

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 06 NOVEMBRE 2014

Invecchiamento. Nel mondo più di 1 miliardo gli over-60. OMS: “Invecchiare bene priorità globale”. Ecco come

Una sfida sia a livello sanitario che a livello sociale, quella di individuare strategie efficaci per migliorare la salute e la qualità di vita delle persone con più di 60 anni. Una ‘Serie’ di studi su The Lancet e l’OMS affrontano l’argomento. L’obiettivo è una popolazione più sana, più felice e più produttiva

Oggi, oltre un miliardo di persone al mondo ha più di 60 anni ed entro il 2050 il numero aumenterà di 800 milioni, raggiungendo i 2 miliardi. Sono alcuni dei dati forniti nel primo¹ di una ‘Serie’ di studi sul tema dell’invecchiamento pubblicati da *The Lancet* e resi noti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L’OMS richiama l’attenzione sull’argomento, sottolineando che “**invecchiare bene deve essere una priorità globale**”.

Inoltre, secondo le stime circa l’80% delle persone anziane vive in paesi a basso e medio reddito.

La longevità in numeri

L’aspettativa di vita è in continua crescita, soprattutto nei paesi ad alto reddito: si tratta di un trend annunciato e senza precedenti. Secondo le stime dell’OMS, nel 2012 l’aspettativa di vita media, a livello globale, a partire dall’età di 60 anni risulta pari a 21,5 anni per le donne e 18,5 anni per gli uomini, arrivando nei paesi più ricchi fino a 26 anni per le donne e oltre 22 anni per gli uomini. L’aumento della longevità è dovuto a vari fattori, tra cui il calo della mortalità legata a malattie cardiovascolari, principalmente grazie a strategie ‘semplici’ e cost-effective quali la riduzione del consumo di tabacco e dell’incidenza dell’alta pressione sanguigna, oltre che una migliorata e più efficiente copertura degli interventi in ambito sanitario.

Sebbene le evidenze mostrino come la popolazione anziana sia più sana rispetto al passato, tuttavia, la longevità aumentata non sempre corrisponde a una condizione di una migliore salute, spiega

l’OMS, a partire dal secondo studio² della ‘Serie’ su *The Lancet*: quasi un quarto (23%) del carico complessivo dovuto alla malattia e alla mortalità riguarda le persone con più di 60 anni. Le principali cause di malattia e decesso sono le seguenti: malattie cardiovascolari (30,3% del carico globale di tutte le malattie in età superiore ai 60 anni), cancro (15,1% del carico globale), malattie respiratorie croniche (9,5% del carico globale), disordini muscolo-scheletrici (7,5% del carico globale) e malattie neurologiche e mentali (6,6% del carico globale).

All’aumento della longevità, corrisponde una crescita dell’incidenza di patologie collegate all’età: ad esempio, si stima che il numero di persone affette da **demenza crescerà dai 44 milioni di oggi a circa 135 milioni entro il 2050**.

Per questo, l’OMS richiama l’attenzione sull’importanza di invecchiare in salute e sulle principali patologie collegate all’età. La prevenzione primaria, secondaria e terziaria rivolta agli anziani rappresenta la principale strategia per ridurre l’impatto di queste malattie, si legge nel secondo studio su *the Lancet*.

“Saranno necessari profondi e radicali cambiamenti dell’assistenza socio-sanitaria”, ha dichiarato il Dottor **John Beard**, Direttore del Department of Ageing and Life Course all’OMS e co-leader della ‘Serie’ di pubblicazioni su *The Lancet*, insieme ai Dottori **Ties Boerma** e **Somnath Chatterji** (sempre

OMS). "Ma dobbiamo prestare attenzione che questi cambiamenti non rinforzino le disuguaglianze che sono alla base della maggior parte delle limitazioni funzionali e delle condizioni povere di salute riscontrate nell'età avanzata".

"Indagini trans-nazionali, come lo *Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)* dell'OMS, *Gallup World Poll*, e altri studi longitudinali di coorte sull'invecchiamento in Brasile, Cina, India e Corea del Sud, stanno cominciando a ristabilire l'equilibrio e a fornire evidenze per i sistemi politici, ma ancora molto resta da fare"^{3,4}, ha aggiunto Ties Boerma.

Le strategie per migliorare la salute

Uno dei principali problemi per le persone di età superiore ai 60 anni riguarda la presenza di malattie croniche: in tal senso, è necessario non soltanto aumentare e modificare gli interventi a livello sanitario, ma anche le strategie per migliorare la qualità della vita delle persone a livello sociale. Il benessere psico-fisico, legato anche alla misura della soddisfazione della propria vita e alla qualità della stessa, è un parametro importante che deve essere migliorato.

Per questo miglioramento, l'OMS afferma che si potrebbero mettere in atto politiche che incoraggino possibilmente le persone con più di 60 anni a lavorare più a lungo (rimuovendo ad esempio tasse che disincentivano la permanenza nell'ambito lavorativo dopo l'età del pensionamento), insieme a strategie per la diagnosi precoce e in particolare strumenti a basso costo per la prevenzione della malattia (tra cui la **riduzione della quantità di sale** nell'alimentazione a livello generale e l'aumento della diffusione delle **vaccinazioni**), oltre alla **formazione degli operatori sanitari** nella gestione di patologie croniche multiple. Inoltre, le persone anziane hanno bisogno di essere tutelate sia dal punto di vista della salute che dal punto di vista economico: in tal senso il sistema pensionistico deve essere posto sotto attenzione e saranno necessari riassetamenti delle politiche legate a tale sistema, si legge sul quinto studio⁵ della 'Serie' su *The Lancet*.

Secondo il dottor Chatterji, del Department of Health Statistics and Information Systems presso l'OMS, "collettivamente, dobbiamo guardare oltre ai costi normalmente associati con l'invecchiamento pensando invece ai benefici che una popolazione anziana **più in salute, più felice, e più produttiva** può portare alla società nel suo complesso".

Renzi accelera su local tax e taglio delle Asl

“Il versamento unico comunale pronto nel 2015. Via alla riforma del catasto”



ROMA. Renzi accelera sulla local tax, che dovrà sostituire Tasi e Imu, e torna ad assicurare che sarà pronta per il prossimo anno: inoltre annuncia che dal 2016 arriverà nelle case degli italiani “precompilata”. Il

presidente del Consiglio, di fronte all’assemblea dell’Anci a Milano, lancia anche segnali di disgelo: «Lasciamo le porte aperte a Palazzo Chigi, è anche casa vostra, se c’è da discutere discutiamo», ha detto. Insiste sul fisco e ricorda che il 10 dicembre il consiglio dei ministri varerà definitivamente il decreto delegato sulla riforma del catasto che istituisce le nuove commissioni censuarie. Ai “colleghi” sindaci pone sul piatto un nuovo elemento di negoziato. «Proporremo mutui gratis per i Comuni che hanno la possibilità di fare nuovi investimenti», dice e spiega i «mutui gratis» saranno erogati fino a un tetto di tre miliardi e che «lo Stato si accollerà gli oneri attivi per i primi

anni». Renzi ha poi ribadito che nel 2015 «il Patto di stabilità verrà allentato dell’80 per cento e, se uno fa bene i conti, tutti possono fare tutto». Affondo anche sulla questione della Sanità, di cui le Regioni temono i tagli come riflesso delle misure della legge di Stabilità: «Sulla sanità voglio dire con chiarezza che vogliamo i costi standard e che non vogliamo ridurre i servizi ma le Asl». E ribadisce il concetto rivolto alle Regioni, che hanno imbastito una trattativa con il governo sulle misure contenute nella legge di Stabilità: «Sui costi standard ci siamo», annuncia. Poi arriva un riconoscimento al lavoro di Mr. Forbici, Carlo Cottarelli, il funzionario dell’Fmi che ha lasciato il compito di commissario alla *spending review*: «È stato bravo, ha fatto un bel lavoro». Infine all’Alcatel-Lucent di Vimercate esorcizza i pessimisti: «Per far volare l’Italia ci vogliono i calabroni, altro che gufi».

(r.p.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





07/11/2014

FARMACI: IN 3 ANNI PIU' TRIALS CLINICI, MENO PAZIENTI ARRUOLATI

(AGI) - Roma, 6 nov. - Cresce la sperimentazione clinica in Italia, nonostante la crisi, con un numero di studi passato dai 670 del 2010 ai 697 del 2012 (risalendo dal 16,4% al 17,7% sul totale delle sperimentazioni europee). Una crescita a fronte della quale, tuttavia, sono diminuiti i pazienti coinvolti nei trials clinici. Il dato è emerso nel corso del convegno "Sperimentazione clinica in Italia: criticità e prospettive", promossa dalla Fondazione Magna Carta, in collaborazione con Msd Italia, alla presenza del presidente della Fondazione, Gaetano Quagliariello; del presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi; del direttore generale dell'Aifa, Luca Pani e del presidente della Società italiana di farmacologia, Francesco Rossi. Rispetto alle risorse complessivamente investite in ricerca e sviluppo, ha sottolineato l'ad di Msd, Pierluigi Antonelli, nel corso dell'incontro, ben il 57% viene impiegato in sperimentazioni cliniche, il 21% in attività pre-clinica, il 10% in farmacovigilanza e l'8% in attività regolatoria. Nonostante il dato positivo, tuttavia, il settore è caratterizzato da diverse criticità, prima fra tutte la progressiva perdita di pazienti arruolati nelle sperimentazioni: cinquemila in meno dal 2010 al 2012 (un dato che accomuna molti altri Paesi come Francia, Ungheria, Australia, Spagna, Argentina, Finlandia). Un dato che pone l'Italia al 23esimo posto, nella classifica del numero di pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche, mentre gli Stati Uniti hanno visto crescere questo numero di 30mila unità; il Giappone tra 20 e 30mila; Germania, Polonia, Russia, Cina e Ucraina tra 10 e 20 mila unità in più; Canada, Regno Unito, India e Romania tra 5 e 10 mila in più. Il nostro Paese, inoltre, è ancora al di sotto della media europea in termini di investimenti in ricerca e sviluppo. Il potenziale nazionale, nel settore della sperimentazione clinica farmaceutica, va dunque sfruttato, prima di tutto rivedendo il sistema in termini, è stato osservato, di maggior velocità decisionale (anche con la creazione di un Comitato etico nazionale con possibile sede in Aifa), omogeneizzazione dei processi e definizione chiara delle competenze, digitalizzazione. Sarebbe dunque necessario, inoltre, introdurre incentivi fiscali sugli investimenti aziendali in ricerca e sviluppo, individuare fondi da allocare per personale dedicato alla sperimentazione clinica all'interno dei centri di sperimentazione, dare il giusto riconoscimento al valore dell'innovazione nel momento in cui i nuovi farmaci vengono immessi nel mercato. "Ci sono sfide oggi che, insieme, determinano la crescita economica di un Paese e la possibilità di dare risposte a problemi inediti, dove fattori oggettivi impediscono che le persone possano ricevere dallo Stato le stesse sicurezze e garanzie del passato - ha osservato il presidente della Fondazione Magna Carta, Gaetano Quagliariello - per vincere queste sfide, non basta fare e impegnarsi in tale direzione, ma è necessaria una strategia all'altezza della complessità dei problemi che abbiamo di fronte". (AGI)

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Un piano contro corruzione in Sanita',arrivano linee guida

Divora 5,6% budget. Lorenzin, aiuto da centrali acquisto

Difendere la sanità dalle mani della criminalità organizzata e dalla corruzione che divora, secondo alcune stime, il 5,6% del budget. Si scrivono nuove regole con l'obiettivo di rendere più trasparente il sistema e blindare le procedure, ma anche alleggerire il sistema dal peso di una politica che ha usato Asl e ospedali come terreni per la spartizione del potere. Gli annunci su interventi in questo senso si susseguono da anni ma in tempi di crisi e di spending il tema è diventato una priorità assoluta e il piano anti corruzione sta per essere sancito con una serie di nuovi percorsi precisi per chi lavora nella Sanità.



Individuare specifiche linee guida che affrontino i temi della governance amministrativa, della corruzione e del conflitto di interessi in sanità è l'obiettivo del Protocollo d'intesa firmato dal presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac), Raffaele Cantone e dal direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), Francesco Bevere. Scopo dell'intesa è quello di "supportare i sistemi sanitari nell'adozione di misure idonee a realizzare processi aziendali corretti, efficaci ed efficienti, anche con specifico riferimento al raggiungimento degli obiettivi di trasparenza e legalità e attraverso il recupero dei valori di integrità e di etica professionale ed aziendale".

Saranno anche individuati e sperimentati modelli integrati di controllo interno per la gestione dei rischi collegati al governo delle aziende sanitarie.

"Le centrali uniche di acquisto sono la misura prima per risparmiare, avere efficienza e combattere la corruzione", ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. "All'interno del ministero - ha aggiunto Lorenzin - sono state già attuate tutte norme anti-corruzione da tempo, come quella della rotazione dei direttori, ma e' il Patto della Salute che porta grandi azioni concrete come appunto le centrali di acquisto e il sistema della trasparenza sui dati".

Fra le linee di azione già individuate c'è la necessità di assicurare la trasparenza sulle liste d'attesa, sulla qualità del servizio offerto con dati chiari per i cittadini, e un intervento sui prezzi, come l'individuazione dei costi standard e la centralizzazione degli acquisti. "Il tema - ha precisato Bevere - è quello di irrobustire la trasparenza dell'efficienza, la cultura della legalità e dell'etica pubblica con percorsi formativi specifici, eliminare l'improvvisazione amministrativa e prevenire, oltre che reprimere, il fenomeno della corruzione. Quello che e' mancato al sistema sanitario negli ultimi 20 anni e' stato il non accompagnare l'aziendalizzazione con una adeguata formazione del personale, il management non ha subito una evoluzione culturale per gestire alcuni livelli di complessità. Riteniamo che le centrali di acquisti possano essere pericolose se non gestite da personale altamente qualificato. Un'altra cosa molto importante il discorso della prevenzione dei fenomeni corruttivi: avvengono anche perché la trasparenza del percorso non è sempre assicurata. Le procedure debbono essere validate dalle Regioni ma anche dal Ministero e dall'Agenas che avrà il compito di fare anche un lavoro di verifica. Infine - ha concluso Bevere - c'è il tema delle incompatibilità fra le attività svolte dal personale e i rapporti con alcune aziende come quelle farmaceutiche".(ANSA).

http://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2014/11/06/un-piano-contro-corruzione-in-sanitaarrivano-linee-guida_26951c67-0660-4045-ba30-1cdcd8f615d6.html



adnkronos
salute

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Pharma kronos

Un esempio è il Lab.Net, un network che unisce 54 laboratori di biologia molecolare

Ematologia italiana prima in Ue e seconda nel mondo grazie a 'reti'

La via per perseguire l'eccellenza dell'ematologia italiana passa attraverso la rete. Un esempio è il Lab.Net, un network che unisce 54 laboratori di biologia molecolare distribuiti su tutto il territorio nazionale e 164 centri di ematologia, un progetto originale nato in Italia nel 2007, sotto l'egida della Sie (Società italiana ematologia) e gestito dal Gimema (Gruppo italiano malattie ematologiche nell'adulto), che ha ricevuto un supporto incondizionato da Novartis. Lo scorso anno sono stati eseguiti oltre 11.000 esami per monitorare la risposta molecolare dei pazienti in trattamento con farmaci inibitori di tirosin chinasi. Ma per altre patologie, come la leucemia mieloide acuta o le malattie mieloproliferative, c'è ancora molto da fare. Se ne è parlato a Roma in un incontro organizzato con l'Ail (Associazione contro leucemie, linfomi, mieloma). La via della rete il nostro Paese ha cominciato a imboccarla circa 20 anni fa grazie a Franco Mandelli, con la costituzione del gruppo cooperativo Gimema. E oggi l'ematologia italiana è per produttività e per impatto della propria

produzione scientifica prima in Europa e seconda al mondo dietro gli Stati Uniti. Ma oggi, avvertono gli esperti, è necessario più che mai proseguire con nuova energia in questa direzione per allargare il numero di patologie trattate in rete, occupandosi anche di alcune molto complesse come la leucemia mieloide acuta. Ora la prospettiva di guarigione è superiore all'80% nelle leucemie linfoblastiche in età pediatrica, all'80% nelle leucemie acute promielocitiche e nel linfoma di Hodgkin, e al 50% nei linfomi aggressivi di tutte le età. Nella leucemia mieloide cronica l'attesa di vita dei pazienti è ormai paragonabile a quella della popolazione sana. Il successo si deve alla disponibilità di nuovi farmaci, ma anche alla capacità degli ematologi di impiegarli in modo sempre più tempestivo e appropriato. Insieme ai progressi nella terapia, si sono affermati nuovi metodi sempre più raffinati, di tipo genetico-molecolare, che permettono diagnosi accurate e attenti monitoraggi della terapia. Questi nuovi test vanno eseguiti in laboratori altamente specializzati che devono garantire qualità,

standardizzazione e ottimizzazione delle risorse. Oggi il corretto iter diagnostico-terapeutico e di monitoraggio è più che mai indispensabile per curare al meglio le malattie onco-ematologiche. Dunque per migliorare l'assistenza ai pazienti è sempre più necessario dare nuovo impulso al network formato dai centri di ematologia, oltre 200 (circa 100 strutture complesse e altrettante semplici secondo un recente censimento effettuato dalla Sie), e dai laboratori. Secondo Fabrizio Pane, presidente Sie, "il corretto inquadramento diagnostico attraverso l'impiego di approcci laboratoristici altamente specialistici è conditio sine qua non per orientare il percorso assistenziale e offrire al paziente ematologico le prestazioni più appropriate. L'ottimizzazione delle risorse necessarie e l'incorporazione nel sistema pubblico della rete di Laboratori di diagnostica avanzata in ematologia è garanzia di perpetuazione e incremento nel futuro dell'attuale livello di eccellenza dell'ematologia italiana".

(B.D.C.)

NON SOLTANTO LO HA DEBELLATO, MA HA ANCHE DATO ALLA LUCE UNA BAMBINA, ZOE

C'è pure una donna guarita dallo stesso cancro ritenuto inguaribile che ha colpito Brittany

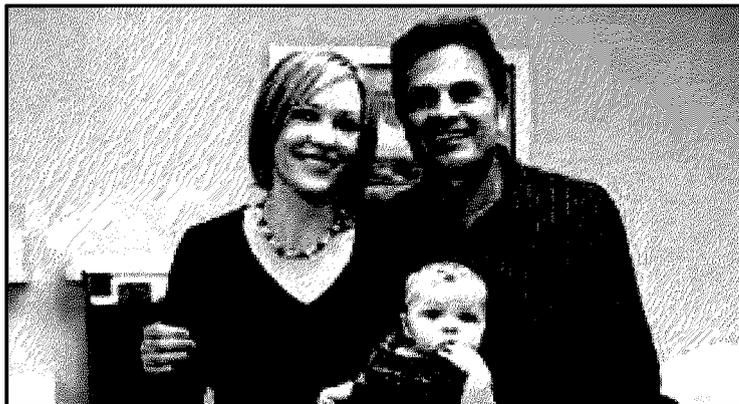
DI ALESSANDRA NUCCI

La decisione della giovane e bella **Brittany Maynard**, 29 anni, di comunicare a tutto il mondo la sua volontà di avvalersi del suicidio assistito previsto dallo stato dell'Oregon è la notizia che ha campeggiato sui titoli di tutti i giornali, ed è giusto che sia così. Però, paradossalmente, l'attuazione di questa drammatica scelta finisce per rendere ancora più clamorosa la vicenda di un'altra donna americana, **Heather Knies**, che allo stesso gravissimo tumore è sopravvissuta.

A Heather Knies, di Phoenix, nell'Arizona, a 26 anni erano stati diagnosticati non uno, ma due tumori al cervello, al quarto stadio. Le dettero sei mesi di vita, non di più.

La sua condizione era paragonabile a quella di Brittany, che domenica scorsa ha deciso di mettere fine alla sua vita. Ma, al contrario della Maynard, la Knies affrontò due operazioni al cervello presso l'Istituto neurologico Barrow dell'ospedale di San Giuseppe, a Phoenix, e una successiva terapia chemioterapica e radiologica. Il risultato è che non solo ha sconfitto il tumore, ma è anche divenuta madre di una bella bambina di nome **Zoe**. Oggi la Knies ha 33 anni, vive una vita normale, in famiglia e al lavoro, a tempo pieno. Certo, sta sul chi vive e fa gli esami del caso ogni tre mesi, ma a tutt'oggi il suo cervello non conserva traccia della terribile malattia.

Quando le fu diagnosticato il primo tumore, nel 2005, Heather Knies faceva la segretaria in un ambulatorio medico. Un giorno, mentre era al volante sulla via di casa, ebbe dei problemi alla vista. La risonanza magnetica evidenziò un tumore al cervello di grado non elevato, che fu rimosso con un'operazione chirurgica seguita da chemioterapia. Ma, meno di un anno dopo, le fu trovato un altro tumore, molto peggiore del primo: un glioblastoma di quarto stadio, uno dei tumori più maligni, quello che uccide il numero maggiore di persone sotto i 40 anni. Tuttavia



Heather Knies assieme a suo marito e alla figlia Zoe

un ulteriore intervento chirurgico, seguito da radioterapia, è stato risolutivo. E mentre era in cura ha conosciuto e sposato il suo attuale marito, da cui nel 2012 ha avuto Zoe.

La Knies si dichiara immensamente rattristata dalla decisione di Brittany Maynard di darsi la morte. Non la giudica per essersi tolta la vita, ma vuole offrire la sua testimonianza come speranza per altri ammalati. «Tutti hanno il diritto di scegliere», è il suo commento. «Io voglio solo che chi si trova ad affrontare una malattia mortale sappia che un'altra possibilità esiste, e che si può anche lottare e sopravvivere».

L'eutanasia negli Stati Uniti è tuttora proibita, ma il suicidio assistito è stato legalizzato nel distretto della capitale e in cinque stati: oltre all'Oregon, dove la Maynard si era spostata dalla nativa California per potersi avvalere di questa procedura, è previsto anche nel vicino Washington, nel Vermont, nel Montana e nel New Mexico. La differenza fra eutanasia e suicidio assistito sta in chi è deputato a somministrare il farmaco mortale: l'eutanasia prevede che lo somministri il medico o altra persona terza, mentre il suicidio assistito impone al paziente stesso di assumere il farmaco e decidere quando farlo.

Nel Nord Europa, invece, l'eutanasia è

legale e sempre più facile da ottenere. In Olanda, dalle prime prudentissime legalizzazioni nel 2001, si è arrivati al permesso di eutanasia per i neonati disabili, per i bambini malati terminali dai 12 anni in su e per i malati psichiatrici. Fra questi ultimi, il numero di chi ha scelto di morire nel 2013 è triplicato rispetto all'anno prima (45 rispetto ai 14 del 2012).

In Belgio dal 2005 esiste un kit fai-da-te acquistabile in farmacia; recentemente sono stati introdotti il furgone per il suicidio assistito a domicilio, la clinica di eutanasia per i depressi e la raccomandazione dei medici di sistemare le eutanasie direttamente accanto ai trapianti.

—© Riproduzione riservata—



R2 / LA COPERTINA

Tante splendide quarantenni la nuova età della maternità

Sempre più donne scelgono

di posticipare l'arrivo dei figli: 8 bimbi su 100 nascono così

MARIA NOVELLA DE LUCA
CHIARA SARACENO



O TTO bambini su cento nascono oggi in Italia da madri quarantenni e anche un po' di più. Bambini-testimonial di quelle "maternità tardive", spesso assai desiderate e programmate, che ogni anno spostano però più in là l'età della fecondità. Un fenomeno così irreversibile da aver messo in discussione ogni certezza antropologica sulla teoria del "mo-

mento giusto" nel quale mettere al mondo un figlio. Momento, com'è noto, e come raccontano le donne, che sembra inafferrabile, sfuggente, mai perfetto. E si potrebbe aspettare all'infinito il D-day se a un certo punto non ci si decidesse ad ascoltare l'allarme dell'età. «Avevo 38 anni e mio marito 45», racconta Laura, avvocatessa, «e ho capito che dovevo abbandonare il cervello e seguire il cuore». Laura ce la fa, diventa madre a 39 anni, e oggi dice che il «momento giusto» era proprio quello.

ALLE PAGINE 40 E 41

L'età della maternità

MARIA NOVELLA DE LUCA

O TTO bambini su cento nascono oggi in Italia da madri quarantenni e anche un po' di più. Bambini-testimonial di quelle "maternità tardive", spesso assai desiderate e programmate, che ogni anno spostano però più in là (e incautamente, dicono i medici) l'età della fecondità. Un fenomeno così "macro" e irreversibile, da aver messo in discussione ogni certezza antropologica sulla teoria del "momento giusto" nel quale mettere al mondo un figlio. Momento, com'è noto, e come raccontano le donne, che sembra inafferrabile, sfuggente, mai perfetto. E si potrebbe aspettare all'infinito il D-day se ad un certo punto non ci si decidesse a mollare gli ormeggi, e ascoltare finalmente l'allarme dell'età.

«Avevo trentotto anni e mio marito quarantacinque», racconta Laura, avvocatessa in prima linea nei processi anti-violenza, «e ho capito che dovevo abbandonare il cervello e seguire il cuore, altrimenti a furia di rimandare un bambino

non sarebbe mai arrivato». Laura ce la fa, diventa madre a 39 anni, e oggi dice che il «momento giusto» era proprio quello, «un insieme di consapevolezza, allegria e coraggio». Conferma indiretta di quanto sostengono i più recenti studi sulla felicità delle coppie, prima e dopo l'arrivo di un figlio. Lo affermano ad esempio i due sociologi Mikko Myrskjla della London School of Economics, e Rachel Morgolis docente all'università canadese del Western Ontario, autori di un ormai celebre ma anche contestato saggio "Happiness before and after kids". «Più si va avanti con l'età, più il diventare genitori aumenta il benessere della coppia, mentre quando si è giovani la felicità è più a corto raggio...». E dopo aver analizzato per otto anni decine di coppie, Myrskjla e Morgolis ipotizzano addirittura una fascia d'età "ottimale" per trasformarsi in madri e padri, e cioè tra i 35 e i 49 anni.

Letizia Mencarini, professoressa di Demografia all'università di Torino, anche lei studiosa della relazione tra felicità e fecondità all'interno del proget-

to europeo "Swellfer", conferma: «I dati ci dicono che tra benessere soggettivo e benessere riproduttivo, le donne "grandi" risultano più serene e soddisfatte della loro maternità, rispetto alle madri sotto i 25-30 anni. Perché, se tutto va bene, e i figli arrivano, visto che il rischio del rimandare le gravidanze è l'infertilità, la solidità economica e la stabilità di coppia, sono ingredienti fondamentali per una serenità familiare. Anche le statistiche sui divorzi dimostrano che quando ci si incontra da adulti l'inquietudine sentimentale è minore. Ma con l'età — aggiunge Mencarini — la fertilità delle donne subisce una caduta vertiginosa...».

Il rinvio anno dopo anno quindi, che ha portato la media del primoparto in Italia a 32 anni, contiene in sé dunque la speranza e l'inganno insieme. «Il pensiero delle donne di poter rinviare all'infinito il concepimento di un figlio, può creare enormi delusioni. Ma in Italia l'estrema precarietà dei trentenni di oggi, rende quasi impossibile progettare una famiglia prima dell'età limite». Abbiamo infatti il record euro-

peo di maternità tardive (over 35).

E i numeri non fanno sconti. Oggi la nostra percentuale di fecondità è di 1,3 figli per donna, contro i 2,1 del 1996, o i 2,7 del 1964, quando l'Italia del Novecento raggiunse il suo culmine demografico (nati oltre un milione di bambini) specularmente allo zenith del miracolo economico. Bruno e Paola, entrambi ricercatori universitari, e globetrotter tra Roma, Perugia e Londra, raccontano che soltanto quando, finalmente, Bruno, biologo, ha "vinto" un contratto pagato in modo decente in Inghilterra, hanno buttato via ogni precauzione. Paola, 44 anni, è oggi madre di due gemelli: «Bruno! l'ho incontrato quando non ci speravo più. Avevo già 37 anni, una laurea in Storia, un dottorato, un master negli Stati Uniti, e nessuna certezza di ottenere uno stipendio vero. E in più avevo messo insieme un semi-matrimonio fallito e una convivenza sbagliata. Ma con Bruno abbiamo capito subito che poteva funzionare. Ho fatto la valigia e l'ho seguito a Londra, dove dodici mesi fa con la fecondazione

assistita sono nati Vittorio e Alegra, i loro nomi sono lo specchio di ciò che per noi significa: la realizzazione di un sogno in cui non speravamo più...».

Ma i bambini come stanno? Cosa vuol dire nascere da genitori così adulti che un tempo si sarebbero definiti vecchi? Secondo Jacqueline Barnes, professore di Psicologia alla "Birkbeck university of London", questi desideratissimi figli di mamme quarantenni avrebbero «addirittura una salute fisica e psichica migliore, e maggiore capacità linguistica, dei bambini nati da donne più giovani...». E il tutto si spiegherebbe di nuovo con le maggiori disponibilità, sia emotive che economiche, di coppie mature e senza rimpianti. «Però io a queste madri adulte e più che perfette non ci credo», ironizza Alessandra Kustermann, direttore del pronto soccorso ostetrico ginecologico della clinica Mangiagalli di Milano, polo di eccellenza per gravidanze e maternità, dove nel 2013 si è verificato uno storico sorpasso di partorienti "over 40" rispetto alle altre. «Le madri adulte — continua la dottoressa Kustermann — sono di solito donne appagate, che arrivano al parto con una grande preparazione, e mettono al mondo figli assai desiderati. E sono anche molto brave nel crescerli, anche se il rischio è quello di scivolare in una ricerca della perfezione a tutti i costi. È come se si fosse persa un po' di leggerezza: io ho avuto il primo figlio a 24 anni e sono diventata primario lo stesso...».

Certo, oggi i tempi sono diversi, la precarietà, il non lavoro, ma anche, conferma Kustermann, «alle coppie non sembra mai di trovare il momento giusto». Così quando alla fine la decisione arriva, in agguato c'è la delusione. «Intorno ai 40 anni ci vogliono almeno nove mesi per concepire un figlio, e dopo i 41 la qualità degli ovociti di una donna è così bassa, che anche con la fecondazione assistita i successi sono scarsi. Stesso discorso per l'eterologa: se da una parte trovo assurdo — conclude Kustermann — il limite dei 43 anni, è giusto dire però che anche con questa tecnica i successi sono soltanto parziali. E più che fare campagne per il congelamento degli ovociti, sarebbe meglio spingere le donne e le coppie ad anticipare di quattro o cinque anni la gravidanza».

Insomma, dietro scelte tanto rinviate, avverte Carla Facchini, docente di Sociologia alla Bicocca di Milano, c'è un «iper-investimento» sulla maternità. «Ma la posticipazione degli eventi, che è propria di questa generazione, riguarda tutto: l'uscita di casa, la vita di coppia, il lavoro, e si riverbera sui processi procreativi». Come se fossero cambiate le mappe mentali dell'età. «Italo Svevo in "Senilità" scriveva che la vecchiaia iniziava a 35 anni, oggi a 35 anni si diventa genitori. Per scoprirsi dentro una grande voglia di concentrarsi su questo figlio così atteso che in gran parte dei casi resterà unico».

“Alle coppie sembra non arrivare mai il momento giusto. Ma dopo i 41 anni le possibilità sono poche”

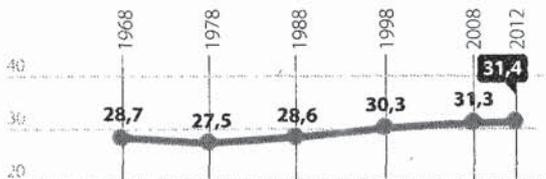
Sono i testimonial di una scelta consapevole: figli desideratissimi quando l'orologio biologico chiama senza appello. Otto bimbi su cento in Italia nascono da madri quarantenni. Le più mature in Europa. Perfette nel loro ruolo anzi quasi troppo



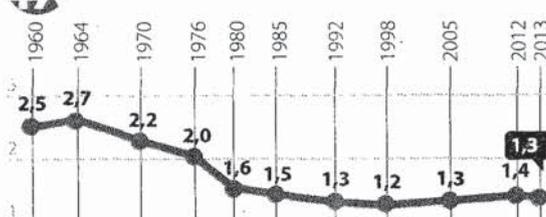
Come è cambiata la maternità



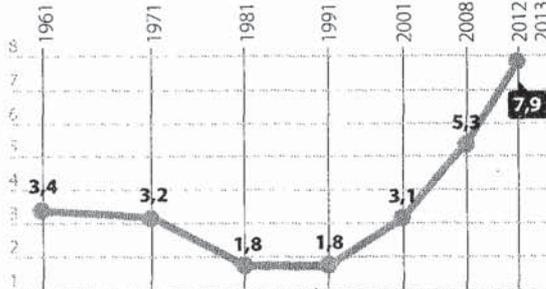
Età media al parto delle donne
In anni



Numero medio figli per donna



Percentuale di bambini nati da madri over 40
(dai 40 ai 44 anni)



BAMBINI NATI DAGLI ANNI SESSANTA A OGGI

1964	1.016.120
1974	868.882
1984	587.871
1994	533.050
2004	562.599
2012	534.186

BAMBINI NATI FUORI DAL MATRIMONIO

■ 2000 ■ 2013



L'80% dei bambini nati nel 2013 nasce da donne italiane

FONTE: ISTAT

SALUTE E SCIENZA

Il super farmaco che manderà in pensione gli antibiotici

di **Roberto Fabbri**

Un nuovo farmaco testato in Olanda potrebbe fornire entro cinque anni la risposta a uno dei problemi più angosciosi del nostro tempo: lo sviluppo di sempre più numerose infezioni resistenti agli antibiotici, che spesso si rivelano mortali. Lo scrive il *Times* in un articolo dedicato alla speranza di un'apertura di una nuova era nella storia della medicina.

L'uso scriteriato dell'arma

più potente in mano ai medici sta rendendo gli antibiotici sempre meno efficaci, delineando per un futuro non troppo lontano scenari potenzialmente spaventosi, chiaramente denunciati dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Malattie comuni come polmoniti, sepsi e infezioni urinarie, ma anche procedure (...)

segue a pagina 16

LE MEDICINE DEL FUTURO «Svolta in 5 anni»

Antibiotici in pensione: contro i superbatteri arriva un superfarmaco

Testata in Olanda una crema dermatologica che utilizza un enzima naturale modificato. Può essere una rivoluzione

la scoperta

di **Roberto Fabbri**

dalla prima pagina

(...) sanitarie che grazie alla disponibilità degli antibiotici siamo da molti decenni abituati a considerare prive di rischi infettivi, dalla chirurgia alla chemioterapia, potrebbero avere invece conseguenze mortali se non venissero presto messi a punto nuovi e più efficaci farmaci. Per non parlare della inquietante diffusione di gravissime infezioni ospedaliere, che solo nel Regno Unito - ricorda il *Times* - mietono ogni anno circa cinquemila vittime proprio per il progressivo «spuntarsi» dell'arma antibiotica.

Il nuovo nemico dei batteri si

chiama endolisina. Si tratta in realtà di un enzima esistente in natura, che viene utilizzato dai virus per attaccare i batteri. Il farmaco sotto sperimentazione si rifà a questo meccanismo naturale e impiega una endolisina modificata per aggredire i batteri all'esterno e distruggerli, lacerando le superfici delle loro cellule, senza dover raggiungere il loro interno per funzionare come invece devono fare (e non riescono più a fare) gli antibiotici.

Gli scienziati impegnati nella ricerca sperano, secondo il *Times*, che il loro lavoro - finora mirato con successo soltanto contro un «superbatterio» della classe *Staphylococcus aureus* resistente agli antibiotici e responsabile di gravi infezioni della pelle sempre più diffuse negli ospedali - possa sfociare in un risultato di portata storica: la creazione di una nuova classe di farmaci basati sull'en-

dolisina in grado di debellare diversi tipi di infezioni sempre più difficili da curare con le medicine tradizionali.

Bisogna ricordare che l'ultima nuova classe di antibiotici è stata immessa sul mercato alla fine degli anni Ottanta. La sua progressiva perdita di efficacia si spiega con un uso spesso scriteriato, che favorisce mutazioni genetiche nei batteri rendendoli più resistenti. Gli appelli dei medici a usare gli antibiotici solo quando è veramente indispensabile cadono purtroppo spesso nel vuoto, con troppi pazienti che assumono (e troppi medici pigri che prescrivono) «bombe farmacologiche» quando basterebbero antipiretici e vitamine.

Il risultato è inquietante: infezioni messe sotto controllo per decenni dagli antibiotici, come la gonorrea, e batteri finora generalmente controllabili, come la salmonella o

l'*Escherichia Coli*, tornano ad essere una minaccia temibile. E il potenziale sviluppo di infezioni non controllabili in conseguenza di interventi chirurgici oggi banali fa temere scenari apocalittici, al cui confronto impallidiscono le preoccupazioni per i cambiamenti climatici.

L'endolisina sembra rappresentare un'arma vincente contro gli spettri di un passato che sembrava archiviato per sempre. Oggi, grazie alla ricerca condotta nei laboratori olandesi, è già disponibile una crema a base di endolisina modificata, efficace contro le infezioni della pelle resistenti agli antibiotici.

La speranza è che i microbiologi clinici riescano, combinando gli elementi dell'enzima più adatti ad aggredire la barriera protettiva dei batteri con quelli più efficaci per ucciderli, a realizzarne entro cinque anni una versione in pillole o iniettabile.

Armi spuntate

Fluorochinoloni

Introdotti 25 anni fa contro le infezioni urinarie da Escherichia Coli: erano infallibili, oggi funzionano in un caso su due

Carbapenemi

Antibiotici «di ultima linea» che vengono prescritti quando tutti gli altri hanno fallito: ormai inutili nella metà dei casi

Cefalosporine

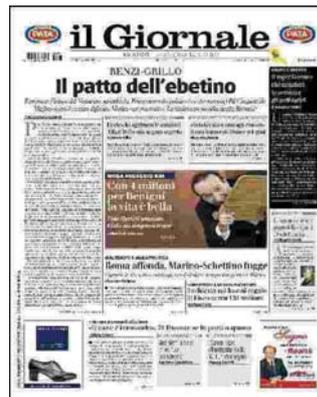
Anche quella di terza generazione usate contro la gonorrea cominciano a fallire, soprattutto nei Paesi occidentali

L'ALLARME DELL'OMS
I germi sono diventati resistenti, ora in tutto il mondo è emergenza

NUOVA FRONTIERA
L'endolisina attacca lo «scudo» dei microbi senza penetrarlo



EFFICACIA IN CALO Gli antibiotici non sono più infallibili



Il corsivo del giorno



di **Luigi Ripamonti**

L'altissimo prezzo della medicina anti-epatite Le case farmaceutiche non pensino solo al profitto

L'epatite C sta diventando un caso politico. In Italia 1,5 milioni di portatori stimati del virus che la provoca (Hcv), chiede di potersi curare con il Sofosbuvir, nuovo farmaco che ha ottenuto tassi di guarigione altissimi. Il problema, come noto, è che questo medicinale di altissimo ha anche il costo. Così elevato da poter drenare gran parte dei fondi del Sistema sanitario. Il ministro della Salute ha rassicurato sulla volontà del governo di garantire la cura a tutti. Ma i malati chiedono tempi certi e garanzie sulle risorse necessarie. Il paradosso è che il farmaco in questione, ragionando in termini meramente economici, non è molto più caro di altri perché se, in cambio di alcune decine di migliaia di euro, guarisce un malato di epatite C, solleva la società da costi non indifferenti, come, per esempio, quelli legati ai trapianti di fegato, ad altre cure eccetera. Il problema del prezzo, però, rimane. La coperta è quella che è: se si tira troppo da una parte qualcosa d'altro rimane scoperto. Con l'arrivo di altre medicine efficaci e carissime per altre patologie il dilemma si porrà di nuovo, e presto, con il rischio di scatenare guerre fra poveri (malati). Il Servizio sanitario dovrà per forza usare criteri sempre più severi nella selezione delle terapie da rimborsare. Molti nuovi farmaci dovranno rimanere fuori dai cancelli del Sistema sanitario e altri, già dentro, dovranno essere espulsi. In questo scenario, anche le case farmaceutiche, che invocano il giogo degli alti costi della ricerca, sono chiamate a fare la loro parte, rinunciando a pretendere premi esosi per molecole che non comportano vera innovazione. L'industria del farmaco, a livello internazionale, è chiamata a una decisa ripresa di coscienza del proprio ruolo di partner della società, che la rende diversa dalle altre industrie e che le garantisce una considerazione e un credito peculiari. Credito che non potrà però reggere al mero allinearsi alle logiche commerciali che governano altri prodotti e servizi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





ECONATURAL
Reinventing tissue paper



Home > Dal Governo

DAL GOVERNO

Con il decreto firmato Lorenzin cala il sipario su Stamina?

di Ansa

06 novembre 2014 Cronologia articolo

Tweet 3

Recommend 3

g+1 0

A A A A



Con un decreto ministeriale, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sembra aver messo oggi la parola «fine» alla lunga e tormentata vicenda Stamina: il provvedimento chiude infatti definitivamente la sperimentazione del protocollo di Davide Vannoni, prendendo atto delle conclusioni del nuovo comitato scientifico che si era espresso negativamente. Ma il presidente di Stamina Foundation, ideatore del metodo che utilizza cellule staminali mesenchimali per il trattamento di un gran numero di patologie neurologiche, non demorde e annuncia battaglia, affermando che si appellerà nuovamente al Tar.

«Ha fatto bene il ministro della Salute Beatrice Lorenzin a chiudere definitivamente, con il suo decreto, qualsiasi possibilità di sperimentazione del metodo Stamina già bocciato dal comitato scientifico. Ora dobbiamo aggiornare la legge sulle cosiddette cure compassionevoli perché quanto è successo con il metodo Stamina non succeda mai più per il bene delle persone malate, delle famiglie che non vanno lasciate sole e per il rispetto della scienza e delle istituzioni». È stato il commento di Emilia Grazia De Biasi, presidente della Commissione Sanità del Senato.

Il decreto è stato già trasmesso alla Stamina Foundation.

Il parere negativo è stato espresso all'unanimità, lo scorso ottobre, dal Comitato scientifico, che ha affermato che nel metodo non sussistono le condizioni per l'avvio di una sperimentazione, «con particolare riferimento alla sicurezza del paziente». Ma Vannoni ribatte: «Ritourneremo al Tar con i nuovi dati emersi e attenderemo una nuova pronuncia del tribunale. Le conclusioni del comitato sono ridicole perché non c'è alcuna valutazione scientifica e non sono state rispettate le indicazioni date dal Tar stesso, dopo la bocciatura del protocollo da parte del primo comitato, a partire dal doveroso confronto con i biologi di Stamina in merito alla valutazione scientifica del metodo e alle caratteristiche del prodotto cellulare». Il Tar, sottolinea, «dovrà dunque pronunciarsi nuovamente decidendo se fare un giudizio di merito, dando conclusione alla vicenda, oppure avviando nuove azioni per obbligare il ministero a seguire la legge Balduzzi, che prevede l'avvio della sperimentazione». Quella del nuovo comitato è stata la seconda bocciatura del protocollo Vannoni. Il giudizio negativo del primo Comitato venne appunto fermato dal Tar: a seguito della sentenza del tribunale - che mosse vari rilievi, a partire dalla contestazione di non imparzialità della

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)

Sempre a fianco alle aziende del settore
Pharma e Medical Device



Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 40
4-10 nov. 2014
[Sfoggia PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

Uscite precedenti:

- ▾ nr. 3928 ott. 2014
- ▾ nr. 3821-27 ott. 2014

[Consulta l'archivio >](#)
[Gestisci abbonamento >](#)

Quaderni PDF

commissione - il ministero della Salute procedette alla nomina di un secondo Comitato. Dopo la pronuncia del primo, le infusioni secondo il metodo Stamina sono però proseguite presso gli Spedali Civili di Brescia, a seguito delle pronunce favorevoli di diversi giudici. Ciò è stato possibile sulla base della cosiddetta legge Balduzzi che stabiliva la prosecuzione del trattamento per quei pazienti che lo avessero già iniziato. Uno stop agli Spedali Civili di Brescia è però arrivato di fatto lo scorso agosto, con la decisione della magistratura di sequestrare le cellule ed i macchinari per il protocollo Stamina, sulla base della sussistenza di un pericolo per la salute dei pazienti. Il sequestro è stato confermato nelle scorse settimane dal Gup di Torino. Prima del sequestro delle cellule, erano una trentina i pazienti in trattamento a Brescia.

Belleri «Bene il decreto, ma non basta».

Il decreto del ministero «è un aspetto determinante, ma non basta. È sicuramente però una decisione molto importante», ha commentato il direttore generale degli Spedali civili di Brescia, Ezio Belleri. Adesso, ha detto, «dobbiamo capire quale e se ci sarà un prossimo passo del Parlamento e del ministero. Credo che sia necessario un intervento globale che chiarisca la vicenda per evitare che nuovi casi Stamina si verifichino in Italia»

Le tappe della vicenda.

Tre anni tra piazze e tribunali, centinaia di ricorsi, manifestazioni e decine di riunioni di commissioni, da quelle parlamentari a quelle regionali e comunali. La vicenda del metodo ideato dal presidente di Stamina Foundation, Davide Vannoni, basato sull'utilizzo a fini terapeutici di cellule staminali prelevate dal midollo osseo, vede con il decreto ministeriale emanato oggi un importante momento che sembra destinato a segnare la definitiva conclusione.

- 28 SETTEMBRE 2011: viene sancito un accordo tra gli Spedali Civili di Brescia e Davide Vannoni per applicare il metodo Stamina in un laboratorio della struttura.
- OTTOBRE 2011-APRILE 2012: trattati 12 pazienti (4 bambini e 8 adulti).
- 12 MAGGIO 2012: l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) chiude il laboratorio degli Spedali Civili di Brescia per mancanza di autorizzazioni e rischi per la sicurezza dei pazienti.
- LUGLIO 2012: l'ordinanza dell'Aifa è impugnata da Stamina Foundation e da alcuni genitori.
- AGOSTO 2012: il tribunale di Venezia impone agli Spedali di Brescia di continuare le cure con il metodo Stamina su di una piccola paziente. Almeno 30 famiglie ottengono le cure per via giudiziaria.
- MARZO 2013: emanato il 'decreto Balduzzi che prevede la prosecuzione del trattamento per chi è già in cura e la sperimentazione sul metodo con le regole dei trapianti.
- MAGGIO 2013: cambio di linea. Vengono stanziati con decreto 3 mln di euro per la sperimentazione clinica seguendo le regole utilizzate per i farmaci. Il coordinamento è affidato all'Istituto superiore di sanità. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nomina un comitato scientifico di esperti.
- 1 AGOSTO 2013: dopo diversi rinvii, Davide Vannoni consegna la metodica Stamina al comitato scientifico ottenendo garanzie di riservatezza. Intanto, numerosi altri ricorsi di malati sono accolti dai tribunali.
- 29 AGOSTO 2013: parere negativo all'unanimità del comitato scientifico sul metodo, per "mancanza di basi scientifiche" ed elementi di pericolosità per i pazienti.
- 27 SETTEMBRE: Stamina Foundation deposita al Tar del Lazio il ricorso amministrativo per contestare la composizione della Commissione scientifica del Ministero della salute.
- 10 OTTOBRE 2013: il ministero della Salute blocca la sperimentazione, considerando il parere del Comitato scientifico e quello successivo dell'avvocatura dello Stato.
- 4 DICEMBRE 2013: il Tar del Lazio sospende il parere del comitato scientifico contrario alla sperimentazione, accogliendo dunque il ricorso di Davide Vannoni. Il ministero annuncia la nomina, a breve, di un nuovo comitato scientifico per la valutazione del metodo Stamina.
- 7 FEBBRAIO - Davide Vannoni viene rinviato a giudizio per tentata truffa.
- 10 GIUGNO - Si riunisce per la prima volta il nuovo comitato di esperti presieduto da Michele Baccarani. I lavori dureranno 4 mesi.
- 24 AGOSTO - I Nas sequestrano le cellule staminali conservate agli Spedali Civili di Brescia, per impedire la prosecuzione di «attività delittuose».
- 2 OTTOBRE - Il comitato di esperti presieduto da Michele Baccarani boccia il metodo. Non esistono i presupposti per fare partire la sperimentazione scientifica del protocollo Stamina.

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno



6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

Ultimi quesiti:

▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DL di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

[Leggi e scrivi](#)

IL CASO

di SIMONA BALLATORE

**SALMONELLA
DA MERENDA**

IL PRIMO campanello d'allarme è stato suonato dalla preside di una scuola di Paderno Dugnano, nel Milanese: troppi assenti in terza elementare e due bimbi in ospedale con dolorosi mal di pancia. Il sospetto, con il passare delle ore e i referti, è stato confermato: salmonellosi. Undici i casi segnalati, di cui sette accertati e quattro in attesa di esami mentre l'Asl Milano 1, per sicurezza, sta contattando uno a uno i bambini che dal 26 ottobre – data del presunto contagio – ad oggi sono rimasti a casa da scuola per i motivi più disparati. Gli alunni frequentano tre scuole diverse, si apre la caccia al luogo del contagio. Le prime indagini riguardano il centro cottura, analizzando "la scatola nera", ovvero i cibi cucinati intorno a quella data e, da legge, conservati. Si stanno aspettando gli ultimi esiti anche se dall'Asl il dubbio è forte: la mensa serve tremila pasti al giorno, possibile che il contagio si sia fermato a soli undici casi? Così, sperando di non dovere rivedere il bilancio, nel mirino finiscono anche le castagne – o meglio una castagnata organizzata fuori da scuola, con tiramisù e dolcetti portati dalle mamme per l'occasione- e pure qualche festiccio di compleanno. Mentre le scuole distribuiscono istruzioni d'igiene per evitare altri picchi, il telefono dell'Asl continua a suonare. E un Nord Milano che non si è ancora ripreso dalla legionella di Bresso, ora fa i conti con la salmonella di Paderno, completamente diversa, meno pericolosa, ma sempre da tenere a bada.



Scienze **RIVOLUZIONE FARMACEUTICA**

IN QUESTE PAGINE:
I LABORATORI DI
GENETHON BIOPROD,
IMPIANTO DI PRODUZIONE
DI TERAPIA GENICA
PER LE MALATTIE RARE
A EVRY IN FRANCIA



Guariti con I GENI

Bambini condannati da malattie rare. Tornano alla vita. Grazie alla terapia genica. E a uno strano matrimonio

DI LETIZIA GABAGLIO

Salsabil ha 14 anni e vive a Gerusalemme con la sua famiglia, gioca con gli altri ragazzini, va a scuola. A vederla non si direbbe che era una bambina "bolla", nata cioè con una grave malattia rara del sistema immunitario, l'Ada-Scid, che rende totalmente indifesi di fronte alle infezioni e obbliga i piccoli a vivere isolati da tutto e tutti, come in una "bolla" appunto; e nel giro di qualche anno condanna comunque a morte. Perché lei è guarita. Grazie a una ricerca italiana targata Telethon

che, nel giro di qualche mese, diventerà una terapia genetica a disposizione di tutti. Dopo Salsabil, infatti, altri 19 bambini hanno fatto la stessa cura e sono guariti. Bastano, per una malattia così rara a dire che sì, la tecnica messa a punto dal team del Tiget, il laboratorio Telethon all'interno del San Raffaele di Milano, funziona sul serio. E bastano a convincere la stessa Telethon a fare il salto: dalle sperimentazioni finanziate dalle celebri raccolte fondi al banco di prova di un'agenzia regolatoria con l'autorità di elevare il caso Salsabil a una terapia standard. Ma per farlo serve qualcosa di

diverso dalla capacità clinica e scientifica; per mettere sul mercato un farmaco serve la capacità di standardizzare il metodo e preparare i dossier che fughino ogni dubbio. Per questo Telethon ha cercato un partner industriale, e lo ha trovato in GlaxoSmithKline. E entro la fine dell'anno arriveranno sul tavolo dell'Ema, l'ente che regola la commercializzazione di farmaci e terapie in Europa, tutti i dati necessari a convincere i tecnici. La patologia è grave e terapie non ce ne sono, quindi sono in molti a sperare che entro il 2015 la prima terapia genica messa a punto da Telethon



diventerà una cura a disposizione di tutti.

Con l'arrivo dei dossier all'agenzia europea si suggella per la prima volta un nuovo modello di ricerca farmacologica, capace di offrire ai malati di patologie genetiche rare, fino a non molto tempo fa trasparenti per Big Pharma, delle soluzioni reali. «Il mandato che ci danno i pazienti è quello di trovare una cura. Per farlo noi selezioniamo e finanziamo le ricerche e le idee migliori, ma quando otteniamo un risultato dobbiamo porci anche l'obiettivo di renderlo fruibile a tutti», sottolinea Francesca Pasinelli, direttore generale di Telethon: «La ricerca per noi è un mezzo per arrivare alla cura, non il fine. Ma per produrre un farmaco ci vuole un'azienda farmaceutica. Ci siamo impegnati quindi a selezionare le aziende che ci avessero garantito le migliori condizioni: continuare la nostra ricerca in manie-

ra indipendente e impegnarsi a portare a termine il progetto. Se non lo dovessero fare la proprietà di quanto sviluppato tornerebbe a noi». L'accordo con GSK prevede un finanziamento iniziale di 10 milioni di euro direttamente alle casse di Telethon, a cui si sono aggiunti e si aggiungeranno altri soldi mano a mano che vengono raggiunte delle tappe intermedie di sviluppo dei farmaci; in cambio l'azienda ha la licenza esclusiva per lo sviluppo e la commercializzazione dei protocolli di terapia genica su scala mondiale. «La nostra scelta è stata dettata dal rapporto che ci lega a Telethon da 10 anni a questa parte, ma anche dalla possibilità di ampliare le nostre conoscenze in un campo dove siamo già presenti: abbiamo una tradizione nelle malattie rare o orfane con 14 farmaci», afferma Daniele Finocchiaro, presidente e amministratore

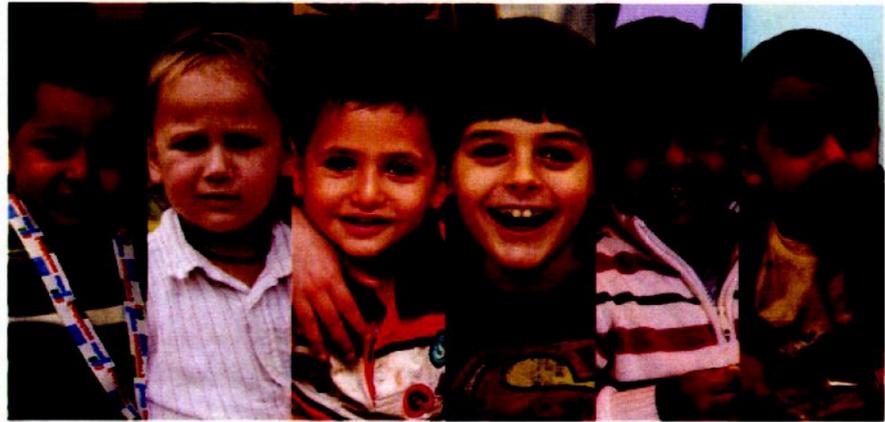
delegato di GlaxoSmithKline.

E infatti la partnership fra la charity e la multinazionale non si limita ai bambini bolla. Oltre l'Ada-Scid, ormai in fase clinica, l'accordo riguarda altre sei patologie: la sindrome di Wiskott-Aldrich, deficit immunitario che colpisce quasi esclusivamente bambini maschi; la leucodistrofia metacromatica, malattia genetica che provoca la perdita progressiva delle capacità intellettive e motorie; la beta talassemia, una delle malattie del sangue più diffuse; la mucopolisaccaridosi 1 (MPS1), una patologia che nella forma più grave provoca ritardo psicomotorio e deformità dello scheletro; la leucodistrofia globoide, condizione che porta alla morte entro i primi anni di vita; la granulomatosi cronica, patologia immunitaria che espone i bambini a tutte le infezioni. Per alcune di queste malattie si ►

ALCUNI DEI PICCOLI MALATI DI LEUCODISTROFIA E SINDROME DI WISKOTT-ALDRICH E CURATI CON UNA TERAPIA GENICA

sono già ottenuti dei risultati positivi sui pazienti, per altre le sperimentazioni cliniche inizieranno il prossimo anno. Insomma, i laboratori del Tiget stanno sfornando soluzioni terapeutiche per malattie che fino a pochi anni fa non avevano neanche un nome, figuriamoci una cura. Uno sforzo ventennale tutto italiano: italiani sono i soldi, le idee, i ricercatori e le strutture dove hanno lavorato. «Sarebbe veramente molto bello se domani l'Italia potesse diventare il centro di riferimento mondiale a livello medico, scientifico e industriale di questo settore», dice ancora Finocchiaro.

Il metodo che ha permesso a Salsabil di guarire è infatti stato messo a punto negli anni Novanta da Claudio Bordignon, Maria Grazia Roncarolo e Alessandro Aiuti sempre nei laboratori milanesi del Tiget. E



consiste nel prelevare dal midollo spinale del malato le cellule staminali del sangue, chiamate ematopoietiche, e correggerle in laboratorio. «Il lavoro di correzione lo fa un virus, una specie di navetta biologica che trasporta nelle cellule il gene corretto. Una volta preparato farmacologicamente l'or-

ganismo del paziente a ricevere questo nuovo materiale biologico si procede con l'iniezione», spiega Aiuti. È grazie a questa correzione fatta dai ricercatori che i bambini bolla possono tornare a baciare i propri genitori o giocare con gli amici, senza preoccuparsi di ammalarsi continuamente. Non avendo un donatore compatibile, condizione in cui è la maggior parte dei piccoli affetti da Ada-Scid, per questi pazienti la terapia genica è l'unica salvezza.

Grazie a un'intuizione di Luigi Naldini, direttore del Tiget, e al lavoro dell'équipe di Alessandra Biffi, poi, è stato possibile mettere a punto un'evoluzione della tecnica, usando per traghettare il gene corretto nelle cellule un lentivirus, derivato originariamente dall'Hiv, molto più efficace nell'entrare nelle cellule, anche in quelle che non si duplicano, come quelle nervose. È questa la tecnica che porterà presumibilmente in un paio d'anni all'approvazione di altre due terapie geniche, per la leucodistrofia metacromatica e la sindrome di Wiskott-Aldrich.

Dopo Salsabil, che ha aperto la strada a tutti gli altri bambini trattati per l'Ada-Scid, è toccato quindi a Mohammad di fare da apripista per questa nuova sperimentazione. La sua malattia, la leucodistrofia metacromatica, non dà scampo: nel giro di un paio d'anni i bambini riescono a malapena a muovere gli occhi, non sentono, non deglutiscono, fino a morire. Lo sanno bene i suoi genitori che hanno perso una figlia e ne hanno un secondo in condizioni terminali. Ma il destino di Mohammad è diverso: nel 2010 ha ricevuto le cellule modificate con il metodo di Naldini e ad oggi non ha ancora sviluppato alcun sintomo. Dopo di lui i ricercatori Telethon hanno trattato

altri due bambini con la stessa malattia e tre con la sindrome di Wiskott-Aldrich, una condizione che si manifesta con infezioni ricorrenti, eczema, disturbi della coagulazione, e maggiore suscettibilità al cancro. I risultati straordinari ottenuti, presentati su "Science" a luglio 2013, hanno convinto Gsk a opzionare anche questa terapia.

Ma la Fondazione voluta da Susanna

Agnelli ha altre frecce pronte a essere scoccate: sono già in sperimentazione sui pazienti soluzioni per alcune patologie del sistema nervoso centrale, malattie dei muscoli, che colpiscono gli occhi. Né Glaxo-SmithKline è l'unica azienda farmaceutica con cui la charity ha chiuso degli accordi. Nel 2012 Telethon ha iniziato una collaborazione con Shire: a fronte di un sostegno

di 17 milioni di euro per la ricerca dell'Istituto Telethon di genetica e medicina di Napoli sulle malattie neurodegenerative e da accumulo lisosomiale, l'azienda potrà rilevare i risultati più interessanti per sviluppare terapie efficaci da rendere disponibili ai pazienti in tutto il mondo. «Grazie al nostro sistema di scouting dei progetti migliori siamo riusciti in questi anni a ottenere dei risultati importanti e abbiamo la responsabilità di renderli disponibili. Sono risultati che partono dallo studio delle malattie rare ma che potrebbero rivelarsi adatti per patologie molto più diffuse, come dimostra il fatto che presto partiremo con le sperimentazioni della terapia genica nella beta talassemia. Ma in futuro potremmo pensare anche al cancro o alle malattie infettive», conclude Pasinelli. Perché la storia di Sansabil, Mohammad e tutti gli altri sia, domani, la storia di molti malati. ■



È UN NUOVO MODELLO DI BUSINESS. CON LE CHARITY CHE FANNO RICERCA E LE PHARMA CHE PENSANO ALLA PRODUZIONE



GLI **STIPENDI** DEI CAMICI BIANCHI SONO DIVERSI IN OGNI REGIONE. UNO STUDIO RIVELA DIVARI PARADOSSALI

STRANEZZE DELLE ASL: PIÙ SONO IN ROSSO MEGLIO PAGANO I MEDICI

di **Michele Bocci**

FIRENZE. Se il Piemonte spendesse per i medici del suo sistema sanitario quanto la Lombardia, risparmierebbe 54 milioni di euro all'anno. Lavorare di qua o di là dal confine tra le due regioni fa la differenza per un camice bianco: circa seimila euro lordi. Qualche centinaia di euro in più in busta paga per fare lo stesso identico lavoro. Al visitare, curare, operare, fare esami vengono dati 20 valori diversi nel nostro Paese, uno per ogni regione.

Nello sterminato universo delle differenze di spesa in sanità c'è un capitolo che non viene quasi mai preso in considerazione ma pesa come un macigno sui bilanci. I costi del personale. L'Agenas, agenzia nazionale delle regioni, l'estate scorsa ha presentato una ricerca alle amministrazioni locali proprio per mettere in guardia sulle contraddizioni in questo campo. I dottori,

infatti, hanno un contratto collettivo nazionale ma nelle aziende sanitarie è possibile fare la contrattazione locale. E qui nascono le differenze. La cosa che salta agli occhi nei dati 2012 è che le Regioni che spendono di più sono prevalentemente quelle in piano di rientro a causa dei bilanci in rosso e in molti casi fanno pure largo uso del precariato. Sono le stesse realtà che hanno più difficoltà ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (Lea) imposti dal ministero. È un'equazione rovesciata: chi paga di più, lavora peggio. In fondo alla classifica, con 120 mila euro per dottore (previdenza compresa), c'è il Molise. A seguire c'è il Piemonte con 119.445, poi la Calabria (quasi 117 mila), il Lazio

(116 mila), il Veneto (ancora 116 mila), l'unica del gruppo a non avere problemi con bilancio e Lea. Poi arrivano Campania e Basilicata con 115 mila. Sono nella media Marche, Friuli e Lombardia con 113 mila euro. Se tutte queste regioni pagassero i loro professionisti come l'Emilia Romagna (111.800 euro), considerata punto di riferimento in fatto di spese, il sistema risparmierebbe centinaia di milioni di euro. I dottori, sempre in Piemonte, sono oltre 9 mila, pagarli 8 mila euro in meno vorrebbe avere 71 milioni in più per la sanità. Il Lazio, con quasi 10 mila medici, metterebbe da parte 50 milioni. E via così. Stesso discorso vale anche per gli infermieri, che guadagnano meno ma sono molti di più. La forbice in questo caso è tra i 47.900 euro delle Campania e i 42.100 euro della Sardegna. Se si facesse riferimento sempre all'Emilia (43.500 euro) la regione amministrata da Caldoro, che ha 19 mila infermieri, risparmierebbe 83 milioni. Ma agire sugli stipendi non è facile. Anche perché le assunzioni sono rare e il personale acquista anzianità. ■

Sopra, il **ministero della Salute**. L'Agenas nazionale delle regioni ha passato al setaccio i costi delle amministrazioni



Ricerca: passi avanti per mano artificiale che riconosce ciò che tocca

Roma, 6 nov. (AdnKronos Salute) - E' europea la mano bionica più avanzata del mondo, perché consente di riconoscere ciò che si tocca: si tratta di una protesi che garantisce una sensibilità tale da poter maneggiare un uovo. E' stata completata e viene ora utilizzata dal progetto Nebias dopo 10 anni di ricerca finanziata dall'Unione europea. La mano bionica, impiantata nel 2013 al Policlinico Gemelli di Roma, era stata testata con l'aiuto di Dennis Aabo Sørensen, un paziente amputato che grazie all'avanzatissimo dispositivo è

riuscito ad afferrare intuitivamente degli oggetti e addirittura a identificare cosa stava toccando avendo gli occhi bendati. I ricercatori hanno infatti creato una nuova interfaccia neurale per trasferire informazioni sensoriali dalla mano artificiale al cervello. Questa interfaccia è in grado di collegare il sistema nervoso del paziente ai sensori artificiali incorporati nella protesi, permettendo all'utente di controllare complessi movimenti della mano e delle dita. Sørensen, che ha subito l'amputazione 10 anni fa, ha raccontato: "Mi hanno dato in mano una palla da baseball e per la prima volta dopo 10 anni ho avuto la sensazione di tenere un oggetto tondo nella mia mano protesica". Per fare in modo che il paziente percepisse la forma dell'oggetto che teneva in mano, i ricercatori hanno dovuto prima sviluppare una neuro-interfaccia selettiva e impiantabile. "Selettiva significa che, per esempio, quando parlo con te in mezzo alla folla, non parlo alla persona seduta vicino a te. In altre parole, gli elettrodi sono interfacciati con alcune aree dei nervi e non con quelle vicine", spiega il coordinatore del progetto, Silvestro Micera della Scuola superiore di Sant'Anna di Pisa. Con il suo team ha migliorato la mano artificiale inserendo sensori che rilevano informazioni sul tatto, le quali sono inviate in tempo reale al paziente, permettendo il controllo naturale della mano. Il prototipo, ricordato dalla Ue, ha superato le prime prove a pieni voti e ora il prossimo passo consiste nell'identificare 2 o 3 persone per testare le protesi per un paio di anni. Se funzionerà, tra 5 o 6 anni potrà essere avviata la fase finale, che consisterà in una sperimentazione clinica su larga scala per stabilire se le protesi possono essere usate diffusamente. Micera è convinto che le protesi saranno disponibili tra 10 anni. La ricerca multidisciplinare ha riunito ricercatori di scienze dei materiali, informatica, neuroscienze, microtecnologia biomedica e ingegneria elettronica. Nell'ambito di questi progetti finanziati dall'Ue, scienziati appartenenti a 29 istituti e 7 Paesi dell'Ue - compresa l'Italia che ha avuto un ruolo di primo piano nell'impianto della mano con l'università di Pisa, il Campus BioMedico e il policlinico Gemelli di Roma - e una partecipazione degli Usa, hanno collaborato per raggiungere un unico obiettivo: creare una mano protesica in grado di sentire e muoversi in modo naturale. Nebias fa

parte di un'intensa ricerca multidisciplinare in questo campo, iniziata molti anni fa con Cyberhand, un progetto delle Tecnologie future ed emergenti (Fet) del 5° Pq (2002-2005). Cyberhand era riuscito a mettere a punto una mano meccanica, interfacciarla direttamente con il sistema nervoso in modo da permettere un controllo naturale si era rivelato un compito al di fuori della portata del progetto. Si è quindi tentato di collegare artefatti robotici al sistema nervoso nell'ambito del 6° Pq e del 7° Pq, testando con successo un prototipo di elettrodo senza feedback sensoriale e studiando come impiantare elettrodi nei nervi del paziente. Il problema del feedback sensoriale è stato superato solo recentemente e Nebias - anch'esso un progetto finanziato nell'ambito delle Fet - sta adesso sfruttando pienamente le protesi e sviluppando ulteriormente la tecnologia delle braccia bioniche. Nebias è stato lanciato all'inizio di novembre 2013, avrà una durata di 4 anni e riceve 3,4 milioni di euro dal Settimo programma quadro della Commissione europea.

Sclerosi multipla

La cura che c'è

La buona notizia è che contro la sclerosi multipla l'armamentario dei neurologi sta diventando sempre più efficace. La cattiva è che la ricerca sforna risultati solo per alcuni pazienti, quelli colpiti da una delle tante forme di questa malattia autoimmune. Che si è quella più diffusa - ne soffre l'85 per cento delle 3,2 milioni di persone che nel mondo convivono con la malattia - ma anche la più facile da colpire. Restano ancora senza una valida opzione terapeutica invece le forme progressive, quelle in cui la malattia corre veloce fin dal suo esordio, o quelle che insorgono dopo anni di trattamento, lasciando segni indelebili sul corpo delle persone, che nel giro di pochi anni si ritrovano su una sedia a rotelle. Per trovare una terapia anche per questi malati è scesa in campo la Progressive MS Alliance - alleanza internazionale fra medici, pazienti e aziende - che ha presentato i suoi primi progetti a Boston, al congresso dell'American and European Committees for Treatment and Research in Multiple Sclerosis. Fra questi anche uno studio italiano: Massimiliano Calabrese, neurologo dell'università di Verona riceverà circa 70mila euro per trovare come individuare precocemente chi svilupperà la forma progressiva di Sm.

Ma nella capitale del New England a tenere banco sono state le pillole efficaci contro la forma più diffusa di Sm, cosiddetta recidivante-remittente. Alla prima in commercio, fingolimod, indicata solo per le forme particolarmente aggressive, ora se ne aggiunge infatti un'altra, teriflunomide, che può essere prescritta a tutti i pazienti. Ai blocchi di partenza c'è poi anche il dimetil fumarato, approvato in Europa e ora in attesa del via libera dell'Aifa.

Ma la vera rivoluzione potrebbe arrivare da alemtuzumab, un anticorpo monoclonale che agisce su una proteina presente in grandi quantità sulla superficie delle cellule T e B, le sentinelle del sistema immunitario che nelle persone con Sm sono come impazzite. Dopo quattro anni i pazienti coinvolti negli studi non hanno accumulato disabilità, hanno avuto un tasso di recidive basso, e solo nel 30 per cento dei casi si sono dovuti sottoporre a un'altra infusione. Il farmaco è molto potente e per le sue caratteristiche potrebbe essere adatto soprattutto per persone con una malattia molto aggressiva: ha ricevuto il via libera dall'Ente europeo, e in Italia non è ancora disponibile.

Letizia Gabaglio

MODELLO MOLECOLARE DEL COMPLESSO DI PROTEINE COINVOLTE NELLA SCLEROSI MULTIPLA

