



20

1.22

REGOLAMENTO EUROPEO FARMACI ORFANI

ESITI DEL TAVOLO DI LAVORO
UNIAMO - STAKEHOLDER

LE EFFEMERIDI DI UNIAMO 1/2022

UNIAMO FEDERAZIONE ITALIANA MALATTIE RARE

Regolamento Europeo sui Farmaci Orfani Tavolo di confronto multi stakeholder (9 e 30 settembre 2021 - 11 novembre 2021).

Versione del 15 gennaio 2022

Il presente quaderno finalizzato in data 15 gennaio 2022, illustra i risultati delle discussioni, promosse da UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare Onlus, all'interno di un tavolo di lavoro multistakeholder rispetto alle opportunità che l'aggiornamento del Regolamento Europeo sui Farmaci Orfani offre per la comunità delle persone con malattia rara.

Le opinioni espresse dai partecipanti sono da intendersi a titolo personale e non rappresentative di posizioni ufficiali dei rispettivi enti di appartenenza, pubblici o privati.

Il documento è una sintesi di quanto discusso e vuol essere uno strumento di supporto alle politiche italiane in Europa, evidenziando punti di convergenza e anche quanto non ha ancora un parere unanime nei soggetti coinvolti, ma su cui si può lavorare per trovare una concordanza.

La Federazione continuerà a stimolare il dibattito su queste tematiche, coinvolgendo tutti gli attori in gioco e illustrando le posizioni della comunità delle persone con malattia rara, raccolte attraverso processi di confronto interni ed esterni alla Federazione e in collaborazione con Eurordis.

Citare questo documento come segue:

Uniamo F.I.M.R. Regolamento Europeo sui farmaci orfani - Tavolo di confronto multi-stakeholder (9 e 30 settembre, 11 novembre 2021), 2022.

Per informazioni scrivere a: comunicazione@uniamo.org

Indice

Analisi di contesto	02
I partecipanti al tavolo di lavoro	04
Punti di riflessione	05
La presentazione nell'evento finale dell'11 novembre	12
UNIAMO	14
Le effemeridi di UNIAMO	15

Analisi di contesto

Le persone con malattia rara rappresentano una fascia di popolazione particolarmente fragile; vanno, quindi, monitorate, tutelate e sostenute con maggiore attenzione nel corso della pandemia da SARS-CoV-2.

In Europa una malattia è considerata rara quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti.

Le prime norme relative ai farmaci orfani sono state introdotte negli Stati Uniti nel 1983, con l'emanazione dell'Orphan Drug Act, con cui per la prima volta si è presa coscienza della necessità di formulare una legge in materia. Nel 1999 l'Unione Europea adotta il Regolamento CE 141/2000 e successivamente il Regolamento CE 847/2000.

Mediante questi Regolamenti sono stati definiti i criteri e la procedura per la designazione di farmaco orfano, l'assegnazione di tale qualifica da parte del Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) della European Medicines Agency - EMA, l'attribuzione degli incentivi e, infine, la procedura di approvazione.

I farmaci orfani nell'Unione Europea devono rispondere ai seguenti criteri:

- 1) devono essere indicati per una patologia che mette in pericolo la vita o debilitante in modo cronico;
- 2) devono essere indicati per una condizione clinica rara, definita da una prevalenza di non più di 5 soggetti ogni 10 mila individui, calcolata a livello della Unione Europea;
- 3) non devono essere disponibili trattamenti validi o, se sono già disponibili dei trattamenti, il nuovo farmaco deve rappresentare un beneficio clinico significativo*.

Ad oggi, dopo 22 anni, si è resa necessaria una revisione del Regolamento.

La Commissione Europea ha lanciato una call pubblica per la raccolta di proposte, chiusa a luglio 2021.

Nel contempo Eurordis ha stimolato un dibattito pubblico in proposito.

Uniamo, raccogliendo lo stimolo e contestualizzandolo alla realtà italiana, ha promosso un tavolo di lavoro specifico che ha visto la partecipazione dei maggiori stakeholder di sistema, nell'ottica di armonizzare posizioni spesso molto lontane.

*fonte: AIFA

Le evidenze di MonitoRare*

- ♦ A livello nazionale
 - il numero di farmaci orfani complessivamente disponibili in Italia a fine 2020 è pari a 75 (erano 71 a fine 2019);
 - nel 2019 sono state erogate in Italia 9,7 milioni di dosi di farmaci orfani, vale a dire lo 0,04% del consumo farmaceutico totale;
 - la spesa per i farmaci orfani in Italia nel 2019 è stata pari a 1.547 milioni di € con un'incidenza del 6,6% sul totale della spesa farmaceutica;
 - il numero di farmaci per le malattie rare compresi nell'elenco della Legge n. 648/1996 è cresciuto dai 27 del 2012 ai 35 del 2020;
 - il numero di persone con malattia rara che hanno usufruito del fondo AIFA (di cui alla Legge 326/2003, Art. 48) aumenta in maniera esponenziale passando dalle 20 persone del 2016 alle 1.361 del 2020 (il numero di beneficiari sale a 2.298 includendo anche i tumori rari) con un tasso di approvazione delle richieste che sale dal 26,7% del 2016 all'82,9% del 2020.

*MonitoRare, VII Rapporto sulla condizione della persona con malattia Rara, UNIAMO 2021

Le evidenze di Eurordis

- A livello europeo:
 - circa il 70% dei pazienti con malattia rara ha avuto esperienze di trattamenti che sono risultati curativi solamente nel 5/6% dei casi; negli altri casi, invece, i trattamenti sono prevalentemente sintomatici e non curativi. Un terzo dei pazienti non ha mai ricevuto nessun tipo di trattamento;
 - la maggior parte delle autorizzazioni per farmaci orfani riguardano patologie per le quali sono già presenti dei trattamenti, in particolare per le patologie "meno rare", con una forte diseguità fra trattamenti pediatrici e per adulti. Gran parte delle autorizzazioni, inoltre, riguarda farmaci per il trattamento di malattie metaboliche e tumori rari.

Ricerca Eurordis:

- Il 95% pazienti non hanno opzioni terapeutiche
- il 98% dei malati sono affetti dall'11% delle patologie

I partecipanti ai lavori del Tavolo

I partecipanti ai tavoli sono stati scelti per la loro competenza sugli argomenti trattati, cercando di dare una rappresentazione globale dei principali stakeholders di sistema, dalle istituzioni europee a quelle italiane all'industria farmaceutica.

Giacomo Baruchello, Blueprint Medicines

Simona Bellagambi, EURORDIS - UNIAMO

Simone Boselli, EURORDIS

Federico Bressa, Biogen Italia

Maria Elena Congiu, Ministero della Salute

Enrico Costa, COMP EMA, AIFA

Michela Gabaldo, Fondazione Telethon

Yllka Kodra, Ministero della Salute

Armando Magrelli, COMP EMA

Immacolata Pagano, AIFA

Nicola Panzeri, Roche Pharma Italy

Sandra Petraglia, AIFA

Annalisa Scopinaro, Presidente UNIAMO

Luisa Strani, Alexion AstraZeneca Rare Disease

Punti di riflessione

I punti di convergenza

- ♦ il Regolamento Europeo n. 141/2000 ha dato, negli anni da cui è in vigore, buoni risultati. Quindi l'impianto su cui è basato va aggiornato ma non modificato in maniera sostanziale. Si è sottolineato come si debba agire con precisione sulle parti che si sono rivelate meno efficienti, ma non smantellare l'impianto generale.
- ♦ Importante quindi non andare a "somma zero": si devono intensificare gli sforzi in aree più deboli senza tagliare su quello che ad oggi ha dato un buon risultato. Maggiori investimenti e non redistribuzione delle risorse.
- ♦ **Ruolo del COMP** (il comitato dell'Agenzia Europea dei Medicinali responsabile della "designazione di farmaco orfano") nel processo di designazione del farmaco orfano. Il COMP non ha sempre un ruolo di rilievo in tutto il lifecycle del medicinale; interviene solamente nel caso ci siano esigenze specifiche legate principalmente alla valutazione o conferma dell'orphan drug designation, diversamente da quello che accade per le terapie avanzate dove il CAT (Comitato per le terapie avanzate) supporta, da un punto di vista scientifico, il CHMP (Comitato per la valutazione dei medicinali ad uso umano) la revisione dei dossier regolativi. La proposta è di prevedere, nella revisione del regolamento europeo, un supporto e una sinergia tra COMP e CHMP durante tutto il **ciclo di vita del medicinale**.
- ♦ L'early dialogue è stato considerato da tutti uno strumento fondamentale; deve riguardare sia il livello europeo che quello nazionale e iniziare dalle prime fasi del processo e perdurare anche nella fase di monitoraggio ed eventuale revisione.

- È stato sottolineato unanimemente come il coinvolgimento dei pazienti e dei rappresentanti dei pazienti sia fondamentale nel processo regolatorio decisionale, da quello registrativo alle valutazioni HTA.
- L'esperienza italiana sull'early access e sulle forme di rimborso dei trattamenti ha alcuni punti di innovatività rispetto ad altri stati. Sarebbe quindi opportuno che il nostro Governo fosse fortemente propositivo a livello Europeo, cercando di alzare l'asticella rispetto a quello che già si fa.
- Nessuno dei presenti ha messo in discussione il mantenimento della market exclusivity.



Punti di riflessione su cui non c'è stata unanimità / o non sono al momento realizzabili ma che dovrebbero essere approfonditi:

- Al momento molte delle terapie sviluppate vanno ad impattare su una stretta minoranza di patologie. È quindi sentita l'esigenza, specialmente da parte dei pazienti, di ampliare la platea delle patologie che possono sperare in un trattamento.
- La proposta della rappresentanza dei pazienti sarebbe quindi di affiancare, agli incentivi già esistenti, ulteriori incentivi che possano dirottare parte delle attenzioni su patologie ad oggi prive di qualsiasi trattamento.
- Come scegliere i criteri di prioritizzazione delle patologie, che definiscono quindi la platea per cui si applicano gli incentivi? Al momento il criterio della prevalenza è chiaro e prevedibile.
 1. Qualcuno ha sottolineato come sostituirlo con altri criteri potrebbe rendere non valutabile un effetto di lungo periodo, considerando anche il fatto che qualche criterio potrebbe essere complicato da valutare o difficile da tracciare.
 2. Altri hanno invece sottolineato come sarebbe opportuno tener conto anche di altri indici di complessità, inclusi anche gli indici soggettivi di qualità di vita.

Un'ultima osservazione è stata fatta sottolineando che, anche laddove esistono già trattamenti, non è detto che questi siano risolutivi, quindi il miglioramento progressivo della qualità di vita passa anche dal continuare gli studi fino a trovare la vera cura.

Si è discusso anche sulla fase dalla quale potrebbe essere possibile usufruire di incentivi: se questi fossero concessi anche nelle fasi precoci di sviluppo potrebbe essere garantita una pubblicazione dei dati (anche con risultati negativi) a favore della comunità che studia le stesse patologie.

- Rispetto alle patologie ultra rare e alla necessità di accesso equo in tutti i paesi, è stata esplorata la proposta di qualche anno fa da parte di paesi nordici (cfr. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Presentation/2016/12/WC500218602.pdf) rispetto alla possibilità di attivare fondi europei che, chiusa la procedura registrativa, mettano subito a disposizione per tutti i pazienti europei i nuovi farmaci ad un prezzo stabilito e fisso lasciando poi ai singoli HTA nazionali un anno/due di tempo per chiudere il processo prezzo/rimborso a garanzia di un accesso equo alla terapia. Questa proposta ha avuto diversi consensi, pur nella difficoltà al momento di poterla effettivamente mettere in pratica.
- Sempre rispetto alle malattie ultra rare e strettamente collegata con quanto sopra, una ulteriore ipotesi è stata quella di far leva sull'applicazione della legge transfrontaliera, per spostare quindi i pazienti nel centro o nei pochi centri di eccellenza davvero in grado di somministrare la terapia. Se non ci sono i medici in grado di erogare il trattamento una contrattazione per tutti e 27 gli stati potrebbe essere ridondante.
- Allo stesso tempo però vanno tenuti presenti alcuni punti che sono da valutare: le condizioni del paziente, che non sempre consentono uno spostamento; i costi associati alla trasferta, specialmente se non sono previsti rimborsi nel paese di origine; l'impegno della trasferta, spesso a carico dei caregiver.
- L'esperienza COVID ha dimostrato che alcune procedure possono essere ottimizzate e accelerate, in condizioni di emergenza (cosa che potrebbe valere per molte malattie rare). Utilizzare strumenti quali il rolling review, rapid scientific advice oltre alla creazione di task force di obiettivo potrebbe garantire un processo registrativo e di accesso più rapido.

- L'uso compassionevole, ad oggi limitato ad alcuni Stati con legislazioni molto diverse, potrebbe essere gestito a livello di advice EMA favorendo un accesso precoce al farmaco prima dell'effettiva registrazione centralizzata.
- È necessario delineare delle precise aree di collaborazione tra Paesi, puntando alla semplificazione e sburocratizzazione dei processi esistenti e il cui beneficio sia ad appannaggio di tutti i Paesi europei. Viene portata al tavolo la proposta della adaptive licensing, un nuovo approccio, già sperimentato, di approvazione dei farmaci, al fine di velocizzare i tempi e adattare le regole attuali per rendere più rapidamente disponibili i farmaci efficaci ai pazienti che ne possono beneficiare. L'adaptive licensing consiste nell'autorizzazione precoce di un medicinale in una popolazione ristretta di pazienti e prosegue con una serie di fasi di raccolta di evidenze di real world e di adattamento dell'autorizzazione all'immissione in commercio per ampliare l'accesso al farmaco a popolazioni di pazienti più ampie.
- Si discute inoltre della possibilità di introdurre degli incentivi di natura finanziaria addizionale (fondo comune europeo) per finanziare le strutture nazionali che raccolgano i dati nella fase di post autorizzazione; rappresenterebbe un importante valore aggiunto in particolar modo per le malattie ultra rare.
- È emerso in maniera netta con connotazione di importanza il tema degli incentivi alla ricerca, allo sviluppo e all'immissione in commercio dei medicinali orfani, soprattutto per le malattie ultra rare e in tutte le fasi della ricerca. È stato portato l'esempio dei reagenti che scontano l'IVA al 22%, senza agevolazioni. Dovrebbero inoltre essere anche a livello nazionale, non solo europeo.
- È stato portato l'esempio del Joint Procurement Agreement sperimentato durante la pandemia da Covid-19 per i vaccini e gli anticorpi monoclonali. Alcuni hanno evidenziato che potrebbe applicarsi in maniera agevole a farmaci per malattie rare e ultra rare. D'altro canto è stato osservato che se dovesse andare in porto l'idea di strutturare un'HTA centralizzato, sarebbe superfluo.

Punti di intersezione con altre tematiche:

Utilizzo e accesso al fondo AIFA 5%: è stato sottolineato come ci siano alcune criticità legate a trasparenza del suo utilizzo e di gestione richieste

- nominali, aspetti su cui AIFA sta già monitorando in ottica di maggiore chiarezza e semplificazione.

Necessità di miglior armonizzazione e in alcuni casi di revisione, a livello italiano, delle modalità di accesso precoce: Fondo 5%, Legge 648/96, uso compassionevole e studi open label extension. Si sottolinea come alcuni ostacoli siano di ordine burocratico.

- Sarebbe importante rafforzare il monitoraggio condotto da AIFA con horizon scanning anticipando in tal modo le necessità strutturali che si renderanno indispensabili una volta approvata la terapia o identificare i farmaci più promettenti che possono accedere ad un accesso precoce. Servono sistemi di raccolta dati, personale specializzato e distribuzione equa sul territorio. Occorre programmazione adeguata.
- Al fine di garantire l'omogenea accessibilità del farmaco a tutte le persone con malattia rara sul territorio nazionale, risulta necessario monitorare perché i tempi di inserimento nei prontuari regionali dopo l'approvazione di AIFA siano il più possibile omogenei.
- Nel corso della discussione è stato inoltre sollevato il tema delle infrastrutture a servizio delle sperimentazioni e delle somministrazioni delle terapie. Il tema delle necessità infrastrutturali, pur essendo più di pertinenza domestica che comunitaria, è tuttavia di un tema importante, alla luce delle costanti limitazioni di bilancio sul fronte della spesa corrente. Esistono infatti nel bilancio dello Stato poste importanti destinate all'edilizia sanitaria e all'aggiornamento tecnologico che dovrebbero essere allocate rispetto alle esigenze di trasformazione del percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale del paziente, soprattutto se in conseguenza di "cambi di paradigma" derivanti dall'avanzamento delle terapie e delle tecniche diagnostiche.

La presentazione nell'evento finale dell'11 novembre

Al fine di presentare il frutto delle riflessioni dei due incontri di lavoro, è stato organizzato un evento pubblico finale presso il Centro Studi Americani a Roma. Con la sapiente regia di Annamaria Baccarelli, si sono alternati sul palco parlamentari europei ed italiani, rappresentanti dei pazienti, dell'industria farmaceutica per il tramite delle due Associazioni di categoria (Assobiotec e Farindustria), delle autorità regolatorie europee e italiane, esperti in bioetica e in valutazioni HTA.

L'evento ha avuto la media partnership di Rai per il Sociale, StartMag e Edra ed è stato trasmesso in diretta streaming sui canali del Centro Studi Americani, sulla pagina di StartMag e sulla pagina Facebook di Uniamo. Inoltre è stato tradotto dalle interpreti LIS per renderlo fruibile alla comunità segnante.

La registrazione dell'evento è disponibile a [questo link](https://www.youtube.com/watch?v=zabI_aTgHXM&ab_channel=EdraLSWR).
(https://www.youtube.com/watch?v=zabI_aTgHXM&ab_channel=EdraLSWR).

Di seguito la locandina di presentazione dell'evento.

Media partner



Health&Science Bridge

"Malattie Rare: il ruolo dell'Italia in uno scenario europeo che cambia"

RSVP accrediti@uniamo.org

 Via Michelangelo Caetani, 32

11 NOV 2021

inizio ore 11:00



Con il contributo incondizionato di:



www.centrostudiamericani.org



L'impegno di UNIAMO a tutela del paziente raro
Annalisa Scopinaro, Presidente Federazione Italiana Malattie Rare,
UNIAMO

SALUTI ISTITUZIONALI

Beatrice Lorenzin, Coordinatrice Health&Science Bridge
Annamaria Parente, Presidente XII Commissione Igiene e Sanità,
Senato
Paola Binetti, Senatrice, Presidente Intergruppo parlamentare
Malattie Rare
Fabiola Bologna, Segretario XII Commissione Affari Sociali,
Camera dei Deputati
Lisa Noja, Membro XII Commissione Affari Sociali, Camera dei
Deputati
Fabio Massimo Castaldo, Vicepresidente del Parlamento Europeo
Brando Benifei, Membro del Parlamento Europeo, Vicepresidente
dell'Intergruppo parlamentare sulle disabilità
Gianmarco Medusei, Presidente del Consiglio regionale della
Liguria, Delegato per il Coordinamento della Commissione salute,
Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative delle Regioni
e delle Province autonome

VENTI ANNI DI REGOLAMENTO EUROPEO: BENEFICI E NECESSITA' DI REVISIONE

Armando Magrelli, Vice Chair Committee for Orphan Medicinal
Products
Maurizio De Cicco, Vice Presidente Farindustria
Annalisa Scopinaro, Presidente UNIAMO

TERAPIE INNOVATIVE: DALLE SPERIMENTAZIONI AI PAZIENTI

Sandra Petraglia, Area pre-autorizzazione AIFA
Riccardo Palmisano, Presidente Assobiotech-Federchimica
Simona Bellagambi, Delegato Europeo UNIAMO

SPERIMENTAZIONI CLINICHE & HTA: IL RUOLO DEL PAZIENTE

Carlo Maria Petrini, Presidente Centro di coordinamento nazionale
dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui
medicinali per uso umano e sui dispositivi medici
Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e
Economia Politica e Direttore del CEIS – EEHTA (Economic
Evaluation and HTA) presso l'Università degli Studi di Roma Tor
Vergata, Presidente della SiHTA
Annalisa Scopinaro, Presidente UNIAMO

COORDINA

Annamaria Baccarelli, Caporedattore Redazione Istituzionale,
Rai Parlamento

UNIAMO

Federazione Italiana Malattie Rare

UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare è l'ente di rappresentanza della comunità delle persone con malattia rara.

Opera dal 1999 per la tutela e la difesa dei diritti delle persone con malattia rara e delle loro famiglie, ha oltre 160 associazioni affiliate in continua crescita.

Sviluppa un dialogo costante con gli esponenti delle Istituzioni (Ministeri, AIFA, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, Regioni, centri clinici di riferimenti, rete ERN, MMG e PLS, società scientifiche ecc), ricercatori, player privati rappresentando le istanze delle persone con malattia rara e le possibili soluzioni.

Dà voce a tutte le persone che si trovano ad impattare con una malattia rara o ultrarara, oltre che a quelli che sono ancora in cerca di una diagnosi.

Il senso di disorientamento, incertezza, solitudine, il dolore che si prova quando si riceve una diagnosi di malattia rara sono alleviati dalla consapevolezza che la Federazione, insieme a tutte le Associazioni, compie ogni sforzo possibile per migliorare la qualità di vita della persona e dei suoi familiari e caregiver.

Il sostegno concreto è dato con il servizio SAIO (servizio di ascolto, informazione e orientamento) – rivolto ai singoli individui e alle Associazioni –, con altri progetti di supporto e con l'azione di sensibilizzazione, promozione e tutela dei diritti, advocacy in tutti i settori, dalla ricerca alla bioetica, dagli approcci sanitari ai sostegni sociali.

Puoi sostenere la nostra azione in molti modi:

- mettendo a disposizione la tua professionalità
- offrendoci dei servizi pro-bono
- con il tuo 5x1000 (codice fiscale 92067090495)
- con un contributo deducibile/detraibile in sede di dichiarazione fiscale:

IBAN IT53M0306909606100000010339

Paypal donazioni@uniamo.org

Le Effemèridi di UNIAMO

L'idea di una collana editoriale di Uniamo non è nuova. Dovevano però verificarsi una serie di condizioni perché potesse diventare realtà.

Nella ricerca di un nome che caratterizzasse le nostre pubblicazioni ci siamo imbattuti in quello di "effemèride".

Il vocabolario Treccani riporta la seguente definizione:

effemèride (o efemèride) s. f. [dal lat. ephemeris -īdis, gr. ἐφημερίς -ίδος «diario», comp. di ἐπί «sopra» e ἡμέρα «giorno»]. -

1. a. Anticam., erano detti effemeridi i libri in cui si registravano gli atti del re, dapprima giorno per giorno (di qui il nome), poi secondo un più ampio schema cronologico. b. Per estens., diario, cronaca giornaliera degli avvenimenti: ma che più mi stendo io in farvi una e. della mia vita? (D. Bartoli).

2. In tempi più recenti, il termine è stato usato come titolo di pubblicazioni periodiche, soprattutto di carattere letterario o scientifico (mai di giornali politici); per es., le Efemeridi letterarie, che si stamparono in Roma dal 1772 al 1795 e contenevano recensioni dei libri nuovi; le Effemeridi scientifiche e letterarie per la Sicilia, che si pubblicarono dal 1832 al 1840.

3. Tavola o gruppo di tavole numeriche, dette e. astronomiche (o anche nautiche, in quanto servono principalmente alle esigenze della navigazione), che forniscono le coordinate degli astri (o altri dati astronomici variabili col tempo) a intervalli prefissati ed uguali fra loro, per es. di giorno in giorno oppure di ora in ora. Per estens., anche i libri, generalmente pubblicati con frequenza annuale, che contengono tali raccolte.

Ciascuna delle tre definizioni contiene un elemento che abbiamo sentito vicino: la registrazione quotidiana degli atti, che ci richiama ad un ideale viaggio nella patologia; la pubblicazione periodica, che risponde ai nostri desiderata; la tavola che fornisce le coordinate, nostra aspirazione e intento nella pubblicazione di questi opuscoli.

La relativa rarità dell'uso di questo termine, la sua connotazione al femminile, la sua originalità dato che l'ultimo soggetto che l'ha utilizzato risale al 1840 per pubblicazioni a carattere letterario o scientifico ci hanno convinti ulteriormente che eravamo fatte l'una per l'altra: Federazione e effemèride, comunità di persone con malattia rara e pubblicazione periodica che racconta un viaggio e prova a guidarne la rotta.

Ecco quindi l'inizio di una collana che seguirà l'attività federativa dando un rendiconto degli incontri e dei gruppi di lavoro costituiti su tematiche specifiche, e del frutto del loro lavoro.

Ad maiora, semper.

Il Consiglio Direttivo



UNIAMO

Via Nomentana 133, 00161 Roma
Tel. 064404773
segreteria@uniamo.org
www.uniamo.org

    @uniamomalattierare

 @uniamofimronlus

 @uniamofimr

