

quotidianosanita.it

Martedì 24 GIUGNO 2013

Lorenzin: “Entro l’estate la bozza del Patto per la Salute”

L’annuncio stamani al Campus Bio-Medico di Roma. Il Ministro ha visitato il Policlinico e pranzato con medici e dipendenti. “Una struttura bella, efficiente e che usa razionalità nel suo funzionamento ponendo al centro il paziente è un modello di buona sanità e soprattutto di accoglienza positivo anche in prospettiva”. Una battuta anche sugli Ogm: “Sostegno a Ministro De Girolamo”.

Si è svolta oggi la visita del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.

“Ho visitato una struttura efficiente, che ha una razionalità nel suo funzionamento e che pone al centro il paziente. È un modello di buona sanità e di accoglienza estremamente importante in prospettiva dell’applicazione della Direttiva sulla mobilità europea dei pazienti. In Italia, infatti, abbiamo strutture come questa, di primissima qualità, che non hanno nulla da invidiare ai centri nordeuropei e che sono quindi in grado di vincere anche questa nuova sfida”. Così il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, in visita oggi al Policlinico Universitario del Campus Bio-Medico di Roma. Ad accoglierla, tra i molti presenti, il nuovo Presidente dell’Università Campus Bio-Medico di Roma, Felice Barela, il Presidente onorario, Paolo Arullani, e il Direttore Generale del Policlinico, Gianluca Oricchio.

Il Ministro, che ha visitato personalmente un reparto di degenza e il servizio di Radioterapia Oncologica, si è intrattenuta in particolare con le donne in attesa di effettuare una visita di controllo presso l’Ambulatorio ‘Open’ di Senologia, donando a ciascuna delle presenti una gerbera come ‘fiore della prevenzione’. Lorenzin ha ringraziato personalmente le pazienti presenti “perché – ha detto – con il vostro coraggio e mettendoci la faccia testimoniate che non bisogna avere paura della malattia. Voi siete la speranza”. “I dati – ha aggiunto il Ministro – dicono che si sta abbassando l’età di insorgenza dei tumori al seno, per questo è sempre più importante fare prevenzione. Perché prevenire vuol dire salvare vite umane e nel contempo contenere la spesa per le cure”.

Circa il 30-40% delle forme tumorali che colpiscono le donne ‘under 40’, infatti, risulta essere proprio il cancro al seno, la più frequente forma tumorale delle giovani donne. Mentre, sull’efficacia della prevenzione, una recente indagine del Collegio dei Primari Oncologi dimostra che fino ad oggi in Italia quattro donne su cento hanno avuto salva la vita proprio grazie agli screening, ancor più importanti per le pazienti più giovani, tra le quali tutti gli studi segnalano una maggior aggressività della malattia.

La Lorenzin ha parlato anche del Lazio e dell’immagine non sempre positiva e reale che la Regione dà di sé. “Il Lazio ha tante strutture d’eccellenza, purtroppo si parla della nostra Regione solo per il disavanzo e per le cose che non vanno. In realtà qui abbiamo 5 policlinici universitari, strutture che formano medici per mezza Italia e soprattutto che producono brevetti e nuova ricerca. Questi devono essere i punti di partenza anche quando si parla di risanamento. Una struttura bella, efficiente e che usa razionalità nel suo funzionamento ponendo al centro il paziente è un modello di buona sanità e soprattutto di accoglienza positivo anche in prospettiva”.

Presso il Ristorante del Policlinico Universitario il Ministro, munita di vassoio, si è intrattenuta per oltre

un'ora con medici e infermieri e ha scherzato con i presenti sulla sua allergia al glutine negli alimenti.

"Il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – ha dichiarato al termine della visita il Presidente del Campus Bio-Medico, **Felice Barela** – rappresenta una realtà sanitaria importante per il Sistema sanitario nazionale e regionale. Lo dicono gli assistiti che ogni anno scelgono di rivolgersi alla nostra struttura e che, nell'ultimo quinquennio, sono aumentati del 78%. Per questo, accogliamo con interesse e speranza l'impegno del Ministro Lorenzin ad abbandonare la strada dei tagli lineari, che da tempo colpiscono indiscriminatamente il nostro sistema sanitario, senza distinguere tra realtà virtuose e inefficienze. Ci auguriamo che la via del confronto con le Istituzioni possa giungere a un punto di svolta, passando dalle riduzioni unilaterali su budget già concordati a una politica di programmazione capace di valorizzare chi fa buona sanità".

A margine del convegno la Lorenzin ha poi toccato due temi caldi: il Patto per la Salute e la questione del decreto che vieterebbe la coltivazione Ogm in Italia proposta dal Ministro delle Politiche agricole Nunzia De Girolamo.

Sul Patto il Ministro ha specificato come potrebbe arrivare già entro l'estate la prima bozza del nuovo patto per la Salute. "Ci vorrà il tempo necessario, quello per stilare una bozza, condividerla con le Regioni, incontrare gli assessori alla Sanità e immaginare insieme un percorso- ha specificato il ministro - credo che entro l'estate politica potremo dare l'avvio". Sull'argomento gli assessori regionali alla Salute si riuniranno il prossimo 26 giugno in una riunione ad hoc.

Mentre sul tema degli Ogm la Lorenzin ha affermato che si è di fronte ad "una questione di competenza del ministero dell'Agricoltura, ma come italiana ritengo che noi abbiamo avuto un percorso culturale contro l'ogm, quindi a tutela della biodiversità e sicuramente la semina di terreno a ogm può comproverla. È una questione aperta anche a livello europeo: la direttiva che si sta predisponendo permette la coltivazione di terreni a ogm. C'è stata una sentenza della Corte di Giustizia che ha dato ragione a chi lo faceva, ma e' ovvio che dal punto di vista giuridico ci troviamo in un limbo e dobbiamo trovare le forme per intervenire. Bisognerà trovare una soluzione politica per dire chiaramente qual e' la posizione dell'Italia".

CER GAS BOCCONI

«Più investimenti in tecnologie e non tagli lineari alla spesa»

DI ELIO BORGONOVÌ *

Italia in ritardo: in Europa un brevetto ogni 38 minuti

Tutti (o quasi) gli analisti e gli opinionisti sono d'accordo nell'affermare che il problema fondamentale dell'Italia non è tanto (o solo) quello del debito accumulato e del deficit da contenere nel 3% del Pil, quanto nel fatto che, non crescendo il denominatore, tutti gli indicatori peggiorano. Sicuramente la spesa per la tutela della salute contribuisce alle dimensioni del numeratore. Ma troppi dimenticano che la spesa per la salute ha effetti sul denominatore, che possono essere positivi o negativi a seconda della razionalità delle politiche adottate.

Innanzitutto, la crescita di un Paese, comunque la si voglia misurare (con il Pil o con il nuovo indicatore Bes - Benessere Equo e Sostenibile, messo a punto da Istat e Cnel), dipende dalle persone. Oltre alle caratteristiche personali (a esempio spirito di imprenditorialità, creatività del made in Italy, propensione all'innovazione, apertura alla mobilità internazionale), e alle conoscenze, competenze e capacità accumulate con l'istruzione di ogni ordine e grado (compreso l'aggiornamento legato a programmi di long life education), è indub-

bio che una popolazione in buona salute consente di alimentare il ciclo produzione, consumi, risparmio, investimenti, in modo molto più efficace di una popolazione in cattiva salute. Tuttavia, si tratta di una relazione generale che spesso è difficile misurare, mentre è più immediato e facilmente misurabile l'effetto collegato all'innovazione tecnologica. Mentre nel nostro Paese si discute del contenimento per la spesa della salute, in Europa si registra un brevetto riguardante questo settore ogni 38 minuti, circa 14mila ogni anno. È vero che non tutti i brevetti si traducono in device o altri strumenti utili per i pazienti, ma se la percentuale fosse anche solo del 10% o 5%, si parla rispettivamente di 1.400 o 700 nuove possibilità per far stare meglio persone, che possono essere lavoratori, consumatori, investitori. Poiché il contenimento della spesa per la salute agisce in primis sulla parte variabile (che in genere è costituita da farmaci o dagli investimenti in tecnologie), poiché la parte fissa (compresa la spesa del personale, ridotta ormai al 32% di quella totale) non può essere toccata nel breve periodo e, comunque, ha subito uno smagrimento negli ultimi anni, il rischio tangibile e immediato è che i cittadini italiani non abbiano concretamente accesso a queste nuove possibilità.

Se poi si considera che in Italia è presente un distretto di tecnologie per la salute che ha pochi simili al mondo, quello di Mirandola, il cerchio si chiude facilmente. Le aziende di questo distretto sono considerate di assoluta avanguardia: in occasione del drammatico terremoto dello scorso anno l'opinione

pubblica è venuta a conoscenza del fatto che questo distretto produce oltre un miliardo di esportazioni, quota crescente negli anni. A esso vanno aggiunte tante altre imprese di eccellenza, che caratterizzano il nostro Paese. Pensare alle misure per la crescita, senza preoccuparsi di dare sostegno e di valorizzare queste eccellenze, significa rinunciare a qualcosa che già si ha per rincorrere ciò che si vorrebbe. Oltre al cuneo fiscale e ad altre misure di incentivazione della ricerca nel campo biomedico e delle tecnologie, queste imprese avrebbero bisogno che si applicasse per la spesa una effettiva spending review. In sintesi, ciò significa sostituire al taglio lineare del 5% una politica che consenta alle aziende sanitarie e ospedaliere di utilizzare risparmi sulla spesa corrente per effettuare investimenti in tecnologie per la salute sulla base di solidi sistemi di valutazione (Hta). Come sempre, oltre al problema del rapporto debito o deficit/ Pil, il problema non è quello della dimensione della spesa ma quello della qualità della spesa e della qualità delle politiche.

* *Presidente Cergas*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CER GAS BOCCONI

«Più investimenti in tecnologie e non tagli lineari alla spesa»

DI ELIO BORGONOVÌ *

Italia in ritardo: in Europa un brevetto ogni 38 minuti

Tutti (o quasi) gli analisti e gli opinionisti sono d'accordo nell'affermare che il problema fondamentale dell'Italia non è tanto (o solo) quello del debito accumulato e del deficit da contenere nel 3% del Pil, quanto nel fatto che, non crescendo il denominatore, tutti gli indicatori peggiorano. Sicuramente la spesa per la tutela della salute contribuisce alle dimensioni del numeratore. Ma troppi dimenticano che la spesa per la salute ha effetti sul denominatore, che possono essere positivi o negativi a seconda della razionalità delle politiche adottate.

Innanzitutto, la crescita di un Paese, comunque la si voglia misurare (con il Pil o con il nuovo indicatore Bes - Benessere Equo e Sostenibile, messo a punto da Istat e Cnel), dipende dalle persone. Oltre alle caratteristiche personali (a esempio spirito di imprenditorialità, creatività del made in Italy, propensione all'innovazione, apertura alla mobilità internazionale), e alle conoscenze, competenze e capacità accumulate con l'istruzione di ogni ordine e grado (compreso l'aggiornamento legato a programmi di long life education), è indub-

bio che una popolazione in buona salute consente di alimentare il ciclo produzione, consumi, risparmio, investimenti, in modo molto più efficace di una popolazione in cattiva salute. Tuttavia, si tratta di una relazione generale che spesso è difficile misurare, mentre è più immediato e facilmente misurabile l'effetto collegato all'innovazione tecnologica. Mentre nel nostro Paese si discute del contenimento per la spesa della salute, in Europa si registra un brevetto riguardante questo settore ogni 38 minuti, circa 14mila ogni anno. È vero che non tutti i brevetti si traducono in device o altri strumenti utili per i pazienti, ma se la percentuale fosse anche solo del 10% o 5%, si parla rispettivamente di 1.400 o 700 nuove possibilità per far stare meglio persone, che possono essere lavoratori, consumatori, investitori. Poiché il contenimento della spesa per la salute agisce in primis sulla parte variabile (che in genere è costituita da farmaci o dagli investimenti in tecnologie), poiché la parte fissa (compresa la spesa del personale, ridotta ormai al 32% di quella totale) non può essere toccata nel breve periodo e, comunque, ha subito uno smagrimento negli ultimi anni, il rischio tangibile e immediato è che i cittadini italiani non abbiano concretamente accesso a queste nuove possibilità.

Se poi si considera che in Italia è presente un distretto di tecnologie per la salute che ha pochi simili al mondo, quello di Mirandola, il cerchio si chiude facilmente. Le aziende di questo distretto sono considerate di assoluta avanguardia: in occasione del drammatico terremoto dello scorso anno l'opinione

pubblica è venuta a conoscenza del fatto che questo distretto produce oltre un miliardo di esportazioni, quota crescente negli anni. A esso vanno aggiunte tante altre imprese di eccellenza, che caratterizzano il nostro Paese. Pensare alle misure per la crescita, senza preoccuparsi di dare sostegno e di valorizzare queste eccellenze, significa rinunciare a qualcosa che già si ha per rincorrere ciò che si vorrebbe. Oltre al cuneo fiscale e ad altre misure di incentivazione della ricerca nel campo biomedico e delle tecnologie, queste imprese avrebbero bisogno che si applicasse per la spesa una effettiva spending review. In sintesi, ciò significa sostituire al taglio lineare del 5% una politica che consenta alle aziende sanitarie e ospedaliere di utilizzare risparmi sulla spesa corrente per effettuare investimenti in tecnologie per la salute sulla base di solidi sistemi di valutazione (Hta). Come sempre, oltre al problema del rapporto debito o deficit/ Pil, il problema non è quello della dimensione della spesa ma quello della qualità della spesa e della qualità delle politiche.

* *Presidente Cergas*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute Dati dell'Istituto di previdenza su pensionamenti e future specializzazioni. Il caso delle polizze negate

«Perderemo seicento medici di famiglia»

L'allarme: fra tre anni un milione di italiani rischia di restare senza

Si comincia a 37 anni

Oggi si arriva alla libera professione in media a 37 anni, con un reddito di 17mila euro all'anno

Da Ippocrate in poi i medici sono sempre stati personaggi cardine di qualsiasi struttura sociale. Per ruolo e funzione pubblica. In Italia da qualche tempo qualcosa è cambiato. E non in meglio. La categoria si dibatte fra crisi strutturali e nefaste prospettive future. Giovani e anziani medici vedono a rischio il loro futuro professionale. Le fonti della crisi sono almeno tre.

Il primo fronte dell'emergenza riguarda i giovani: i medici e gli odontoiatri approdano alla libera professione in media a 37 anni d'età e con un reddito inferiore a 17mila euro all'anno (più precisamente 16.786 euro). I dati sono stati ricavati dall'Enpam, l'ente previdenziale di medici e odontoiatri, analizzando le nuove iscrizioni al proprio fondo della libera professione. Si tratta di numeri che evidenziano due aspetti. Da un lato quello dell'ingresso tardivo nel mondo del lavoro; dall'altro il problema dell'adeguatezza delle pensioni future (se guadagno poco e per giunta in tarda età, l'assegno che mi attende sarà probabilmente non adeguato ad affrontare la vecchiaia).

Il secondo allarme riguarda la staffetta generazionale. L'Osservatorio sul lavoro dell'Enpam — che diffonderà domani tutti i dati analitici del mondo della sanità — evidenzia che dal 2016 quasi un milione di italiani rimarrà senza me-

dico di famiglia. Fra tre anni infatti ci saranno 600 medici di medicina generale in meno.

Considerando che ogni medico di famiglia può avere fino a 1.500 pazienti, questo significa che circa 900mila italiani potrebbero rimanere senza medico curante. Un numero destinato a crescere ulteriormente per via dei pensionamenti futuri. Dal 2016, un'intera generazione di medici di famiglia andrà in pensione alterando gli equilibri della categoria. Fra tre anni infatti 1.499 iscritti al fondo di previdenza della medicina generale compiranno l'età del pensionamento (68 anni). Nello stesso anno, dalle scuole di formazione in medicina generale è prevista l'uscita di meno di 900 nuovi medici di famiglia. «Nei prossimi anni potremmo essere costretti a chiamare specialisti e medici di famiglia dall'estero — dichiara il presidente della Fondazione Enpam, Alberto Olivetti —. Allo stesso tempo in Italia migliaia di laureati in medicina rischiano di non avere accesso ai percorsi di post laurea perché, a causa dei tagli alle borse di studio, non viene messo a bando un numero sufficiente di posti nelle scuole di specializzazione e formazione». Ma l'Enpam avverte che il numero dei camici bianchi impegnati nella medicina di famiglia che andranno in pensione ogni anno continuerà a crescere anche dopo il 2016 e raggiungerà il picco nel 2022 (quando saranno quasi 4.900 gli iscritti al fondo della medicina generale a compiere l'età di 68 anni). Ci sono dunque tutti gli ingredienti per un gigantesco paradosso: mentre

medici di famiglia e specialisti diminuiscono si nega a molti laureati in medicina di proseguire il loro percorso di formazione post laurea. Basta fare due conti: alla conclusione dei corsi di laurea che stanno per cominciare usciranno circa 9 mila medici mentre a oggi i posti nei percorsi di specializzazione sono 4.500 e quelli nelle scuole di formazione in medicina generale poco più di 900. Se i posti non verranno aumentati, migliaia di laureati rimarranno senza prospettive mentre gli italiani rimarranno senza medico.

Con la riforma delle professioni ratificata da pochi mesi è entrato in vigore l'obbligo di assicurazione per tutti i professionisti. Entro il 13 agosto chi non sarà coperto da polizza non potrà esercitare. Il punto è che le assicurazioni non sono obbligate a coprire i professionisti e i medici (categoria ad alto rischio di cause di risarcimento) spesso restano senza polizze. Tre le categorie più a rischio: ortopedici, ginecologi e chirurghi. Secondo i dati più recenti pubblicati dall'Ania, l'associazione delle imprese assicuratrici, nel 2010 il numero di sinistri denunciati alle assicurazioni è triplicato rispetto a quanto accadeva 15 anni prima. Questo induce le compagnie a rifiutare di garantire i medici che hanno probabilità quasi certe di subire sinistri con richieste di risarcimenti miliardari. E dal 13 agosto chi rimane senza assicurazione rischia di non poter più nemmeno esercitare. Ippocrate certo non crederebbe ai suoi occhi.

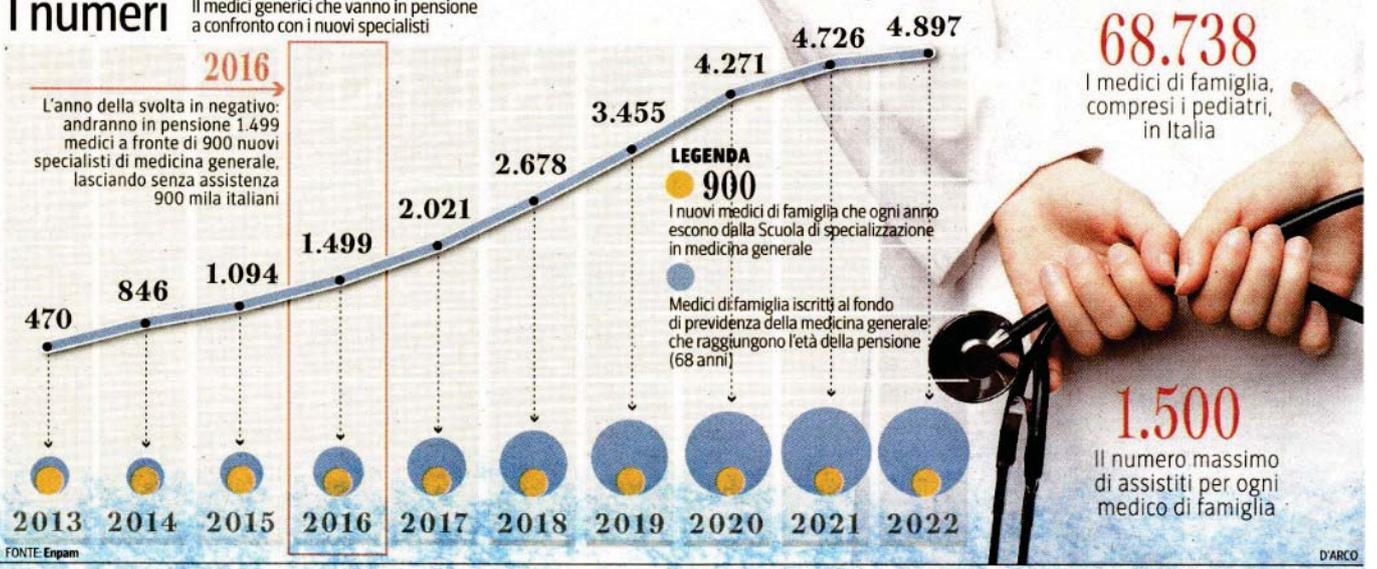
Isidoro Trovato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

Il medici generici che vanno in pensione a confronto con i nuovi specialisti



Alleanza europea dei pazienti “In ematologia terapie mirate”

CECILIA RANZA

STOCCOLMA ruxelles stia pronta. Nel 2014 i pazienti europei affetti da patologie del sangue presenteranno un documento integrato per la personalizzazione delle cure di tutte queste malattie. Denis Horgan, direttore dell'Eapm (European Alliance for Personalized Medicine) se ne fa portavoce da Stoccolma, dove si è tenuta l'annuale riunione degli ematologi europei (oltre ottomila i partecipanti). Quali gli scopi? Molti e ambiziosi, ma indispensabili per quella razionalizzazione delle risorse che, in medicina, passa anche dall'appropriatezza delle terapie, ovvero dalla scelta della cura più adatta ed efficace per quel singolo caso.

«Non più “one-size-fits-all”, ovvero la cura che si dimostra valida su un malato utilizzata poi per tutti gli altri», assicura Horgan dal podio della Società europea di Ematologia, per la prima volta, all'Advocacy (letteralmente “patrocinio”), cioè alle Associazioni che sostengono i pazienti, informando, aggiornando e spesso facendo

da tramite con i centri di cura specialistici. «Il lavoro è enorme, manevale la pena. Bisogna educare medici e pazienti a dialogare comprendendosi, far fruttare di più la medicina traslazionale (che si preoccupa di trasformare nel minor tempo possibile le scoperte in applicazioni terapeutiche), mettere a punto modelli più virtuosi di collaborazione tra accademia e aziende, per la ricerca di base, che indaga i meccanismi delle patologie, e sia clinica (sui pazienti), infine, occorre ripensare i modelli di pagamento».

L'Eapm è britannica. In Gran Bretagna l'Advocacy ha una solida tradizione. L'Italia dell'ematologia comunque non fa brutte figure: «Abbiamo appena celebrato l'Ail (Associazione italiana leucemie e linfomi), un modello da seguire», afferma Fabrizio Pane, presidente della Società italiana di Ematologia, oltre che direttore U.O. di Ematologia e Trapianti, Università Federico II di Napoli. Fautore del circolo virtuoso tra malato, medico di famiglia, ospedale e associazioni dei pazienti, Pane spiega: «L'Ail è strutturata per canalizzare l'entusiasmo e la voglia di fare del volontariato. Pazienti ed ex-pazienti, per esempio, sono volontari che si preoccupano di offrire la prima accoglienza dei nuovi malati in ospedale, su tutto il territorio italiano: un ap-

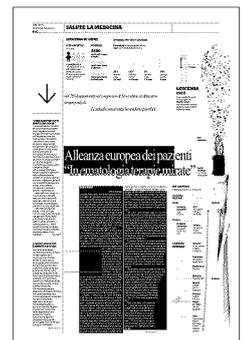
poggio insostituibile. Sul fronte medicina di famiglia, voglio citare un esempio: la collaborazione con la cooperativa “Vesuvius” che, con 1.500 medici generalisti della cintura vesuviana, copre le necessità di cura dopo l'ospedale, luogo che va destinato alle sole terapie specialistiche, cosiddette ad alta intensità».

Del resto, l'ematologia oggi ha davvero molte frecce all'arco della medicina personalizzata: una per tutte l'evoluzione della terapia mirata per la leucemia mieloide cronica, che è oggi alla seconda generazione. Al capostipite imatinib si è aggiunto poi il nilotinib. Proprio con nilotinib si sta verificando la possibilità di controllare la malattia talmente bene, da poter interrompere in alcuni pazienti, valutati caso per caso, la somministrazione: sarebbe la guarigione.

O, ancora, l'ingresso di terapie destinate a dare sopravvivenza e soprattutto buona qualità di vita a malati finora senza terapie davvero valide (vedi box). È il caso della mielofibrosi, malattia rara, ma fortemente invalidante per chi ne soffre e pesantissima per chi fa assistenza; oppure delle sindromi mielodisplastiche, di tanti tipi diversi, gravi e altrettanto rare, in cui almeno una variante sembra finalmente trovare una risposta mirata.

Ma la buona terapia, in Italia e in Europa, può farla soltanto un medico preparato. Ed è questo lo scopo del “Passaporto europeo dell'ematologo”: «Un progetto che mira a garantire assistenza ematologica al miglior livello in tutta Europa, attraverso una preparazione rigorosa e completa dello specialista, ovunque decida di studiare» precisa Augusto Federici, direttore U.O. Ematologia e Medicina Trasfusionale, Ospedale “L. Sacco” e Polo Universitario di Milano.

Pane conclude: «Da quest'anno i pazienti europei possono scegliere il Paese in cui farsi curare. La spesa però ricade sulla nazione di provenienza. Ecco perché dobbiamo far conoscere l'ematologia italiana anche all'estero. Il passaporto europeo sarà l'ulteriore garanzia di una preparazione che è già di ottimo livello».



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Il bilancio sui progressi al convegno dell'Associazione italiana di emato-oncologia pediatrica. Nuove cure in sperimentazione

E nelle forme infantili ormai guarisce il 75%

MARIAPAOLA SALMI

acoorte dei "guariti": è così che gli oncoematologi pediatrici chiamano i giovani che hanno combattuto e vinto la battaglia contro un tumore diagnosticato e curato quando erano bambini. Le stime del Rapporto sui tumori dell'età pediatrica e dell'adolescenza 2013 dell'Aieop, l'Associazione italiana di emato-oncologia pediatrica che ha chiuso da poco i lavori del congresso nazionale, parlano di un 1,2 per mille di trentenni che nell'infanzia hanno avuto a che fare con una leucemia (la più frequente tra i 5 e i 7 anni di età si chiama leucemia linfoblastica acuta, seguita dai tumori cerebrali).

Oggi un ventenne su ottocento in Italia è definitivamente curato. Sempre meno i bimbi che muoiono di tumore con una contrazione dei decessi a un terzo di quelli registrati nei primi anni Settanta. «Negli ultimi 15 anni di osservazione è cresciuta progressivamente la curva di sopravvivenza globale dei piccoli pazienti, con punte di guarigione prossime al 70-75%, e l'Italia è metà preferenziale dei ragazzini diagnosticati nei paesi europei e di quelli provenienti dall'America Latina, dall'Africa e dall'Asia», commenta Franco Locatelli, direttore del Dipartimento di onco-ematologia pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù di Roma.

Un successo quello dell'oncologia pediatrica che qualcuno non esita a descrivere come "il più grande" della medicina degli ultimi 30 anni. La ricerca di base tralata alla clinica cambia la storia dei piccoli pazienti con leucemia mieloide acuta. Una diagnostica raffinata ha identificato lesioni molecolari specifiche sul cromosoma 16 di bambini che con le indagini tradizionali presentavano un assetto cromosomico del tutto normale. Questa anomalia au-

menta il rischio di fallimenti terapeutici, così ai piccoli pazienti portatori si offre subito il trapianto di staminali. Ai successi si contrappongono due forti istanze: far guarire il bambino anche socialmente e psicologicamente senza trascurare i possibili effetti collaterali legati ai trattamenti; e definire una volta per tutte chi deve curare l'adolescente che, stando alle evidenze scientifiche, otterrebbe i migliori risultati se trattato nei centri pediatrici.

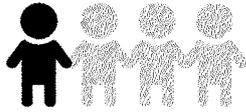
Le terapie con cellule staminali geneticamente modificate per riconoscere il bersaglio molecolare leucemico, rappresentano il nuovo approccio di cura per il neuroblastoma, la leucemia linfatica acuta e i linfomi di Hodgkin. A Roma aprirà a breve una "Cell Factory", fabbrica farmaceutica di staminali addestrate a curare i casi resistenti alle terapie convenzionali e i bambini con tumore avanzato. «È il risuscitamento delle sperimentazioni di farmaci pediatrici, specie di fase I e II, con molecole molto interessanti», nota Franco Locatelli. In arrivo un rivoluzionario anticorpo monoclonale che in una sorta di "bacio letale" crea un contatto tra T linfocita e cellule leucemiche e le uccide; si sperimenta una molecola che stimola la produzione di piastrine; infine, un anticorpo monoclonale "coniugato" in grado di veicolare dentro la cellula neoplastica un farmaco che la distrugge.

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

LEUCEMIA IN CIFRE

IN ETÀ INFANTILE

0-15 anni



1 bambino su 4 con diagnosi di cancro soffre di leucemia linfoblastica acuta (il tumore più frequente, seguito dai tumori cerebrali)

INCIDENZA

8100

nuovi casi l'anno in Italia

81.000

nuovi casi l'anno in Europa

44.270

nuovi casi l'anno in Stati Uniti

INCIDENZA PER TIPO DI LEUCEMIA

Percentuali sulla popolazione italiana
Casi ogni 100mila abitanti all'anno

27%
Mieloide
acuta
3,5 casi

15%
Mieloide
cronica
1-1,5 casi

9%
Linfatica
acuta
1,5 casi

34%
Linfatica
cronica
5 casi

LA NOVITÀ

MIELOFIBROSI, ECCO COME SI INATTIVA IL GENE CHE LA CAUSA

possatezza (fatigue), sudori notturni, dolori muscolari, dimagrimento e un ingrossamento della milza da ostacolare il piegarsi in avanti. È la mielofibrosi, una malattia del sangue, in cui è difettoso il gene Jak, tra i controllori della produzione di globuli rossi, bianchi e piastrine. Oggi la terapia c'è in Usa, Canada ed Europa (disponibile però secondo le autorità regolatorie nazionali): si chiama ruxolitinib, blocca

l'attività alterata di Jak, portando la sopravvivenza dal 61 all'81% e, nel 48% dei pazienti, riducendo la milza (fino al 35%) e i sintomi. L'Ema (l'autorità europea che vaglia i nuovi farmaci), ha dato via libera anche a lenalidomide, mirata sulla variante "(5q)" presente nel 30% dei pazienti mielodisplastici, dove riduce le trasfusioni e migliora la qualità della vita di questi pazienti.

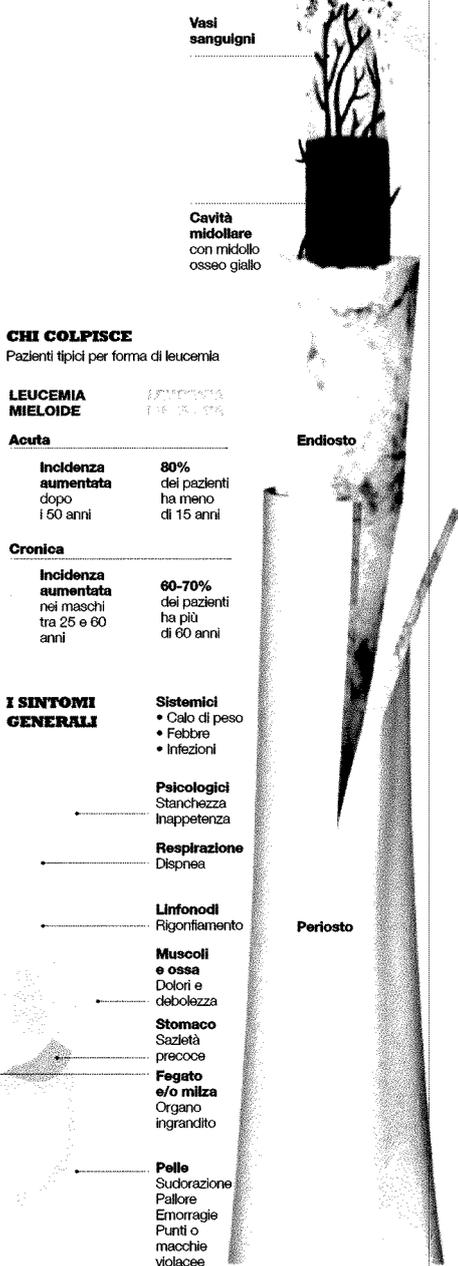
(c. r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SELPRESS
www.selpress.com

LEUCEMIA COS'È

È una malattia tumorale che ha origine nel midollo osseo, cioè nel tessuto dal quale prendono origine tutte le cellule del sangue



CHI COLPISCE

Pazienti tipici per forma di leucemia

LEUCEMIA MIELOIDE

Acuta

Incidenza aumentata dopo i 50 anni

80% dei pazienti ha meno di 15 anni

Cronica

Incidenza aumentata nei maschi tra 25 e 60 anni

60-70% dei pazienti ha più di 60 anni

I SINTOMI GENERALI

Sistemici

- Calo di peso
- Febbre
- Infezioni

Psicologici

- Stanchezza
- Inappetenza

Respirazione

- Dispnea

Linfonodi

- Rigonfiamento

Muscoli e ossa

- Dolori e debolezza

Stomaco

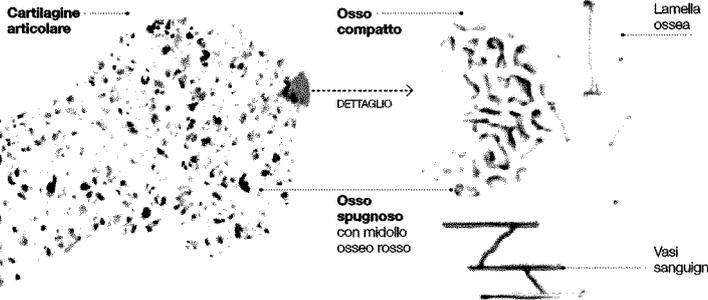
- Sazietà precoce

Fegato e/o milza

- Organo ingrandito

Pelle

- Sudorazione
- Pallore
- Emorragie
- Punti o macchie violacee



PRODUZIONE DI CELLULE EMATICHE NEL MIDOLLO OSSEO

CELLULE PROGENITRICI

CELLULA STAMINALE MIELOIDE



LEUCOCITI (globuli bianchi)



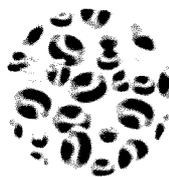
CELLULA EMATOPOIETICA MULTIPOTENTE

È in grado di dare origine a tutti i tipi di cellule del sangue

CELLULA STAMINALE LINFOIDE

LINFOCITI (globuli bianchi)

COMPOSIZIONE DEL SANGUE



SANGUE DI UN PAZIENTE SANO

Non c'è proliferazione cellulare di natura neoplastica

CELLULE FIGLIE



Globuli rossi



Piastrine



Basofili



Monociti



Eosinofili



Macrofagi



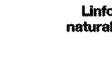
Neutrofilii



Dendritiche



Mastociti



Linfociti B



Linfociti T

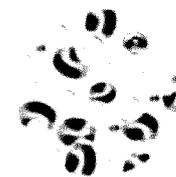


Linfociti natural killer



CON LEUCEMIA MIELOIDE

Mieloblasti neoplastici nel sangue (in questo caso linfociti monociti e neutrofilii)



CON LEUCEMIA LINFOIDE

Linfoblasti neoplastici nel sangue (in questo caso linfociti B)

Fonte: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / AIRCUM / IARC / CANCER STATISTICS, L.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

I PRIMARI NON SI TOCCANO

Forse i sindacati dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale hanno ragione nel voler proclamare uno sciopero nazionale a luglio, per protestare contro il blocco della contrattazione. Forse hanno torto quando si lamentano per difendere i privilegi della struttura dirigenziale ospedaliera. Chissà perché si possono abolire i posti letto ma non i primariati che, nel corso del tempo, sono aumentati quasi dappertutto, a dispetto dell'intera struttura nosocomiale che invece ha subito abbondanti tagli e riduzioni. Prendiamo il Lazio, dove sono stati eliminati 5 mila posti letto, "scomparsi" o ridimensionati interi ospedali, chiusi tantissimi reparti. In molte situazioni questi interventi - più attenti al risparmio che alla razionalizzazione - hanno causato notevoli disagi ai pazienti. Fatto è che i vertici dirigenziali sono rimasti quasi esenti dalla pesante "cura dimagrante". Perfino in presenza di casi eclatanti, come quello dell'odontoiatrico Eastman dove si contano ben 16 primari per 17 posti letto: in pratica ogni malato ha il suo primario personale. Situazioni similivanno cambiate? Sì, senza alcun dubbio. Anche per non fare dire ai cittadini che "i medici sono una casta".

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Incretine

Dopo l'inchiesta del British Medical Journal

al congresso Usa sul diabete sollecitati i dati

dei trial. Informazioni e nuove terapie

Ipoglicemia tutti i rischi delle cure

**Difficile secondo
gli esperti capire
se c'è un link
con pancreatiti
e tumori alla tiroide**

IRMA D'ARIA

Aumento di dimensione nel pancreas degli animali, maggior concentrazione di enzimi pancreatici nell'uomo, casi di neoplasie tiroidee e pancreatiti nei primi trial clinici. Sono alcuni dei potenziali rischi associati all'uso dei farmaci antidiabetici incretinomimetici (tra cui exenatide, liraglutide e sitagliptin) portati alla ribalta da un'inchiesta pubblicata sul *British Medical Journal* nel quale si accusano le aziende farmaceutiche di aver nascosto questi dati. «Ci sono molti segnali preoccupanti di effetti indesiderati sul pancreas delle terapie a base di incretina, ma mancano studi controllati», sostengono Thorvardur Halfdanarson e Rahul Pannala della Mayo clinic di Scottsdale in Arizona. Ecco perché, l'American Dia-

betes Association, dall'annuale congresso che si conclude oggi a Chicago, ha chiesto alle aziende farmaceutiche di rendere disponibili i dati dei trial clinici per un'analisi indipendente che verifichi la sicurezza per il pancreas.

Un invito già accolto dalle principali aziende che si sono dichiarate pronte a monitorare attentamente l'uso dei loro farmaci con programmi di farmacovigilanza. «È molto difficile capire come stanno davvero le cose anche perché i pazienti diabetici hanno una naturale predisposizione a sviluppare pancreatiti per cui non è possibile distinguere se si tratta di un effetto delle incretine oppure di una conseguenza della malattia stessa», ha spiegato a Chicago Antonio Ceriello, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi. In Italia, dove le incretine sono meno usate rispetto agli altri paesi europei a causa delle limitazioni legate

alla prescrivibilità, l'Agenzia Italiana del Farmaco ribadisce la necessità di mantenere la prescrizione solo ai pazienti che ne traggono realmente beneficio e sotto attento controllo medico.

Dal canto loro, gli specialisti attraverso la Società italiana di Diabetologia (Sid), l'Associazione medici diabetologi (Amd) e Diabete Italia chiedono l'apertura di un tavolo di discussione sul processo di revisione della rimborsabilità di queste terapie che sia fondato su solide basi scientifiche. Ma che fare in attesa di capire qual è la situazione?

«I pazienti che assumono le incretine devono essere informati dei rischi in modo da poter prendere una decisione più consapevole», ha detto Robert Rather, direttore medico-scientifico dell'Ada. «Informare il paziente è doveroso, ma al momento non c'è nessuna ragione per ridurre l'utilizzo del-

le incretine che rappresentano un importante passo avanti nella terapia del diabete soprattutto perché sono in grado di evitare le ipoglicemie», dichiara Ceriello.

E proprio sulla riduzione delle ipoglicemie puntano i nuovi anti-diabetici tra cui degludec, che rilascia insulina in modo costante nell'arco di 24 ore con una durata superiore alle 42 ore. I risultati di una metanalisi sugli studi clinici di fase 3 che ha coinvolto 4.330 persone hanno dimostrato una significativa riduzione dell'incidenza di ipoglicemia, in particolare notturna, sia nei pazienti con diabete di tipo 1 che di tipo 2.

All'Ada è stato presentato anche lo studio Once Long condotto nell'arco di due anni per misurare la qualità di vita dei pazienti. I dati hanno evidenziato un miglior punteggio relativo allo svolgimento delle comuni attività quotidiane, come camminare e vestirsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

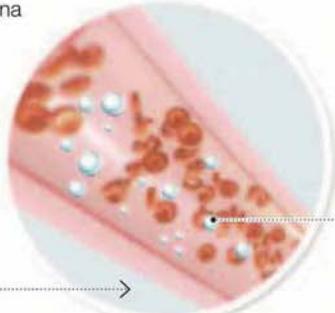
DIABETE DI TIPO 2

COLPISCE IL **90%** DEI DIABETICI

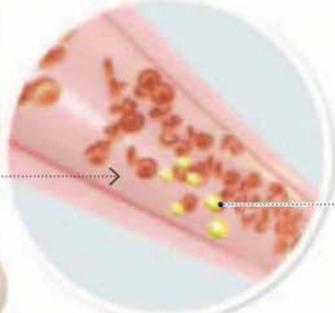
Avviene di solito dopo i 30-40 anni

Si manifesta in età adulta per un difetto nella produzione di insulina

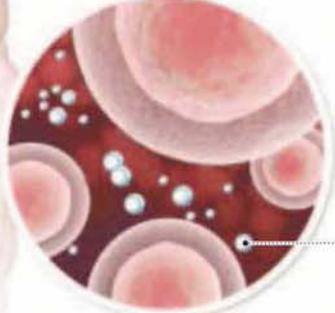
-  Glucosio
-  Insulina



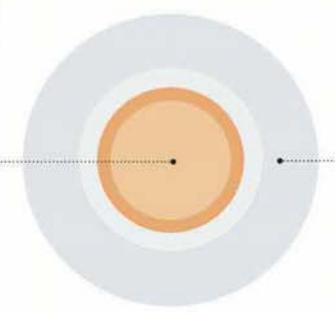
1 Lo stomaco estrae glucosio dal cibo ingerito



2 Il glucosio entra nei vasi sanguigni



3 Il pancreas produce scarsa quantità di insulina



4 L'insulina entra nei vasi sanguigni



5 Il glucosio non riesce a entrare nelle cellule perché l'insulina non funziona correttamente. **Aumenta il glucosio nel sangue**

EFFETTI DELLE INCRETINE



Glucagone
Aumenta la glicemia

Sistema nervoso centrale
Promuovono la sazietà e riducono l'appetito

Insulina
Riduce la glicemia

Fegato
Riducono la liberazione di zucchero che produce il fegato per la diminuzione di glucagone

Stomaco
Rallentano lo svuotamento gastrico

Pancreas

Cellule alfa
Cellule responsabili della produzione di glucagone. Le incretine inibiscono la secrezione di glucagone

Cellule beta
Producono insulina. Le incretine stimolano la secrezione di insulina, la moltiplicazione delle beta e inibiscono la loro autodistruzione

IN CIFRE NEL MONDO

Numero di malati 2011-2030

Nel 2011 **285-350 milioni**

Nel 2030 (proiezione) **438-700 milioni**

Crescita prevista **50%**

IN ITALIA

3,3 milioni di diabetici diagnosticati

1 milione di diabetici non diagnosticati

Prevalenza per regione
La peggiore con più malati: Abruzzo (7,4%)

FONTE: INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION

IL TIPO 1

IL TRATTAMENTO INTENSIVO E LUNGO MEGLIO DEL CONTROLLO DEI SINTOMI

Una terapia intensiva e di lungo periodo per i pazienti affetti da diabete di tipo 1 li aiuta a raggiungere livelli di glucosio vicini alla norma e riduce sensibilmente il rischio di sviluppare malattie della vista, di compromettere la funzione renale e anche il rischio di infarto e ictus. Sono le conclusioni emerse dopo 30 anni dello studio Diabetes Control and Complications Trial (Dcct) presentate al congresso dell'American Diabetes Association. I ricercatori hanno analizzato i dati relativi a 1441 pazienti affetti da diabete di tipo 1 randomizzati a terapia intensiva (cioè terapia insulinica multiniettiva mirata ad ottenere livelli glicemici il più possibile vicino ai parametri di normalità) oppure terapia convenzionale (cioè terapia insulinica mirata unicamente al controllo dei sintomi di iperglicemia). Alla fine si è visto che la terapia intensiva riduce l'insorgenza precoce di complicanze per la vista, i reni e le funzioni nervose del 76% rispetto alla terapia convenzionale. «Sulla base di questi risultati» ha detto all'Ada David M. Nathan, direttore del Massachusetts General Hospital Diabetes Center di Boston e coautore dello studio «la terapia intensiva dovrebbe essere adottata in tutto il mondo come standard per i pazienti con diabete di tipo 1».

(i. d'a.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

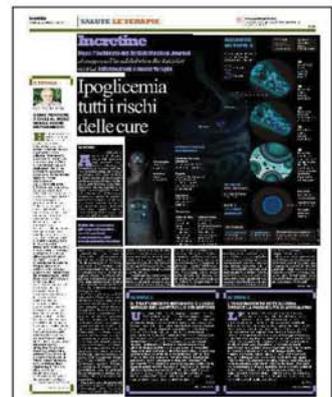
IL TIPO 2

L'INQUINAMENTO SOTT'ACCUSA CRESCE LA POSSIBILITÀ DI AMMALARSI

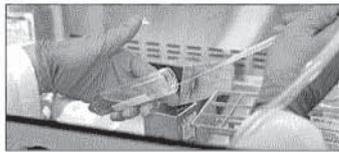
L'inquinamento e lo smog possono aumentare il rischio di ammalarsi di diabete. All'Ada sono stati presentati vari studi che dimostrano come le persone (specie anziani e bambini) esposte ad elevati livelli di ftalati hanno un rischio maggiore di sviluppare diabete di tipo 2. «Nei pazienti osservati, a parità di Indice di Massa Corporea, livelli di colesterolo e trigliceridi e stili di vita, si è visto che l'esposizione agli ftalati è associata ad una maggior prevalenza di diabete» ha spiegato all'Ada Monica Lind del Dipartimento di Medicina Ambientale dell'università di Uppsala e autrice dello studio. Anche in caso di bassi livelli di concentrazione di arsenico nell'acqua che si beve e l'esposizione all'inquinamento atmosferico possono contribuire all'insorgenza di questa malattia. Come mai questo nesso? Gli studi in vitro condotti sugli animali suggeriscono che i composti chimici e gli agenti inquinanti sono alla base anche dell'aumento di peso che a sua volta rappresenta un fattore di rischio per il diabete. I ricercatori hanno analizzato anche altri agenti inquinanti come il diossido di azoto e le polveri sottili. Si è visto che questi componenti agiscono come potenti ossidanti indirettamente o direttamente sui lipidi e sulle proteine e questo può giocare un ruolo maggiore nello sviluppo dell'insulino-resistenza.

(i. d'a.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



■ **Staminali**



*Cellule cerebrali
Vescovi: positivi i primi
test contro la Sla*

GUERRIERI A PAGINA **11**

**BIOETICA
E RICERCA**

La ricerca condotta dall'associazione Neurothon Onlus presieduta dall'arcivescovo Paglia:

«Fede e scienza quando si riconoscono in cammino e si incontrano, portano a risultati straordinari»

Speranza staminali Una svolta per la Sla?

*Vescovi: primi test
migliori del previsto
La sperimentazione
passa alla fase due*

DA ROMA **ALESSIA GUERRIERI**

I primi esiti lasciano ben sperare. E soprattutto non hanno mostrato "controindicazioni" importanti. Anzi. I risultati clinici sono «significativamente migliori» della sperimentazione parallela avviata negli Stati Uniti. Un piccolo passo in avanti nella cura della Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla), che ha convinto l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Italiana del Farmaco ad autorizzare anche la fase due della sperimentazione con cellule staminali cerebrali umane, prelevate da aborti spontanei, avviata da Neurothon Onlus e diretta da Angelo Vescovi. Dunque, si andrà avanti trapiantando tessuti neuronali su altri sei pazienti, ma in zone più alte del midollo spinale rispetto alla consueta area lombare, all'altezza della regione cervicale.

La prima parte dei test, iniziata il 25 giugno dello scorso anno con il primo trapianto al mondo di questo genere e conclusa a marzo scorso, ha consentito di valutare la sicurezza della procedura sull'uomo. E i dati, illustrati ieri a Roma dall'associazione presieduta dall'arcivescovo Vincenzo Paglia, presidente del Pontificio consiglio per la Famiglia, presule emerito di Terni, non solo mostrano che la tecnica utilizzata non ha complicazioni post operatorie e danni al tessuto spinale, ma anche che i pazienti vengono dimessi in media dopo solo dieci giorni e avviati alla riabilitazione.

Troppo presto per cantar vittoria, però. La ricerca comunque è unica nel suo genere, innanzitutto perché promossa da una rete di tante realtà del territorio, laiche ed ecclesiastiche. Ma è anche una sperimentazione, ha esordito Paglia, che alla speranza di dare in futuro una cura a chi soffre, «unisce la certezza e la trasparenza delle procedure, senza scor-

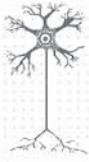
ciatoie». Fede e scienza non devono essere messi sempre agli antipodi, dice così l'arcivescovo Paglia, perché «quando si riconoscono in cammino e si incontrano portano a straordinari progressi». Tuttavia la prima grande medicina per un paziente, ha aggiunto, resta «l'amore della famiglia, lei dà la forza per affrontare ogni male, senza di lei nella malattia tutto è più difficile».

Nessuna cura miracolosa, ci tengono difatti subito a precisare i ricercatori, le cellule prodotte dalla banca delle staminali di Terni sono innocue e non rigettate dall'organismo dei malati. È appunto l'assenza di «eventi avversi» a rendere positivi i risultati e aprire nuove frontiere nella terapia della Sla. Il prossimo obiettivo sarà appunto aumentare il numero dei pazienti trattati e la frequenza degli interventi che, eseguiti in una regione del midollo importante per il decorso della malattia, potrebbero dare numeri più promettenti. Già i primi segnali «non sono solo incoraggianti» per il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ma «danno certezze». L'approccio è quello giusto, visto che non s'illudono le persone con false speranze senza evidenze scientifiche. In più, dimostra la «capacità della ricerca italiana» assolutamente all'avanguardia, sostiene il capo del dicastero, la «sussidiarietà del reperimento fondi» per far andare avanti sulle proprie gambe progetti credibili e la certezza che si sta «facendo un passo avanti nella cura delle malattie neurovegetative».

Le staminali hanno già dimostrato sugli animali di poter bloccare, o quanto meno rallentare, alcune patologie degenerative. Per questo sono spesso alla base del «turismo terapeutico» verso protocolli che non hanno criteri chiari e che «vendono speranza». Noi non vendiamo nulla, ha spiegato il coordinatore del progetto no profit Angelo Vescovi.

La Sla Sclerosi laterale amiotrofica

IN CONDIZIONI NORMALI



I motoneuroni sono **cellule** che dal **midollo spinale** conducono ai **muscoli i comandi**, ricevuti dal cervello, **per il movimento**



Il muscolo si **contrae** permettendo i **movimenti volontari** del corpo

CON LA MALATTIA IN ATTO

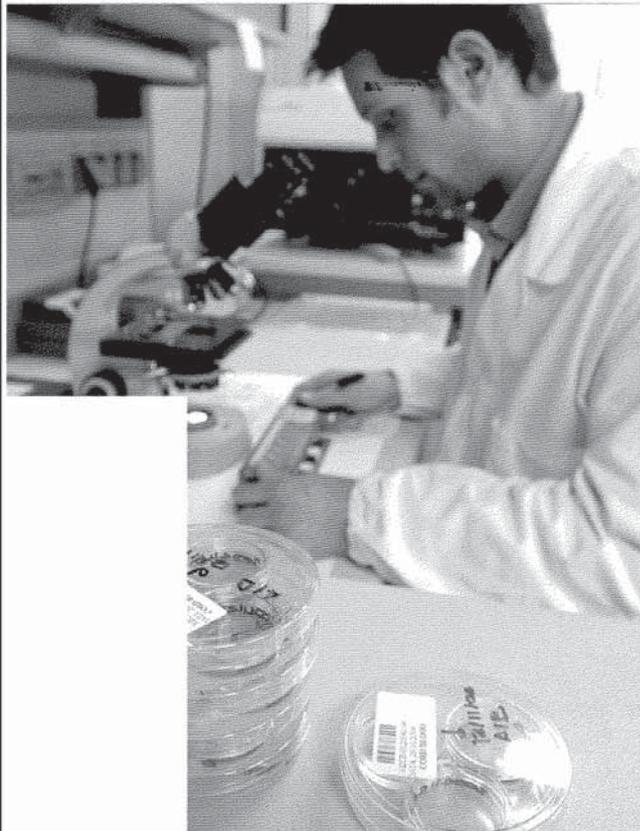
La Sla è una malattia che porta alla **degenerazione dei motoneuroni**

La scomparsa dei motoneuroni causa una **progressiva atrofia muscolare**

I muscoli volontari **non ricevono** più i comandi del cervello e **si atrofizzano**

La conseguenza è una **paralisi progressiva** dei **quattro arti** e dei **muscoli** deputati alla **deglutizione** e alla **parola**

ANSA-CENTIMETRI



IL BILANCIO DELLA PRIMA FASE DELLA SPERIMENTAZIONE

Le staminali superano i test Speranza per i malati di Sla

I ricercatori: «Ora possibile il trapianto nella regione midollare cervicale»

VALENTINA ARCOVIO
ROMA

Qualcuno pensa che le malattie neurodegenerative siano senza ritorno. Noi non siamo d'accordo». Questa la frase proiettata ieri sulla parete in fondo all'aula Pio XI della sede del Pontificio Consiglio per la Famiglia di Roma, dove Angelo Vescovi, direttore scientifico di Neurothon (oggi Revert) e direttore dell'Irccs Casa Sollievo della Sofferenza di San Pio (San Giovanni Rotondo), ha annunciato i risultati positivi della prima parte della sperimentazione sul trapianto di staminali adulte su pazienti affetti Sclerosi laterale amiotrofica (Sla). Il bilancio dei primi test sono davvero promettenti: «Non sono stati rilevati eventi avversi imputabili alla procedura chirurgica o alle cellule trapiantate, con risultati clinico-chirurgici migliori della sperimentazione parallela che si tiene contemporaneamente negli Stati Uniti» dice Vescovi che

non nasconde una certa commozione scrutando nella platea il primo paziente, Marco, che sorride al saluto di chi gli sta offrendo una speranza alla terribile malattia che lo tiene inchiodato sulla sedia a rotelle.

In pratica, il primo traguardo della sperimentazione, che ha come scopo solo quello di valutare la sicurezza delle procedure e l'innocuità delle cellule iniettate, è stato tagliato con successo. «Tutto nel rispetto delle regole previste per la tutela dei pazienti», precisa con soddisfazione Vescovi. I primi test sono andati tanto bene che l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Italiana del Farmaco hanno autorizzato l'avvio della seconda parte della sperimentazione.

La tecnica, messa a punto dallo stesso Vescovi nel 1996, impiega cellule staminali cerebrali scelve da qualunque problematica etica perché provenienti da un tessuto cerebrale prelevato da feti deceduti per

cause naturali. Il trattamento, in questa prima fase della sperimentazione, ha previsto l'innesco delle staminali in tre o sei punti diversi a livello del midollo spinale. Le staminali sono state trapiantate in prossimità dei cosiddetti «motoneuroni», le cellule nervose che, nei malati di Sla, muoiono gradualmente, causando la paralisi progressiva dei muscoli. I test sono stati effettuati su sei pazienti, sui quali «non si sono manifestate complicanze intraoperatorie e anestesologiche». In media, i pazienti sono stati dimessi dopo 10 giorni e avviati ai reparti di riabilitazione. Due dei sei pazienti sono deceduti per l'evoluzione naturale della malattia rispettivamente sette e otto mesi dopo il trapianto. I dati autoptici, infatti, hanno confermato che la causa della morte non è riconducibile al trapianto subito.

«Il passo successivo - spiega Vescovi - sarà avviare la seconda fase della sperimentazione,

augmentando il numero di pazienti e la frequenza degli interventi (uno ogni due/tre settimane invece che uno circa al mese) ed eseguendo il trapianto nella regione midollare cervicale, più complesso ma diretto a una regione del midollo più rilevante per il decorso della malattia e quindi foriero, da un punto di vista terapeutico, di risultati più promettenti». Le cellule prodotte nella Banca delle Staminali Cerebrali di Terni, saranno sufficienti per l'intera sperimentazione in corso sulla Sla e per quelle successive che la stessa équipe sta già organizzando su altre malattie neurodegenerative. Un plauso al lavoro coordinato da Vescovi arriva dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che ha partecipato al convegno. «Questi risultati - dice - ci forniscono la certezza di capacità della ricerca italiana, unica nel mondo; di certezza sulla sussidiarietà del reperimento dei fondi grazie alla grande capacità di reperire risorse da parte di chi ha un progetto scientifico credibile».

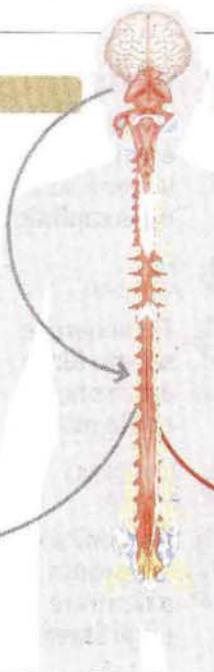
La Sla

Sclerosi laterale amiotrofica

IN CONDIZIONI NORMALI

I motoneuroni sono cellule che dal midollo spinale conducono ai muscoli i comandi, ricevuti dal cervello, per il movimento

Il muscolo si contrae permettendo i movimenti volontari del corpo



CON LA MALATTIA IN ATTO

La Sla è una malattia che porta alla degenerazione dei motoneuroni

La scomparsa dei motoneuroni causa una progressiva atrofia muscolare

I muscoli volontari non ricevono più i comandi del cervello e si atrofizzano

La conseguenza è una paralisi progressiva dei quattro arti e dei muscoli deputati alla deglutizione e alla parola



I NUMERI

7.000 malati in Italia

1.500 nuovi casi all'anno in Italia

500.000 nuovi casi nel mondo

3-5 anni tempo medio di sopravvivenza dall'insorgere della malattia

Centimetri - LA STAMPA

«Non è vero che le malattie neurodegenerative siano senza ritorno»



Futuro da costruire

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin con il Primario di oncologia Vittorio Altomare e i pazienti di oncologia all'Università Campus Bio-Medica di Roma

Staminali, cura contro la Sla supera il primo test

La gioia dei ricercatori italiani: "Speranze concrete per i malati incurabili"

ELENA DUSI

ROMA — La prima tappa nella sperimentazione delle staminali per la cura della Sla è stata superata. I test guidati dal neuroscienziato Angelo Vescovi alla Fondazione Neurothon di Terni hanno già ricevuto l'autorizzazione per andare avanti. I primi sei malati di sclerosi laterale amiotrofica (o morbo di Lou Gehrig) non hanno avuto effetti collaterali dopo l'infusione di staminali nel midollo spinale, al livello dei lombi. I prossimi sei malati, da settembre, riceveranno l'iniezione di cellule all'altezza della nuca. «È una zona del corpo più rischiosa, ma anche più importante in vista di una cura» spiega Vescovi, che di Neurothon è coordinatore scientifico. «Qui si trovano i neuroni motori che controllano la respirazio-

ne, distrutti nelle fasi avanzate della Sla».

Tra il 25 giugno 2012 e il 22 marzo 2013 i sei malati hanno subito il trattamento, con l'infusione di alcuni milioni di staminali (tra 2,5 e 5, in tre o sei iniezioni) prelevate dal cervello di un feto vittima di un aborto spontaneo. «È un numero di cellule molto alto, fra i più elevati all'interno di una sperimentazione» spiega Vescovi. I malati selezionati da Neurothon (una onlus presieduta dall'ex vescovo di Terni Vincenzo Paglia) avevano raggiunto uno stadio della malattia grave. «Per questo motivo è prematuro dire se il trattamento ha dato dei benefici. Obiettivo di questa prima fase era solo escludere effetti collaterali. Da questo punto di vista il test è andato bene, ma non misento di sbilanciarli sui segni di miglioramento»

prosegue lo scienziato. I sei oggi sono sottoposti a un trattamento blando di immunosoppressione.

I prossimi sei volontari saranno scelti a uno stadio meno grave della malattia. Inizieranno le iniezioni a settembre, al ritmo di una ogni tre mesi. Poi — mai i tempi restano da definire — la sperimentazione sarà estesa a un terzo gruppo di pazienti, questa volta con sintomi lievi. E lì sarà possibile cominciare a capire se, oltre a non causare danni, il trattamento offre anche speranze di miglioramento. Un altro paio di test simili, sempre a base di staminali fetali del cervello, sono in corso negli Stati Uniti. Dopo aver completato la prima fase, sono entrate nella seconda (che serve a misurare gli eventuali effetti benefici di una cura). Obiettivo degli scienziati è

capire se le staminali, una volta iniettate nel midollo, si limitano a produrre fattori di crescita che proteggono i neuroni non ancora intaccati dalla malattia oppure sono in grado di dare vita a neuroni nuovi. Pensando ai pazienti che si sono rivolti al metodo Stamina, mai sperimentato né autorizzato dall'Agenzia italiana del farmaco, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha ricordato che «le regole del metodo scientifico vanno seguite da tutti, perché tutelano i cittadini e garantiscono la bontà di una sperimentazione». Mina Welby, la moglie di Piergiorgio (malato di distrofia e morto nel 2006 dopo una battaglia contro l'accanimento terapeutico), si è detta «emozionata, perché non c'è ancora una cura, ma si sta lavorando per trovarne una».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La malattia

La Sla, sclerosi laterale amiotrofica, è una malattia rara che porta alla paralisi

Distrugge, nel giro di vari anni, i neuroni che permettono il movimento

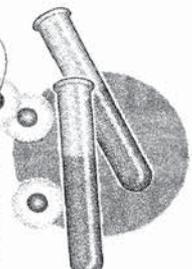


Lo studio

- Le staminali sono state prelevate dal cervello di alcuni feti dopo aborto spontaneo
- Sono state purificate e coltivate in laboratorio



- Successivamente sono state iniettate nel midollo spinale di alcuni pazienti
- L'obiettivo è sostituire i neuroni distrutti dalla malattia



I risultati

Lo studio è ancora nella fase 1



Mira a dimostrare che la terapia non ha gravi effetti collaterali

Prossimamente inizierà la fase 2



Questa fase serve a capire se il trattamento produce benefici

Sei pazienti non hanno rigettato le cellule. Mina Welby: "Sono emozionata"

I personaggi



LOU GEHRIG

Campione di baseball americano, si ammalò a 36 anni e morì nel 1941 a 38, dando il nome alla malattia



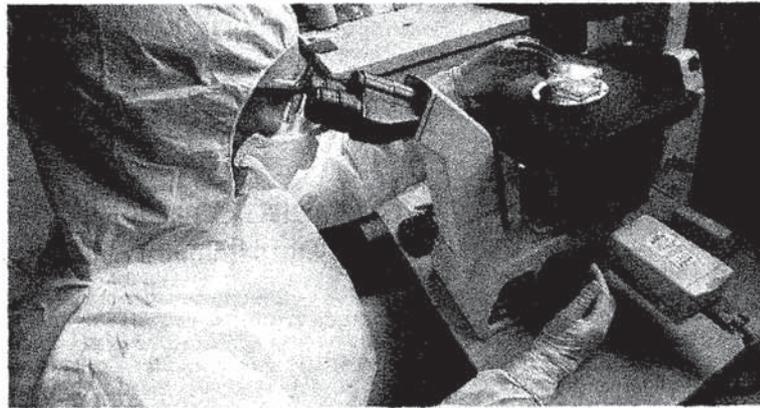
STEPHEN HAWKING

Superati i 70 anni, lo scienziato racconta che la diagnosi a 21 anni gli insegnò ad amare la vita. Da allora si gettò nello studio



STEFANO BORGONOVO

L'ex centravanti della nazionale, che ha quasi 50 anni, è solo l'ultimo dei numerosi sportivi colpiti dalla Sla. Una fondazione che porta il suo nome aiuta i malati



LABORATORIO

Speranze per i malati di Sla da una cura dell'équipe del professor Angelo Vescovi a Terni

