

Fecondazione eterologa scontro sulle gravidanze

Il ministro: non mi risultano. Le associazioni la smentiscono



Buferà sulla provetta libera. «Al momento non mi risultano gravidanze con la fecondazione eterologa, non abbiamo informazioni in tal senso - afferma il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, a margine di un'audizione alla commissione Affari sociali della Camera -. Secondo me è un tentativo di strumentalizzare una questione seria e delicata, che riguarda migliaia di coppie. Nessun centro può effettuare l'eterologa senza autorizzazione della regione. Il ministero della Salute sta lavorando e in queste ore abbiamo tenuto l'ultima riunione con i tecnici per linee guida che garantiscano l'eterologa in piena sicurezza». «Quindi - aggiunge, presenteremo le risultanze il 28 luglio alla Camera, poi al primo consiglio dei ministri di settembre provvederemo al recepimento della direttiva Ue».

Immediata la replica di Filomena

LA POLEMICA

Il ginecologo Antinori: «Querelo chi mette in dubbio i risultati ottenuti con il mio metodo»

Verso le «linee guida»

Rimborsi per i donatori e anonimato per i nati

Le linee-guida in elaborazione sulla fecondazione eterologa: limiti per l'età dei donatori (sotto i 45 anni) e le donatrici (sotto i 35). Per le coppie riceventi, le donne devono essere in età potenzialmente fertile. Gameti e ovociti possono essere ottenuti anche in altri Paesi. Authority ministeriale per le banche del seme e registro dei donatori. Per i donatori rimborso e anonimato salvo casi medici e richieste del soggetto nato da fecondazione.

Gallo, segretario dell'associazione Luca Coscioni, che ha indirizzato in una struttura autorizzata di Roma una delle tre coppie che da un mese attende un figlio dopo che tre mesi fa una sentenza della Consulta ha dato il via libera all'eterologa. E che ha ricevuto la settimana scorsa dalla coppia romana l'annuncio che il test di gravidanza era positivo. «Al momento il ministro Lorenzin non può esprimersi sul numero di fecondazioni eterologhe effettuate perché i dati vengono comunicati annualmente dal registro nazionale procreazione medicalmente assistita a seguito della comunicazione da parte dei centri - spiega Gallo -. I dati riguardano i cicli iniziati, le gravidanze ottenute e i bambini nati. Con l'ultima relazione al Parlamento sulla legge 40 sono stati comunicati i dati relativi al 2012. Quelli relativi a quest'anno devono essere elaborati». La polemica, in realtà, non riguarda le tre coppie (seguite da centri specializzati) delle quali è stata data notizia lunedì, bensì lo scontro con il ginecologo Severino Antinori, che aveva attaccato il ministro giudicandola «intimidatoria» e minacciando querele.

Ieri Lorenzin ha specificato che «io non faccio braccio di ferro con nessuno, devo far rispettare la legge e applicare una norma molto delicata. Tutti mi chiedono di fare in fretta, nessuno però,

e mi sorprende, mi chiede di fare bene».

Sul tappeto ci sono più punti da chiarire, spiega il ministro: «Il tema dello screening dei donatori, la gratuità della donazione, quanto sia il limite delle donazioni fatte. Non è che da un donatore di sperma possano nascere mille bambini. Stessa cosa per gli ovociti. Poi il tema della tracciabilità. C'è da lavorare, ma a interesse delle coppie e dei nascituri, non di chi ha i centri».

Da parte sua ieri Antinori ha incaricato l'avvocato, Francesco Caroleo Grimaldi, di querelare per diffamazione «quanti mettano in dubbio l'autenticità della gravidanza ottenuta dallo stesso Antinori in via eterologa». Caroleo Grimaldi ha precisato che «le iniziative giudiziarie saranno anche dirette nei confronti di quelle istituzioni che, invece di accogliere l'invito della Consulta per l'adozione, in tempi brevi, di adeguate linee guida, tentano di ritardare, se non di ostacolare, il percorso di tante coppie che hanno ottenuto un sacrosanto diritto e che ora si vedono addirittura esposte alla violazione della legge sulla privacy nel nome di incomprensibili battute di arresto».

E mentre in Italia è acceso il dibattito sull'eterologa, in Gran Bretagna si va verso la nascita di bebè «con tre genitori», limitata ai casi di malattie mitocondriali. Un panel di scienziati ha già indicato che non ci sono elementi per giudicare insicura la procedura.

Devo far rispettare la legge Tutti mi chiedono di fare in fretta, ma nessuno mi chiede di fare bene

Il numero di eterologhe è comunicato annualmente dal registro nazionale procreazione assistita

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute



Filomena Gallo
Segretaria Associazione Luca Coscioni



R2/LA COPERTINA

Anno 2030 la maledizione dell'Aids è finita

Calano morti e contagi

per la malattia
che ci tolse l'innocenza

NATALIA ASPESI

CE LI ricordiamo tutti gli amici che nei primi anni Ottanta si ammalavano, il loro sguardo vuoto e disperato, la discesa inarrestabile e violenta lungo il precipizio di un male sconosciuto e perciò spaventoso: colpiva solo loro, i ragazzi più belli, con le professioni più prestigiose, sempre in viaggio verso New York, che le

ragazze sognavano inutilmente come fidanzati. Morivano uno a uno, di un virus che pareva colpire soltanto loro e che subito divenne il cancro dei gay, la peste omosessuale, la punizione divina per il peccato abominevole. Una scelta sessuale che raramente si era dichiarata come gesto libertario e politico, che era stata tranquillamente promiscua, protetta dall'ipocrisia familiare e sociale, divenne un'ignominia, un pericolo pubblico. Come ai tempi di altre epidemie la scienza non sapeva cosa fare: pareva

che colpisse soltanto i gay, che si trasmettesse solo per via sessuale tra maschi, si sparsero leggende nere. I parenti si allontanavano, gli amici scomparivano, i compagni vivevano nella paura del contagio; gli ospedali rifiutavano gli ammalati, i medici non osavano toccarli. Ma ci furono pionieri anche in Italia, come Umberto Tirelli che scelse di dedicarsi a quella che poi venne chiamata Hiv/Aids.

ALLE PAGINE 30 E 31
CON UN ARTICOLO
DI SILVIA BENCIVELLI

Crollo di morti e infezioni. Progressi nella ricerca. E un'informazione più accurata e diffusa. Così si spiega lo storico annuncio, dalla Conferenza mondiale sull'Hiv di Melbourne: **"Tra 15 anni l'epidemia sarà finita"**

2030 la sconfitta dell'Aids

SILVIA BENCIVELLI

OGGI possiamo cominciare a dirlo. A dire quello che fino a pochi anni fa sarebbe suonato come un eccesso di ottimismo, se non addirittura frutto di avventata sconsideratezza: l'epidemia da Aids è vicina a essere sconfitta.

Asostenerlo è Michel Sidibé, il maliano direttore esecutivo del programma delle Nazioni Unite sull'Aids (UnAids) che, dati alla mano, esamina i progressi della lotta alla malattia. È lui a lanciare pubblicamente la scommessa: tra quindici anni potremo dichiarare la fine di un incubo che dura dai primi anni Ottanta.

Sidibé lo ha ripetuto anche in questi giorni, durante la ventesima conferenza mondiale su

Hive Aids in corso (da domenica) a Melbourne, intitolata proprio "Stepping up the pace". Ovvero: "accelerare il ritmo". E lo ha anche messo nero su bianco nel "Gap Report", pubblicato da UnAids pochi giorni fa: 422 pagine di numeri e tabelle, considerazioni e analisi. Dobbiamo proseguire su questa strada e accelerare il passo, appunto, fiduciosi che gli sforzi fatti in vent'anni di politica e ricerca stanno finalmente dando i loro frutti.

Ma la conferenza di Melbourne vive uno strano contrasto tra l'ottimismo dei numeri e le tragedie di un'altra realtà, con l'inconsueto strazio di essere inaugurata dalle lacrime di un premio Nobel. Quelle dell'immunologa francese Françoise Barré-Sinoussi, che le ha trattenute a stento nel ricordare le vittime del volo

MH17 esploso sui cieli ucraini. Su quell'aereo, ha ricordato Barré-Sinoussi, c'erano anche alcuni dei maggiori esperti di Aids al mondo, come lo scienziato olandese Joep Lange, «persona meravigliosa, ottimo professionista, ma soprattutto splendido essere umano», che come migliaia di altri scienziati stava andando a Melbourne a discutere dei progressi della lotta all'epidemia. La conferenza è stata dedicata a loro. E continua, nonostante tutto, nel segno dell'ottimismo riassunto nella scommessa di Sidibé.

Per esempio, il numero dei morti attribuibili all'Aids ogni anno nel mondo. Guardando i dati del 2013 rispetto a quelli dell'anno precedente si nota un calo dell'11,8 per cento. Un record, in linea con una tendenza positiva che si osserva da

anni: infatti, mentre nel 2005 avevamo registrato 2,4 milioni di morti su scala globale, oggi possiamo cautamente festeggiare un dato di «appena» un milione e mezzo di decessi. Anche le nuove infezioni si sono ridotte: nel corso del 2001 le persone contagiate dal virus dell'Hiv erano state 3,4 milioni, l'anno scorso «soltanto» 2,1.

Ma è l'accesso alle terapie anti-retrovirali il dato di cui oggi le Nazioni Unite segnalano l'importanza: ogni anno il numero delle persone che accedono alla possibilità di curarsi cresce. La proiezione per il luglio 2014 parla di quasi 14 milioni di persone raggiunte dai farmaci, quindi a un passo dall'obiettivo di 15 milioni per il 2015 che le Nazioni Unite si sono date con il Millennium Development Goal stabilito nel settembre del 2000. Se si continua su que-

sta strada, sottolinea l'Unaid, entro il 2030 avremo vinto l'epidemia. Cioè, in numeri, avremo ottenuto il 90 per cento del calo delle infezioni e la stessa percentuale del calo delle vittime.

La *roadmap* che oggi l'Unaid lancia da Melbourne è il risultato di un impegno che ha coinvolto politica, scienza e attivismo globale e che ha fatto più progressi negli ultimi cinque anni che nei precedenti 25 «Oggi possiamo pronunciare questa frase con fiducia: la fine dell'epidemia da Aids è possibile», scrive Sidibé. Ma «è possibile» non significa che sia dietro l'angolo. Ogni giorno 5.700 persone contraggono ancora il virus e 35 milioni di persone attualmente convivono con l'Hiv. Non solo: 19 milioni di infetti non sanno di esserlo. Ma soprattutto le sperequazioni sono ancora tante ed è questo il «gap» del titolo del rapporto Unaid.

La principale è geografica e sociale. La maggior parte delle persone che vivono con l'Hiv abita nell'Africa subsahariana. È soprattutto donna, giovane o persino adolescente, e non ha accesso alle cure. Con differenze significative. In Nigeria, per esempio, l'Hiv interessa il 3,7 per cento della popolazione: poche, forse, in termini relativi. Ma la Nigeria è una nazione molto popolosa, perciò quella percentuale significa che là le persone con Hiv sono tre milioni e mezzo. Quindi tante, in termini assoluti. Per di più, in Nigeria le terapie sono accessibili solo dalla metà degli anni duemila, e l'80 per cento degli infetti ne è ancora tagliato fuori.

Mentre in Sudafrica, dove un adulto su cinque è portatore del virus, le cose stanno cambiando in meglio. Per anni il presidente Thabo Mbeki (incarica dal 1999 al 2008) ha negato l'esistenza del problema sobbillato dai negazionisti, quelli per cui l'Aids non è una malattia virale ma un'invenzione delle aziende farmaceutiche. In questo modo ha impedito l'accesso alle cure a milioni di persone, tanto che un gruppo di scienziati di Harvard ha calcolato le morti che Mbeki può sentirsi sulle spalle nel numero spaventoso di 330.000. Poi è arrivato Kgalema Motlanthe e soprattutto l'attuale presidente Jacob Zuma, e oggi il Sudafrica è uno dei Paesi al mondo che ha visto crescere più in fretta il nu-

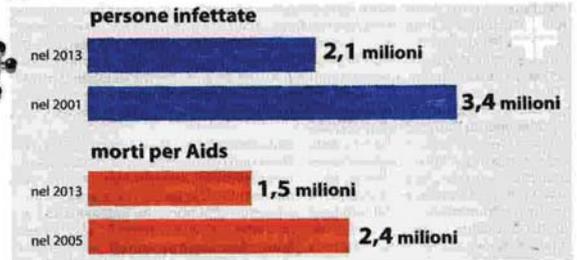
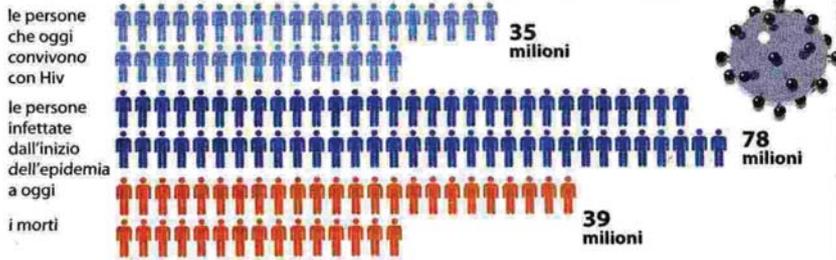
mero delle persone in terapia.

Il caso sudafricano dimostra anche l'importanza della politica. «È così, perché per fermare l'epidemia gli strumenti ci sono già», spiega Giovanni Maga, virologo del Cnr di Pavia e autore di *Aids, la verità negata*. «Anche se non si può ancora parlare di «eradicazione» del virus, perché non esiste un vaccino, né tantomeno di cura definitiva, la scienza ha comunque raggiunto traguardi importanti. Quindi ormai sono le scelte della politica a diventare determinanti».

Per esempio, abbiamo già i test per la diagnosi rapida di infezione sulla saliva, che in certe zone degli Stati Uniti si possono comprare in farmacia come i test di gravidanza. Ma servirebbe diffonderli in tutto il mondo. Idem per le terapie. Servirebbe, in generale, sapersi adeguare a un'epidemia che cambia e cambierà nel tempo. «E per fare tutto questo servirebbero, soprattutto, gli investimenti», aggiunge Maga.

Anche nella ricerca. «La ricerca scientifica sull'Aids ha, in tutto il mondo, tre direzioni. — prosegue Maga — Dobbiamo sviluppare farmaci efficaci almeno quanto gli attuali, ma con meno effetti collaterali e più facilità di somministrazione. Dobbiamo trovare un vaccino, e mentre su quello preventivo siamo ancora al lavoro, quello terapeutico potrebbe essere vicino». Ovvero, potremmo avere presto un vaccino che aumenta la capacità del sistema immunitario di combattere il virus. «Infine stiamo cercando di eliminare i serbatoi dove il virus si annida nel nostro organismo». E tutto questo lo stanno raccontando proprio in queste ore gli scienziati a congresso a Melbourne: i farmaci antiretrovirali hanno già salvato milioni di vite e la ricerca di nuovi farmaci prosegue in tutto il mondo, inanellando nuovi successi.

Qualsiasi traguardo della ricerca faciliterà il raggiungimento degli obiettivi dell'Unaid, spiegano gli scienziati. Ma qualsiasi traguardo contro l'Aids, specifica il programma delle Nazioni Unite, ha bisogno di soldi. Da qui all'anno prossimo servono almeno 24 miliardi di dollari. Altrimenti la scommessa di Sidibé è destinata a essere persa, e con lei la nostra trentennale battaglia contro l'Aids.



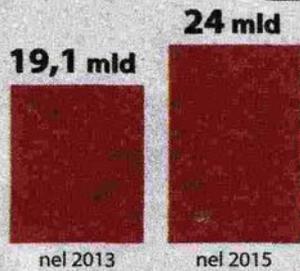
12,9 milioni
le persone in cura per l'infezione da Hiv nel 2013 (il 37% di quelli che ne avrebbero bisogno)



14 milioni
le persone che saranno raggiunte da terapia nel corso del 2014



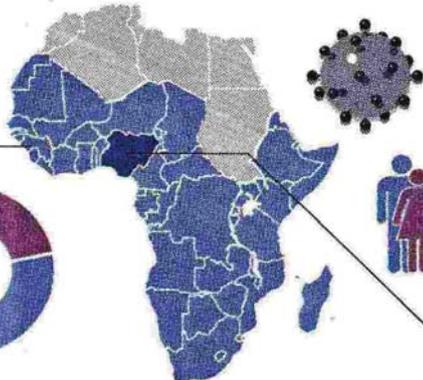
dollari investiti nella lotta all'Aids



24,7 milioni
le persone infettate nell'Africa subsahariana

58 %
donne

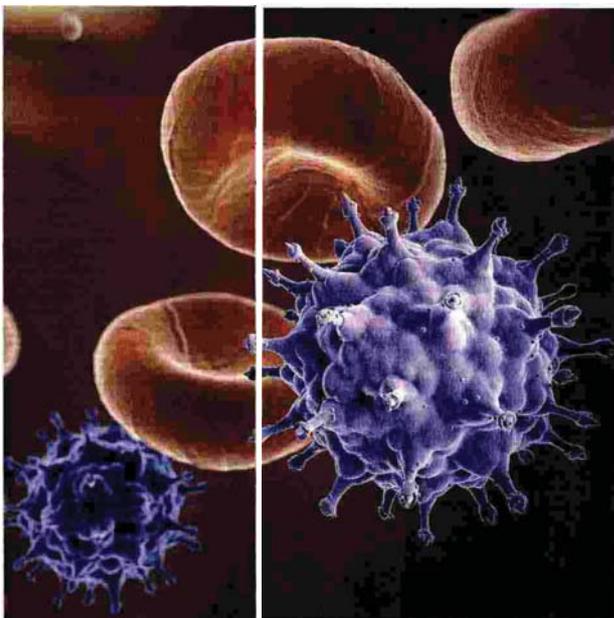
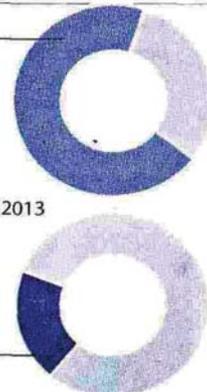
42 %
uomini



70 %
nuove infezioni da Hiv (sul totale globale) avvenuta in Africa subsahariana

1,1 milioni
le persone morte per Aids in Africa subsahariana nel corso del 2013 (solo il 37% degli infetti in Africa subsahariana riceve correttamente la terapia)

in **Nigeria**, solo il **20%** degli infetti ha accesso alle terapie



Dalla conferenza mondiale in corso a Melbourne arriva una sorpresa terapeutica: un anticancro fa uscire il virus dal suo "nascondiglio" per poterlo colpire. In Italia il numero di nuovi casi resta più basso rispetto ad altri paesi in Europa

Il farmaco che stana l'Aids

L'EPIDEMIA

L'Aids esce dal planetario silenzio. Poche notizie sulle terapie, pochi racconti dei malati, pochi passi avanti per il vaccino. E, drammaticamente, poche campagne informative nei confronti dei giovani. Molti dei quali, come dimostrano le domande nei siti delle società scientifiche, credono che la pillola contraccettiva sia in grado di proteggere anche dall'infezione.

Finalmente, qualche luce all'orizzonte. Per l'esattezza tre luci da Melbourne dove si sta svolgendo la conferenza mondiale sulla malattia (la delegazione olandese, diretta in Australia, è morta nell'incidente dell'aereo abbattuto in Ucraina): un medicinale ha dimostrato di poter "risvegliare" sacche di Hiv nascoste nelle cellule di pazienti che assumono farmaci contro il virus; due persone sono state liberate dall'Hiv dopo un trapianto di midollo osseo; dal 2005 ad oggi i decessi per Aids sono diminuiti del

25%. Notizie che confortano i pazienti e i ricercatori ma anche notizie-specchio che dimostrano quanto sia ancora diffusa la malattia in Italia (dieci contagi al giorno) e nel resto del mondo.

LE CELLULE-T

La sorpresa terapeutica arriva da un farmaco anticancro (romidespin) capace di "stanare" il virus facendolo uscire dal suo nascondiglio. La forza è nelle basse dosi di questo chemioterapico. L'Hiv si rintana in uno stato di congelamento nelle cellule CD4. Parte essenziale del sistema immunitario non in grado da sola, però, di dare il colpo di grazia al virus. Ruolo che spetta alle cellule-T. Ma, dal momento che que-

ste non riescono ad individuare l'Hiv nascosto ci vuole un mezzo per tirarlo fuori e poi combatterlo. «Lo chiamiamo approccio "stanare e uccidere" - spiega in parole povere il responsabile dello studio Ole Scmelz Soegard del dipartimento Malattie infettive

dell'università di Aarhus in Danimarca - Abbiamo arruolato sei pazienti, in cinque c'è stato un aumento notevole dei livelli virali nel sangue. Questo studio è un passo avanti ma sappiamo che dobbiamo ancora lavorare parecchio».

MARAIS A PARIGI

In Italia, come dimostrano i dati dell'Istituto superiore di sanità, il numero dei nuovi casi è più basso rispetto ad altri paesi. «Ma per vedere esempi dell'esplosione delle nuove infezioni - commenta Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Istituto - non dobbiamo andare lontano. Nel quartiere Marais di Parigi, per esempio, l'incidenza dell'Hiv è del 7%, superiore a quella del Botswana».

Un trapianto di midollo, all'ospedale St. Vincent's di Sidney, ha liberato due uomini sieropositivi dal virus. La certezza, a tre anni di distanza dall'intervento. Uno dei due si è sottoposto con successo al trapianto nel 2010 per un linfoma non-Hodgkin. Il donatore aveva una delle due possi-

bili copie di un gene identificato come "gene scudo dell'Hiv". Nel 2011 il secondo paziente è stato sottoposto ad un'operazione simile per una leucemia mieloide acuta, ma con il midollo privo dell'impronta genetica che regala l'immunità.

VITTORIA USA

Risultato: entrambi hanno eliminato il virus ma i medici hanno preferito mantenere la terapia antiretrovirale. «I pazienti a questo punto sono liberi sia dal virus che dal tumore», commenta soddisfatto il direttore del Kirby Institute della University of South Wales, David Cooper che ha collaborato al lavoro australiano.

Un dato importante per la lotta prossima ventura contro l'Aids: fino ad oggi l'unica persona che si ritiene abbia eliminato l'Hiv è un americano, Timothy Ray Brown, che si è sottoposto a due trapianti di midollo osseo a Berlino nel 2007 e nel 2008. Il secondo donatore aveva entrambe le copie del gene che dà protezione contro l'Hiv che si trova in meno dell'1% della popolazione. Il paziente non è più in terapia antiretrovirale ed è libero dal virus.

GLI ANTIRETROVIRALI

L'epidemia di Hiv, terza buona notizia, risulta, dai dati di un lavoro appena pubblicato su *Lancet* meno diffusa di quanto stimato in precedenza «con una quantità complessiva di malati e di casi di decesso legati ad Hiv bruscamente diminuita del 25 per cento dal 2005 rispetto alle ultime stime fornite da Unaid». Gli antiretrovirali, dal 1996, a livello globale hanno salvato 19,1 milioni di vite.

Le cifre italiane, anche se basse, confermano il trend. I casi attribuibili alla trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 42,7% nel 2012. L'età in cui si scopre di essere entrati in contatto con il virus è 38 anni negli uomini e 36 nelle donne. Prova che la conoscenza dei sistemi di protezione si sta perdendo nella memoria di quelli che una volta giovanissimi ora sono giovani adulti.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ACCEDI ▾ REGISTRATI

LE PREVISIONI



METEO



SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete

Salute . Medicina . **Diminuiscono nel mondo le infezioni e i decessi da Hiv, Tbc e malaria**

Cerca nel sito



MEDICINA

Commenti 0 1 0

Diminuiscono nel mondo le infezioni e i decessi da Hiv, Tbc e malaria

[Tweet](#)

Articolo pubblicato il: 22/07/2014

(Adnkronos Salute) - Negli ultimi 13 anni le infezioni da Hiv sono scese di quasi il 33%, i decessi legati alla tubercolosi (Tbc) sono diminuiti del 3,7%, e i bambini vittime della malaria nell'Africa sub-sahariana sono calati del 31,5 % negli ultimi dieci anni. E' l'analisi sistematica sui dati provenienti da 118 paesi, 'Global, regional, and national incidence and mortality for Hiv, tuberculosis, and

malaria during 1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', pubblicata su 'Lancet' e firmata dall'Università di Washington. I risultati sono stati presentati alla Conferenza internazionale sull'Aids di Melbourne (Australia).

Oggi nel mondo - spiega la ricerca - sono sempre meno le persone che muoiono per colpa dell'Hiv-Aids, della tubercolosi e della malaria. Il ritmo di questa decrescita è accelerato dal 2000 quando è partito il programma Millennium Development Goals (Mdgs), che si era posto come obiettivo di fermare la diffusione di queste malattie infettive entro il 2015. Il merito però di questi risultati è anche delle terapie introdotte negli anni contro l'Hiv: i farmaci antiretrovirali, la prevenzione della trasmissione madre-figlio e la profilassi. Oggi i sieropositivi possono convivere con la malattia mentre prima erano destinati a sopravvivere per pochi anni. Sono 20 mln gli anni di vita salvati grazie a questi programmi sanitari.

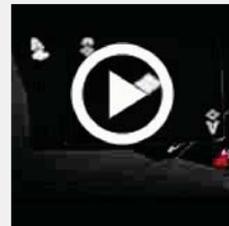
Secondo Christopher Murray, autore della ricerca, "l'investimento globale nelle terapie anti Hiv sta salvando molte vite. Ma la qualità dei programmi antiretrovirali è molto eterogenea. Serve per ridurre ulteriormente i decessi correlati all'Hiv - sottolinea - che i Governi imparino dai programmi migliori e smettano di seguire quelli peggiori".

Nella lotta alle malattie infettive, ricercatori hanno scoperto che è necessario un maggiore accesso alle cure. Globalmente infatti, nel 2013, sono state registrate quasi 30 milioni di persone che vivono con l'Hiv; 1,8 mln di nuove infezioni, e 1,3 mln di decessi. Al culmine dell'epidemia nel

Video



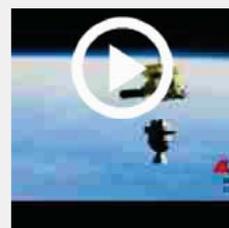
Meteo, l'Estate ancora non decolla



Sin City 2, ecco il trailer ufficiale italiano



Napolitano: "Decido io quando dimettermi"



New Horizons, la sonda che esplorerà Plutone

2005, l'Hiv ha causato 1,7 milioni di decessi. L'incidenza globale del virus ha raggiunto il picco nel 1997 con 2,8 milioni di nuove infezioni per poi scendere ogni anno del 2,7%. Preoccupa - avverte lo studio - la situazione delle Filippine dove la situazione dei nuovi casi e dei decessi è ancora grave. Mentre in America latina (Perù, Venezuela e Colombia) i decessi sono stati ridotti di oltre il 66% nel 2010.

Nel 2013 - sottolinea la ricerca - ci sono stati 7,5 milioni di nuovi casi di tubercolosi e la malattia ha causato 1,4 milioni di morti in tutto il mondo. Ma in Asia tra il 2000 e il 2013 sono stati fatti anche enormi progressi nella lotta alla Tbc, e questo ha portato ad un diminuzione dei tassi di mortalità del 4,2% ogni anno. In Africa sub-sahariana rimangono però Paesi con i percentuali di decessi ancora elevate: Somalia, Repubblica Centrafricana, Sud Sudan, Zambia e Mozambico.

Nel mondo i casi di malaria e i decessi collegati sono cresciuti rapidamente dal 1990, raggiungendo un picco di 232 milioni nel 2003 e 1,2 milioni di morti nel 2004. Come con l'Hiv, l'onere maggiore si concentra nell'Africa sub-sahariana (Nigeria, Repubblica Democratica del Congo (Rdc) e India. Questi Paesi riuniscono circa la metà di tutte le vittime della malaria nel 2013. Dal 2004, però, nell'Africa sub-sahariana i decessi tra i bambini colpiti da malaria sono diminuiti del 31,5%. Dal 2000, la stragrande maggioranza dei Paesi, compresi quelli dell'Africa sub-sahariana, hanno visto un calo dei tassi di mortalità standardizzati per età.

Al di fuori dell'Africa, inoltre, la malaria fa meno paura: è in costante calo dal 1990. Tranne che in Yemen, India, Myanmar e Papua Nuova Guinea, dove i tassi di mortalità per questa malattia infettiva sono ancora di oltre il 7,5 per 100 mila abitanti. Al contrario, alcuni Paesi del Sud-Est asiatico (Thailandia e Malaysia) hanno raggiunto tassi di mortalità molto bassi.

"Notevoli progressi sono stati compiuti nel ridurre le morti e le infezioni dovute alla malaria - afferma Corine Karema, ministro della Salute del Rwanda e coautrice della ricerca - ma abbiamo bisogno di maggiori successi. La malaria è notoriamente difficile da diagnosticare in tempi brevi e da trattare tempestivamente con farmaci efficaci. Ma - conclude - parte della strategia della lotta contro questa malattia infettiva è quella di investire nella raccolta di dati migliori attraverso un sistema di sorveglianza efficiente".

[Tweet](#)

TAG: [Hiv](#), [Tbc](#), [malaria](#)

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)



Abrams mostra l'X-Wing



Pochi euro e l'ispirazione di 'I love NY', diciannovenne salentino s'inventa un lavoro



La musica accende il cervello? Test al via per vedere se è vero



Fingono vacanza con i figli e trasportano 70 chili di droga



De Blasio e Kyenge uniti contro le discriminazioni

TEMI CALDI DELLA GIORNATA

ISRAELE-GAZA

LA TRAGEDIA DEL VOLO MH17

Addestrare l'organismo a battere i tumori: le vie dell'immunoterapia

“Dalla teoria ai test clinici: come funzionano i nuovi farmaci sperimentali”

ONCOLOGIA/1

GIANNA MILANO

Come fanno le cellule tumorali a eludere il sistema immunitario? Quali strategie usano? E perché l'organismo non le riconosce e non le aggredisce? Da decenni gli scienziati tentano di dare una risposta a queste domande e di aprire una nuova strada per curare i tumori: l'immunoterapia.

«Oggi le speranze che questa strada sia percorribile si sono giustamente riaccese. E possiamo affermare di essere all'inizio di una nuova era - dice Filippo de Braud, direttore del dipartimento di oncologia medica all'Ircs-Istituto dei tumori di Milano -. I successi degli studi clinici degli ultimi anni suggeriscono che una nuova generazione di terapie per vari tipi di cancro sono all'orizzonte. Tutto sta nell'individuare una serie di bersagli, o antigeni, sia sulle cellule tumorali sia su alcune cellule del sistema immunitario - i linfociti T - abili nel riconoscere e distruggere le cellule cancerose». C'è chi si spinge a ipotizzare - come fa «Nature» - che nei prossimi

10 anni le immunoterapie saranno usate nel 60% dei tumori in fase avanzata: l'obiettivo è aumentare il numero dei pazienti che rispondono a queste terapie, riducendo gli effetti collaterali.

La prima immunoterapia per il melanoma in stadio avanzato venne approvata nel 1992. Steven Rosenberg del National Cancer Institute di Bethesda, Usa, mise a punto uno stratagemma: isolò dal paziente specifici linfociti T, li mise in coltura e li fece moltiplicare per reinfonderli assieme a un fattore di crescita, l'interleuchina-2. Oltre a selezionare i linfociti, Rosenberg sottopose i pazienti a una chemioterapia che fece piazza pulita del vecchio sistema immunitario per creare spazio ai nuovi linfociti. E quelli, come verificò, restavano attivi abbastanza a lungo per agire sul tumore e ottenere regressioni significative. Da allora l'interesse per l'immunoterapia non ha fatto che crescere. Una svolta è stata l'approvazione nel 2011 (sia dell'Fda, l'ente americano per i farmaci, sia dell'EmA, l'equivalente europeo), dell'ipilimumab (nome commerciale Yervoy): si tratta di un anticorpo monoclonale che si lega a una proteina-sentinel-la che normalmente funge da freno al si-

stema immunitario e blocca i linfociti T, lasciando che il tumore cresca indisturbato. Grazie all'ipilimumab, invece, le cellule T sono libere di distruggere quelle cancerose.

«Con l'ipilimumab le cose sono cambiate. Dopo una prima somministrazione (la terapia si ripete quattro volte ogni 21 giorni) non si hanno subito risultati visibili, ma poi la risposta è straordinaria. Anche in termini di sopravvivenza», dice Fausto Roila, che dirige la struttura complessa di oncologia all'ospedale Santa Maria di Terni. «Per alcuni pazienti, due o tre su 10, la remissione del cancro è anche di due-tre anni». E le notizie incoraggianti non sono finite. Sono state identificate anche altre caratteristiche genetiche delle cellule tumorali del melanoma (due mutazioni, Braf e Mek) che agiscono stimolando la progressione della neoplasia. Inibitori specifici di queste mutazioni hanno permesso di effettuare con successo quella che si chiama «target therapy». Nel 2013 Fda ed EmA hanno approvato due inibitori della mutazione Braf, il vemurafenib e il dabrafenib, e un inibitore della mutazione Mek. «I risultati sono immediati: oltre il 50% dei pazienti risponde. Si è visto, però, che dopo circa sei mesi la malattia tende a riprendere a causa della resistenza che sviluppa ai nuovi inibitori e quindi si stanno cercando nuove

strade, combinando più farmaci», spiega Roila.

Tra questi, vicino all'approvazione (si parla del 2015), c'è il nivolumab, altro anticorpo che inibisce la proteina PD-1, utilizzata dal tumore per disattivare le cellule T e impedire al sistema immunitario di agire contro le cellule tumorali. Risultati importanti anche se preliminari sono stati presentati all'«Asco» - il congresso degli oncologi americani tenutosi a Chicago - sul melanoma meta-

LA RIVISTA «NATURE»

«Terapia che potrà essere usata nel 60% dei casi di cancro in fase avanzata»

statico. E l'anti PD-1 sta dando risultati interessanti anche nel tumore al polmone, del rene e della prostata. «Stiamo partendo con la fase 3 di uno studio clinico sul nivolumab nel carcinoma del polmone metastatico», precisa Roila.

Intanto Rosenberg annuncia su «Nature» che sta lavorando a 11 trial clinici di terapie con cellule T adattate per vari tipi di cancro, compreso uno dei più letali, il mesotelioma. E non solo. L'oncologo sta sperimentando anche una tecnica per attaccare le cellule di tumori che si sviluppano a partire dal tessuto epiteliale, il rivestimento che avvolge le superfici esterne e interne degli organi: si tratta di molti tipi di tumore, compresi quelli del tratto digestivo, di polmone, pancreas e vescica.

Filippo de Braud
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA ALL'IRCCS-ISTITUTO DEI TUMORI DI MILANO
IL SITO: WWW.ISTITUTOTUMORI.MI.IT

“La nostra guerra al carcinoma epatico”

Scoperti 10 bersagli molecolari, ma la sostanza risolutiva non c'è ancora



FABIO DI TODARO

Nella poco felice classifica dei tumori occupa un posto di primo piano: perché, nonostante una frequenza meno ricorrente rispetto ad altre neoplasie, si rivela spesso letale. Più insidioso per l'uomo, soprattutto dopo la soglia dei 60 anni, il tumore del fegato ha un'unica soluzione: il trapianto dell'organo, autentica centrale energetica dell'organismo.

Ma a poter accedere alla procedura - secondo i cosiddetti «criteri di Milano» messi a punto dall'oncologo dell'Istituto Nazionale dei Tumori, Vincenzo Mazzaferro, e oggi riconosciuti universalmente - sono soltanto i pazienti che hanno una massa di dimensioni inferiori a cinque centimetri, con massimo tre lesioni cancerose e in assenza di metastasi. Un insieme di condizioni difficili da riscontrare, se si considera che la malattia - a carico di un organo quasi sempre già colpito da epatiti croniche oppure da cirrosi, prelu-

dio del carcinoma - è spesso asintomatica e si manifesta quando è ormai in fase avanzata. Ecco perché di strada da fare ce n'è e non poca. «Oggi conosciamo quasi tutti i geni che, mutando, possono dare origine alla neoplasia - afferma Josep Llovet, direttore del programma di ricerca sul carcinoma del fegato e professore di medicina interna alla Mount Sinai School di New York, intervenuto a Barcellona al 16° congresso mondiale sui tumori gastroenterici - Il quadro è complesso: ci sono, infatti, almeno 10 bersagli molecolari che possono essere colpiti, ma finora la terapia farmacologica ha dato più dolori che gioie».

Se per altri tumori la ricerca ha già fornito alcune risposte, in questo caso si è fermi al sorafenib, unico farmaco autorizzato per intervenire sui pazienti non operabili e in cui la malattia è a uno stadio avanzato. Di conseguenza il beneficio vale solo per un gruppo ristretto di pazienti e non è un caso se alcuni Stati europei, sei anni dopo l'approvazione, non lo rimborsano an-

cora. «Il sorafenib ha un'efficacia modesta e non può essere utilizzato su larga scala: il meccanismo di azione è poco conosciuto, la tossicità non è trascurabile e la risposta risulta condizionata da diverse variabili», spiega Andrew Zhu, direttore del programma di ricerca sull'epatocarcinoma del Massachusetts General Hospital di Boston. Quanto al resto, solo flebili speranze. La messa a punto di farmaci in grado di arrestare la proliferazione di vasi sanguigni non ha dato le risposte sperate. Qualcosa in più ci si aspetta dagli studi in fase II in corso su farmaci in grado di inibire l'attività di cMet e mTor, due enzimi che innescano la proliferazione di cellule neoplastiche.

Dunque per ora, in considerazione della quasi nulla risposta alla chemioterapia, la chirurgia e i trattamenti locali restano i più indicati per curare il carcinoma epatico: in grado di ripresentarsi, in cinque anni, nel 70% dei pazienti operati. Nei casi in cui non si può procedere al trapianto si battono piste alternative. La prima porta alla resezione dell'area colpita dalle cellule tumorali: possibile se l'organo, seppur incompleto, assicura una buona funzionalità. In seconda battuta ci sono termoablazione, chemio e radioembolizzazione.

«Sono trattamenti locali che puntano ad annientare le cellule neoplastiche con il calore o iniettando, nell'arteria epatica, chemioterapici o sonde radioattive - dichiara Roberto Labianca, direttore del dipartimento di oncematologia degli Ospedali Riuniti di Bergamo - Purtroppo per questo tumore mancano farmaci adeguati. Sono stati realizzati ampi studi su pazienti non raggruppati secondo le specifiche caratteristiche della malattia: così i risultati sono stati molto diversi e non hanno ancora permesso la messa a punto di terapie su larga scala».

Se c'è un vantaggio, di fronte all'unico tumore che si sviluppa da un organo già ammalato, è quello di poterlo controllare per anticipare la comparsa del tumore stesso. «Il

«Ora si punta al controllo per anticipare la comparsa del tumore stesso»

dosaggio dell'alfafetoproteina, unito all'accuratezza degli esami radiologici, della Tac e dell'ecografia, e alle vaccinazioni per l'epatite B e per l'epatite C, quest'ultima almeno nelle aree a rischio, rappresentano le armi più efficaci per riuscire a ridurre l'incidenza della malattia».

@fabioditodaro

Josep Llovet
Oncologo

RUOLO: È PROFESSORE DI MEDICINA INTERNA ALLA MOUNT SINAI SCHOOL DI NEW YORK



Il rapporto. Medici e servizio pubblico

L'attività «intramoenia» resiste alla crisi

Roberto Turno
ROMA

Quasi 21 euro pro-capite l'anno in media di spesa per ogni italiano per un totale di 1,257 miliardi, fino a 17.100 euro a testa andati a ciascun medico che ha fatto la libera professione dentro le mura del Ssn (e nei propri studi). La crisi morde e gli italiani rinviando le cure, l'assistenza sotto il marchio Ssn si riduce soprattutto al Sud, ma (o proprio per questa ragione) l'attività libero professionale dei medici pubblici resta gettonatissima. Anche se in calo. Dove più, dove meno, è chiaro: in Lombardia ogni medico ha incassato in media oltre 24mila euro (-5mila euro in 12 mesi) contro i 6.154 di un dottore in Calabria. Mentre gli assistiti pagano di più in Toscana ed Emilia (32 e 31 euro l'anno), di meno a Bolzano e ancora in Calabria (3,41 e 5,35 euro). L'Italia delle 21 sanità, appunto.

Non è sicuramente una fotografia ingiallita dal tempo quella che ci consegna il rapporto appena depositato in Parlamento dal ministro Beatrice Lorenzin sull'attività libero professionale dei medici pubblici. È anzi - come si legge nel rapporto anticipato su www.24oresanita.com - un check fedele della crisi che attraversa l'Italia. Uno scatto nitido degli alti e bassi del Ssn e del suo non essere un sistema uguale a sé stesso da un capo all'altro del Paese. Tanto più che il rapporto nulla dice - perché non in vigore all'epoca - della "rivoluzione intramoenia" anche per i sistemi di pagamento dei dottori d'Italia previsto dal "decreto Balduzzi" di due anni fa. E che due anni dopo è ancora lettera morta.

La spesa totale dell'intramoenia ha fatto segnare nel

2012 1,228 miliardi pagati dagli italiani, 29 milioni in meno del 2011 (e ancora - nel 2013). Un calo che ha inciso più sulle tasche dei medici, ma non sugli incassi del Ssn balzati a 218,2 milioni (+42 milioni sul 2011). Le prestazioni più gettonate sono state le visite specialistiche (il 65,5% del totale), mentre calano quelle in ospedale (dal 24 al 21%). Con la punta delle visite ginecologiche (17,8%), poi delle visite ortopediche (13% circa); in controtendenza tac e rmn, costose e dunque tra le prime spese a pagamento a essere evitate, quando (e se) possibile.

La media dei medici che

IL FENOMENO

È di quasi 21 euro la spesa media pro-capite sostenuta dagli italiani, per un totale di 1,257 miliardi

svolgono l'intramoenia è del 52%, ma ancora una volta con le debite differenze. Superano il 60% tra Lazio, Liguria e Piemonte, scendono al 36% in Sardegna (e al 13% nella piccola Bolzano), con tutto il Sud attestato alle soglie minime. In calo (dal 26,2 al 24,3%) l'intramoenia negli studi, che però non a caso va al top al Sud dove il Ssn è più lacunoso: Campania (66%), Calabria (49%), Basilicata (41%), Lazio e Abruzzo (40%) sono le regioni dell'intramoenia negli studi privati. Mentre - segno che il Ssn è più presente - manca quasi completamente in Toscana, Emilia, Veneto e Friuli Venezia Giulia, ed è invece del tutto assente a Trento e a Bolzano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici senza l'assicurazione

Il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei camici bianchi verso il rinvio. Le polizze sanitarie costano troppo. E il fondo rischi è senza copertura

Nel pantano il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei medici. Con il concreto rischio di un ennesimo rinvio dietro l'angolo. Non solo, infatti, del provvedimento in

questione si sono perse le tracce, ma secondo indiscrezioni anche se fosse approvato nei termini previsti dalla legge, cioè il 14 agosto, sarebbe monco, visto che manca uno dei principi car-

dini: un fondo rischi sanitari a cui potranno attingere tutti i medici che non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato.

Pacelli a pag. 32

Il regolamento, privo del fondo grandi rischi, resta nel pantano

Responsabilità civile, medici senza copertura

DI BENEDETTA PACELLI

Resta nel pantano il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei medici. E con il concreto rischio di un ennesimo rinvio dietro l'angolo. Non solo, infatti, del provvedimento in questione si sono perse le tracce, ma secondo le indiscrezioni anche se fosse approvato nei termini previsti dalla legge, cioè il prossimo 14 agosto, sarebbe in ogni caso monco. Visto che a mancare sarebbe uno dei principi cardini per cui è stato pensato: un fondo rischi sanitari a cui potranno attingere tutti i medici che non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato.

L'obiettivo principale di questo regolamento, attuativo della legge Balduzzi (158/2012), era quello di disciplinare quei requisiti minimi cui dovranno ispirarsi i contratti assicurativi per garantire il rischio di esercizio dell'attività medica e sanitaria. Ma è soprattutto una la novità attorno alla quale ruota il regolamento: la creazione di un Fondo rischi sanitari, pensato per garantire idonee coperture assicurative per chi opera nelle cosiddette aree a rischio, non tanto per il numero di incidenti quanto per l'onerosità dei risarcimenti per singolo sinistro, (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia), più di altre sottoposte a premi elevatissimi da parte delle compagnie assicurative. La Balduzzi prevedeva che questo fondo fosse finanziato in parte dai professionisti che ne richiede l'intervento e in parte dalle imprese di assicurazione che esercitano il ramo della responsabilità civile sanitaria nella misura massima del 4% della raccolta premi della Rc sanità dell'anno precedente. E qui arrivano i primi nodi.

«Il problema», conferma a *ItaliaOggi* Luigi Conte della Fnomceo (Federazione dei medici

e degli odontoiatri), «è che per ora, calcoli alla mano, si è parlato di uno stanziamento pari a 20 milioni di euro, assolutamente inadeguato a garantire la copertura assicurativa a quei medici che non la trovano sul mercato».

Non solo, perché è l'entrata in vigore stessa del fondo ad essere messa in discussione. Secondo alcune indiscrezioni, infatti, la Consap, che dice la Balduzzi, è chiamata alla gestione e all'amministrazione del Fondo sotto la vigilanza del Ministero dello sviluppo economico e della salute, non sarebbe pronta per la sua operatività concreta prima di nove mesi o un anno. «Ormai», aggiunge Conte, «i tempi sono così stretti che lo slittamento di cui si parla anche se non ancora ufficialmente è l'unica soluzione, anche per aver quel tempo necessario affinché tutti i professionisti si possano adeguare».

C'è poi il tema della retroattività e della postuma: al tavolo tecnico al ministero della salute (partecipato da rappresentanti dei professionisti, delle compagnie di assicurazione e delle Regioni) che ha predisposto la bozza di regolamento aveva prevalso in un primo momento la linea della federazione dei medici che ha chiesto una copertura pregressa e una postuma decennale. Le compagnie, rappresentate dall'Ania cercano invece di frenare su questo punto, proponendo polizze a retroattività zero. Tra le poche certezze invece l'ambito di applicazione modificato secondo i principi contenuti nel «Pacchetto salute» approvato dal consiglio dei ministri di metà giugno. Il regolamento, infatti, come prevedeva quel provvedimento, ha escluso dall'obbligo i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, prima ricompresi, che avranno solo la facoltà e non l'obbligo di dotarsi di una polizza.

— © Riproduzione riservata —

Il Salvagente 24 luglio 2014

Attualità
Salute

13

Patto per la Salute, c'è l'accordo La nuova **SANITÀ** ai tempi della spending review

Daniela Molina

Il Patto per la Salute, che stabilisce le regole del nostro "Sistema Sanità" per il triennio 2014-2016, dopo un anno di trattative è giunto a una svolta: lo scorso 10 luglio ne è stato approvato il testo definitivo.

L'intesa ha introdotto alcune novità che riguardano il Servizio sanitario nazionale, come il riordino della rete ospedaliera per potenziare l'accesso alle cure primarie e l'assistenza territoriale, la revisione dei ticket e l'aggiornamento dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), i quali - entro il 31 dicembre di quest'anno - dovranno essere aggiornati in ba-

Il 10 luglio è stata raggiunta l'intesa tra governo e Regioni. Ecco tutte le novità.

14

Attualità Salute

Il Salvagente 17-24 luglio 2014

Patto per la Salute, c'è l'accordo...

se a principi di equità e innovazione ma sempre nei limiti di bilancio. I tagli della spending review infatti non sono ancora terminati e la sanità ne deve tener conto. In cifre, diciamo subito che per rendere operativo il patto sono stati stanziati circa 110 miliardi di euro per il 2014, 112 miliardi per il 2015 e 115 per il 2016.

Fondi - inferiori a quelli previsti e annunciati - che verranno ripartiti tra le Regioni e le Province autonome con l'obbligo di usarli per gli obiettivi prioritari del Patto anche in considerazione delle quote vincolanti destinate ad esempio ai malati di Aids o di fibrosi cistica ma anche agli extracomunitari irregolari, alla medicina penitenziaria e alle borse di studio per la formazione dei medici in medicina generale. Senza dimenticare l'istituzione dei **Contact point**, punti informativi regionali sui diritti dei pazienti all'estero.

Un **gran calderone** dunque, nel quale spetta ai singoli territori districarsi applicando norme e regole, considerando che, tutto ciò che riescono a risparmiare, resta comunque nelle proprie casse purché lo si destini sempre all'ambito sanitario.

Ma come si ripercuote tutto ciò sui cittadini bisognosi di cure? Tanto per cominciare con i criteri dell'assistenza ospedaliera: le cure dovranno essere **umanizzate**: il paziente dovrà essere rispettato dal punto di vista fisico, psicologico e sociale. Come? In primo luogo attraverso la formazione del personale sanitario che si occupa di **oncologia, pediatria ed**

assistenza domiciliare. E su questo i cittadini potranno dire la loro, perché verranno intervistati e potranno dare un **giudizio** sulla qualità umana delle prestazioni assistenziali.

Le Regioni dovranno promuovere anche la professionalità multidisciplinare, istituendo Uccp (Unità complesse di cure primarie) e Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) per l'erogazione delle cure primarie. In questi Centri, lavoreranno insieme professionisti provenienti da diverse discipline per offrire ai pazienti una prestazione integrata, medicina generale e specialistica, con personale medico, infermieristico, ambulatoriale e con un follow-up domiciliare.

Riguardo all'assistenza a **domicilio**, il punto sta nella riduzione del ricorso ai ricoveri inappropriati (a causa della ben nota carenza di posti letto): è per questo che gli "Ospedali di comunità" saranno quelli adibiti ai **ricoveri brevi**, previsti per casi non complessi o laddove i pazienti non abbiano un domicilio idoneo a offrire loro adeguato riparo e cura.

Entro il 31 ottobre si dovrà sottoscrivere un'intesa per realizzare pienamente la **continuità assistenziale**, dall'ospedale al domicilio del paziente e, per chi è disabile, entro 6 mesi dalla stipula del Patto si dovrà predisporre un documento di indirizzo finalizzato a garantirgli un percorso integrato nella rete riabilitativa.

LA REVISIONE PREVISTA PER FINE ANNO

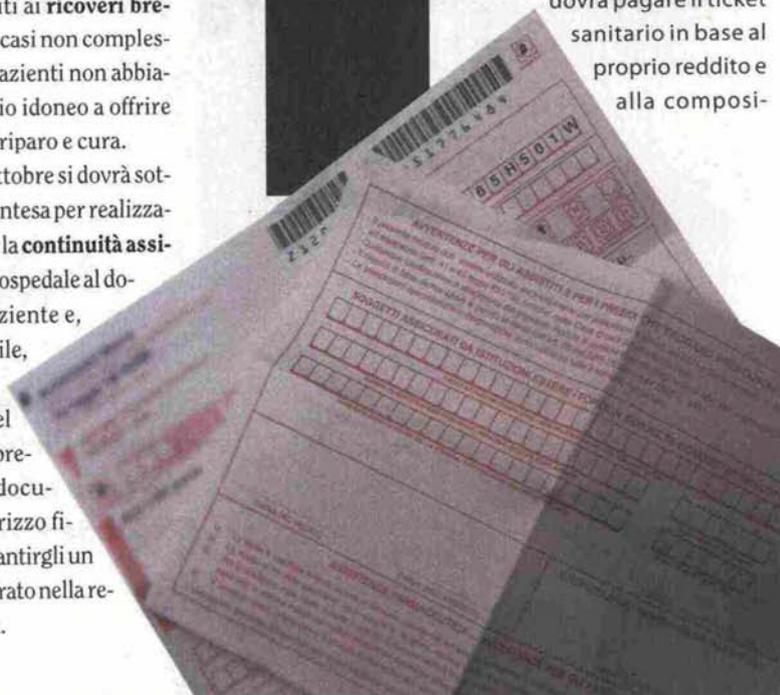
I ticket? Si pa in base al red

La riforma riguarda anche chi soffre di patologie croniche. Non solo: i farmaci potrebbero costare di più



Anche se la revisione dei ticket è prevista per la fine dell'anno, il Patto approvato introduce una grande novità: il **ticket parametrato al reddito** anche per chi soffre di una patologia cronica.

In una prima fase, il cittadino dovrà pagare il ticket sanitario in base al proprio reddito e alla composi-



gheranno dito



zione del nucleo familiare. Nella seconda fase, verrà presa in considerazione la condizione economica dell'intero nucleo familiare.

Questa disposizione dovrebbe garantire un accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie basato su principi di equità e universalismo. E il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna Regione lo **stesso gettito** previsto dalla vigente legislazione nazionale. Per uniformarlo, entro il 30 novembre, si dovrà creare un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle Regioni, del ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze e dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari). Contemporaneamente si dovrà istituire una Commissione permanente che dovrà aggiornare e mantenere le

tariffe massime per le prestazioni di assistenza ospedaliera, la degenza, la riabilitazione e l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Anche le **medicines** potrebbero **costare di più** al cittadino, dal momento che il testo del Patto prevede che la spesa farmaceutica sia sempre meno onerosa per lo Stato. A questo proposito, si stabilisce che venga **aggiornato** dall'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) il **Pronuario farmaceutico** nazionale in base al criterio costi/benefici (pure il regime di rimborsabilità verrà ridefinito). I prezzi varieranno cioè a seconda dell'**efficacia terapeutica**, che verrà constatata grazie a un monitoraggio dell'Aifa sui risultati clinici attesi. Infine anche i dispositivi medici verranno sottoposti a controllo attraverso un Osservatorio sui loro consumi e sui loro prezzi.

■ **Catiuscia Marini**

"COSÌ LA SANITÀ PUBBLICA È IN SICUREZZA FINO AL 2016"

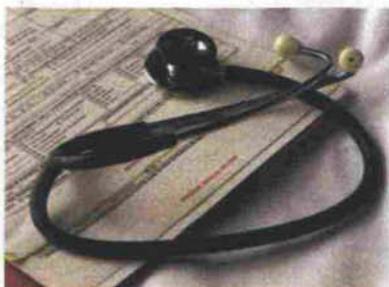
Sulle modifiche del sistema dei ticket **Vera Lamonica**, segretaria **Cgil** nazionale, annuncia battaglia perché non sono stati coinvolti in queste decisioni i cittadini, le associazioni sociali e il sindacato: "Il Patto è il frutto di un confronto tra governo e Regioni, esclusivo e chiuso a ogni dialogo. Per ristabilire in tutto il paese il diritto universale alla tutela della salute e a cure di qualità serve ben altro, bisogna mettere in moto le migliori energie, a partire dal lavoro. Per questo la Cgil incalzerà l'attuazione del Patto con la campagna 'Salviamo la Salute', che da settembre a giugno attraverserà l'Italia con mobilitazioni e iniziative. Cinque proposte chiare per: Abolire i ticket, lotta alla corruzione, salute semplice e veloce, assistenza h 24 socio sanitaria con le Case della Salute, qualità del lavoro e qualità dei servizi".

Una risposta a questa dichiarazione la dà indirettamente la presidente della **Regione Umbria**, **Catiuscia Marini**: "il nuovo Patto per la salute contiene significative innovazioni, ma soprattutto rende sostenibile sul piano finanziario il Servizio sanitario nazionale, un elemento di notevole importanza perché mette in sicurezza la sanità pubblica per il prossimo triennio. È molto importante che con il Patto si definisca un percorso certo di risorse finanziarie sia per la gestione del servizio sanitario che per gli investimenti, ed è fondamentale che sia contenuto il corretto principio della 'spending review', e cioè che i risparmi conseguiti in sanità siano destinati alla implementazione e riqualificazione dei servizi sanitari. Il Patto è frutto di un lavoro di responsabilità e cooperazione tra governo e Regioni che contiene obiettivi importanti per la riqualificazione del sistema sanitario, con elementi particolarmente innovativi per la medicina di territorio, per l'assistenza ospedaliera, confermando il carattere universalistico del sistema sanitario. Nel corso delle prossime settimane avvieremo anche una positiva fase di partecipazione con tutti i soggetti interessati e coinvolti nella attuazione degli obiettivi".

NETTA LA BOCCIATURA DEL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO-CITTADINANZATTIVA

“Un Patto che esclude i pazienti, poco concreto e con troppi rinvii”

Alessandro Cossu
Tonino Aceti



Edopo il silenzio, il rinvio. Potrebbe essere questa l'estrema sintesi del nuovo Patto per la Salute. Dopo che per un anno governo e Regioni hanno avuto un intenso confronto, ci saremmo aspettati che il Patto andasse al cuore dei problemi che ogni giorno incontrano i cittadini. E invece ci ritroviamo un documento di intenti con poca concretezza, che affronta solo poche questioni nell'immediato e lascia molti fronti aperti. In particolare, sono previsti **24 rinvii** ad accordi, intese, decreti, e altri atti per dare attuazione ed effettività alla maggior parte delle questioni affrontate. **13** sono invece gli **“organismi”** previsti tra tavoli, gruppi di lavoro, commissioni e cabine di regia che lavoreranno ai restanti contenuti del Patto, nei quali non è mai prevista la partecipazione delle

organizzazioni di cittadini e pazienti. Sebbene si sia raggiunta un'intesa, i livelli di finanziamento per il Servizio sanitario sono inferiori rispetto a quanto prospettato dal ministro a gennaio di quest'anno, prima dell'approvazione del Def 2014: 1,39 miliardi in meno nel 2015, e 2,119 miliardi nel 2016, con la possibilità di ulteriori modifiche nei prossimi anni. Passi indietro anche per quanto riguarda la lotta all'Hiv: i finanziamenti finalizzati all'assistenza extraospedaliera e alla formazione vanno in un unico calderone indistinto, così come quello destinato alla Fibrosi Cistica. Sul fronte delle **liste di attesa**, il Patto fa ancora riferimento alla annosa questione dell'**intraoemia** e la possibilità per i professionisti di praticarla presso i propri studi privati. L'intraoemia è la possibilità di accedere a delle prestazioni “private” che dovrebbero essere erogate in studi comunque della sanità pubblica e a prezzi concordati. In realtà, proprio a causa di “mancanza di spazi” all'interno delle strutture pubbliche fu autorizzata una deroga, cioè permesso ai professionisti di utilizzare anche dei **propri**

studi privati per esercitare questa attività extra. L'attuale Patto non fa altro che ricordare che si dovrebbe rispettare una legge già esistente, cioè la “Legge Balduzzi” (2012) che aveva modificato un Piano varato già nel 2007 (Legge Marino), ma che a oggi è ampiamente ignorata. Crediamo che bisognerebbe solo avere il coraggio di rendere effettiva una legge, adottando però anche delle misure straordinarie per sanzionare chi dopo tutti questi anni non l'ha ancora rispettata. Sebbene il Patto abbia anche degli importanti passi in avanti al suo interno (effettività dei Lea – Livelli essenziali di assistenza - anche ai fini del monitoraggio e del sistema premiante per le Regioni; umanizzazione delle cure; Piano nazionale delle Cronicità e centralità ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali; ruolo chiave alla valutazione dell'innovazione), dall'altro invece, **rinvia ulteriormente** questioni storiche sulle quali i cittadini attendevano una risposta immediata. Ad esempio: aggiornamento e revisione dei Lea, cioè effettivo adeguamento di quanto erogato dal Ssn alle esigenze attuali dei cittadini;

aggiornamento e revisione del nomenclatore delle protesi e degli ausili; continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio; alleggerimento dei ticket. E anche la direttiva sulle cure transfrontaliere subisce un ritardo sulla tabella di marcia, a causa di ulteriori rinvii. Totalmente **tralasciate** poi questioni come **tempi di attesa e gestione rischio clinico**. Per aspetti quali la terapia del dolore e le cure palliative, nonostante rappresentino una priorità nel semestre di presidenza italiano, è presente un solo richiamo relativo alla presenza di una figura medica formata ed esperta sul tema del dolore nelle Aft e Uccp. C'è una carenza complessiva di trasparenza sulle scelte adottate: è mancato un confronto con tutti gli attori, in primis con i cittadini e le loro organizzazioni, e con i professionisti. Tutti messi di fronte a un pacchetto già pronto e da accettare in silenzio. Prova ne è l'alzata di scudi delle Regioni di fronte ad una richiesta seppur minima di modifiche intervenute nei giorni scorsi. Da anni sentiamo ripeterci che i cittadini devono diventare i protagonisti della sanità. Slogan come “Il paziente al centro”, “Il cittadino al centro” sono solo alcuni dei possibili esempi di cose dette e sistematicamente disattese. ■

Tecnologia
Arriva il robot infermiere, una rivoluzione per la sanità

Pompetti a pag. 23

Molte funzioni mediche sono ormai svolte dalle macchine: in Giappone si sta sviluppando Actroid, un modello dalle sembianze umane che siede accanto ai pazienti negli ospedali, negli Usa Serbot può spingere le carrozzelle e Cody accudisce i malati a letto. Il consorzio europeo Mobiserv ha creato Kompai, un badante a transistor

Il robot con lo stetoscopio

LA TECNOLOGIA

NEW YORK

Infaticabili e pazienti, onesti e affidabili, gli infermieri di ultima generazione stanno imparando di giorno in giorno ad assolvere nuove funzioni per la cura dei malati ai quali sono affidati. Eppure nonostante i progressi, qualcuno li giudica ancora un po' freddini nel rapporto umano, e un po' pesanti nel tocco professionale. Ma in fondo cosa ci si può aspettare di più da un robot elettronico?

Ci si può aspettare molto invece, al punto che alcuni analisti del servizio sanitario hanno azzeccato l'ipotesi che con il tempo (dieci anni secondo Rosalind Picard del MIT di Boston) i robot saranno in grado di sostituire i paramedici, e in un tempo più lungo gli stessi dottori. In tutto il mondo il settore della sanità è uno dei segmenti dell'economia che cresce più rapidamente, affiancato da una generazione crescente di anziani. La carenza di personale paramedico che li assista è critica, e l'idea che il loro posto possa essere preso almeno in parte dalle macchine, è allettante per molti servizi sanitari nazionali.

L'ESPERIMENTO

I primi ad averlo capito, e ad avere puntato abbondanti risorse per la creazione di robo-infermieri, sono i giapponesi. Il governo di Tokio finanzia due terzi delle spese di ricerca per i robot-infermieri, nella quale sono impegnate 24 grandi aziende nazionali tra cui la Toyota. Ed è dal laboratorio giapponese della Koro che nel 2003 è uscito Actroid, il modello che più si av-

vicina alle sembianze umane, e che da un anno ormai siede al fianco del letto di alcuni pazienti d'ospedale, in un esperimento condotto dal ministero della Sanità di Tokio. Il silicone che ricopre la testa e le mani degli automi simula la pelle umana nei minimi dettagli, mentre parrucca e abiti perfezionano la finzione. Actroid può seguire la direzione degli occhi della persona alla quale siede accanto e cercare di puntargli gli occhi addosso. Può decodificare la sua voce e rispondere, tramite il computer che ospita al suo interno. Non si muove e non svolge funzioni mediche, ma la sua presenza è conforto per i malati costretti ad una lunga degenza. Actroid è il tentativo più evidente di sostituire la figura di un infermiere con una macchina.

PILLOLE E PRESSIONE

Diverso è l'approccio negli Usa, dove la ricerca va invece nella direzione di creare macchine che aiutino i paramedici invece di sostituirli. In alcuni ospedali ci sono già robot che misurano la pressione, dispensano pillole e prelevano il sangue. La HStar Technologies di Cambridge ha già in catalogo Serbot, che spinge un paziente sulla carrozzella e monitorizza i suoi segni vitali. Il suo cugino Pearl ha uno schermo al posto del petto, sul quale può proiettare immagini e film, ma anche far comunicare il malato con infermieri e medici. Cody, sviluppato dalla Georgia Tech University può lavare e pulire un paziente nel suo letto. Sollevarlo e cambiarlo di posizione per mezzo di un robot sarebbe un vantaggio enorme in tempi di obesità crescente, ma occorre che la macchina pesi quattro volte più del paziente per ora la tecnologia è limitata.

Il consorzio europeo Mobiserv ha creato Kompai, un vero badante a transistor: detta gli esercizi di fitness, controlla la dieta del suo assistito, gli propone di chiamare amici e conoscenti, e si offre di sfogliare con lui o lei le

foto di famiglia che custodisce nel chip della sua memoria. La macchina è ancora in uno stadio preliminare, ma non passerà molto tempo prima che Kompai o un suo simile vengano offerti su catalogo ad uso dei privati.

LA COMPAGNIA

Ancora più il là nei confini della medicina si spinge Cosmo Bot, l'automa giocattolo che riesce a rompere l'isolamento di alcuni bambini affetti da autismo e da ritardo mentale. Li invita a giocare, e tiene nota di tutti i progressi e di tutti gli ostacoli di ogni sessione terapeutica. Si dirà: «Sì, ma dov'è la sensibilità umana, la comunicazione intima tra paziente e malato?». Prima di giudicare bisogna però dare un'occhiata a Paro, il cucciolo di foca che il suo creatore Takatori Shibata ha plasmato esagerando i tratti facciali, come in un manga giapponese. Il suo pelo è bianco e morbido. Paro memorizza il suo nome e quello del paziente, spesso malato di Alzheimer, e associa le carezze a una reazione di piacere, che esprime con gridolini. È un animale da compagnia perfetto: richiede pochi chilowatt l'anno e nessuna manutenzione. Quello che gli manca in tecnologia viene sostituito dalla fantasia dei pazienti che se ne innamorano a vista. Anziani il cui cervello comincia a perdere colpi, e che sono più che felici di perdersi nella finzione di aver trovato il compagno ideale per la progressiva solitudine alla quale sono condannati.

Flavio Pompetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COSMO BOT ROMPE L'ISOLAMENTO DEI BAMBINI AUTISTICI PARO È UN CUCCILO DI FOCA PER CHI SOFFRE DI ALZHEIMER



I numeri

4mila

Le nuove infezioni da Hiv che si contano ogni anno in Italia, la cifra resta identica da circa dieci anni ma è cresciuto il contagio tra gli eterosessuali

33

Gli anni che sono passati dalla scoperta del virus dell'Aids. Dal 1981 sono 23mila gli italiani che hanno contratto l'infezione, 21% sono donne

80%

Dei casi è stato infettato da un rapporto sessuale, in grande calo il contagio per via endovenosa come invece era all'inizio dell'epidemia

Il braccialetto

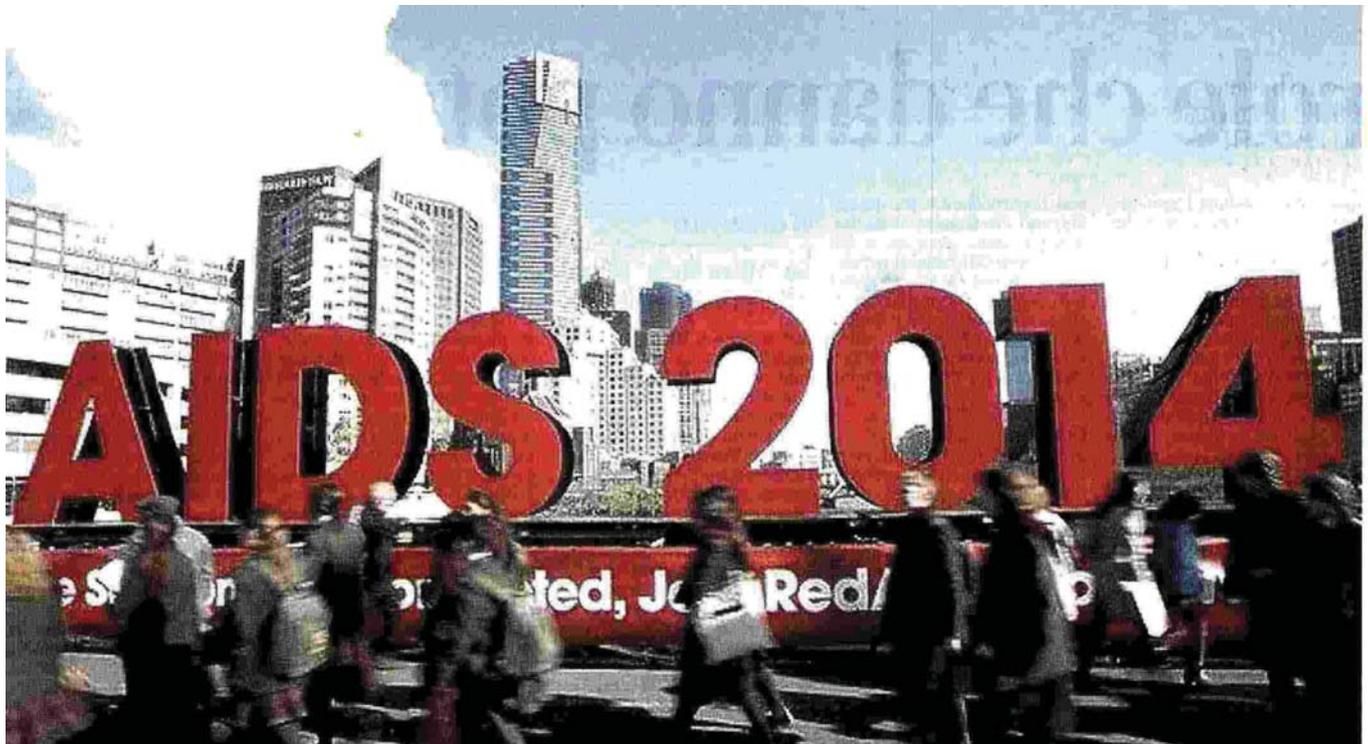


“Fiocco Rosso” di solidarietà

Anche il braccialetto “Fiocco Rosso” nella lotta contro l'Aids. A crearlo è stato Cruciani C. la cui sensibilità verso i temi sociali ha visto nascere molti progetti di beneficenza. La maison umbra per sostenere l'attività di UnaidS ha legato il famoso nodo rosso ai polsi di varie celebrities tra cui Stephanie di Monaco, David Luiz e Gervinho. Il “Fiocco Rosso” si trova on line su www.crucianic.com.

Gli uomini scoprono di essere sieropositivi a 38 anni, le donne a 36

DAL 2005 LE VITTIME SONO CALATE DEL 25% CON UN TRAPIANTO DI MIDOLLO LIBERATI DUE UOMINI DALL'INFEZIONE



Caos Stamina, altolà del Pd: "Una legge per bloccare Brescia"

Il capogruppo dei senatori Zanda: governo timido, agiremo noi

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Mentre a Brescia proseguono le infusioni di Stamina su ordine dei giudici, il Pd prova a mettere un freno alla situazione di caos, che vede i medici bresciani stritolati da ordinanze pro e contro il «metodo Vannoni». «Sarebbe meglio lo facesse il governo, ma visto il clima di incertezza proveremo noi ad individuare un decreto adatto ad inserire un emendamento che non consenta di disapplicare l'ordinanza dell'Aifa che vietava le infusioni». Ad anticipare il passo è il capogruppo Pd al Senato, Luigi Zanda.

Al quale fa eco la collega di partito, Donata Lenzi, che ieri l'altro alla Camera si è

vista respingere un emendamento di fatto «blocca Stamina», dichiarato inammissibile perché fuori tema rispetto al decreto sulla Pa nel quale sarebbe dovuto confluire. «Al Senato dove le regole di ammissibilità sono meno rigide può andar meglio», rivela facendo capire che qualche dubbio lo avrebbe ancora proprio il premier, colpito dal caso della piccola fiorentina Sofia.

Fatto è che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, dopo aver annunciato un intervento del governo meno di un mese, fa ora prendere tempo. «La parola fine ci sarà solo dopo che si sarà espresso il comitato scientifico», ha affermato ieri. Proprio mentre il presidente di quel comitato, Michele Baccarani, annunciava che i tempi per dire stop o dare il via libera alla sperimentazione si allungano. «È necessario tradurre in inglese l'intera documentazione per poterla inviare agli esperti stranieri», spiega. Minimo che vada, se ne parlerà a fine settembre. An-

che perché nessuno vuole incorrere in una nuova bocciatura del Tar Lazio, motivata in passato anche con l'eccessiva fretta del primo comitato nell'esaminare le carte.

Intanto a Brescia ieri sono riprese le infusioni. In mattinata, su ordine del Tribunale di Trapani, 10 iniezioni intramuscolari e una endovena sono state somministrate da un anestesista al bimbo siciliano affetto da distrofia di Duchenne. A coordinare l'equipe esterna all'ospedale il presidente dell'Ordine dei medici di Trapani, Giuseppe Morfino. Che evidentemente non tiene bene a mente l'articolo 28 del suo codice deontologico, in forza del quale «sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie segrete, scientificamente infondate o non supportate da adeguata sperimentazione e documentazione». Presenti alle operazioni anche il vice presidente di Stamina, Marino Andolina e la biologa di Vannoni, Erica Molino. Sui quali pende la ri-

chiesta di rinvio a giudizio della Procura di Torino per reati gravissimi.

Nel pomeriggio è stato il turno di Federico, il bimbo di Fano affetto dal morbo di Krame. Con questa il bambino è arrivato alla nona infusione, nonostante il cosiddetto «metodo Stamina» promettesse guarigioni o miglioramenti nell'arco di cinque applicazioni.

Ma se non ci saranno interventi legislativi a Brescia la recita andrà avanti anche nei prossimi giorni perché sentenze pro-infusioni le hanno già ottenute la piccola Noemi, affetta da Smal e un'altra bambina con la malattia di Tay Sachs. Il direttore generale degli Spedali Civili, Ezio Belleri, annuncia di volersi appellare ad autorità sanitarie «superiori» e alla Cassazione per risolvere l'impasse. Intanto oggi del caso Stamina parlerà in audizione al Senato il ministro della Giustizia Orlando. A Brescia sperano che almeno lui li aiuti a sciogliere la matassa.

LE INFUSIONI

Ieri somministrate a due bambini, altre due bimbe in attesa

Gli infermieri

«Nessuno di noi

può essere obbligato»

Dopo i medici, anche gli infermieri potrebbero ostacolare le infusioni del cosiddetto «metodo Stamina». La Federazione Nazionale Collegi Ipvsi ha emesso una nota, ieri, per stabilire che «nessun infermiere può essere obbligato a prendere parte a pratiche non validate scienti-

ficamente se non mediante adesione volontaria». Una nota per ricordare le norme deontologiche della professione. «L'Ipvsi - per questa ragione - tutelerà in tutte le sedi i propri iscritti che riceveranno ordini di servizio in tal senso». E per essere espliciti quanto alla somministrazione del «metodo Stamina», la federazione ricorda che «è un dato di fatto che al momento non esista alcuna prova di efficacia del trattamento». Ora si vedrà se nei prossimi giorni l'appello dell'Ipvsi avrà sortito effetti.



Spedali Civili

La struttura del Servizio Sanitario Nazionale dove avvengono le infusioni non su predisposizione dei medici ma su ordine dei giudici



Home Dal Governo

DAL GOVERNO

Aifa: «Farmaci C e "100 giorni": sempre impegnati a rispettare i tempi»

22 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 1 Recommend 1 G+1 0



L'Aifa interviene sul ruolo delle agenzie regolatorie, in particolare per quanto riguarda la sua attività per quanto riguarda i farmaci in classe C non negoziata (Cnn) e sul rispetto dei "100 giorni" per la conclusione del procedimento negoziale.

«La parola d'ordine - sottolinea l'Agenzia in un comunicato - ormai sembra essere deregolamentazione. Da Stamina ad Avastin-Lucentis passando per i farmaci di Fascia C in parafarmacia molti portatori di interessi diversi chiedono alle Agenzie regolatorie di farsi da parte, di rinunciare al loro ruolo di approfondimento e di vigilanza dell'appropriatezza prescrittiva (quindi clinica) ed economica (quindi finanziaria). Sebbene le liberalizzazioni alla base di una concorrenza trasparente e competitiva siano uno dei motori dell'accesso al mercato e, in un'ultima analisi, uno stimolo all'innovazione, nel caso specifico dei farmaci la velocizzazione delle procedure, senza i necessari approfondimenti, rischia di produrre più danni che vantaggi proprio per i pazienti che dovrebbero invece essere tutelati».

L'Aifa ricorda di essere da sempre impegnata per garantire a tutti i cittadini l'accesso ai farmaci e, grazie all'abilità tecnico-scientifica (CTS) e negoziale (CPR) dei suoi organismi consultivi, sottolinea, è stata in questi anni in grado di garantire, com'è noto, prezzi dei farmaci tra i più bassi dell'Unione Europea.

Rispetto al procedimento negoziale relativo ai farmaci particolarmente rilevanti per la salute pubblica, anche se il Legislatore ha previsto che il termine di conclusione del procedimento negoziale sia di 100 giorni, «è doveroso sottolineare che il rispetto dello stesso è spesso strettamente correlato al comportamento dell'azienda farmaceutica (vedi ad esempio il più recente caso del sofosbuvir per l'epatite C), ciò anche in considerazione della tipologia del farmaco oppure della proposta di prezzo spesso eccessivamente onerosa per il Ssn. L'aspetto economico non va infatti sottovalutato perché è improbabile che la Legge sia da applicare come un'accettazione in quanto tale del prezzo proposto dall'Azienda, perché ciò significherebbe rapidamente portare al collasso il nostro Ssn cosa che certamente non è nelle intenzioni del Parlamento».

«Nella serie storica a nostra disposizione - scrive l'Aifa nel comunicato - sappiamo con certezza

NEWSLETTER

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

Iscriviti gratuitamente »



Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 28
22-28 lug. 2014
Sfoggia PDF »

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »

Uscite precedenti:

- nr. 2715-21 lug. 2014
- nr. 268-14 lug. 2014

Consulta l'archivio »
Gestisci abbonamento »

Quaderni PDF

che esiste un divario significativo tra il prezzo iniziale richiesto dall'azienda e quello approvato all'esito finale della procedura, a testimonianza della complessità e difficoltà dell'iter negoziale che impone alle Commissioni e Comitati competenti (CTS e CPR), chiamate a valutare il farmaco non solo dal punto di vista scientifico ma anche economico, di compiere accertamenti tecnici approfonditi.

Inoltre occorre tenere presente che spesso, al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva di determinate specialità medicinali, per tutelare i pazienti ed evitare aggravii di spesa per il Ssn, si rende necessario predisporre degli appositi registri di monitoraggio che vanno preventivamente collaudati per evitare gravi disservizi nella successiva erogazione dei medicinali. Si tratta di un'attività aggiuntiva che può incidere sui tempi finali di conclusione dell'iter procedurale».

I dati, aggiunge **Aifa**, dimostrano che, per quanto riguarda i farmaci orfani, la procedura dei 100 giorni è stata richiesta per 6 prodotti, per 3 dei quali la domanda è pervenuta rispettivamente il 12 maggio 2014, il 15 maggio e il 5 giugno, sono stati già trasmessi alla CTS appena completata la valutazione dei dossier da parte dei Segretariati scientifici, rispettivamente il 9 giugno per i primi due e il 21 luglio per il terzo. Per quanto riguarda gli altri farmaci orfani per cui è pervenuta la richiesta di accesso alla procedura dei 100 giorni, si segnala che uno, la cui domanda è stata presentata il 6 marzo 2014, è attualmente in istruttoria CPR; il secondo prodotto, la cui domanda è pervenuta il 3 febbraio 2014, è stato trasmesso alla CTS il 10 febbraio; il terzo prodotto, la cui domanda è pervenuta il 25 febbraio 2014 è stato discusso in CTS il 7 aprile. Va ricordato che le differenze temporali (± 10 giorni circa) di avvio della procedura accelerata dei farmaci sopra indicati sono dipese esclusivamente dalla calendarizzazione, già fissata, delle riunioni della CTS e del CPR che si riuniscono una volta al mese.

«È rilevante in questa sede notare - prosegue **Aifa** - che, in accordo al regolamento di funzionamento degli organismi collegiali dell'Agenzia secondo quanto previsto dalla normativa attuale, una procedura viene discussa in una riunione della CTS e, nel mese successivo, da quella del CPR evidenziando la non più procrastinabile necessità di riformare e potenziare l'Agenzia come segnalato dal ministro della Salute nei suoi più recenti interventi a tale proposito».

Per quanto riguarda l'accesso alla procedura dei 100 giorni, richiesta o perché il farmaco è ospedaliero o perché l'azienda ha ritenuto che la propria specialità fosse di eccezionale rilevanza terapeutica - spiega ancora **Aifa** - nell'ultimo anno sono pervenute domande per 7 prodotti.

La procedura si è già conclusa per un prodotto (trastuzumab emtansine - registro da sviluppare), un prodotto ha richiesto il clock stop (sofosbuvir), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 4 dicembre 2013 è in fase avanzata di negoziazione (alemtuzumab), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 26 febbraio 2014 è anch'esso in fase di negoziazione (Ra 223 dicloruro), un prodotto la cui domanda è pervenuta il 18 aprile 2014 è già in valutazione (simeprevir). Per i restanti due prodotti, la cui domanda è pervenuta rispettivamente il 22 maggio 2014 (immunoglobuline, umane normali) e il 26 giugno (vedolizumab), la fase istruttoria ha rilevato delle irregolarità su cui che hanno concordato di proseguire con la negoziazione ordinaria, rinunciando a quella accelerata.

L'Aifa conclude di aver «ben presente le problematiche emerse dall'applicazione della normativa» e di essersi «attivata anche da questo punto di vista, offrendo il proprio contributo alla discussione in atto, con l'obiettivo ultimo di assicurare il contemperamento tra l'interesse a garantire il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale e quello della sostenibilità della spesa farmaceutica».

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

[Leggi e scrivi](#)

ANNUNCI GOOGLE

Farmacia Internazionale

Inviando medicinali svizzeri ed esteri a privati in Italia
www.farmaciaiinternazionale.ch

Corso Segretaria Medico

Realizza un futuro più gratificante Diventa Segretaria di Studio Medico
centro-europeo-formazione.it/SSM

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



le cifre del nonprescription

[Sfogliala PDF »](#)

Sanità risponde

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

[Invia un quesito »](#)

Ultimi quesiti:

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

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

▼ FERIE DONATE A FAVORE DI UN COLLEGA

Siamo un gruppo di infermieri che lavora in un ospedale del Nord e volevamo sottoporre un caso di...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

quotidiano**sanità**.it

Martedì 22 LUGLIO 2014

Regioni. Slitta la Conferenza straordinaria per scegliere il nuovo presidente

La seduta, inizialmente convocata per il 24 luglio, si terrà invece il 31 luglio. Unico punto all'ordine del giorno: l'elezione del successore di Vasco Errani, la cui carica è decaduta dopo le dimissioni da presidente dell'Emilia Romagna a seguito della condanna nel caso Terremerse.

Appuntamento a via Parigi giovedì 31 luglio 2014, alle ore 10.00, per la seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome che dovrà eleggere il successore di Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni uscente. L'incarico di Errani è infatti decaduto dopo che lo stesso si è dimesso da presidente dell'Emilia Romagna a seguito della condanna per il caso Terremerse.

La seduta, inizialmente convocata per il 24 luglio, è dunque stata posticipata di una settimana.

Il microchip sottopelle promette di prevenire l'ictus

PAOLO RUSSO

■ Più piccolo di una chiavetta Usb per computer. Sono le dimensioni del microchip che promette di prevenire l'ictus e in particolare quello provocato dalle aritmie «parossistiche», ossia asintomatiche, spesso non rilevabili nemmeno dall'Holter, il dispositivo che registra l'attività cardiaca 24 ore su 24. Una scoperta che permetterà, solo in Italia, di prevenire tra i 40 e gli 80mila casi di ictus l'anno.

I risultati dello studio internazionale, che vede

in prima fila i ricercatori italiani dell'Università Cattolica e del Campus biomedico di Roma, sono pubblicati dal «New England journal of medicine». Il sensore viene iniettato sottopelle all'altezza del torace e così il dispositivo controlla l'attività cardiaca e può essere interrogato dal paziente con un telecomando. In caso di aritmia si accende una spia e non resta che andare tempestivamente in un centro per gli accertamenti. Oppure inviare per via telefonica l'elettrocardiogramma al medico, che può intervenire con una terapia preventiva: a

base di antiaggreganti e anticoagulanti. «Abbiamo osservato - spiega Tommaso Sanna, cardiologo del Gemelli e primo autore del lavoro - che nell'arco di tre anni da un ictus ischemico senza causa nota il 30% dei pazienti presenta almeno un episodio di fibrillazione atriale». Sembra essere quindi questa anomalia del cuore all'origine del primo ictus. La parola passa ora alla Sanità pubblica, alla quale spetterà il compito di effettuare, attraverso screening diagnostici, una selezione dei pazienti per i quali può essere utile impiantare il microchip. Con un occhio alla salute dei pazienti, ma anche alle casse dello Stato, visto che il sensore potrebbe ridurre i costi delle recidive da ictus.



Una storia di trionfi a cui l'Italia deve ispirarsi

MARTA PATERLINI
SEGUE DA PAGINA 19

E in effetti il «Laboratory» rappresenta l'esempio vincente di come la scienza di base possa essere per il proprio Paese una fonte di ricchezza non solo finanziaria, ma anche in termini di ricadute mediche.

Basta pensare alla scoperta degli anticorpi monoclonali da parte di Milstein e di Georges Köhler. Oggi non sono solo uno strumento fondamentale nei laboratori, ma rappresentano un terzo di tutti i nuovi trattamenti clinici. Questi includono prodotti terapeutici per il cancro al seno, la leucemia, l'asma, l'artrite, la psoriasi, il rigetto ai trapianti, oltre a decine di altre malattie, studiate in ricerche cliniche. Un altro punto di forza che la direzione del «Laboratory» vuole perpetuare è il trasferimento tecnologico con la creazione di spin-off. «Il nuovo edificio è stato pagato proprio con i diritti sulle scoperte effettuate qui al centro. Il Medical Research Council britannico ottiene un reddito annuo che supera i costi di gestione dell'istituto di un fattore di 2 o 3», sottolinea Henderson.

Oggi il centro annovera un migliaio di ricercatori da tutto il mondo ed è composto da quattro unità: Biologia strutturale, Biologia Cellulare, Neurobiologia, Chimica delle Proteine e degli Acidi nucleici. I dipartimenti, suddivisi in 50 laboratori, lavorano insieme come una comunità. Ogni divisione ha i propri obiettivi, con lo scopo condiviso di comprendere i processi biologici a livello molecolare, unendo le metodologie tratte da fisica, chimica e genetica. Particolare enfasi è posta sullo sviluppo di nuove tecnologie e sullo studio dei processi biologici di base per affrontare emergenze che vanno dalle malattie neurodegenerative al cancro.

È una storia di successi che si perpetuano e la cui logica dovrebbe arrivare fino a noi e alla leadership politica ed economica italiana. La ricerca di base con una visione a lungo termine e ben finanziata nel tempo rappresenta una fonte di progresso e di ricchezza (oltre che di prestigio) per una nazione. Ne è la prova il magnifico edificio che ora si staglia in Crick Avenue.



Il nuovo «Laboratory» di Cambridge



La nuova sede del «Laboratory of Molecular Biology» del Medical Research Council a Cambridge



Per sconfiggere la Sla 6,5 milioni

ILARIA SOLAINI

Per contribuire a un futuro senza Sla sono stati investiti 6,5 milioni di euro dal 2008 a oggi: coinvolti 154 ricercatori, di cui 85 donne, per un totale di 36 progetti di ricerca finanziati e 74 gruppi di ricerca sostenuti. Sono questi sono i numeri a sostegno della ricerca scientifica, messi a segno da Arisla, la Fondazione italiana di ricerca per la sclerosi laterale amiotrofica, di cui ieri il presidente Mario Melazzini ha presentato il bilancio sociale 2013. In cinque anni i ricercatori Arisla hanno pubblicato 70 articoli scientifici e l'impat-

In 5 anni i ricercatori di Arisla hanno pubblicato 70 articoli scientifici, pari al 27% delle pubblicazioni italiane

to delle loro pubblicazioni su quelle italiane è passato dal 9% al 27%, contribuendo a far collocare l'Italia ai primi posti nel mondo per numero di pubblicazioni scientifiche. In particolare, nel 2012 sulla rivista *Nature* è stata pubblicata la scoperta del gene Profilina-1 – coinvolto nel 2% dei casi familiari di Sla – grazie al progetto Exomefals, e nel 2013 so-

no stati pubblicati sulla rivista *Human molecular genetics* i risultati di ricerca del progetto Ipsals, finanziato

con il Bando Arisla 2010 e coordinato dal professor Giacomo Comi, docente dell'Università degli Studi di Milano, che hanno identificato come il trattamento con cellule staminali neuronali derivate da iPSC (cellule staminali pluripotenti indotte) sia in grado di migliorare le funzioni neuromuscolari.

«Sono dati significativi – ha

sottolineato nel suo intervento Melazzini – che indicano l'impegno e la determinazione con cui Arisla porta avanti il suo progetto: sostenere l'eccellenza della ricerca scientifica made in Italy e contribuire a costruire un futuro senza Sla». Una delle peculiarità del sistema di finanziamento è la valorizzazione dei contributi degli enti sostenitori, attraverso un programma di adozione dei progetti di ricerca: a oggi il contributo delle donazioni, pari a 1,2 milioni di euro, si è tradotto nell'adozione di 16 progetti di ricerca, pari al 47% dei progetti finanziati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I miracoli della vita e quelli del business nella fabbrica dei Nobel

MARTA PATERLINI

L'enorme struttura a forma di cromosoma sorge imponente nella piatta campagna alle porte di Cambridge, in Gran Bretagna. La nuova sede del «Laboratory of Molecular Biology» del Medical Research Council è stata appena celebrata con un simposio - «Molecular Biology at 50 and Beyond» - e con il mega-meeting di 600 scienziati che hanno lavorato nello storico centro a partire dagli Anni 50. Un luogo che è stata la culla della biologia molecolare, dando alla luce scoperte capaci di segnare tappe fondamentali della scienza, e la cui avventura continua.

Tutto iniziò tra le mura della «hut», una baracca nel Cavendish, all'epoca tempio della fisica e della chimica. In quegli spazi angusti un manipolo di coraggiosi - fisici e chimici di formazione - concentrò i propri sforzi per scoprire il segreto della vita, plasmando una nuova disciplina: Francis Crick, Jim Watson, Max Perutz, John Kendrew, Hugh Huxley, più tardi affiancati da Aaron Klug, Fred Sanger, Sydney Brenner e Cesar Milstein, sarebbero diventati i padri della biologia molecolare.

Crick e Watson decifrarono la struttura del Dna. Perutz e Kendrew rivelarono la prima struttura proteica, l'emoglobina, mettendo a punto una tecnica - la cristallografia ai raggi X - che ha poi permesso la risoluzione di in-

numerevoli altre molecole. Sanger definì il sequenziamento del Dna, Brenner e Sulston, con i loro eleganti studi su un nematode, gettarono le basi della genetica e della neurobiologia.

Snobbati dai colleghi del Cavendish, solo dopo anni di trattative riuscirono ad ottenere la costruzione di un edificio adibito alla biologia molecolare: nel 1962 nacque così il «Laboratory of Molecular Biology», sul quale si è riversata nel tempo una pioggia di Premi Nobel (l'ultimo, per la Chimica, è andato nel 2009 a Venki Ramakrishnan per il lavoro sulla struttura e sulla funzione del ribosoma). Quelle mura hanno accolto generazioni di scienziati e hanno ispirato i centri di ricerca in tutto il mondo e continuano a essere, nel XXI secolo, un punto di riferimento.

Perutz, tra i fondatori del «Laboratory», amava dire: «Ero un chimico che lavorava nel dipartimento di fisica su qualcosa che aveva a che fare con un problema biologico». La scienza di oggi è ricca di situazioni simili, in cui entra in scena l'interdisciplinarietà, ogni volta che le singole discipline non riescono a venire a capo di qualche problema. All'epoca la ricetta di Perutz era semplice: totale libertà agli scienziati nel perseguire le loro idee, collaborazione tra gli individui, poca burocrazia e finanziamenti generosi. Con personaggi di quel calibro, oggi, a 60 anni di distanza, sembra impossibile reggere il confronto. Ma in realtà tutto continua ad andare a gonfie vele. Lo spirito dei nuovi abitanti del «Laboratory» non è cam-

biato, nonostante la burocrazia sia aumentata, i finanziamenti si siano ridotti e la pressione a produrre ricerca ad alto impatto sia sempre più alta. «Ciò che ancora abbiamo è l'eccellenza e sono ottimista - racconta Richard Henderson, pioniere della microscopia elettronica - . Mi spiego. Quando John Walker vinse il Nobel per la Chimica nel 1997 per il lavoro sulla struttura dell'Atp sintasi, enzima che fornisce energia alla cellula, ero il direttore del centro e mi trovavo in California per lavoro. Mi telefonarono per comunicarmi la notizia del premio e indovinai chi potesse essere il vincitore solo dopo sette tentativi!».

A distanza di 60 anni l'evoluzione di tecniche e strumenti ha permesso di andare ben oltre la struttura delle macromolecole, svelandone i meccanismi di funzionamento. Così oggi sappiamo come operano gli enzimi, i ribosomi e i canali di membrana, cioè «macchine molecolari» di fondamentale importanza biologica. Queste scoperte hanno avuto benefici tangibili per la salute di milioni di persone in tutto il mondo. E

IL «LABORATORY»

A Cambridge 60 anni di scoperte e brevetti unici al mondo

allo stesso tempo i ricercatori del «Laboratory» hanno generato oltre 330 milioni di sterline grazie al trasferimento tecnologico, fornendo un prezioso reddito supplementare che ha contribuito a sostenere la scienza del Regno Unito.

«Oggi abbiamo l'ambizione di continuare a mantenere il

«Laboratory» come uno dei migliori laboratori di biologia molecolare, anche se ovviamente non ha più il monopolio che aveva un tempo - commenta Hugh Pelham, l'attuale direttore - . La sua forza è sempre stata quella di dare ai ricercatori la libertà di perseguire le proprie idee e questa filosofia non dovrà mai cambiare. Il «Laboratory» vuole resistere alla tendenza di produrre «Big data», continuando a investire sulla ricerca di base a lungo respiro».

CONTINUA A PAGINA 21