

Legge 40

«Dopo la Consulta
arginare in Parlamento
la deriva eugenetica»

GUERRIERI E PALMIERI A PAGINA 14

Legge 40: ecco le garanzie che servono

Dopo la Consulta, la parola al Parlamento per evitare la deriva eugenetica

Le reazioni

**Binetti (Ap): i giudici
hanno agito con delicatezza,
ma c'è un vuoto culturale
che va colmato**

**Fioroni (Pd):
il Parlamento sia
correttamente supportato
dalla scienza**

**Roccella (Ncd):
regole rigide e controlli
sugli accreditamenti**

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Il vuoto normativo c'è ed è evidente. Ora perciò tocca al Parlamento disegnare norme certe, anche se è il come il nodo su cui i politici adesso iniziano a ragionare. La breccia aperta nel muro dalla Consulta sulla diagnosi pre-impianto (pur con molti paletti e nuovi criteri da fissare), rischia però – se non supportata da pareri scientifici adeguati – di diventare una voragine. I giudici hanno agito «con delicatezza» esordisce il deputato Udc Paola Binetti, non dicendo che la diagnosi pre-impianto è sempre consentita, ma «fissando gli stessi limiti stabiliti dalla 194». Una «piccola apertura», insomma, basata sulla logica «di ridurre il danno». Il vulnus nella legge comunque c'è e, per la parlamentare di Area popolare, «paga uno scotto di natura ideologica», quindi il vuoto innanzitutto è «culturale». Dunque solo in parte il tema è il pronunciamento dei giudici o la legge, conclude la Binetti, la questione è «chi interpreta la norma».

I magistrati della Corte costituzionale, comunque, chiamano chiaramente in causa il legislatore. Ma non è solo il Parlamento, «si potrebbe pensare a interventi governativi o ministeriali». L'ex sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella (Ncd) ha chiaro in mente infatti dove intervenire. La lista delle patologie gravi per cui è ammessa la diagnosi pre-impianto – sottolinea perciò – potrebbe comprendere «tutte quelle che con certezza sono fatali per il bambino nel primo anno di vita».

In più, vanno posti «seri controlli e rigide regole di accreditamento», è il suo modello di garanzia per donna e nascituro, magari ipotizzando che la diagnosi «possa essere eseguita solo da strutture pubbliche». Proprio chi ora "dovrebbe" dar seguito alla sentenza, difatti chiede chiarezza nelle norme, a partire da un assunto: la vita è un dono e va difesa sempre. Non si può pensare di giustificare fenomeni di questo tipo – sostiene così Filippo Maria Boscia, presidente nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani – oppure ostacolare la venuta al mondo di ciascuna vita», alla quale spetta il riconoscimento di diritti sociali, ma «soprattutto protezione, rispetto e accoglienza nell'ambito della famiglia, tassello sociale centrale e irrinunciabile».

Le coordinate vanno quindi date a partire da una consapevolezza culturale, prima che politica. Anche molti parlamentari, nell'accingersi a ragionare su come riscrivere i criteri di accesso alla diagnosi pre-impianto, vorrebbero saperne di più. Certo «vanno messi paletti a una deriva eugenetica», ma il problema della responsabilità su questioni così delicate «è una questione da affrontare bene nel dibattito politico». Il deputato del Pd Ernesto Preziosi, comunque, parte dal presupposto che «la procreazione non può essere totalmente un tema demandato alla scienza». Perciò, nel ridisegnare i confini al divieto imposto dalla legge 40, occorrerà anche «definire la prospettiva culturale» e informare il più possibile, perché sia la politica sia l'opinione pubblica hanno molta confusione in testa. A preoccupare inoltre il suo compagno di partito, Giuseppe Fioroni, è il fatto che «il Parlamento venga chiamato a scrivere ricette» senza le giuste conoscenze, visto che se «non correttamente supportato dalla scienza rischia di scivolare su un tema tanto delicato quanto intimo». La sua "ricetta", così, è fare in modo che «il governo chieda un parere alle Camere», che ne discuterà dopo aver sentito «le commissioni scientifiche e le massime istituzioni sanitarie del



nostro Paese». Nel rispetto del pronunciamento della Consulta, «non è pensabile aprire una breccia così», dice invece senza mezzi termini il medico e parlamentare di Forza Italia Benedetto Fucci, contrario a priori alla diagnosi pre-impianto, perché significa mettere i presupposti a che «questo varco si allarghi in futuro», con il rischio di arrivare a scelte sbagliate per le donne e il nascituro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il parere dei giuristi

«Adesso tocca al legislatore dire per chi è la provetta»

Eusebi (Cattolica): serve maggiore chiarezza normativa
Antonelli (Luiss): da precisare malattie, centri, procedure

MARCELLO PALMIERI

«**F**inché il Parlamento non si pronuncia nel senso delineato dalla sentenza della Corte costituzionale, resta incerto a quali coppie gli effetti della medesima siano applicabili». È il parere di Luciano Eusebi, docente di diritto penale all'Università Cattolica di Milano. Che aggiunge: «Ancora nebulosa rimane pure l'ammissibilità, anche in rapporto ad alcune norme tuttora vigenti della legge 40 e allo stesso riconoscimento dell'embrione umano come soggetto giuridico, della diagnosi pre-impianto, in funzione della quale si generano più embrioni, per poi prelevare da essi una o due cellule totipotenti quando ne hanno meno di otto a fini di indagine genetica, così da poter scartare gli embrioni risultanti portatori di un fattore genetico negativo». Un'operazione, sottolinea il penalista, che «prevede fin dall'inizio la generazione di embrioni cui non sarà data la possibilità di continuare a vivere». Da qui la sua considerazione: «Pare dunque tuttora necessaria una posizione attendista, in materia, dei centri che praticano la Pma». La Consulta, in effetti, ha ammesso alla fecondazione assistita anche coppie fertili, ma «portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità di cui all'articolo 6» della legge

194 sull'aborto. Dando peraltro un'indicazione stringente: il suddetto parametro di "gravità" non dev'essere deciso arbitrariamente dalle singole strutture, bensì fissato a livello nazionale dal potere legislativo. «Emerge in questo senso – prosegue Eusebi – il rischio di un ricorso sempre più esteso alla fecondazione in vitro, con eventuale scelta successiva, a vita già iniziata, degli embrioni cui consentire la prosecuzione dell'esistenza». E a questo punto il docente sottolinea come «predisposizioni genetiche sfavorevoli sono in ognuno di noi», lasciando intendere che la selezione pre-impianto, eccessivamente allargata, potrebbe portare a conseguenze eugenetiche. Nella sua visione, dunque, «appare al momento persistere un'incertezza normativa, anche riferita alla possibili conseguenze sanzionatorie di determinate scelte d'intervento». Assolutamente convinto che, allo stato attuale, non sia possibile effettuare una generalizzata diagnosi pre-impianto, è pure Vincenzo Antonelli. «La Consulta si è espressa in modo chiaro – ricorda il docente di Diritto sanitario alla Luiss di Roma –. Senza una legge del Parlamento, non sarebbero individuate né le malattie per le quali poter procedere alla selezione degli embrioni, né i centri abilitati a diagnosticarle, né le procedure da seguire». E se qualcuno invocasse un intervento più veloce del Governo? «Per varare un decreto legge – risponde il professore – serve il requisito dell'urgenza. Che qui, a mio avviso, non esiste». Semmai, sarebbe «particolarmente opportuno un confronto con la comunità scientifica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Legge 40

«Dopo la Consulta
arginare in Parlamento
la deriva eugenetica»

GUERRIERI E PALMIERI A PAGINA 14

Legge 40: ecco le garanzie che servono

Dopo la Consulta, la parola al Parlamento per evitare la deriva eugenetica

Le reazioni

**Binetti (Ap): i giudici
hanno agito con delicatezza,
ma c'è un vuoto culturale
che va colmato**

**Fioroni (Pd):
il Parlamento sia
correttamente supportato
dalla scienza**

**Roccella (Ncd):
regole rigide e controlli
sugli accreditamenti**

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Il vuoto normativo c'è ed è evidente. Ora perciò tocca al Parlamento disegnare norme certe, anche se è il come il nodo su cui i politici adesso iniziano a ragionare. La breccia aperta nel muro dalla Consulta sulla diagnosi pre-impianto (pur con molti paletti e nuovi criteri da fissare), rischia però – se non supportata da pareri scientifici adeguati – di diventare una voragine. I giudici hanno agito «con delicatezza» esordisce il deputato Udc Paola Binetti, non dicendo che la diagnosi pre-impianto è sempre consentita, ma «fissando gli stessi limiti stabiliti dalla 194». Una «piccola apertura», insomma, basata sulla logica «di ridurre il danno». Il vulnus nella legge comunque c'è e, per la parlamentare di Area popolare, «paga uno scotto di natura ideologica», quindi il vuoto innanzitutto è «culturale». Dunque solo in parte il tema è il pronunciamento dei giudici o la legge, conclude la Binetti, la questione è «chi interpreta la norma».

I magistrati della Corte costituzionale, comunque, chiamano chiaramente in causa il legislatore. Ma non è solo il Parlamento, «si potrebbe pensare a interventi governativi o ministeriali». L'ex sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella (Ncd) ha chiaro in mente infatti dove intervenire. La lista delle patologie gravi per cui è ammessa la diagnosi pre-impianto – sottolinea perciò – potrebbe comprendere «tutte quelle che con certezza sono fatali per il bambino nel primo anno di vita».

In più, vanno posti «seri controlli e rigide regole di accreditamento», è il suo modello di garanzia per donna e nascituro, magari ipotizzando che la diagnosi «possa essere eseguita solo da strutture pubbliche». Proprio chi ora "dovrebbe" dar seguito alla sentenza, difatti chiede chiarezza nelle norme, a partire da un assunto: la vita è un dono e va difesa sempre. Non si può pensare di giustificare fenomeni di questo tipo – sostiene così Filippo Maria Boscia, presidente nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani – oppure ostacolare la venuta al mondo di ciascuna vita», alla quale spetta il riconoscimento di diritti sociali, ma «soprattutto protezione, rispetto e accoglienza nell'ambito della famiglia, tassello sociale centrale e irrinunciabile».

Le coordinate vanno quindi date a partire da una consapevolezza culturale, prima che politica. Anche molti parlamentari, nell'accingersi a ragionare su come riscrivere i criteri di accesso alla diagnosi pre-impianto, vorrebbero saperne di più. Certo «vanno messi paletti a una deriva eugenetica», ma il problema della responsabilità su questioni così delicate «è una questione da affrontare bene nel dibattito politico». Il deputato del Pd Ernesto Preziosi, comunque, parte dal presupposto che «la procreazione non può essere totalmente un tema demandato alla scienza». Perciò, nel ridisegnare i confini al divieto imposto dalla legge 40, occorrerà anche «definire la prospettiva culturale» e informare il più possibile, perché sia la politica sia l'opinione pubblica hanno molta confusione in testa. A preoccupare inoltre il suo compagno di partito, Giuseppe Fioroni, è il fatto che «il Parlamento venga chiamato a scrivere ricette» senza le giuste conoscenze, visto che se «non correttamente supportato dalla scienza rischia di scivolare su un tema tanto delicato quanto intimo». La sua "ricetta", così, è fare in modo che «il governo chieda un parere alle Camere», che ne discuterà dopo aver sentito «le commissioni scientifiche e le massime istituzioni sanitarie del



nostro Paese». Nel rispetto del pronunciamento della Consulta, «non è pensabile aprire una breccia così», dice invece senza mezzi termini il medico e parlamentare di Forza Italia Benedetto Fucci, contrario a priori alla diagnosi pre-impianto, perché significa mettere i presupposti a che «questo varco si allarghi in futuro», con il rischio di arrivare a scelte sbagliate per le donne e il nascituro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

Sigarette, alcol e droghe: così nell'adolescenza si mette a rischio la fecondità

Disturbi identificabili
Criptorchidismo
e varicocele sono
problemi che il pediatra
può diagnosticare

Più «nascosti»
Gli ipogonadismi
si scoprono solo nella
pubertà, per un ritardo
nello sviluppo

Le patologie andrologiche del bambino si possono riconoscere abbastanza bene. È il caso del criptorchidismo, la mancata discesa dei testicoli nello scroto: «Riguarda circa tre bimbi su cento ed è un po' più frequente nei nati pretermine — dice Giuseppe Saggese, direttore della Clinica Pediatrica dell'Università di Pisa —. I testicoli in genere scendono entro il primo anno di vita, ma se non accade l'effetto sulla fecondità è consistente: il 30-35 per cento degli uomini con disturbi di fertilità ha avuto durante l'infanzia un criptorchidismo non riconosciuto».

C'è poi il varicocele, la dilatazione di alcune vene del testicolo: riguarda il 20 per cento degli adolescenti, in molti casi non dà sintomi evidenti, ma può compromettere qualità e quantità degli spermatozoi. Non a caso si riscontra in circa un uomo infertile su tre, per cui individuarlo attraverso i controlli pediatrici è essenziale per preservare la possibilità di avere figli: basta, infatti, un semplice intervento per eliminarlo e non correre rischi.

«Più difficile, invece, è scoprire gli ipogonadismi, ovvero le situazioni in cui c'è una carenza di ormoni ipofisari tale da provocare disfunzioni sessuali e infertilità — riprende Giuseppe Saggese —. Di fatto, la diagnosi non è possibile prima della pubertà, quando un ritardo eccessivo nello sviluppo può far sospettare deficit».

Spesso poi la sterilità è l'esito di uno stile di vita inadeguato fin da piccoli. «L'obesità e il sovrappeso, ad esempio, riguardano un bimbo su tre e provocano uno stato infiammatorio generale che altera lo sviluppo sessuale e degli spermatozoi: la concentrazione e il numero to-

tale diminuisce, si sono dimostrate perfino frammentazioni del DNA — fa notare il pediatra —. Durante l'adolescenza, poi, alcune cattive abitudini mettono una seria ipoteca sulla possibilità di avere figli: il fumo, l'alcol, l'uso di cannabis e stupefacenti sono stati associati a danni sul DNA degli spermatozoi, alterazioni della mobilità e riduzione della fecondità».

Il guaio è che sono comportamenti molto diffusi: circa il 20 per cento dei minorenni fuma, il 63 per cento dei ragazzini fra 12 e 18 anni beve alcolici, d'abitudine in oltre un caso su dieci; l'uso della cannabis è in continua crescita e fa paura anche il poli-consumo, che riguarda oltre la metà dei giovani ed è rischioso perché gli effetti negativi delle diverse sostanze si moltiplicano.

«Anche le malattie sessualmente trasmesse sono un grande pericolo — osserva Giovanni Corsello, presidente della Società Italiana di Pediatria —. Oggi a tredici o quattordici anni molti hanno già avuto esperienze, spesso non protette; questo si traduce nella probabilità di contrarre malattie che provocano infiammazione e, nel lungo termine, sterilità».

Clamidia, sifilide, gonorrea, virus dell'Herpes o del Papilloma possono danneggiare i testicoli pur rimanendo spesso asintomatiche nel maschio: il 20 per cento delle malattie sessualmente trasmesse viene diagnosticato proprio nella fascia d'età fra i 15 e i 24 anni.

«Perciò è essenziale che genitori e pediatra educino fin da piccoli a una sessualità responsabile, oltre che a un corretto stile di vita» conclude Corsello.

A. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

La fertilità maschile deve essere protetta già dalla prima infanzia

Chi vuole diventare non deve fare più attenzione alla salute e allo stile di vita dei figli maschi. Perché la fertilità si "costruisce" nell'infanzia e, stando ai dati appena diffusi al congresso della Società italiana di pediatria, un bambino su tre ha condizioni o comportamenti a rischio che potrebbero in futuro impedirgli di diventare papà. «In Italia il 15-20% delle coppie ha problemi di sterilità, nel 40% dei casi dipendenti dall'uomo — spiega Giuseppe Saggese, direttore della Clinica Pediatrica dell'Università di Pisa —. Cinquant'anni fa l'eiaculato conteneva in media 120 milioni di spermatozoi per millilitro, oggi meno della metà:

molto dipende da che cosa accade nei primi anni di vita».

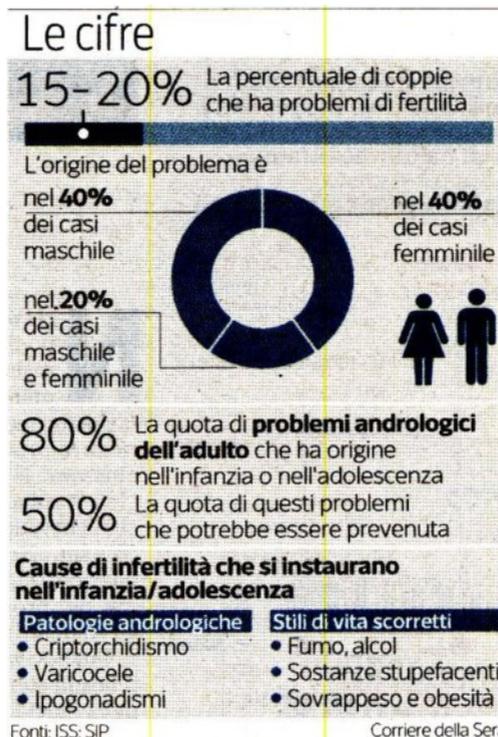
«L'80% delle patologie andrologiche dell'adulto si sviluppa nell'infanzia o nell'adolescenza, ma almeno la metà si potrebbe prevenire» sintetizza Andrea Lenzi, presidente della Società italiana di endocrinologia.

Le condizioni che mettono a rischio la fertilità sono moltissime (si veda articolo sotto), ma tutte o quasi possono essere riconosciute, come spiega il presidente della Società italiana di pediatria, Giovanni Corsetto: «Cambiamenti di forma e dimensioni dello scroto, una dolenza nella zona genitale o un fastidio che costringe a posizioni inusuali sono segnali

d'allarme di cui parlare al pediatra; comunque, anche in assenza di sintomi ogni sei mesi il bambino andrebbe portato dal medico per i periodici bilanci di salute». Purtroppo, condizioni che minacciano la fertilità compaiono spesso da grandicelli, quando il rapporto col pediatra si allenta. «Durante la pubertà, — conferma Lenzi — almeno a 12 e 16 anni, è necessario un controllo pediatrico andrologico, per seguire lo sviluppo e intercettare problemi come il varicocele; a 18 anni serve una visita per verificare che l'accrescimento sia stato corretto e trasmettere ai figli l'abitudine a controllarsi senza imbarazzi».

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ambiente

La minaccia degli interferenti endocrini

Le minacce alla fertilità maschile iniziano dalla più tenera età. Gli interferenti endocrini, "imputati" nell'accelerazione della pubertà nelle bambine, possono compromettere anche lo sviluppo dei maschi: sono sostanze che si trovano in pesticidi, solventi, vernici, colle, plastiche e hanno la capacità di alterare gli assetti ormonali. «Si può essere esposti a questi composti fin da piccolissimi» dice Giuseppe Saggese, dell'Università di Pisa. Ad esempio, gli ftalati sono

contenuti in plastiche: norme Ue impongono livelli di sicurezza per la loro presenza nei giocattoli, ma si scoprono violazioni specie in prodotti d'origine cinese; il bisfenolo A nei biberon nell'Ue è vietato dal 2011. «Queste sostanze hanno un'azione che contrasta quella degli ormoni androgeni o simile agli estrogeni — dice Saggese — e sono almeno in parte responsabili del calo di spermatozoi nell'eiaculato osservato negli ultimi decenni».

A. V.

07 GIUGNO 2015

“Caos ticket”. Ogni Regione fa per sé. Farmaci, visite e analisi, pronto soccorso: più di 3 miliardi l'anno di spesa. Ma il conto cambia a seconda di dove si abita. E la riforma non arriva

Un codice verde in pronto soccorso può costare molto caro: anche 100 euro. Ma da altre parti va male se ti fanno pagare i 25 euro nazionali. Sui farmaci per pagare il ticket in farmacia serve un ragioniere al seguito. Lo stesso per visite ed esami con conti che possono lievitare fino a 118 euro. E anche sulle esenzioni è la casbah: ogni Regione esenta chi gli pare. Ma la riforma prevista dal Patto per la Salute è ancora in alto mare

Il Patto per la Salute avrebbe dovuto rivoluzionare il sistema entro il dicembre scorso. Ma a distanza di 6 mesi da quella scadenza le notizie che filtrano dal ministero della Salute sulla riforma di ticket ed esenzioni sono ancora molto scarse.

Eppure anche un bambino si renderebbe conto che il sistema attuale è ormai diventato un “fai da te” regionale inaccettabile, con regole e costi diversissimi da una realtà all'altra in barba a qualsiasi criterio di equità e uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

Così può accadere che una visita al pronto soccorso, dove è previsto un ticket nazionale di 25 euro per i casi non urgenti, possa arrivare a costare anche 100 euro (Bolzano) e una prescrizione per esami e visite specialistiche possa passare da un minimo di 36,15 euro (Bolzano e Basilicata) a un massimo di 118 euro (Toscana).

Per non parlare dei farmaci dove tra quota fissa sulla ricetta e sulla confezione e differenza da pagare tra generico e branded il conto in farmacia diventa sempre più un rebus. E anche in questo caso con costi diversi da una regione all'altra. Dal minimo di 1 euro di quota fissa sulla ricetta a Trento agli 8 euro della Toscana e lo stesso vale per la quota sulle singole confezioni anch'essa variabile da una regione all'altra.

Un vero e proprio rebus, difficile anche da raccontare e spiegare, che in ogni caso l'anno scorso ha “fruttato” tra minore spesa e incassi un gruzzolo di 1,5 miliardi tutti a carico dei cittadini, salvo gli esenti.

Caos anche per i ticket per esami e visite specialistiche. E' l'altro grande capitolo ticket che garantisce ogni anno (ultimo dato 2013) quasi un miliardo e mezzo di incassi alle Asl, per l'esattezza 1,486, in diminuzione rispetto al 2012 anche perché in molti casi i pazienti vanno direttamente nel privato che ha ormai tariffe in linea con i massimali del ticket pubblico.

La normativa nazionale prevede un ticket massimo sulle prestazioni pari a 36,15 euro e una quota fissa di 10 euro (il superticket reintrodotta nel 2011) su cui le Regioni hanno però un margine più ampio di scelta. Ed è proprio qui che sorgono le principali differenze. A parte Bolzano e Basilicata che non hanno applicato il super ticket, nelle altre ognuno fa per sé, con costi per il paziente che possono arrivare

anche a 118 euro per un pacchetto di prestazioni.

[E veniamo all'ultimo capitolo di questo nostro viaggio nel caos ticket, quello delle esenzioni.](#)

Se è difficile orientarsi su quanto e come pagano gli italiani per farmaci, visite e analisi, capire “chi non paga” è ancora più complesso. Volendo semplificare c'è chi non si è troppo discostato dalla normativa nazionale, che prevede esenzioni per reddito, età e patologia, e chi invece ha introdotto una mole notevole di categorie e sottocategorie di esenti totali o parzialmente dal pagamento del ticket.

Come abbiamo detto, il Patto per la Salute prevedeva una grande riforma del sistema ma ad oggi non c'è ancora una proposta minimamente condivisa tra Governo e Regioni. E certo consolano solo parzialmente [le parole del ministro Lorenzin](#) che, da noi intervistata esattamente un mese fa, pur ribadendo la sua intenzione di sfrondare e semplificare in nome dell'equità, ammetteva che pensare a un sistema di ticket uguale in tutto il Paese con stessi diritti e garanzie è impossibile.

“A che punto siamo e che intenzioni avete? Aumenteranno? Saranno finalmente unificati a livello nazionale?”, avevamo chiesto al ministro a proposito della riforma dei ticket e delle esenzioni e lei ci aveva risposto così: *“Il lavoro è ancora in corso, perché è complesso. L'obiettivo, a parità di gettito - quindi nessun aumento del ticket questo è certo - è quello di dare al cittadino un sistema di compartecipazione alla spesa finalmente equo e legato alle reali possibilità economiche di ognuno di dare il suo contributo alla sanità pubblica. Saranno senz'altro favoriti i nuclei familiari con figli ma non solo. Stiamo cercando di simulare un'applicazione delle esenzioni in base ai redditi Isee ma, come le dicevo, attenti a far sì che chi sarà esente lo sarà perché effettivamente non è in grado di pagare il ticket e non, come avviene oggi, con quelle macchinone parcheggiate davanti alla farmacia da dove scendono fantomatici esenti dal ticket. Quegli abusi li vogliamo stroncare. Ma per farlo senza sbagliare bersaglio bisogna farlo con attenzione. Meglio aspettare qualche mese in più che fare errori in un campo così delicato. Per quanto riguarda l'unitarietà del ticket a livello nazionale essa è di fatto preclusa dall'autonomia delle regioni in questo campo che lascia a loro la scelta sulla presenza e sulle modalità del ticket. A noi però il compito di dare un quadro unitario sulle esenzioni per far sì che i diritti siano gli stessi in tutto il Paese.”*

Luciano Fassari

Tumori, al Pascale di Napoli già oltre 200 pazienti trattati con l'immuno-oncologia



07 giugno 2015

L'Istituto "Pascale" di Napoli al vertice della ricerca mondiale contro il cancro. Il centro partenopeo è infatti un punto di riferimento internazionale negli studi sull'immuno-oncologia, la nuova arma che stimola il sistema immunitario per sconfiggere il tumore.

Finora a Napoli sono stati arruolati più di 200 pazienti nelle sperimentazioni che utilizzano questo approccio innovativo. Un dato che ha reso il "Pascale" protagonista al 51° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), il più importante appuntamento del settore che si è concluso recentemente a Chicago con la partecipazione di più di 25mila specialisti da tutto il mondo.

"La strada è stata aperta dal melanoma, un tumore della pelle che in fase avanzata è particolarmente aggressivo – spiega il prof. Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative del 'Pascale' e presidente della Fondazione Melanoma -. Nel 2014 in Italia sono stati stimati quasi 11.000 nuovi casi, 1.100 in Campania. Nello studio Checkmate 067 presentato a Chicago sono stati arruolati complessivamente 945 pazienti: 314 trattati con la combinazione nivolumab e ipilimumab, 316 solo con nivolumab e 315 solo con ipilimumab. Siamo partiti dagli ottimi risultati raggiunti in precedenti sperimentazioni eseguite con ciascuno dei due farmaci immuno-oncologici. Con la combinazione delle terapie abbiamo raggiunto risposte positive superiori al 70%. Un obiettivo importante, mai ottenuto in precedenza, che premia il grande impegno del 'Pascale'. La ricerca è stata anche pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica New England Journal of Medicine".

Oggi si stanno aprendo prospettive importanti per utilizzare l'immuno-oncologia anche in altre malattie, in particolare nel tumore del polmone, del rene e del fegato. Per molte neoplasie in fase metastatica infatti i tassi di sopravvivenza a cinque anni continuano a rimanere inferiori al 20 per cento (ad esempio nel polmone oggi è pari al 4%). Queste basse percentuali evidenziano la necessità di migliorare gli attuali standard di cura e di estendere la sopravvivenza dei pazienti con la malattia in fase avanzata.

"Nel carcinoma del polmone – sottolinea il prof. Gennaro Ciliberto, Direttore scientifico del 'Pascale' -

l'approccio terapeutico standard è rappresentato dalla chemioterapia. Oggi però si stanno aprendo nuove strade. Infatti, nella forma a piccole cellule, lo studio CheckMate 032 che abbiamo presentato al Congresso ASCO ha evidenziato nei pazienti trattati con la combinazione nivolumab e ipilimumab una sopravvivenza media globale doppia (8,2 mesi) rispetto a solo nivolumab (4,4 mesi). Un risultato che ha evidenziato il ruolo di primo piano del nostro Istituto. In futuro, compito dei ricercatori sarà capire in che modo combinare questo approccio terapeutico rivoluzionario con quello tradizionale e con la radioterapia e la chirurgia".

Nel 2014 in Italia si sono registrate 40.000 nuove diagnosi di tumore del polmone, 3.820 in Campania. A differenza di quello al polmone, il tumore del rene presenta basi immunologiche che lo avvicinano al melanoma.

Anche in questa patologia – continua il prof. Ascierto -, che nel 2014 ha fatto registrare in Italia 12.600 nuovi casi, la sfida per gli oncologi è rappresentata dall'identificazione della sequenza terapeutica migliore. I risultati presentati a Chicago sono promettenti, perché i pazienti con cancro del rene in fase avanzata trattati con nivolumab hanno raggiunto una sopravvivenza globale mediana compresa fra 18,2 e 25,5 mesi. Invece con le terapie attuali non supera 16,5 mesi". E nel tumore del fegato, la seconda causa di morte al mondo correlata al cancro, il Pascale, insieme ad altri centri di riferimento internazionali, ha presentato una ricerca in cui la sopravvivenza globale a un anno è stata del 62% con nivolumab, mentre con l'attuale standard di cura non supera il 40%. "Sono risultati significativi – conclude il prof. Ascierto – che rafforzano le nostre convinzioni sull'enorme potenziale dell'immuno-oncologia".

[[chiudi questa finestra](#)]