

<http://www.adnkronos.com/salute/>

Sanità: solidarietà Sigo a Giorlandino, professionalità resta sopra l'accaduto

Roma, 22 aprile - "La Sigo e le società scientifiche che la costituiscono esprimono vicinanza e solidarietà al collega professor Claudio Giorlandino per le controversie giudiziarie in corso, consapevoli che la sua riconosciuta e qualificata professionalità clinico-scientifica rimane comunque al di sopra dell'accaduto". E' quanto scrive in una nota ufficiale la Società italiana di ginecologia e ostetricia, intervenendo nella vicenda che ha visto il noto medico accusato di presunto stalking ai danni della sorella, accusa per la quale si trova attualmente agli arresti domiciliari, con autorizzazione a recarsi al lavoro.

"Nel rispetto della magistratura, nella quale credo moltissimo, anche se spesso ha tempi un po' lunghi a seguito dei quali la giustizia e la verità vengono però sempre a galla - commenta all'Adnkronos Salute Paolo Scollo, presidente Sigo - non potevamo non esprimere solidarietà a un maestro della diagnosi prenatale, che è stato ed è di esempio per tanti ginecologi in Italia. Un professionista che si trova agli arresti domiciliari per un problema di presunto stalking, cosa che ci colpisce molto perché spesso nel nostro Paese non si arresta nemmeno chi uccide, o gli scafisti colpevoli di stragi in mare. All'interno dell'associazione ho avuto consenso unanime nella volontà di esprimere in tutte le maniere solidarietà al collega, sia in ambiente universitario, che ospedaliero, che territoriale. E ho ricevuto centinaia di telefonate per chiedere che la Sigo si facesse interprete di questa solidarietà", conclude.



Negli ospedali eterologa ferma: «Chi paga?»

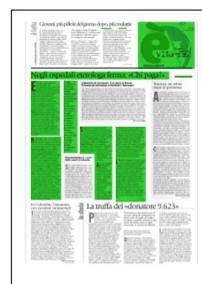
di Emanuela Vinai

Viaggio in quattro tra i principali poli sanitari pubblici italiani, pronti a praticare la fecondazione con gameti altrui ma bloccati dall'assenza di donatori, di regole e fondi per i compensi, di risorse e strumenti normativi per rifornirsi all'estero «La verità è che in assenza di norme l'eterologa è solo un business che favorisce qualcuno»

Eterologa un anno dopo: tanti annunci e pochi risultati. La sentenza della Corte Costituzionale targata aprile 2014 sembrava essere risolutiva, ma la realtà dei fatti è che l'eterologa in

Italia non decolla, almeno non nei centri pubblici dove le motivazioni della mancata partenza declinano tre insufficienze equivalenti: normativa, donatori, copertura economica. «Abbiamo raccolto le richieste delle coppie con i requisiti, circa una ventina, abbiamo sviluppato informative e consensi agli interventi e le nostre strutture sono pronte, ma finora non abbiamo iniziato – conferma **Grace Rabacchi**, direttore sanitario di presidio all'Ospedale Sant'Anna di Torino –. Ci scontriamo con la carenza assoluta di donatori e con lo scarso coordinamento tra i quattro centri pubblici individuati e l'Assessorato a tutela della salute». Due aspetti più connessi di quanto non sembri, chiarisce Rabacchi: «Non abbiamo pensato di comprare gameti all'estero, riteniamo debba essere una scelta condivisa a livello regionale: è un problema la cui soluzione va cercata coinvolgendo tutti i livelli istituzionali interessati».

Non va meglio nella vicina Lombardia. Nella Milano lanciata verso l'Expo, il libero scambio di gameti resta ai box. «Dopo un'attenta valutazione di percorsi e costi, noi non facciamo l'eterologa finché non avremo risposte precise», spiega **Edgardo Somigliana**, responsabile del centro di Procreazione medicalmente assistita (Pma) della **Fondazione Ca' Granda-Policlinico di Milano** (ex-Clinica Mangiagalli). «Anzitutto c'è il nodo del registro dei donatori, la Regione aveva detto che voleva il registro lombardo, invece è arrivata l'istituzione di quello nazionale. Poi servono linee guida più snelle rispetto alla complessità farraginosa del documento Stato-Regioni». Infine, spiega Somigliana, c'è il punto cruciale dei Lea (Livelli essenziali di assistenza): «In quali termini è previsto l'inserimento della fecondazione eterologa nei Lea? Come si concreta la copertura economica?»



Se si garantisce qualcosa ai cittadini poi bisogna essere sicuri di offrirlo». Problema che potrebbe esplodere dal punto di vista del budget del servizio sanitario. Infatti, per effetto della Direttiva europea 2011/24 recepita dal Dl 38/2014, è possibile usufruire presso un altro Stato membro dell'Ue – e soprattutto farsi rimborsare in Italia – le stesse prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei Lea se queste non sono disponibili tempestivamente nel proprio territorio. Quanto costa un ciclo di Pma eterologa in Spagna?

Scendendo di diverse centinaia di chilometri verso Sud, le indicazioni dei costi e le specifiche dei Lea si confermano in cima alle preoccupazioni. «Aspettiamo linee guida e Lea. Siamo tutti pronti ma non parte nessuno finché non si capisce chi paga» ribadisce **Carminè Nappi**, direttore del Dipartimento integrato di Ostetricia, ginecologia e urologia dell'**Università di Napoli Federico II**. «C'è una grande confusione a livello ministeriale e legislativo. Le richieste ci sono, tantissime, e la gente si chiede perché dopo la sentenza non sia possibile procedere. La verità è che in assenza di norme precise l'eterologa rischia di essere solo un business che favorisce qualcuno».

Anche all'Ospedale **Cannizzaro di Catania** le perplessità sono all'ordine del giorno. «I tempi del settore pubblico sono molto diversi da quelli dei privati – commenta **Placido Borzi**, responsabile dei trattamenti del centro di Pma -. È uscito un primo decreto regionale, che

autorizzava l'eterologa, ma siamo ancora in attesa del decreto attuativo, e in mancanza di questo non ci muoviamo».

L'individuazione di chi si accolla i costi resta scriminante fondamentale in un sistema che deve fare i conti con risorse scarse: «Non abbiamo donatori, perché dovrebbero poter ricevere un rimborso, soprattutto le donne, che affrontano un maggiore disagio. E poi non potrei prescrivere farmaci stimolanti a una donatrice, perché non è affetta da infertilità: questi chi li paga?». Ma poiché dove si crea un vuoto c'è sempre chi trova il modo di riempirlo, ecco che arrivano proposte non disinteressate, racconta **Borzi**: «Ho già ricevuto telefonate da centri esteri che mi proponevano l'acquisto di gameti, ma ho rifiutato: non abbiamo gli strumenti per farlo».

L'acquisto di gameti "stranieri" non è solo un problema di costi: bisogna anche rispettare regole piuttosto stringenti che riguardano sicurezza e screening. Una complicazione che – si sussurra a mezza bocca tra gli addetti ai lavori e con tutti i "si dice" del caso – alcuni centri privati bypasserebbero abilmente. In breve, l'intero processo di acquisto presso una biobanca estera sarebbe gestito integralmente dalla coppia: dalla scelta del prodotto al completamento dell'ordine. Una volta effettuato il bonifico, il pacco nominativo verrebbe recapitato direttamente presso la struttura dove verrà effettuato l'intervento. Una procedura certamente non praticabile da un centro pubblico: è impensabile aprire una cartella clinica indicando che la paziente si è portata gli ovociti da casa...

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Diagnosi pre-impianto, tocca al legislatore»

di **Lorenza Violini***

Dopo l'udienza pubblica e le camere di consiglio di settimana scorsa, da lunedì ogni giorno sarà buono per la decisione sulla legge 40. Al vaglio della Corte Costituzionale c'è stavolta il suo articolo 4: quello che riserva la fecondazione artificiale alle sole coppie totalmente impossibilitate a procreare. E non anche a quelle che - come le due ricorrenti, segnate da malattie ereditarie - vorrebbero accedere alla provetta per effettuare sugli embrioni concepiti una diagnosi pre-impianto, all'esito della quale collocare in utero solo quelli sani. Si dice che la Consulta potrebbe emettere una pronuncia "additiva": vale a dire che integra la legge con situazioni da essa non previste (in questo caso, allargando la provetta alle coppie con malattie genetiche). Da un lato c'è quindi il dramma delle due coppie, con alle spalle diversi aborti spontanei o "terapeutici". Dall'altro, il rischio che una modifica della legge apra alla cosiddetta "eugenetica", vale a dire alla possibilità di "assemblare" un figlio con caratteristiche somatiche predeterminate.

Marcello Palmieri

Gli ormai numerosissimi interventi dei tribunali ordinari e della Corte costituzionale in materia di fecondazione assistita, unitamente alle diverse sentenze di corti sovranazionali, hanno profondamente inciso sull'impianto della

legge italiana entrata in vigore nel 2004 modificandone, tramite interventi puntuali, non solo questioni apparentemente di dettaglio ma gli stessi valori di fondo.

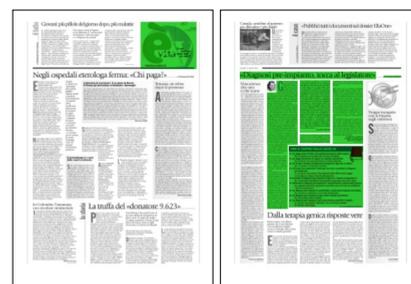
Essendo ora possibile crioconservare embrioni sovrannumerari (prodotti a seguito della caduta del divieto di produrne solo fino a un massimo di 3) e procedere alla fecondazione eterologa, si sono create situazioni contraddittorie quanto ai valori che la legge intendeva tutelare mentre prima degli interventi caducatori operati dalla giurisprudenza vi era un sostanziale equilibrio tra la posizione di tutti i soggetti implicati nella metodica, tra cui anche quella dell'embrione, cui veniva garantito rispetto e certezza delle proprie origini genetiche.

E, pertanto, identificare oggi quali siano i punti di riferimento della normativa in esame per confrontarli con i valori costituzionali è diventata una operazione quasi impossibile, essendo la confusione ormai giunta al massimo grado. Basti pensare che, nella sentenza sull'eterologa, si era parlato persino di diritto a diventare genitori e alcuni studiosi erano giunti a parlare di diritto ad avere figli sostanzialmente corrispondenti al pro-

prio progetto familiare (in parole povere, scegliere le caratteristiche del nascituro tramite esami genetici).

Che cosa dirà la Consulta dopo il tortuoso percorso fatto dalla legge e segnato dalle prese di posizione dei giudici di ogni ordine e grado (compresi quelli internazionali) che ne hanno cambiato i connotati?

V'è da augurarsi che il percorso verso una completa liberalizzazione nell'uso di queste metodiche possa avere almeno una pausa di riflessione che consenta al legislatore di svolgere il suo compito; tocca alla legge infatti definire se e come introdurre nel Paese la diagnosi pre-impianto e non a un giudice, i cui strumenti di intervento sono meramente caducatori e quindi ina-



datti a produrre vera regolamentazione. Questo è diventato vieppiù evidente dopo la sentenza sull'eterologa la quale, non avendo dato certezze né alla classe medica né alle coppie né ai donatori (che dovrebbero restare anonimi ma che invece saranno soggetti a tracciabilità per motivi di salute pubblica), ha creato una situazione molto difficile da governare, in cui le singole regioni o i singoli ospedali (e centri privati) stanno navigando a vista, non ultimo sulla questione dei costi.

Un altro tema su cui riflettere dovrebbe essere quello relativo al diritto alla salute. Più che comprensibili le situazioni limite come quelle che hanno dato modo alla Consulta di decidere e che sperano in un esito a loro favorevole. E tuttavia il caso singolo non può essere considerato a priori più forte del rischio di uso in senso eugenetico che le nuove tecniche portano con sé. I valori vanno bilanciati e, nel caso in cui il divieto venga rimosso, non ci sarà più bilanciamento ma annientamento di uno dei valori in gioco, quello di non mettere a repentaglio la vita dell'embrione, che – sempre secondo la Consulta – persona ancora non è e, tuttavia, è portatore di diritti.

Certo: legiferare oggi in queste materie sembra diventato impossibile cosicché l'unica scelta sembra quella della deregolamentazione totale, del libero mercato, della prevalenza di un diritto sull'altro senza possibilità di bilanciamento effettivo. Proprio questo invece andrebbe evitato: che si arrivi a ricreare un far west procreativo da cui si era tentato di uscire dopo averne viste le conseguenze drammatiche.

*** professore ordinario
di Diritto costituzionale
Università di Milano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRO & CONTRO SULLA LEGGE 40

- 
- «La legge viola il diritto all'autodeterminazione della coppia». **No, lo bilancia con quello alla vita del concepito.**
 - «La legge discrimina le coppie con malattie genetiche». **No, aiuta chi non può procreare in modo naturale.**
 - «In Europa il divieto di diagnosi pre-impianto vige solo in Italia». **No, c'è anche in Svizzera e Austria.**
 - «L'Europa ha condannato l'Italia per non aver consentito la diagnosi pre-impianto». **Sì, ma da ciò non deriva l'incostituzionalità della nostra legge. Lo ha detto la stessa Corte Costituzionale.**
 - «Il divieto di diagnosi pre-impianto stride con l'“aborto terapeutico”». **No, il secondo è possibile solo quando la gestante corre seri rischi.**
 - «Vietando la diagnosi pre-impianto si compromette la salute della donna». **No, appunto perché la gestante in pericolo può ricorrere al cosiddetto “aborto terapeutico”.**
 - «La diagnosi pre-impianto è assimilabile a qualunque diagnosi prenatale». **No, la prima è selettiva, la seconda terapeutica.**
 - «La diagnosi pre-impianto scopre molte malattie genetiche». **No, dà risultati assai modesti.**
 - «La diagnosi pre-impianto è già stata ritenuta possibile e legale». **Sì, ma solo da qualche tribunale. Che non hanno potere di incidere sulla legge.**

A cura di Marcello Palmieri



Dalla terapia genica risposte vere

Ricerca tenace, cure efficaci, speranze che si concretizzano. Così nei laboratori italiani avanza la battaglia della scienza contro le malattie genetiche

Esiste per molte malattie gravi di origine genetica un approccio terapeutico vincente: la "terapia genica", che rappresenta oggi uno dei maggiori esempi di ricerca applicata con esiti positivi e talora risolutivi.

In Italia la ricerca dell'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (Tiget) di Milano produce continui risultati nelle sue tre fasi di indagine pre-clinica, dove le strategie identificate sembrano agire sulla malattia nei modelli di laboratorio, i primi test clinici sui pazienti fino alla vera e propria terapia "certificata" e fruibile. Su questi livelli si gioca il lavoro degli scienziati, con un lento ma ininterrotto progredire verso il traguardo applicativo. Una meta non scontata: spesso siamo di fronte a prospettive incoraggianti perché supportate dai dati sperimentali ma che, tuttavia, non sono ancora da considerare una realtà terapeutica. Ma occorre dire anche quando la ricerca funziona: nel caso dello studio clinico del Tiget pubblicato su *Science* nel 2013 e condotto su sei bambini, tre affetti dalla sindrome di Wiskott-Aldrich e tre da leucodistrofia metacromatica, il passaggio dal laboratorio al paziente è avvenuto con successo. I sei bambini stanno bene dopo i primi tre anni di trattamento. L'indagine era stata avviata nel 2010 su 6 bambini affetti dalla prima malattia in cui si altera il sistema immunitario con conseguente maggiore vulnerabilità a infezioni, malattie autoimmuni e tumori, e 10 dalla seconda, che col-

pisce il sistema nervoso con perdita progressiva delle capacità cognitive e motorie.

Ma come funziona la terapia genica? La strategia consiste nel correggere il difetto genetico alla base del disordine: una copia "sana" del gene coinvolto viene inserita nelle cellule del paziente. Il connubio vincente è con le staminali, dal momento che queste cellule sono in grado di moltiplicarsi in continuazione e possono garantire, così, la permanenza del genoma sano per tutta la vita. In questo caso, sono state prelevate dal midollo osseo le staminali ematopoietiche e, dopo l'inserimento della copia sana del gene tramite un vettore virale derivato dall'Hiv, sono state reintrodotte nell'organismo, ripristinandone la normale funzione.

Questi risultati hanno aperto la strada a nuove terapie per altre malattie genetiche più diffuse, sulle quali la ricerca continua. Uno studio Tiget pubblicato a febbraio su *Science Translational Medicine* ha, invece, permesso di scoprire che un gruppo di linfociti T corretti geneticamente, definiti "cellule T staminali di memoria", persistono riproducendosi per anni nel sangue di un individuo e sarebbero, dunque, utilizzabili con più efficacia nei pazienti affetti da immunodeficienze congenite e da Hiv ma anche contro vari tipi di tumore.

Alessandra Turchetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.meteoweb.eu>

Il latte materno: una speranza per combattere il cancro

Uno studio dell'Università di Graz rivela come la lattoferrina, proteina presente nel latte materno, possa essere adoperata per terapie capaci di contrastare il cancro

Una ricerca effettuata dagli scienziati dell'Università di Medicina di Graz ha evidenziato che la lattoferrina, una proteina presente nel latte materno che svolge un ruolo particolare nel sistema immunitario dei neonati, rappresenterebbe una viva speranza per una precisa terapia futura in grado di contrastare il melanoma maligno (cancro della pelle) e altri tumori del cervello difficili da curare.

In uno studio precedente Dagmar Zweytick dell'Istituto di biologia molecolare presso l'Università di Graz aveva già individuato un fosfolipide sulla superficie delle cellule cancerogene e delle metastasi che funge da marcatore universale per il cancro. La ricercatrice di Graz e il suo team erano giunti a questa conclusione perché la naturale carica positiva del peptide immunodifensivo lattoferrina viene attratta dalla carica negativa della fosfatidilserina (PS) e interagisce con la membrana superficiale delle cellule cancerogene. Al contrario le cellule sane non interagiscono con la lattoferrina, una proprietà che può risultare utile per il trattamento mirato del cancro, il cui scopo è di attaccare solo le cellule malate.

Nell'ambito di un progetto di cooperazione europeo i ricercatori di Graz hanno successivamente analizzato come rafforzare la struttura molecolare della lattoferrina sulla base di modificazioni mirate. Nella sua forma naturale il peptide difensivo è infatti troppo debole per poter provocare la distruzione delle cellule tumorali.



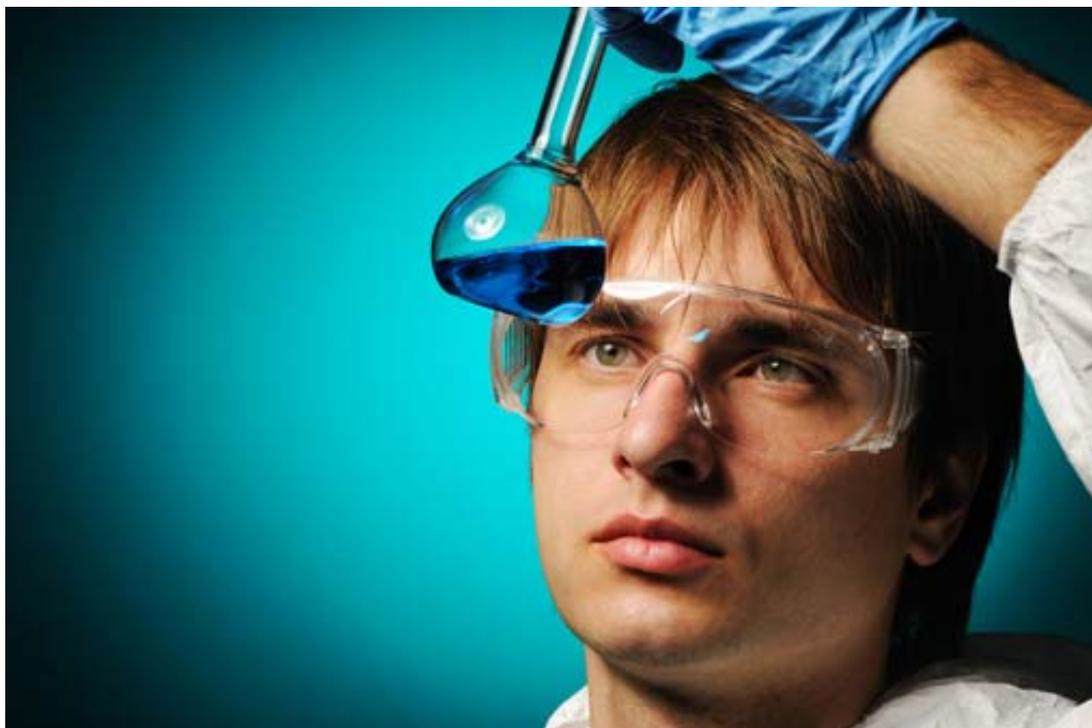
Per questa ragione nell'ambito del corrente progetto di ricerca il team di ricercatori di Graz sta cercando di ottimizzare le caratteristiche del peptide anti-tumorale. "Stiamo modificando il peptide scambiando singoli amminoacidi, soluzione che dovrebbe condurre a una sua maggiore selettività. Al tempo stesso abbiamo sviluppato due peptidi cationici antitumorali sulla base della lattoferrina ed è stata presentata una domanda di brevetto".

Nell'ultima edizione della rivista scientifica Biometal, Dagmar Zweytick e Sabrina Riedl, membro del progetto, hanno dimostrato per la prima volta all'interno di colture cellulari un'alta attività

specifica dei peptidi, da loro modificati e derivati dal latte materno, su una linea di cellule del melanoma e sulle metastasi. “I peptidi modificati mostrano un buon livello di aggressività nei confronti delle cellule tumorali della pelle, aggressività di dieci volte superiore a quella della lattotransferrina presente nel latte materno. Il danno provocato alle cellule sane invece è pressoché uguale a quello causato dalla lattotransferrina”, commenta Zweytick. La struttura del peptide modificato è determinante, e finora il peptide con struttura ricurva ha generato i migliori risultati. Secondo Zweytick i peptidi vengono accettati dalle cellule tumorali, si spostano verso i mitocondri e provocano la naturale morte cellulare. “Le cellule muoiono nell’arco di otto ore”, riferisce la ricercatrice. E’ stata inoltre dimostrato un alto livello di attività dei peptidi derivati contro i glioblastomi (una delle tipologie di neoplasie più aggressive).

L’Austria continua a confermarsi come ambita sede di ricerca in Europa nei settori del futuro, come Bioscienze, Ambiente & Energia, Tecnologie dell’Informazione e della Comunicazione (TIC), Mobilità & Traffico. Nel 2013 il volume totale degli investimenti in R&S per la prima volta ha superato la soglia degli nove miliardi di euro. Con una quota del 2,9% del rapporto interno lordo dedicato alla Ricerca & Sviluppo l’Austria si attesta ben al di sopra della media UE (2,06%). La dinamica della forza innovativa si manifesta anche nell’obiettivo prefissato per il 2020: un ulteriore incremento della quota di ricerca fino ad arrivare al 3,76% – valore nettamente al di sopra del volume di investimenti in R&S del 3% del PIL, definito dall’Unione Europea nella strategia di crescita Europa 2020.

Tremelimumab e selumetinib, per Fda farmaci orfani per mesotelioma maligno e melanoma uveale



22 aprile 2015

La Food and Drug Administration americana ha concesso la Orphan Drug Designation, stato di farmaco orfano, a tremelimumab e selumetinib: la prima molecola è un anticorpo monoclonale diretto contro il CTLA-4 per il trattamento del mesotelioma maligno, mentre la seconda è un inibitore di MEK per il trattamento del melanoma uveale.

Il mesotelioma è un cancro raro e aggressivo che il più delle volte interessa il tessuto che riveste i polmoni e l'addome. I trattamenti disponibili per il mesotelioma sono molto limitati, in particolare per i pazienti con malattia avanzata. Il melanoma uveale è invece una malattia rara in cui le cellule tumorali si formano nei tessuti oculari. È il tumore maligno intraoculare primitivo più frequente dell'età adulta e comprende il 5% di tutti i melanomi.

“C'è un forte bisogno di nuove opzioni terapeutiche per i pazienti affetti da mesotelioma, perché attualmente meno del 5% dei pazienti sopravvive oltre i cinque anni, anche quando la diagnosi e la cura sono tempestive. Il nostro obiettivo è di progredire rapidamente nello sviluppo di tremelimumab come nuova potenziale opzione di trattamento per questi pazienti”, ha dichiarato Robert Iannone, Vicepresidente Senior, Responsabile dell'Immuno-oncologia dell'unità globale di Sviluppo dei Farmaci di AstraZeneca.

“Il melanoma uveale è una malattia rara e devastante per la quale attualmente non ci sono opzioni di trattamento efficaci una volta che si diffonde oltre i tessuti oculari. Selumetinib potrebbe diventare il primo trattamento efficace per questi pazienti. Lo stato di farmaco orfano è un importante progresso dal punto di vista della regolamentazione, poiché incoraggia i nostri piani di sviluppo di selumetinib per il melanoma uveale”, ha dichiarato Antoine Yver, Responsabile di Oncologia dell'unità globale di Sviluppo dei Farmaci di AstraZeneca.

Il programma Orphan Drug Designation assegna lo stato di farmaco orfano a farmaci e prodotti biologici destinati al trattamento, alla diagnosi e alla prevenzione sicura ed efficace di malattie o disordini rari che colpiscono meno di 200.000 persone negli Stati Uniti.

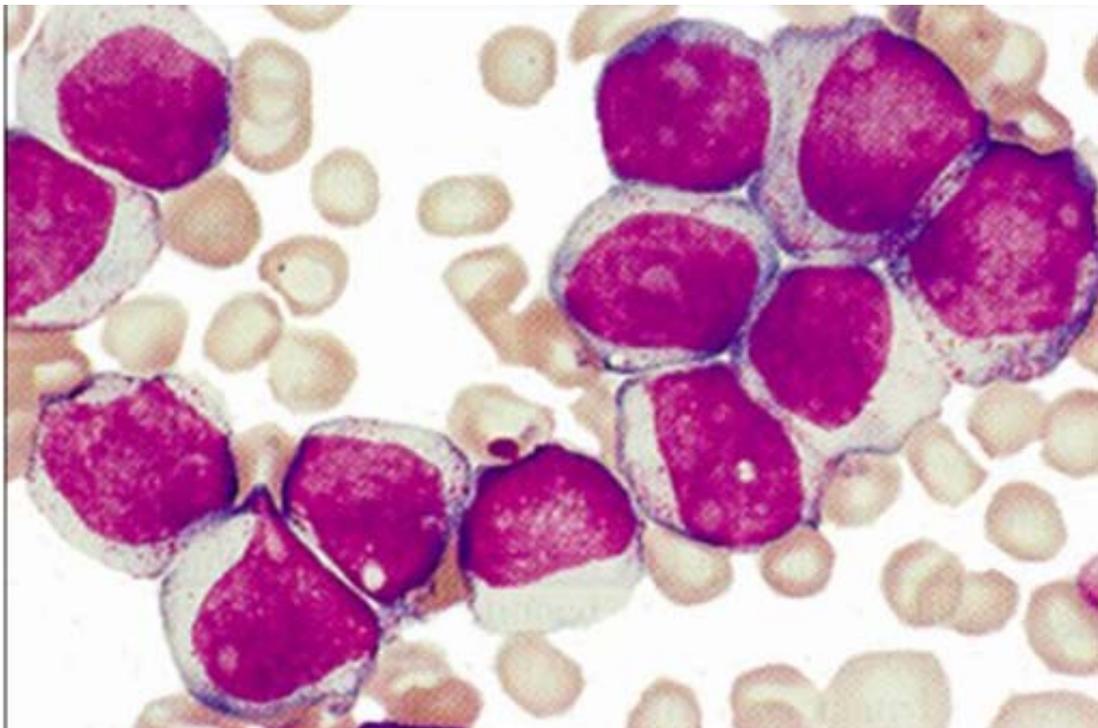
TREMELIMUMAB Tremelimumab fa parte dell'ampia pipeline di prodotti immuno-oncologici attualmente in fase di sviluppo di AstraZeneca e MedImmune, divisione per lo sviluppo e la ricerca in ambito biologico, che mirano a sfruttare il sistema immunitario dell'organismo per combattere il cancro. È un anticorpo monoclonale interamente umano, che stimola il sistema immunitario a distruggere le cellule tumorali attraverso il legame con la proteina CTLA-4, espressa sulla superficie di linfociti T attivati.

Oltre a essere studiato come monoterapia nei pazienti con mesotelioma, tremelimumab è attualmente allo studio in combinazione con l'immunoterapia sperimentale di AstraZeneca MEDI4736, un anti PD-L1, in alcuni tipi di tumore, compreso il cancro al polmone non a piccole cellule e il cancro della testa e del collo. È inoltre in fase di studio in combinazione con gefitinib nel cancro al polmone non a piccole cellule con mutazione EGFR e con MEDI6469 (un agonista OX40 murino) nei tumori solidi.

SELUMETINIB Selumetinib inibisce il pathway di MEK nelle cellule tumorali per impedire la crescita del tumore. Si prevede che entro la fine dell'anno saranno disponibili i dati di uno studio di Fase III per la valutazione di selumetinib in combinazione con chemioterapia nei pazienti con melanoma metastatico uveale trattati in prima linea. Oltre al melanoma uveale, selumetinib è oggetto di indagine in studi di Fase III nel cancro ai polmoni e alla tiroide positivi alla mutazione di KRAS e in Fase II nei bambini con neurofibromatosi di tipo 1. I dati iniziali di uno studio combinato di selumetinib con altre molecole della pipeline di AstraZeneca tra cui AZD9291 (inibitore di EGFR diretto a T790M) e MEDI4736 (anti-PD-L1) nel cancro del polmone non a piccole cellule saranno presentati al meeting annuale del 2015 dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO).

[[chiudi questa finestra](#)]

Leucemia mieloide acuta, trattamento meno intensivo efficace nell'anziano



22 aprile 2015

Il trattamento con clofarabina e citarabina a basso dosaggio (LDAC) alternato con decitabina (DAC) si è dimostrato ben tollerato e molto efficace nei pazienti anziani con leucemia mieloide acuta in uno studio di fase II uscito da poco su Cancer.

"Anche se la chemioterapia intensiva con antracicline e dosi più alte di citarabina è considerata il trattamento standard per la maggior parte dei pazienti giovani affetti da leucemia mieloide acuta, una percentuale significativa di pazienti di età superiore ai 60 anni non può beneficiare di questo approccio" scrivono gli autori, coordinati da Tapan M. Kadia, dell'MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas. "Oltre che a percentuali più alte di comorbidità e di disfunzione d'organo, la leucemia mieloide acuta nei pazienti anziani è associata a caratteristiche sfavorevoli, basse percentuali di remissione completa, remissione completa più breve e una maggiore morbilità precoce" aggiungono.

La leucemia mieloide acuta è più frequente nell'anziano che nel giovane e c'è necessità di trattamenti altamente efficaci e meno tossici per raggiungere e mantenere una remissione duratura in questa popolazione di pazienti.

Kadia e i colleghi hanno quindi analizzato 118 pazienti anziani con leucemia mieloide acuta diagnosticata di recente sottoposti a una terapia di induzione con clofarabina 20 mg/m² ev nei giorni da 1 a 5 e LDAC sottocute 20 mg due volte al giorno nei giorni da 1 a 10. I pazienti che hanno risposto al trattamento sono stati sottoposti a un regime di mantenimento consistente in tre cicli di clofarabina e LDAC alternati con tre cicli di DAC per un massimo di 17 cicli.

L'obiettivo primario dello studio era valutare l'effetto del trattamento sulla sopravvivenza libera da recidiva (RFS) e sulla sopravvivenza globale (OS).

L'età media della popolazione era di 68 anni (range 60-81) e la maggioranza (il 67%) erano uomini.

Il follow-up è stato di 41,4 mesi e i pazienti sono stati sottoposti a una mediana di tre cicli (range 1-19) di terapia.

La percentuale di risposta complessiva è stata del 68% (in 80 pazienti) e quella di remissione completa del 60% (in 71 pazienti). Otto pazienti hanno raggiunto una remissione completa con un recupero piastrinico incompleto e un altro ha raggiunto una remissione parziale. La percentuale di coloro che hanno raggiunto una remissione completa o parziale è risultata analoga nel gruppo di età compresa tra i 60 e i 69 anni e in quello dei pazienti di almeno 70 anni.

L'OS mediana è risultata di 11,1 mesi. I pazienti che hanno raggiunto una remissione completa o una remissione completa con un recupero piastrinico incompleto hanno mostrato un'OS mediana di 18,5 mesi, mentre i pazienti che non hanno ottenuto una remissione completa o una remissione completa con recupero piastrinico incompleto un'OS mediana di 4,2 mesi ($P < .001$). Nei pazienti che hanno raggiunto una remissione completa con o senza recupero piastrinico incompleto, l'RFS mediana è stata di 14,1 mesi.

Inoltre, la percentuale di remissione completa è risultata del 71% nei pazienti con un cariotipo diploide, 50% in quelli con un cariotipo avverso ($P = 0,05$) e 33% in quelli già trattati per un disturbo ematologico precedente ($P = 0,01$).

Il trattamento è risultato ben tollerato, anche se nel 41% dei pazienti ci sono state infezioni di grado 3 o 4 e nel 61% si è avuta neutropenia febbrile. Altre tossicità frequenti sono state nausea (81%), aumento delle transaminasi epatiche (64%), rash (56%), aumento dei livelli di bilirubina (47%) e diarrea (19%). I motivi più comuni alla base dell'interruzione della terapia sono risultati una malattia refrattaria o una risposta insufficiente al trattamento (34%), la recidiva (27%) e il trapianto allogenico di cellule staminali (14%).

"La combinazione di clofarabina e basse dosi e citarabina alternate con decitabina nell'ambito di un programma di consolidamento/mantenimento prolungato è ben tollerata e altamente efficace nei pazienti anziani con leucemia mieloide acuta" concludono Kadia e colleghi.

Il team aggiunge anche che "servono ulteriori studi in cui si ampli questa strategia e la si confronti prospetticamente con le terapie esistenti ad alta e a bassa intensità nei pazienti anziani".

T.M. Kadia, et al. Final results of a phase 2 trial of clofarabine and low-dose cytarabine alternating with decitabine in older patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia. Cancer 2015; doi 10.1002/cncr.29367

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Ca alla prostata, l'aspirina non riduce la mortalità



22 aprile 2015

Negli uomini con un cancro alla prostata non metastatico di nuova diagnosi l'assunzione di aspirina non è associata a una riduzione della mortalità, né quella complessiva né quella legata specificamente al tumore. Non solo. Il rischio pare addirittura aumentato nel caso in cui l'assunzione sia iniziata dopo la diagnosi. È questa la conclusione di un ampio studio di popolazione su uomini inglesi, pubblicato sul numero di aprile del Journal of Urology.

"È probabile che il rischio osservato sia dovuto ad alcuni fattori confondenti" ha detto uno dei tre firmatari del lavoro Laurent Azoulay, della McGill University di Montreal. Per esempio, ha spiegato l'autore, è possibile che gli uomini che iniziano l'aspirina dopo la diagnosi di cancro alla prostata abbiano altre condizioni associate a una sopravvivenza peggiore.

Già altri studi osservazionali, in passato, hanno valutato l'associazione tra uso di aspirina e outcome del cancro alla prostata, con risultati alterni. Questi lavori, ha ricordato Azoulay, avevano "importanti limiti metodologici che hanno esagerato i potenziali effetti del farmaco negli uomini colpiti da un cancro alla prostata. Utilizzando metodi appropriati, abbiamo visto che l'impiego di aspirina non si è associato ad alcun effetto protettivo. Ciò getta qualche dubbio sui potenziali effetti antitumorali di questo farmaco in questa popolazione di pazienti".

Utilizzando il National Cancer Data Repository, il Clinical Practice Research Datalink e altre banche dati, i ricercatori hanno identificato 11.779 uomini con un carcinoma prostatico non metastatico diagnosticato tra il 1998 e il 2009. L'età media al momento della diagnosi era di 71,3 anni.

Durante un follow-up medio di 5,4 anni, 1793 uomini sono morti di cancro alla prostata e 3502 morti per una causa qualsiasi.

In generale, l'uso di aspirina negli uomini con una diagnosi recente di carcinoma prostatico è risultato associato a un aumento del 46% del rischio di decesso dovuto al cancro (hazard ratio, HR, 1,46; IC al 95% 1,29-1,65) e a un aumento del 37% del rischio di decesso dovuto a una qualsiasi causa (HR 1,37; IC al 95% 1,26-1,50), senza, però, che sia emersa alcuna relazione tra durata del trattamento e risposta.

Tuttavia, l'aumento del rischio, è risultato limitato ai pazienti che hanno iniziato l'aspirina dopo la diagnosi, sia per quanto riguarda la mortalità legata al cancro alla prostata (HR 1,84; IC al 95% 1,59-2,12) sia per quanto riguarda la mortalità complessiva (HR 1,70; IC al 95% 1,53-1,88). Invece, non si è osservato nessun aumento del rischio nei pazienti prendevano già il farmaco anche prima della diagnosi; un risultato, questo, coerente con quello di altri tre studi osservazionali.

Uno studio pubblicato lo scorso anno sul *Journal of Clinical Oncology* aveva mostrato una diminuzione della mortalità legata al cancro alla prostata in pazienti ad alto rischio (HR, 0,60; IC al 95% 0,37-0,99). Azoulay e gli altri autori hanno eseguito un'analisi simile, ma non sono riusciti a replicare questo risultato.

"Nel loro insieme, questi risultati non depongono a favore di un'associazione protettiva tra uso di aspirina e rischio di decesso dovuto al cancro alla prostata o a una causa qualsiasi" scrivono i ricercatori.

"Non è pratica comune prescrivere l'aspirina al solo scopo di prevenire il decesso negli uomini con un cancro alla prostata" ha osservato Azoulay. "Il farmaco è usato comunemente nei pazienti con patologie cardiovascolari, nei quali offre benefici dimostrati, e i nostri risultati nulli non dovrebbero modificare questa pratica" ha aggiunto l'autore.

Nella discussione, Azoulay e gli altri due autori avanzano l'ipotesi che l'uso di aspirina dopo la diagnosi di tumore alla prostata sia correlato alla progressione del tumore. I tre osservano che alcuni trattamenti contro il carcinoma prostatico, come la terapia di deprivazione androgenica, sono associati a un aumento del rischio di eventi cardiovascolari e, "quindi, è possibile che la prescrizione di aspirina sia stata il risultato di eventi avversi correlati al trattamento, che sono essi stessi associati a una progressione maggiore della malattia".

Pur avendo aggiustato i dati tenendo conto di più di 30 potenziali fattori confondenti, c'è comunque la possibilità di un confondimento residuo, segnalano i ricercatori.

Kevin Choe, della University of Texas Southwestern Medical School di Dallas, non coinvolto in questo studio, ma che a sua volta ha studiato l'impiego dell'aspirina negli uomini con un cancro alla prostata, ha commentato il lavoro dei tre colleghi dicendo che presenta "diverse lacune". Per esempio, ha detto l'esperto, "ci sono fattori clinici noti per essere fattori prognostici molto potenti per il cancro alla prostata, tra cui il grado di Gleason e il valore del PSA. In questo studio, mancavano questi dati chiave in più del 50% dei pazienti, per cui non se ne è potuto tenere conto nell'analisi".

Anche Azoulay e i colleghi riconoscono queste limitazioni e anche altre, tra cui il follow-up relativamente breve (5,4 anni) e l'età media avanzata dei pazienti all'inizio dello studio (71,3 anni). Pertanto, ha concluso il ricercatore, "sono necessari ulteriori studi ben condotti, per far luce sugli effetti dell'aspirina negli uomini con un cancro alla prostata."

J. Assayag, et al. The Use of Aspirin and the Risk of Mortality in Patients with Prostate Cancer. *J Urol*. 2015;193:1220-1225.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

IL CONVEGNO

«Basta falsi miti sulla salute, pensiamo al futuro»

● Il ministro **Lorenzin** convoca 100 “saggi” per sfatare le dicerie: dai vaccini pericolosi ai virus degli immigrati

Elisabetta Esposito
ROMA

Un convegno per sfatare i falsi miti che riguardano la nostra salute. Ieri il **ministero della Sanità** ha convocato cento esperti pronti a ribadire agli italiani che certe convinzioni sono completamente errate. Si va dal «non sai mai cosa ci fanno mangiare» a «i vaccini fanno bene solo a chi li produce», da «gli immigrati ci portano le malattie» a «le medicine costano troppo». **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa, spiega: «I più pericolosi falsi miti sui farmaci? Pensare che sia utile prendere informazioni e comprare medicine su internet: non c'è niente di verificato, si pensa di risparmiare, ma dentro quei farmaci, se va bene, non c'è niente... Poi c'è la credenza degli antibiotici da prendere al primo segno di debolezza e quella secondo cui i vaccini fanno male. Ci sono ormai centinaia di ricerche che dimostrano il contrario».

MONITORAGGIO Anche per il ministro della Salute **Beatrice**

Lorenzin è questo il più pericoloso falso mito: «È importante che gli italiani tornino a vaccinarsi, sono tutte dicerie. E le dicerie possono fare gravi danni, come dimostra il caso Stamina», dice. Quindi parla di immigrazione: «Il movimento di milioni di persone è anche un'emergenza sanitaria. Bisogna organizzare un sistema di monitoraggio forte, ma non dobbiamo pensare che le pandemie arrivino con i migranti, Ebola per esempio viaggia su voli di “prima classe”». Infine sul costo dei farmaci: «I prezzi da noi sono i più bassi d'Europa, ma non per i generici. Questo convegno serve anche a smettere di parlare di passato per concentrarsi sul futuro, a partire dall'impatto fortissimo che avranno i farmaci innovativi».

LE DIETE Ci sono poi tante convinzioni sbagliate sull'alimentazione. «Due in particolare — commenta il direttore generale Igiene e Sicurezza Alimenti e Nutrizione del Ministero, **Giuseppe Ruocco** —: l'idea che la dieta si possa decidere da soli, senza l'aiuto di un medico ma magari con quello di un giornalista, e quella che un bambino per crescere abbia bisogno di mangiare tanto. Ormai si fa poco movimento, si mangia male e si ingrassa facilmente. Bisogna stare attenti, controllare, seguendo i consigli giusti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin, 43 anni, è ministro della Salute da aprile del 2013 ANSA



Stamina e vaccini a rischio I falsi miti della Sanità

Il ministero contro la disinformazione: ecco i luoghi comuni pericolosi

306

milioni

La spesa del servizio sanitario nazionale per le siringhe, su un totale di 110 miliardi, è irrisoria. Eppure va sfatato il luogo comune (anche il premier c'è cascato) per cui questa spesa sia un peso insostenibile per le casse pubbliche

il caso

**PAOLO RUSSO
ROMA**

«Più spendi e meglio ti curi», «gli immigrati ci stanno riportando malattie scomparse», «un bell'antibiotico al primo segno di febbre e tutto passa», «ci propongono vaccini inutili solo per venderli». E così via perché i falsi miti in sanità si fa fatica a contarli. Tant'è che il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, per smontarli uno ad uno, ieri ha messo a confronto per un'intera giornata a Roma oltre un centinaio tra scienziati, medici, pazienti, giornalisti, uomini dello sport e dello spettacolo.

Una kermesse che di luoghi comuni ne ha messi nel tritacarne parecchi. Compreso quello «dei costi delle siringhe» nel quale è incappato giorni fa anche il premier Matteo Renzi. Come se fosse quello a condizionare i conti della nostra sanità pubblica, visto che, come ha spiegato la direttrice del settore dispositivi medici del ministero, Marcella Marletta, per le siringhe si spendono 306 milioni di euro a fronte di una spesa complessiva di 110 miliardi. E poi «nell'88% dei casi costano 0,11 centesimi».

Gli studi

Ma i luoghi comuni che nuocciono gravemente alla salute sono altri. «Cominciando da Stamina, un esempio - ha ricordato **Lorenzin** - di come la disinformazione possa creare danni incredibili, per arrivare al falso mito che vuole le vaccinazioni causa dell'autismo, quando proprio i vaccini sono l'Abc della salute». Parole che seguono la pubblicazione sulla rivista Jama dell'ennesimo studio che nega qualsiasi correlazione tra disturbo autistico e vaccino trivalente. Il problema resta quello di un Paese a basso tasso di alfabetizzazione scientifica. «La cura Vannoni non esiste ma il pericolo non è scampato», ha messo in guardia il ministro, rivelando che «con i Nas abbiamo affrontato almeno altri dieci piccoli casi Stamina». «Casi dietro i quali c'è un'anti-scienza organizzata con operazioni di marketing». Danni per miliardi.

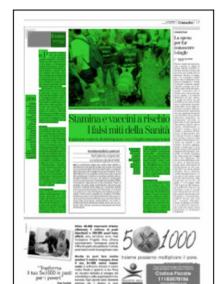
C'è chi specula

Come c'è chi specula sui rischi sanitari dell'immigrazione clandestina ignorando che quasi sempre gli immigrati arrivano sani e si ammalano qui per le condizioni di vita disastrose. Prose-

guendo nella carrellata dei luoghi comuni c'è quello che «con la fine dell'eroina la droga non sarà più un problema» e invece i Sert sono pieni. Altro mito da sfatare quello della pillola che esclude rischi di malattie sessualmente trasmissibili. «Naturalmente non è vero - mette in chiaro il rettore dell'Università di Brescia, Sergio Pecorelli - mentre è vero che ogni partner è a rischio di Hpv (il papilloma virus) e che bisogna vaccinarsi». Altro? L'accusa di spendere troppo in sanità, smentita dai dati che indicano quella pro-capite italiana come la più bassa d'Europa.

I problemi veri

False verità che distolgono l'attenzione dai problemi veri. Come quello di un servizio sanitario nazionale che a furia di tagli inizia a perdere colpi. «Per decenni è stato il migliore al mondo ora siamo al terzo posto. Dobbiamo tendere a salire e non ad arrivare al quarto», detto **Lorenzin**. Che intanto proprio oggi dovrà vedersela con le Regioni per trovare la quadra sull'ennesima manovra sanitaria da 2,3 miliardi. Che una spinta verso l'alto difficilmente potrà darla.



IL CONVEGNO A ROMA

Ma anche le aziende del settore contro i tagli: la spesa farmaceutica diminuisce del 2,5% ogni anno, è accanimento

«In medicine l'Italia non spende troppo»

Il ministro: giusti i fondi impiegati per le cure L'Aifa: costi medi più alti solo per la fascia C

● **ROMA.** «Non è vero che spendiamo troppo in sanità e in farmaci», afferma il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, aprendo il convegno su «La Sanità in Italia, falsi miti e vere eccellenze». Parole che piacciono a Farmaindustria, che con Federfarma contesta la revisione del prontuario farmaceutico che dovrà fare l'Agenzia del farmaco (Aifa), in base ai tagli da 2,3 miliardi alla Sanità che verranno concordati oggi, dalla Conferenza Stato-Regioni.

«I farmaci in Italia costano in media il 20% meno rispetto all'Europa, e soprattutto quelli ospedalieri sono sottoposti a vincoli restrittivi e intenso monitoraggio», afferma il presidente di Farmaindustria, Massimo Scaccabarozzi. Non è però solo una percezione dei cittadini il caro prezzo dei farmaci: «È vero che i farmaci di fascia C sono mediamente più cari nel nostro Paese - come ammette il direttore dell'Aifa, Luca Pani - ma solo perché le aziende farmaceutiche tentano di recuperare il minor prezzo pagato per le altre categorie». Pani immagina qualche soluzione: «Creare un fondo farmaceutico

nazionale che ci consenta una programmazione triennale, costruire grandi aree terapeutiche su cui impostare i tetti di spesa e istituire un comitato etico nazionale per sviluppare i trial clinici in Italia».

«I falsi miti come quello che la spesa per i farmaci sia troppo alta fanno comodo a chi non ha strategie innovative e preferisce puntare ai tagli lineari», accusa il numero uno di Farmaindustria. «La spesa farmaceutica - prosegue Scaccabarozzi - diminuisce del 2,5% ogni anno e non si capisce l'accanimento su questo settore. I farmaci innovativi che fanno risparmiare e tagliare sul settore? È una vecchia storia, un déjà vu. Mi chiedo poi come si possa fare una revisione del prontuario in un mese, spero verrà fatta su criteri scientifici e non ragionieristici e auspico che si diano all'Aifa 6 mesi di tempo per lavorare».

Ad opporsi ai risparmi sulla farmaceutica è anche il presidente di Federfarma, Annarosa Racca: «La spesa del territorio è in discesa da anni - spiega -, quest'anno pure abbiamo dovuto pagare in payback perché abbiamo avuto una diminuzione del tetto del 25% due anni fa. Noi facciamo risparmiare il sistema sanitario, i tagli vanno fatti dove ci sono gli sprechi». Racca rileva che uno dei «falsi miti» è «la diffidenza nei confronti dei farmaci generici, oramai superata: negli anni gli italiani hanno imparato a conoscerli e ora sono spesso proprio loro a chiederli». [ale.fla.]



Il ministro **Beatrice Lorenzin**



«A breve un vertice dei ministri della Salute

L'annuncio di **Lorenzin**, che spiega: serve un sistema efficace di monitoraggio

ROMA Un vertice dei ministri della Salute dei Paesi dell'area mediterranea per definire azioni coordinate a fronte dell'emergenza legata agli sbarchi di immigrati nelle ultime settimane.

Ad annunciare e promuovere l'iniziativa, che si terrà a Roma «entro le prossime settimane», è il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, che avverte: «Sono preoccupata, perché quando così tante persone arrivano con le ondate migratorie, bisogna innanzi tutto organizzare un sistema di monitoraggio forte, poiché il tema della salute è trasversale e non va sottovalutato in crisi umanitarie come quelle in atto». L'emergenza sbarchi pone anche un «problema di sanità pubblica» ha osservato **Lorenzin** a margine del convegno sui falsi miti nella Sanità promosso dal suo dicastero.

Su questo fronte, ha rilevato il ministro, l'Italia non è impreparata: «Con l'operazione Mare Nostrum - ha ricordato - lo scorso anno sono stati curati e vaccinati centomila immigrati, ma ci vuole un forte coordinamento. Spero che l'emergenza si possa frenare con un intervento europeo». Ad ogni modo, «l'Italia è stata capace di sforzi sanitari straordinari; ciò ci deve far capire quanto possiamo ancora fare». **Lorenzin** ha inoltre precisato come nell'ambito dell'operazione Triton, l'Italia «abbia mantenuto lo stesso livello di controllo sanitario operato con Mare Nostrum». Tuttavia sono necessari potenziamenti delle strutture: «Ho chiesto un rafforzamento degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (Usmaf) per avere 60 medici in più per gestire le eventuali emergenze nei prossimi mesi». Attualmente sono 12 gli Usmaf e 25 gli uffici territoriali che nei porti e negli aeroporti rappresentano il filtro contro le malattie «d'importazione». Vi lavorano 448 persone, di cui 79 medici.



➔ SUMMIT A ROMA

Lorenzin: «Più medici per le frontiere»

Un vertice dei ministri della Salute dei Paesi dell'area mediterranea per definire azioni coordinate a fronte dell'emergenza legata agli sbarchi di immigrati nelle ultime settimane. Ad annunciare e promuovere l'iniziativa, che si terrà a Roma «al più presto, entro le prossime settimane», è il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, che avverte: «Sono preoccupata, perché quando così tante persone arrivano con le ondate migratorie, bisogna innanzitutto organizzare un sistema di monitoraggio forte, poiché il tema della salute è trasversale e non va sottovalutato in crisi umanitarie come quelle in atto». L'emergenza sbarchi, a pochi giorni dalla tragedia nel Canale di Sicilia che ha contato centinaia di morti, pone anche un «problema di sanità pubblica e per questo - ha annunciato **Lorenzin** a



marginale del convegno sui falsi miti nella

Sanità promosso dal suo dicastero - faremo a Roma al più presto un vertice dei ministri della Salute dell'area mediterranea con l'obiettivo di coordinarci sugli interventi di tipo sanitario da mettere in atto». Su questo fronte, ha però rilevato il ministro, l'Italia non è certamente impreparata: «Con l'operazione Mare Nostrum - ha ricordato - lo scorso anno sono stati curati e vaccinati 100 mila immigrati, ma ci vuole un forte coordinamento e un potenziamento, che ho già richiesto, delle strutture degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (Usmaf), per avere 60 medici in più che sono necessari per gestire le eventuali emergenze nei prossimi mesi».



Incontro in vista

Più impegno per i controlli sanitari

Un vertice dei ministri della Salute dei Paesi dell'area mediterranea per definire azioni coordinate a fronte dell'emergenza legata agli sbarchi di immigrati nelle ultime settimane. Ad annunciare e promuovere l'iniziativa, che si terrà a Roma «al più presto, entro le prossime settimane», è stato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «Sono preoccupata, perché quando così tante persone arrivano con le ondate migratorie, bisogna innanzitutto organizzare un sistema di monitoraggio forte», ha dichiarato il ministro, «poiché il tema della salute è trasversale e non va sottovalutato in crisi umanitarie come queste».

L'emergenza sbarchi, a pochi giorni dalla tragedia nel canale di Sicilia, pone anche un problema di sanità pubblica. Per questo, ha annunciato Lorenzin, il vertice che si terrà a Roma ha come obiettivo quello di coordinare gli interventi di tipo sanitario da mettere in atto. «Servirà discutere su come i paesi del Mediterraneo devono organizzarsi per fronteggiare eventuali rischi». Su questo fronte, ha però rilevato il ministro, l'Italia non è certamente impreparata. «Con l'operazione Mare Nostrum», ha ricordato, «lo scorso anno sono stati curati e vaccinati 100 mila immigrati, ma ci vuole un forte coordinamento. Spero che l'emergenza attuale si possa frenare con un intervento europeo».

Il ministro ha chiesto un rafforzamento degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (Usmaf), per avere 60 medici in più che sono necessari per gestire altre emergenze nei prossimi mesi.



L'ultima frontiera della ricerca scientifica italiana

LUNGA VITA PER TUTTI

Da uno studio sugli ultracentenari l'elisir della longevità Un mix di batteri che rende l'organismo più forte. Per 20 euro

ROBERTO PROCACCINI

■ ■ ■ L'elisir di lunga vita. Quello che l'uomo cerca da sempre. Che sogno. Ed ecco un altro tentativo. Sarà quello decisivo? Una ricerca nata da un'intuizione notturna, una domanda tra sonno e veglia: qual è l'arma in più dell'organismo delle persone molto longeve? Che cos'hanno i centenari nel loro corredo che agli altri manca? Accadeva sei anni fa. Anni passati ad analizzare e sintetizzare nei laboratori aziendali. A elaborare studi in sinergia con gli ospedali Sacco e Galeazzi di Milano, in questo senso garanzia di serietà. La posta in palio è massima: scoprire la formula del buon invecchiamento. O, per l'appunto, l'elisir di lunga vita. Ora che il risultato pare prossimo al raggiungimento, negli uffici della Probiotal, società novarese leader del settore, sono sicuri: «La qualità della vita di milioni di persone è destinata a migliorare». Val la pena di approfondire.

Torniamo indietro di poco più di un lustro. Per svelare il segreto della longevità, l'azienda raccoglie con gli ospedali universitari milanesi un gruppo di 14 ultracentenari - fra i 100 e i 104 anni - in buone condizioni fisiche e mentali. Li mette a confronto con 10 adulti sani. Dall'analisi delle feci, si scopre che i super-nanni condividono nella propria flora intestinale la presenza di un particolare ceppo batterico, il *bifidobacterium longum*, che invece risulta presente in soli tre dei dieci pazienti adulti. Ecco, è questa la pista da seguire.

Dall'osservazione si passa alle sperimentazioni in vitro, poi a quelle sulle cellule. Infine ai test sugli uomini. In Probiotal capiscono che crean-

do una miscela di cinque biotipi di batterio si ottiene un cocktail capace di rinforzare l'intero organismo. Se il corpo è in grado di evitare da solo infiammazioni e infezioni, affronterà gli effetti del tempo in maniera migliore. L'elisir fa proprio questo: innalza i livelli di immunosorveglianza della nostra macchina-corpo, livelli che con l'invecchiamento in genere vanno deteriorandosi.

I laboratori di Probiotal seguono un corridoio "a elle" al primo piano dell'azienda, alle porte di Novara. Per il prodotto hanno già trovato un nome, Vitalongum, ma per metterlo in commercio aspettano ancora gli ultimi passi della procedura scientifica. Dopo l'estate uscirà uno studio sulla ricerca a cura dell'Università di Milano, poi Vitalongum sarà presentato a Roma durante il congresso mondiale sui probiotici. Per il 2016 arriverà nelle farmacie: sarà venduto in bustine, sotto forma di polvere solubile. Non si conosce ancora il prezzo della singola confezione, ma oscillerà tra i 15 e i 20 euro. Un elisir alla portata di tutti.

E le aspettative sono alte. Vitalongum è composto da cinque biotipi caratterizzati per una specifica funzione e tutti complementari tra loro. Il mix rende l'organismo più reattivo di fronte non solo ai patogeni, ma anche alle cellule cancerose. Un corpo più sano saprà contrastare l'insorgere di tumori e decretarne la recessione in autonomia.

Alla base del prodotto, ci tengono a spiegare i responsabili, non c'è un miracolo. I neonati sono sterili, contraggono i primi batteri attraversando l'utero della madre. La flora intestinale si forma per lo più nei primi tre anni di vita: è impossibile definire in quale momento della loro esistenza i super-vecchietti presi in analisi

si sono arricchiti del *bifidobacterium longum*. Fatto sta che hanno potuto contare su uno strumento in più. «Loro hanno avuto fortuna. Noi vogliamo che ce l'abbiano tutti», spiega Giovanni Mogna, presidente di Probiotal. «Se le ultime generazioni hanno flore batteriche più povere - continua - è a causa del ricorso agli antibiotici della medicina moderna». Non è tardi per rimediare. «L'intestino è la nostra prima interfaccia e la nostra prima difesa verso l'esterno - spiega -. È la flora batterica a far la differenza, a convertire quello che introduciamo nel corpo in qualcosa di benefico o di dannoso». Secondo recenti ricerche, i batteri che ci portiamo dentro e che ci aiutano a vivere pesano complessivamente tra gli 1,5 e i 2 chili. «La differenza tra una persona sana e una malata spesso passa dall'omeostasi, cioè dall'equilibrio delle proprietà chimico-fisiche dell'organismo - aggiunge Mogna -. I centenari studiati hanno un buon grado di omeostasi. Vogliamo mettere a disposizione di tutti la loro formula vincente». Pensare che i super-nanni hanno vissuto tutti nella Milano del Novecento, quella dello smog e della grande industria. «Questo ci spinge a rivedere un po' di luoghi comuni sull'influenza dell'ambiente sulla nostra salute» sorride Mogna. Che poi torna serio: «Investiamo il 10 per cento del nostro fatturato in ricerca. Ci sono alcune popolazioni in Italia e all'estero note per la longevità. Abbiamo intenzione di andare avanti con gli studi».

Per capire se Vitalongum ci renderà capaci di arrivare alle 100 candeline bisognerà attendere decenni. Le ricadute nel benessere quotidiano sono però immediate, assicurano i responsabili. E meno male: altrimenti che elisir è?



IN FARMACIA DAL 2016

LA COMPOSIZIONE

L'elisir di lunga vita si chiama Vita Longum ed è composto dalla miscela di cinque varietà di bifidobacterium longum, un probiotico naturalmente presente nell'intestino umano

I PROBIOTICI

I probiotici sono microrganismi viventi che si dimostrano in grado, quando vengono ingeriti, di esercitare funzioni benefiche per l'uomo

LA FUNZIONE

Mantiene alto il livello di immunosorveglianza, evitando infezioni e infiammazioni

GLI EFFETTI

Contrasta lo sviluppo di cellule tumorali

IN VENDITA

L'elisir in soluzione solubile sarà in vendita nelle farmacie dal 2016

IL PREZZO

Una confezione costerà circa 15-20 euro

P&G/L

Mercoledì 22 APRILE 2015

Manovra sanità. Simg: "Proposte oscurantiste dalle Regioni"

Per il presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie le misure proposte "genererebbero nel medico un conflitto di interessi minando anche la relazione fiduciaria tra camice bianco e paziente con conseguenze imprevedibili sulla reale qualità dell'assistenza". E, avverte, "si rischia di generare un'altra e, forse più dannosa, forma di medicina difensiva".

"Prevedere che il medico risponda con i propri beni della inappropriately della prescrizione dei farmaci non è solo un atto irragionevole e arcaico, ma dimostra ancora una volta il rifiuto di adottare strumenti moderni ed avanzati che consentono alle Regioni di stabilire con i medici una relazione fiduciaria basata sull'uso di procedure non burocratiche e che consentano percorsi professionali rigorosi, rendendo i medici di medicina generale la punta avanzata del Servizio Sanitario Nazionale". È la durissima presa di posizione del Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg), **Claudio Cricelli**, sui provvedimenti ipotizzati di recente dalle Regioni.

"Queste misure – sottolinea Cricelli - genererebbero nel medico un conflitto di interessi minando anche la relazione fiduciaria tra camice bianco e paziente con conseguenze imprevedibili sulla reale qualità dell'assistenza. Si rischia di generare un'altra e, forse più dannosa, forma di medicina difensiva. Abbiamo – continua - anche di recente dimostrato in un confronto con la Regione Veneto come si possa tenere perfettamente sotto controllo non solo la spesa, ma i risultati di ogni euro impiegato dai nostri medici. Questo è il vero denominatore della cosiddetta appropriatezza. È appropriato tutto ciò che produce i risultati attesi e programmati e che può essere adeguatamente misurato. Sono appropriati i risultati, non il mero costo delle risorse".

L'alta Scuola della Simg presenta oggi il suo percorso di Management, basato sull'uso della suite di Governance che, una volta validato con le Regioni, rende automaticamente il medico auditabile attraverso la condivisione di strumenti che garantiscano comportamenti verificabili e accontabili. L'uso di strumenti di Management e di Clinical Governance applicati alla pratica della medicina "costituisce l'alternativa moderna e rigorosa alle soluzioni oscurantiste proposte dalle Regioni. È realmente uno dei falsi miti e credenze del nostro Sistema sanitario nazionale – conclude Cricelli - che alcuni fenomeni di inappropriately si combattano con la repressione invece che con la condivisione di corretti strumenti professionali e di una buona organizzazione sanitaria".