesto il pagamento diretto.

La sentenza ricorda che il **diritto alla salute** è insopprimibile (articolo 32 della Costituzione). Per garantirlo ai malati oncologici, la Regione aveva emanato un regolamento, il n. 14/09, che prevedeva nel Leccese due Pet-Tc ed è rimasto inattuato. Di qui l'inadempimento della Regione, che ha assegnato fondi per prestazioni effettuate da privati. Ma ciò non sarebbe un rimedio, in quanto subordinato alla disponibilità di fondi sufficienti. Chi a causa del loro esaurimento ha dovuto pagare di tasca propria ha diritto al rimborso dalla Regione. Il diritto era stato riconosciuto da precedenti sentenze a 50 pazienti, ma in casi in cui la Regione non aveva ancora stanziato le risorse, inadempimento più grave.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mercoledì 23 APRILE 2014

Ricerca sanitaria pubblica. Corte dei conti: “Quasi tutte le risorse al Nord. Ai privati i 2/3. Al top il San Raffaele di Milano

Lo rileva un'apposita indagine con riferimento al periodo 2007/2012. Al Nord Italia, dove c'è il maggior numero degli Irccs, va il 63% della ricerca finalizzata e il 72% di quella corrente. L'istituto milanese (ex di Don Verzé) sempre in testa alla classifica dei finanziamenti. [IL RAPPORTO INTEGRALE](#)

Si sapeva, ma vederlo scritto nero su bianco fa un certo effetto. In Italia la ricerca sanitaria è una storia quasi esclusiva del Nord. A darcene la conferma è un'indagine della Corte dei conti appena resa nota che ci dice come, per quanto concerne la ricerca corrente, il 72% dei finanziamenti va al Nord, il 21% al Centro e il 7% al Sud. E lo stesso, più o meno, per la finalizzata dove il 63% va al Nord, il 32% al Centro, il 4% al Sud.

“Nell'indagine sulla ricerca sanitaria pubblica con riferimento al periodo di tempo che va dal 2007 al 2011, con aggiornamento al 2012 – si legge in una nota della Corte dei conti - sono delineati gli elementi essenziali del quadro normativo che regola la materia, si definiscono le due tipologie della ricerca sanitaria pubblica (corrente e finalizzata) e i soggetti che la attuano (gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – IRCCS), si illustrano i meccanismi selettivi per l'individuazione dei progetti da finanziare, si espongono le risultanze contabili registrate nel periodo, si mettono in evidenza le criticità che il sistema appare presentare, si prospettano possibili ambiti di miglioramento”.

“Nel complesso – prosegue la nota - si può affermare che nel sistema della ricerca sanitaria finanziata con risorse pubbliche vi è la consapevolezza della necessità di individuare processi di selezione che siano trasparenti (obiettività e terzietà delle selezioni), tempestivi (durata minima del processo valutativo), congrui rispetto ai bisogni di progressi scientifici nell'area clinico-medica (concentrazione delle risorse sui temi prioritari individuati dal Piano sanitario nazionale e dal Piano nazionale della ricerca)”.

“Per quanto concerne questi tre obiettivi – sottolinea la Corte - va detto che quello della trasparenza sia in buona misura conseguito, l'obiettivo della tempestività sembra invece necessitare della predisposizione di incisivi meccanismi di accelerazione; per quanto riguarda il terzo obiettivo, si può prudentemente sostenere che gli indirizzi delle direttive ministeriali siano in buona misura rispettati”.

“L'analisi – prosegue la Corte - ha fatto emergere profili di rilevante concentrazione, in primo luogo geografica, poiché il numero maggiore di IRCCS si addensa nelle sole regioni della Lombardia e del Lazio, poi di concentrazione della maggior parte delle risorse finanziarie su pochissimi IRCCS ed in particolare su uno, l'Istituto San Raffaele di Milano; anche il rapporto di distribuzione delle risorse tra IRCCS pubblici e privati è in misura rilevante a favore di questi ultimi, poiché tali risorse vanno per 2/3 ai privati e per 1/3 ai pubblici; un ulteriore fenomeno di concentrazione riguarda invece le discipline trattate dall'insieme dei progetti finanziati: infatti, per la ricerca corrente, all'oncologia va il 28% dei finanziamenti e alle neuroscienze il 22%, mentre nella finalizzata, il 30% dei finanziamenti va alle neuroscienze e il 20% all'oncologia; del resto, tale ultimo fenomeno può essere almeno in parte motivato con le indicazioni stesse del Piano sanitario nazionale e delle direttive ministeriali”.

“Per quanto concerne la gestione delle risorse – spiega ancora la nota - la complessa procedura che presiede alla assegnazione dei finanziamenti, specie nella ricerca finalizzata, genera una evidente criticità nei tempi di erogazione: nel periodo 2007-2011 i residui sono costantemente intorno ai 160 milioni, rispetto a stanziamenti di competenza che negli anni oscillano tra i 117 e i 53 milioni di euro, denotando la tendenza dell'amministrazione a riportare all'esercizio successivo la competenza stessa”.

“A tal riguardo – aggiunge ancora la Corte - l'Amministrazione ha rappresentato la circostanza che per altri comparti il legislatore ha previsto specifiche deroghe ai generali termini di perenzione, le quali potrebbero essere considerate anche nell'ambito della ricerca sanitaria”.

Anche i tempi necessari per completare le procedure di verifica dei risultati – secondo quanto emerge dal riscontro a campione sui progetti della ricerca finalizzata – appaiono per la Corte meritevoli di ulteriori ridimensionamenti.

“Per quanto attiene in particolare la verifica del completamento dei progetti di ricerca – conclude la Corte dei conti - è emerso che il Ministero compie periodici riscontri sullo stato di avanzamento dei progetti, cui è collegata l'erogazione delle *tranches* di finanziamento. In merito al riscontro degli "impatti" dei progetti, è particolarmente avvertita l'esigenza di predisporre strumenti di analisi innovativi, non solo per individuare le ricadute cliniche dei progetti medesimi, ma soprattutto per verificare l'accoglienza della comunità scientifica riservata ai risultati, sebbene i tempi di realizzazione di tali strumenti risultino in ogni caso particolarmente ampi”.

Le considerazioni finali e le raccomandazioni della Corte dei conti

Considerata la limitatezza delle risorse disponibili per la ricerca, occorre evitare la loro dispersione, favorendo invece la aggregazione e la cooperazione tra soggetti istituzionali anche a livello sovranazionale; di questa esigenza il Ministero appare consapevole e del resto in questa direzione si muove Horizon 20/20, Programma-quadro europeo per la ricerca e l'innovazione, dove è disegnato nitidamente il ruolo strategico della ricerca quale strumento di sviluppo economico e sociale, attuato secondo modelli di cooperazione e di integrazione.

Con riferimento alla tempistica, l'analisi ha rilevato tempi eccessivamente lunghi tra l'avvio delle procedure e la pubblicazione dei bandi (oltre 12 mesi); così pure sarebbe necessaria una ragionevole riduzione dei tempi della valutazione riservata ai *referees* (6/9 mesi). Infine, non si può non rilevare che i termini di perenzione in questo contesto peculiare non appaiono congrui con i tempi di completamento dei progetti, laddove per altri comparti il legislatore ha disposto specifiche deroghe che potrebbero essere valutate anche in questa fattispecie.

Proprio perché le risorse disponibili per la ricerca sono limitate, occorre avere bene a mente i rischi che vanno assolutamente evitati: quello di disperdere tali risorse in troppi progetti slegati gli uni dagli altri, fallendo l'obiettivo di creare una “massa critica” adeguata; quello di non adeguare alle esigenze di avanzamento biomedicale del Servizio Sanitario Nazionale i contenuti dei singoli progetti; quello di gestire in modo inefficiente le risorse, ricorrendo per esempio a procedure di valutazione dei progetti che producono ritardi eccessivi.

E' necessario quindi: concentrare per quanto possibile l'impiego delle risorse secondo principi di priorità, per ottenere adeguate “masse critiche” per ciascuna disciplina; enfatizzare la ricerca della congruità dei contenuti dei progetti con gli obiettivi del PSN; garantire una gestione efficiente delle risorse assicurando puntualità, speditezza e certezza dei finanziamenti.

Allo stesso tempo, andrebbe perseguito l'obiettivo di mantenere, pur nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale e dalle direttive ministeriali, una migliore ponderazione tra le varie discipline, sia per la ricerca corrente che per la finalizzata, così come di garantire una distribuzione meno squilibrata tra i vari territori regionali.

E' ovvio che, essendosi adottati criteri di selezione pressoché oggettivi, a garanzia della trasparenza delle procedure, si finisce per privilegiare gli Istituti economicamente e scientificamente più “forti” che

finiranno per diventarlo ancora di più a scapito dei più “deboli”.

Si potrebbe forse ovviare conferendo ulteriori funzioni riequilibratrici, sempre nel massimo di trasparenza possibile, alla CNRS, con il compito di garantire, entro limiti attentamente predeterminati, un accesso più equilibrato alle risorse per tutti i soggetti del sistema.

Peculiare punto di criticità riguarda, per la ricerca finalizzata, la lunghezza dei tempi che intercorrono dalla pubblicazione dei bandi alla fase di effettivo finanziamento dei programmi e che si riverbera contabilmente nella formazione di residui passivi che vanno decisamente ridimensionati.

In ogni caso l'Amministrazione a tale riguardo ha rappresentato la circostanza che per altri comparti il legislatore ha previsto specifiche deroghe ai generali termini di perenzione, le quali potrebbero essere considerate anche nell'ambito della ricerca sanitaria.

Si è già rilevato (cfr. pag. 31) che nel periodo considerato l'importo dei residui totali oscilla intorno ai 160 milioni per anno. In realtà, salvo l'ovvia necessità di più puntuali approfondimenti e l'oggettiva presenza di numerose fasi procedurali, appare assai ampio l'intervallo che trascorre tra l'avvio delle procedure e la pubblicazione dei bandi (oltre 12 mesi), così come si potrebbe lavorare su una ragionevole riduzione dei tempi della valutazione riservata ai *referees* (attualmente 6/9 mesi) e su uno snellimento dei tempi richiesti per le valutazioni finali da parte del Ministero.

Da ultimo, non appaiono ancora del tutto ben definite le procedure che consentano la valutazione scientifica dei risultati dei programmi di ricerca, soprattutto per quanto concerne le ricadute cliniche di tali programmi e l'accoglienza che la comunità scientifica riserva loro; infatti il ricorso al cosiddetto Citation Index (vedi paragrafo 5) presenta tempi di realizzazione estremamente prolungati (fino a dieci anni).

TUMORI

L'allarme dell'Oncoguida dell'Aimac: pochi i centri di cura affidabili in Italia

Sono pochi in Italia i centri oncologici da "bollino verde", che trattano cioè un numero sufficiente di casi da garantire ai pazienti l'affidabilità minima. Il giudizio emerge dall'"Oncoguida" presentata ieri a Roma dall'associazione Aimac, e realizzata sulla base dei dati del ministero della Salute e dell'Iss con le società scientifiche del settore, da cui emerge che le strutture del sud sono spesso sotto la media. I dati, disponibili sul sito *oncoguida.it*, sono aggiornati in tempo reale, e identificano in ogni regione, tra le strutture di cura dei tumori, i "Centri ad alto volume di attività", identificati in base a diversi parametri tra cui il numero di casi trattati e la degenza media. Su oltre 10mila strutture, spiega il presidente Aimac, Francesco De Lorenzo, solo 1.787 hanno meritato il bollino. Se si naviga nel sito, solo per i due tumori più diffusi in Italia, quello del colon-retto e quello della mammella, le differenze tra regioni appaiono molto grandi. In Abruzzo solo 3 strutture su 26 per la mammella e 2 su 30 per il colon, circa il 7%, hanno il bollino; in Campania 8 su 105 per la mammella e 9 su 102 per il colon, in Calabria 2 su 35 e 2 su 48, in Sicilia 8 su 103 e 10 su 93. Dall'altra parte della classifica ci sono Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana, tutte intorno al 30% e la Liguria che ha un ottimo 36% per il colon retto ed è intorno al 30% per la mammella, mentre Lazio e Lombardia sono nella media nazionale.



Il commento

L'ILLUSIONE
DURATA
SETTE ANNI

di LUIGI RIPAMONTI

Che cosa resta di 7 anni di illusioni? Le regole violate e la tristezza di constatare che nella vicenda Stamina è stata data un'interpretazione talvolta discutibile del termine «compassione».

A PAGINA 10

LE REGOLE VIOLATE
E UN'ILLUSIONE
DURATA SETTE ANNI

di LUIGI RIPAMONTI

Ora che le indagini della Procura di Torino relative a fatti iniziati nel 2007 si sono concluse, al di là di qualsiasi considerazione si voglia esprimere, rimane una tristezza di fondo nel constatare che pietra angolare della vicenda Stamina è stata un'interpretazione talvolta discutibile del termine «compassione». Le infusioni per malati disperati sono state invocate in quanto «cure compassionevoli», e sotto questa veste sono state esibite al pubblico giudizio, sebbene numerosi addetti ai lavori abbiano offerto argomentate obiezioni sulla possibile inclusione nella categoria delle cure compassionevoli per il trattamento in questione. Sono stati con ogni probabilità ispirati da sincera compassione anche i molti giudici che hanno chiesto e ottenuto, con provvedimenti in nome del popolo italiano, che le staminali fossero infuse ai malati che ne facevano richiesta. Erano, ancora, senza dubbio, mossi da compassione verso i pazienti alcuni medici che ora, a quanto si apprende, si sarebbero pentiti di aver certificato l'utilità del trattamento senza procedere ad altri approfondimenti oltre alle verifiche anamnestiche (l'intervista al malato o ai suoi familiari) e a quelle obiettive (la «visita»). Volendo spingersi oltre, fatti salvi gli interessi economici al vaglio della magistratura, si può anche concedere che molti degli altri protagonisti della vicenda, siano

stati motivati da sincera compassione.

Però la compassione finisce di essere tale quando diventa illusione: quasi un ossimoro, dal momento che illudere è un modo di ingannare, quindi un'azione antitetica rispetto al compatire (dal greco sun-pascho= soffro insieme). E per illusione, nel caso in questione, non si intende tanto o solo un'eventuale mancata corrispondenza fra aspettativa prospettata al paziente e risultato conseguito. L'illusione decisiva, fondamentale, è stata quella di alcuni attori della vicenda, che hanno creduto di potersi disancorare dalle regole che governano la ricerca e il procedimento sperimentale in medicina.

Regole che, vale la pena ricordarlo ancora una volta, non esistono per il sadismo di un'ipotetica casta di scienziati gelosi della libera iniziativa di geniali outsider. Gelosie e meschinità nel mondo scientifico trovano albergo come in qualunque altro settore lavorativo e sociale, ma le regole sperimentali, quelle che esigono condivisione e trasparenza sulle procedure e sulla raccolta dei dati, pur con tutti i loro limiti, si sono formate e affinate nel corso del tempo per valutare la reale efficacia delle terapie e per scongiurare il rischio che i malati vengano usati come cavie inconsapevoli, magari anche con le migliori intenzioni, magari in un impeto di compassione. Ma se è giusto impietosirsi per gli animali che vengono utilizzati a scopo sperimentale, non dovremmo fare altrettanto anche davanti a un bambino sottoposto a un trattamento di cui a nessuno, tranne chi lo pratica, è dato di sapere esattamente, in termini precisi e inequivocabili, in che cosa consiste? Nelle pubblicazioni scientifiche la voce «materiali e metodi» precede quelle dedicate a «risultati» e «conclusioni». È, quindi, evidentemente, una premessa indispensabile. Si tratta di considerazioni di carattere generale, metodologico appunto: finché l'iter dei processi non avrà fatto per intero il suo corso è giusto e sensato astenersi dallo spendere giudizi su chi è stato protagonista della vicenda Stamina, magari anche suo malgrado. Però si spera almeno che l'intera vicenda serva da monito a un Paese, e in particolare ad alcune sue istituzioni, perché in circostanze simili, in futuro, si agisca con meno leggerezza e superficialità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sclerosi, i malati aspettano la cura da un anno

IL LABIRINTO DELLA BUROCRAZIA BLOCCA LA VENDITA DEL SATIVEX, FARMACO A BASE DI DERIVATI DELLA CANNABIS

di **Alessio Schiesari**

Quando, nell'aprile 2013, viene pubblicata in Gazzetta Ufficiale l'autorizzazione alla commercializzazione del Sativex, centinaia di malati di sclerosi multipla pensavano di avercela fatta: finalmente anche in Italia diventa disponibile il primo farmaco a base di cannabinoidi, gli estratti della pianta di cannabis. Non avevano però fatto i conti con la farraginosa burocrazia italiana e la cronica penuria di risorse degli ospedali per i nuovi farmaci. A un anno di distanza invece sono ancora centinaia i pazienti in attesa. In Italia l'uso del Sativex è permesso solo per attenuare i sintomi degli spasmi muscolari nei malati di lungo corso, quelli che non rispondono più ad altre terapie. "Sono le placche che ho disseminate sul midollo: mi provocano fitte, scosse, difficoltà di movimento. Anche di notte spesso non riev-

sco a dormire", racconta Davide Berardi, un 29enne malato di sclerosi dal 2003. Davide è in cura all'ospedale Sant'Andrea di Roma, l'ultimo tra i grandi centri per questa malattia a non avere ancora adottato nella farmacia ospedaliera il farmaco.

CI SONO tra i 60 e i 100 pazienti che aspettano", spiega il responsabile del centro sclerosi del Sant'Andrea, Carlo Pozzilli. Anche altri centri minori sono in una situazione simile: sempre a Roma, anche il Santa Lucia e il Fatebenefratelli. In Sicilia la situazione è ancora più paradossale: i malati possono fumare marijuana a scopi terapeutici, ma in 12 dei 15 centri regionali il farmaco non è distribuito. Il perché è da ricercare nella complicatissima procedura di adozione di un farmaco, che in Italia è scaglionata su tre livelli: nazionale, regionale e ospedaliero. Il dossier per l'approvazione del Sativex viene sottoposto all'Agenzia del farmaco nel 2011. L'ok arriva nell'aprile

scorso. Ma la strada è ancora lunga. Bisogna prima passare dall'approvazione delle Regioni per arrivare, a cascata, all'ultimo placet: quello degli ospedali. Solo quando questi decidono di inserire un farmaco nel loro prontuario viene adottato dalla loro farmacia. Toni De Marchi, malato da 11 anni, aspetta con la prescrizione in mano da 6 mesi. Molti malati ricorrono al fai da te, "ma io no, ho 63 anni e non ho mai fumato una canna in vita mia". Toni sta cercando di capire perché al Sant'Andrea il farmaco non sia ancora disponibile "anche se - spiega Pozzilli - è stato approvato dall'ospedale un mese fa". Ci abbiamo provato anche noi del *Fatto*, ma ieri pomeriggio al centralino dell'ospedale non rispondeva nessuno. Una volta che, dopo cinque telefonate, riusciamo a parlare con la farmacia, ci viene riferito che "l'unica che ne sa qualcosa è l'altra dottoressa, che però è in ferie e torna la prossima settimana". Intanto i malati possono aspettare.



Il caso difficile Miley Cyrus ricoverata con sintomi difficili da riconoscere. Le domande del medico e la diagnosi: reazione al farmaco per la sinusite

La popstar allergica all'antibiotico, giallo alla Dr. House

Lo scorso 16 aprile la popstar americana Miley Cyrus è stata ricoverata d'urgenza allo *Sprint Center* di Kansas City. Città dove era previsto un concerto, cancellato come altri in calendario. Le voci corrono, condite da sospetti vari: una vita sregolata, ipotetici eccessi tra sostanze e alcolici. È giovane Destiny Hope (chiamata Miley, per il suo dirompente sorriso) Cyrus, è nata il 23 novembre 1992 in una fattoria di Franklin, nel Tennessee, piccolo centro vicino a Nashville, mecca della musica country.

Predestinata. Il padre, Billy Ray Cyrus, è una stella degli Anni 90: nove dischi di platino quale cantante, protagonista di successo della serie televisiva *Doc* quale attore. Padre anche sul set Disney di *Hannah Montana* che nel 2005 ha, invece, lanciato Miley. Star figlia di star. Facile fare illazioni sulle cause dell'improvviso ricovero.

In realtà, la causa è un banale antibiotico. Se Miley fosse stata dalle parti del *Princeton-Plainboro Teaching Hospital* il suo caso non sarebbe sfuggito all'attenzione del cinico e burbero (in inglese *curmudgeon*) Dr. House,

il più famoso diagnosta televisivo. Gregory House, che molti a un certo punto pensavano reale, «investigatore» in una medicina fredda e modernamente specialistica. Il caso di Miley avrebbe dato vita ad una puntata di successo del serial. Una banale sinusite, i concerti in calendario, un antibiotico prescritto (o assunto) senza preoccuparsi di eventuali allergie. La fretta di guarire. Il tutto accompagnato da una vita di eccessi che abbassano o «confondono» un sistema immunitario seppur giovanissimo.

Lo scorso 16 aprile, la ventunenne star di *Wrecking Ball* era impegnata con il suo *Bangerz World Tour 2014*. Per guarire prima prende un antibiotico, il *cephalexin* (una cefalosporina), per curare la sinusite. Sta male. Molto male. Di corsa al Pronto soccorso. La curiosità si accende. Deve restare sotto osservazione tra i 5 e i 27 giorni. La diagnosi: grave reazione all'antibiotico. La cura che diventa malattia. Ha rischiato la vita per choc anafilattico, l'effetto più grave di una reazione allergica. Il Dr. House del centro medico

di Kansas City ha fatto centro, indagando sulle ore precedenti alla crisi. Domande indiscrete anche su vizi e virtù, il malato nel suo insieme e non «spezzettato» per organi e sintomi letti in modo acritico. L'allergia poteva dipendere da tutto. E la sinusite essere più grave del previsto. Miley vi combatte dal 9 aprile: in scena malata. Forse nemmeno sinusite. Poteva essere il tipico puzzle medico che attira l'interesse del Dr. House, abituato a risolvere i gialli in corsia attraverso le proprie capacità deduttive, basandosi su vari indizi spesso poco evidenti. Stesso stile del noto investigatore inglese Sherlock Holmes, stessi vizi: House tossicodipendente per un antidolorifico, Holmes cocainomane.

Miley, ricoverata (sembra che vi resterà ancora qualche giorno), si arrabbia su Twitter: «State zitti e lasciatemi riposare. Basta, smettetela di spaventare la mia famiglia, gli amici e i fan». Allegando il «bollettino medico». E un post spiega: «Miley resterà in ospedale e sotto il controllo dei dottori fino a quando non migliorerà. Chiede com-

prensione e privacy. È devastata per aver dovuto annullare i concerti e avere deluso i suoi fan». Le tappe del *Bangerz Tour* sono state riprogrammate per il mese di agosto. I biglietti già venduti saranno riutilizzabili per le nuove date. Prima però, salute permettendo, Miley canterà e ballerà in Europa: primo concerto ad Amsterdam il 2 maggio. Dovrebbe...

La giovane popstar è incapata in una «malattia» moderna, da abusi consumistici. Anche da farmaci. In Italia, come Miley, almeno un paziente su 100 può aver avuto (o è destinato ad avere) una reazione a farmaci, anestetici (locali o generali) o mezzi di contrasto utilizzati in radiologia. «Numero destinato a crescere nei prossimi anni», commenta Massimo Triggiani, allergologo e immunologo dell'Università di Salerno. I farmaci più frequentemente implicati sono quelli di uso più comune, gli antinfiammatori non steroidei (Fans) e gli antibiotici.

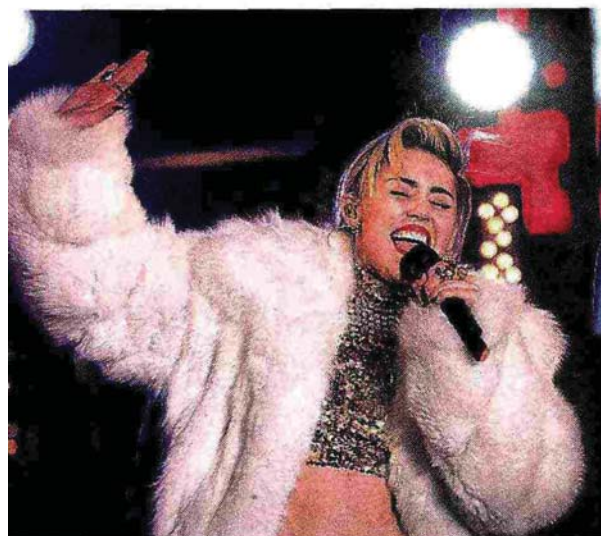
Mario Pappagallo

[@Mariopaps](#)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tweet dall'ospedale

«State zitti e lasciatemi riposare. Smettetela di spaventare la mia famiglia, gli amici e i fan»



Protagonista

La cantautrice americana Miley Cyrus (a sinistra) mentre si esibisce a Times Square, a New York, lo scorso Capodanno. In alto una scena del telefilm «Doctor House» con il protagonista Hugh Laurie (foto Reuters, Fox/Ap)

“Costretti dai Tar ad andare avanti ma ci sono delle falle nel sistema”

Il ministro Lorenzin: certe decisioni non spettano ai singoli ospedali

Intervista/1

”

PAOLO RUSSO
ROMA

Beatrice Lorenzin la raffica di capi d'accusa se l'aspettava, «anche se quelle minacce alle famiglie Stamina sono da film dell'orrore». «Ma alla verità giudiziaria ne deve seguire una scientifica», puntualizza la titolare della salute, che non intende bloccare il Comitato che dovrà dire se ci sono o meno le condizioni per sperimentare il «metodo Vannoni». Però la riforma del sistema è dietro l'angolo: regole più trasparenti per le sperimentazioni «che non dovranno più essere decise dai singoli ospedali» e rafforzamento del ruolo delle istituzioni scientifiche. Fissando qualche paletto anche per i media che a volte fanno anti-scienza per qualche punto di audience in più.

Minacce ai genitori dei bambini, pazienti usati come cavie. Cosa ha provato a leggere quei passaggi delle notifiche consegnate agli indagati Stamina?

«I capi di imputazione sono veramente pesanti ma del resto già nel parere del

primo comitato era scritto a chiare lettere che le infusioni potevano provocare effetti anche gravi sulla salute».

Allora perché non intervenire con un decreto e bloccare tutto?

«Un intervento legislativo che vieti le infusioni Stamina lo può fare solo il Parlamento. Fino ad oggi, è bene ricordarlo, siamo stati costretti ad andare avanti dai Tar e dai giudici del lavoro che hanno accolto le richieste di famiglie disperate».

Ha un senso anche attendere che il nuovo comitato scientifico dica la sua sulla sperimentazione?

«Lo prescrive la legge. Ma a parte questo dico che c'è una verità giudiziaria che dovrà essere accertata, ma ce n'è una ancora più importante che è quella scientifica. In questi anni si sono alimentate troppe false speranze. È giusto togliere ogni dubbio a chi, spinto dalla disperazione, ha coltivato illusioni».

E a Vannoni che dice di voler andare avanti con le infusioni come replica?

«Che in Italia non esistono ad oggi le condizioni per sperimentare qualcosa che non ha avuto la validazione da una sola istituzione scientifica».

Nonostante tutto Stamina è entrata in un grande ospedale pubblico. Come se lo spiega?

«Agli Spedali Civili sono state fornite informazioni errate su Stamina ma ci sono falle nel sistema. Abbiamo norme sulla sperimentazione di farmaci e terapie che lasciano troppi spazi alle libere interpretazioni. Dobbiamo definire regole più trasparenti e centralizzare maggiormente le decisioni».

Anche in Aifa qualcosa non ha funzionato se un suo dirigente è finito nella lista degli indagati...

«Si è trattato di un caso singolo. Su questa vicenda l'Aifa è stata quanto mai rigorosa. Però sto pensando di riformarla per renderla più autonoma, come lo è la Food and Drug Administration in America».

Basterà a interrompere la catena che da Di Bella porta a Stamina?

«Dobbiamo riflettere anche sul ruolo delle istituzioni scientifiche, come la stessa Aifa o l'Istituto superiore di sani-

tà, che devono essere più trasparenti e imparare a comunicare in modo comprensibile le loro decisioni. Purtroppo siamo un Paese a bassa alfabetizzazione scientifica. Lo dimostra il ruolo che hanno avuto certi talk show alla ricerca di audience con la Tv del dolore. Qualche regola prima o poi dovremmo scriverla anche qui, perché non si possono promuovere come terapie presunti metodi, che non hanno superato nemmeno la fase uno della sperimentazione».

Intanto cosa si sente di dire alle «famiglie Stamina»?

«Non dovremo più lasciarle sole. Ho appena messo a punto un Piano per le malattie rare al quale indirizzerò anche i 3 milioni previsti per Stamina se il Comitato darà parere negativo alla sperimentazione. Poi nel Patto per la salute stiamo riorganizzando i servizi territoriali per garantire diagnosi precoci e riabilitazione. Sulle cure però non possiamo imboccare scorciatoie fuori dal metodo sperimentale, che da secoli guida il progresso della scienza e della medicina».

Ha detto

Le istituzioni scientifiche
L'Aifa e l'Istituto superiore di sanità devono essere più trasparenti e imparare a comunicare le loro decisioni

Le due verità

A quella giudiziaria deve seguire quella scientifica
Sono state alimentate troppe false speranze



La storia Pasquale e Nadia, genitori di un bimbo affetto da atrofia muscolare, e il calvario delle false promesse

«Per nostro figlio era l'unica speranza: ci hanno ingannati»

Il racconto della famiglia Quagliano

«Cominciammo a dubitare dopo le prime ispezioni a Brescia»

ROMA — Non è sorpreso Pasquale. Prevedeva che sarebbe finita così: «Davide Vannoni e Marino Andolina non mi convincevano ed è per questo che ci siamo tirati indietro. Abbiamo rinunciato alle infusioni. Quei due signori hanno preso in giro le famiglie, si sono presi gioco delle nostre illusioni. In cuor mio ero consapevole che quelle staminali non sarebbero servite a nulla. A volte però i genitori hanno solo speranza e di questo, di questo soltanto devono vivere».

Ha la voce flebile Pasquale mentre racconta l'esperienza che ha portato lui e sua moglie Nadia a ingaggiare una battaglia senza quartiere per il loro Christian, due anni e mezzo, una faccina allegra, colpito dalla forma più aggressiva di una malattia rara chiamata Sma (atrofia muscolare spinale) che paralizza lentamente tutti i muscoli,

anche quelli respiratori, lasciando intatte coscienza e intelligenza. Il piccolo è affetto dalla numero uno, che sulla carta non ha rimedio.

Pasquale e Nadia non hanno mai smesso di credere però che da qualche parte fosse nascosta una speranza. Guidati dalla determinazione di non darsi per vinti sono arrivati al metodo Stamina. Hanno presentato il ricorso per ottenere il diritto di ricevere le infusioni agli Spedali Civili di Brescia. E lo scorso anno, a giugno, il tribunale di Salerno ha dato loro ragione.

Ma presto hanno cambiato opinione: «Ci arrivavano informazioni poco chiare e notizie poco confortanti su Andolina e Vannoni. Si contraddicevano, davano risposte che smentivano quelle precedenti. Ci siamo documentati bene, abbiamo letto le relazioni dell'agenzia nazionale del farmaco, l'Aifa, successi-

va alle ispezioni a Brescia». Poi gli Spedali Civili hanno vinto il ricorso sulla decisione del Tribunale di Salerno: «A quel punto ci siamo fermati, non valeva la pena spendere altro denaro. Nel frattempo i nostri dubbi erano cresciuti». In particolare cosa vi ha messo in allarme? «Prima di finire a Brescia il metodo Stamina è stato somministrato al Burlo Garofalo di Trieste dove lavorava Andolina. Solo quando lui e Vannoni vennero via da lì, loro stessi cominciarono a parlare male di quelle infusioni. Immaginate lo sgomento dei genitori».

E ora che la Procura torinese contesta al presidente dell'associazione Stamina e al medico reati pesanti? «Mi dispiace per chi ci ha creduto fino a ieri, per tutti coloro che sono scesi in piazza per chiedere che il metodo Stamina fosse sperimentato. Noi non

smettiamo di sperare. Qualcosa di serio, una cura vera, arriverà. Il bambino in questi ultimi mesi non è peggiorato ed è già una gran cosa».

Pasquale e Nadia Quagliano vivono a Serre, in provincia di Salerno. Hanno aperto su Facebook una pagina per tenere viva l'attenzione, «Lottiamo per Christian». Il 30 gennaio dello scorso anno avevano inviato una lettera appello a papa Benedetto XVI, al presidente della Repubblica Giorgio Napolitano e a diverse figure dei vertici istituzionali. Chiedevano un aiuto per ottenere un farmaco contro la Sma in sperimentazione negli Stati Uniti, l'Isis Smnrx: «Anche Christian ha diritto alla vita, a una possibilità. Non potrebbe rientrare nella sperimentazione ma avere il farmaco in via compassionevole questo sì. Non abbandonateci».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

La malattia

Il piccolo Christian, due anni e mezzo, è stato colpito dalla Sma, una forma molto rara di atrofia che colpisce progressivamente i muscoli, compresi quelli della respirazione, lasciando intatta la coscienza.

La cura

Pasquale e Nadia, i genitori di Christian, si erano inizialmente affidati a Vannoni. Ma dopo i primi accertamenti sul metodo Stamina si erano ricreduti e avevano rinunciato alle discusse infusioni di cellule staminali.



Uniti

Pasquale Quagliano con sua moglie Nadia e il piccolo Christian, vivono a Serre (Salerno). Per far conoscere il loro dramma hanno aperto una pagina su Facebook «Lottiamo per Christian»



Come ottenere le cure in un altro Paese europeo

Presentando la Tessera Europea di Assicurazione Malattia si ha diritto a ricevere le cure alle stesse condizioni dei cittadini dello Stato ospite, senza pagare

di Maria Giovanna Faiella



Fare una visita in un ospedale europeo specializzato nel trattamento di una particolare malattia, usufruire di una terapia non ancora disponibile in Italia, accedere alla cura nei tempi giusti se nel nostro Paese c'è da aspettare troppo. Il diritto dei cittadini dell'Unione europea a ricevere ovunque le stesse prestazioni erogate dal proprio Servizio sanitario è sancito dalla [Direttiva comunitaria sull'assistenza transfrontaliera](#) che, anche se con qualche ritardo, è stata recepita dal [Decreto legislativo n. 38](#), entrato in vigore il 5 aprile. D'ora in poi potremo scegliere di curarci in un altro Stato Ue ricevendo lo stesso trattamento riservato ai residenti di quel Paese. Ma vediamo come sarà possibile, in base alle nuove norme, esercitare concretamente il diritto a cure programmate oltre frontiera.

1) Che cosa bisogna fare sempre prima di recarsi all'estero per ricevere assistenza?

Prima di partire è sempre bene informarsi sulle procedure da seguire, su eventuali costi da sostenere e/o anticipare, ma anche sui livelli di qualità e sicurezza di strutture sanitarie e professionisti esteri, sui tempi di attesa delle prestazioni, su tariffe e onorari richiesti. A questo scopo ci si può rivolgere alla propria Asl o al Punto di contatto nazionale, che è stato istituito presso il Ministero della Salute, come pure a quello del Paese in cui ci si vuole recare per sottoporsi alle cure.

2) Le prestazioni erogate da una struttura di qualunque altro Paese europeo sono pagate direttamente dal nostro Servizio sanitario nazionale?

No, le nuove norme prevedono l'assistenza indiretta. Come precisa, infatti, la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute: «Il paziente dovrà anticipare i costi della prestazione sanitaria di cui intende usufruire in un altro Paese dell'Unione europea e solo successivamente potrà ottenere il rimborso da parte della propria Asl di residenza».

3) È possibile usufruire all'estero di qualsiasi prestazione?

Sono rimborsate soltanto le prestazioni che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA), in base alle tariffe regionali vigenti. Nessun rimborso, invece, è previsto per spese di viaggio e alloggio, per gli accompagnatori di persone con disabilità (tranne diverse disposizioni adottate dalle Regioni si veda il box al centro), per le cure «a lungo termine», per il trapianto di organi, per i programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

4) Per alcune prestazioni è necessario farsi rilasciare un'autorizzazione preventiva?

Nelle more del decreto attuativo, che dovrà essere adottato entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge dal Ministero della Salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, attualmente le norme prevedono che il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera sia sottoposto ad autorizzazione preventiva dell'Asl nei seguenti casi: se è previsto il ricovero del paziente per almeno una notte; se è richiesto l'uso di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose; se le cure richieste comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione; se esistono «gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza».

5) In questi particolari casi qual è, allora, la procedura da seguire?

Va presentata la richiesta all'Asl, che l'approva o la respinge entro 30 giorni, ridotti a 15 in casi urgenti. Ma prima occorre chiedere se la prestazione che si vuole effettuare in un altro Stato Ue necessita di autorizzazione preventiva o meno. Un passaggio, quest'ultimo, che poteva essere evitato, secondo Sabrina Nardi, vicecoordinatrice del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva. «Bastava - sottolinea Nardi - che l'informazione fosse fornita dal Punto di contatto nazionale; così, invece, si allunga l'iter burocratico, visto che l'Asl ha dieci giorni di tempo per rispondere. E i tempi di attesa per i pazienti si allungano ulteriormente».

6) Se una prestazione non è disponibile tempestivamente in Italia, è possibile ottenerla in un altro Paese dell'Ue?

Sì, ma è bene accertarsi presso l'Asl se è necessaria l'autorizzazione preventiva per aver diritto al rimborso. «Se l'Asl la nega, - precisa Sabrina Nardi - ha l'obbligo di individuare e comunicare al cittadino quale struttura è in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta nei tempi giusti dal punto di vista clinico. Per il nostro Servizio sanitario è uno stimolo a ridurre i lunghi tempi di attesa cui spesso sono costretti i cittadini bisognosi di cure».

7) Chi non è in grado di anticipare i costi della prestazione che vuole ottenere in un altro Paese dell'Unione europea ha un'alternativa?

«Il Regolamento comunitario del 2004 rimane in vigore tutt'ora: prevede l'assistenza diretta, cioè sono pagate dal Servizio sanitario nazionale le prestazioni effettuate in un Paese dell'Unione europea o dello Spazio economico europeo oppure in Svizzera - chiarisce il Tribunale dei diritti del malato - . Il cittadino paga soltanto l'importo del ticket sanitario qualora sia previsto; inoltre, sono coperte anche le spese di viaggio e di alloggio, anche per chi accompagna persone con disabilità». Però, se si vuole utilizzare questa procedura va sempre richiesta l'autorizzazione preventiva - con il cosiddetto modello E112 - alla propria Asl. La Asl, di norma, la rilascia se le cure rientrano tra le prestazioni erogabili dal nostro Servizio sanitario nazionale, ma non possono essere garantite al paziente in Italia entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia.

8) Le prescrizioni di farmaci sono valide in tutti i Paesi dell'Ue?

Le ricette mediche emesse in Italia devono essere riconosciute negli altri Stati dell'Unione, e viceversa. Un vantaggio, questo, soprattutto per chi soffre di malattie croniche o rare, che non dovrà più temere di rimanere senza i medicinali necessari se si reca oltre frontiera. E un farmaco prescritto all'estero sarà dispensato in Italia se ne è autorizzato il commercio.

9) Occorre pagare per avere un farmaco o un dispositivo medico in un altro Stato Ue?

Sì, bisogna anticipare il costo di tasca propria e poi, al rientro in Italia, chiedere il rimborso alla propria Asl. Di norma dovrebbero essere rimborsati solo i farmaci che rientrano tra le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, ma è consigliabile informarsi presso l'Asl.

10) In caso di ulteriori dubbi a chi ci si può rivolgere per avere tutti i chiarimenti necessari?

Come è previsto dalla Direttiva europea, in Italia è stato istituito il Punto di contatto nazionale presso il Ministero della Salute. Il cittadino può contattarlo tramite forum su www.salute.gov.it/cureUE, nell'area dedicata alle «Cure nell'Unione europea». In quest'area si trovano anche informazioni dettagliate, sia in italiano sia inglese, su come si può accedere all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

http://www.corriere.it/salute/14_aprile_15/come-ottenere-cure-un-altro-paese-europeo-b49f2770-c488-11e3-9713-8cc973aa686e.shtml



CERVELLO:ANZIANI,VARIABILITA' PRESSIONE SANGUIGNA RIDUCE FUNZIONI

(AGI) - Washington, 23 apr. - Gli anziani con fluttuazioni della pressione superiori alla media sono a maggior rischio di danneggiamento delle funzioni cognitive. A rivelarlo, uno studio condotto da un gruppo di scienziati del Leiden University Medical Centre, nei Paesi Bassi, e pubblicato sul 'British Medical Journal'. Il team ha analizzato il legame tra variabilita' della pressione sanguigna e funzioni cognitive in 5.461 persone con eta' compresa tra 70 e 82 anni provenienti da Irlanda, Scozia e Paesi Bassi. Tutti facevano parte di uno studio sull'impatto delle statine sulla salute dei vasi sanguigni e sul rischio di malattie cardiovascolari. I risultati dell'indagine hanno mostrato che quelli con piu' grande variabilita' nella pressione sanguigna avevano un ippocampo piu' piccolo. L'ippocampo e' vitale per la memoria ed e' implicato anche negli infarti corticali. Inoltre, maggiore variabilita' della pressione significava anche un aumento delle microemorragie cerebrali.

Lo zucchero nel sangue può influenzare pericolosamente il battito cardiaco

I livelli di glucosio nel sangue possono modificare la frequenza cardiaca in maniera pericolosa, tanto che le persone che già soffrono di diabete di tipo 1 e tipo 2 rischiano la vita. Questo processo spiegherebbe il perché diverse persone muoiono durante il sonno



Tra i tanti effetti avversi che possono avere i livelli di zuccheri nel sangue c'è anche quello di alterare la frequenza cardiaca. Alterazione che può essere **causa di numerosi problemi e anche morte nel sonno**, soprattutto nelle persone con diabete di tipo 1 e tipo 2. A essere pericolosa, in questo caso, è l'ipoglicemia. Condizione che diviene minacciosa in particolare di notte, quando si dorme.

Ecco quanto emerso da uno studio pubblicato sulla rivista *Diabetes* e condotto dai ricercatori dell'Università di Sheffield (Uk) coordinati dal dott. Simon Heller.

Heller e colleghi hanno trovato **un legame tra la glicemia e i tassi di mortalità più elevati del previsto**. Cosa che andrebbe anche a spiegare perché alcune persone altrimenti sane, con diabete di tipo 1, muoiono durante il sonno. Questa condizione, che è senza una causa apparente, è spesso chiamata "Sindrome della morte nel letto".

«Abbiamo scoperto che l'ipoglicemia era abbastanza comune – spiega il prof. Heller – e che gli episodi notturni, in particolare, erano generalmente caratterizzati da un modello in cui **il glucosio è sceso a livelli bassi per alcune ore**, durante le quali i pazienti dormivano».

«Questi periodi di ipoglicemia – prosegue Heller – sono stati associati con un alto rischio di rallentamento delle frequenze cardiache [o bradicardia] accompagnate da battiti [del cuore] anormali. Abbiamo quindi identificato un meccanismo che potrebbe contribuire a un aumento della mortalità durante una terapia insulinica intensiva nei soggetti con diabete di tipo 2 e ad alto rischio cardiovascolare».

Il diabete, sebbene caratterizzato per gli elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia), si distingue anche per momenti in cui questi livelli di zuccheri nel sangue sono più bassi del normale (ipoglicemia), spesso proprio a causa dei trattamenti per la prevenzione dell'iperglicemia, come le terapie insuliniche.

Secondo il dott. Simon Fischer, che accompagna la pubblicazione dello studio con un editoriale, **l'ipoglicemia può essere fatale, perché il corpo per funzionare correttamente e vivere ha bisogno di energia**; e una troppo bassa energia causa diversi problemi, tra cui un malfunzionamento del cervello che può anche smettere di operare in caso di grave ipoglicemia.

Il prof. Heller ricorda che il problema del glucosio nel sangue è tipico dei pazienti affetti da diabete di tipo 1, i quali devono sottostare a iniezioni giornaliere di insulina, dato che il proprio pancreas non è più in grado di secernere l'ormone insulina. Tuttavia, la pericolosa condizione di ipoglicemia non viene in genere considerata significativa nelle persone con diabete di tipo 2. Ecco perché i ricercatori sono rimasti sorpresi nel vedere che i 25 partecipanti

allo studio con diabete di tipo 2 avevano bassi livelli di zucchero nel sangue per circa il 10% del tempo.

La faccenda è emersa dopo che i ricercatori hanno monitorato per cinque giorni i partecipanti al fine di rilevare in modo costante i livelli di glucosio e l'attività cardiaca.

I dati acquisiti hanno permesso di rilevare che i pazienti hanno trascorso 1.258 ore di tempo con normali livelli di glicemia, 65 ore con elevati di zucchero nel sangue e 134 ore con bassi livelli di zucchero nel sangue (una glicemia inferiore a 63 milligrammi per decilitro). In tutti questi casi, **il rischio di un rallentamento del battito cardiaco durante la notte era 8 volte superiore** rispetto a quando il livello di zucchero nel sangue erano normali. E' da notare che il rallentamento della frequenza cardiaca non è stato registrato durante la giornata. Anche le aritmie cardiache sono state significativamente più alte di notte.

Il dottor Fisher ritiene che, in base ai numerosi studi condotti sia su modello animale che sull'uomo, si possa a ragione ipotizzare che **gravi aritmie indotte dall'ipoglicemia possano contribuire alla morte improvvisa** nei pazienti con diabete e sotto trattamento insulinico.

«L'ipoglicemia notturna è un grave problema – sottolinea lo scienziato – Le persone hanno meno probabilità di svegliarsi e di trattare la loro ipoglicemia durante la notte. Sono meno propense ad ascoltare i normali sintomi premonitori dell'ipoglicemia, perché l'intera risposta [del sistema nervoso] simpatico è relativamente attenuata durante la notte».

<http://www.lastampa.it/2014/04/24/scienza/benessere/salute/lo-zucchero-nel-sangue-pu-influenzare-pericolosamente-il-battito-cardiaco-R0qMXPkzMcOyrfDs91f2AM/pagina.html>