

IL MALE DEL SECOLO Nuova indagine

Cancro, Italia da record Qui si sopravvive di più

La malattia fa meno paura: in tutta Europa vittime in calo. Boom di guarigioni tra i bimbi

Tiziana Paolucci

Roma Il cancro in Europa fa meno paura e in Italia si sopravvive di più rispetto al resto del continente. Lo rivela lo studio Eurocare-5, condotto dai ricercatori dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicato sulla rivista scientifica *The Lancet Oncology*.

La ricerca, che nasce esaminando i registri dei 29 paesi Ue per un totale di 9 milioni di adulti e 60.415 bambini diagnosticati tra il 2000 e il 2007 e osservati fino al 2008, evidenzia che oggi il «male del secolo» miete meno vittime. Ridotto anche il gap tra Europa dell'Est e Europa Occidentale.

Il nostro Paese, in particolare, è quelli dove, a 5 anni dal responso, si sopravvive di più, considerando che questo è l'arco di tempo stabilito dai medici, qualora la malattia non si ripresenti, per dichiarare guarito un paziente. Ma in numeri variano notevolmente in base ai tumori. Per quelli allo stomaco sopravvive il 32 per cento di italiani rispetto al 25 della media europea, per il rene il 67 per cento contro il 61, per la prostata l'89 per cento contro l'83, per il colon il 61 contro 57 e per la mammella l'86 rispetto all'82 per cento che è la media nel continente.

L'indice di mortalità varia da nazione in nazione, anche se le differenze sono meno evidenti per i tumori della mammella, colon retto, prostata e melanoma. Più marcate, invece, per i linfomi. «La percentuale di sopravvivenza è però aumentata in tutta Europa - dice Roberta

De Angelis, ricercatrice dell'ISS -. Questo grazie alla maggiore diffusione degli screening e ai progressi nella cura». La maglia nera spetta all'Europa orientale mentre in qualche caso il divario tra l'Est e l'Ovest si è ridotto rispetto al passato. Ma anche in Europa occidentale ci sono Paesi dove la sopravvivenza è inferiore alla media: Regno Unito e Irlanda.

In questo scenario l'Italia, insieme a Portogallo e Spagna, è tra le nazioni dove l'esercito dei sopravvissuti è più corposo. Livelli elevati si riscontrano anche nei Paesi nordici (ad eccezione della Danimarca) e in Austria, Belgio, Francia e Paesi Bassi. Si vive di più, in generale, rispetto al passato per il tumore della prostata, del retto e linfoma non-Hodgkin. «Le ragioni delle differenze geografiche spesso non sono semplici da rintracciare - spiega Milena Sant, medico e ricercatrice dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano -. E non sempre a maggiori investimenti in sanità corrisponde una migliore sopravvivenza».

Il vero regalo di Natale sono invece i dati relativi ai pazienti oncologici nella fascia 0-14 anni. A 5 anni dalla diagnosi in Europa ce la fa il 79 per cento dei bambini con un aumento percentuale del 3 punti rispetto al passato. «In Europa orientale si è passati dal 65 per cento nel periodo 1999-2001 al 70 nell'arco 2005-2007 - sottolinea Gemma Gatta, dell'Istituto Tumori di Milano -. Ma ci sono ancora grandi differenze in Europa. Il rischio di morte è comunque diminuito in media del 4-6 per

cento all'anno». Nonostante i progressi, però, i piccoli cheriscono ad avere la meglio sul cancro al sistema nervoso centrale sono ancora solo il 58 per cento.



Sanità

Scelte 3 Regioni di riferimento

Sono Umbria, Emilia Romagna e Veneto le tre regioni *benchmark*, cioè quelle sulle quali saranno determinati i costi standard della sanità per questo scrocco del 2013 e per il 2014. Esclusa la Lombardia, ma da Milano l'assessore regionale all'economia, Massimo Garavaglia, esprime soddisfazione: «Abbiamo appoggiato volentieri il Veneto, in quanto Regione che coordina la sanità per tutte le altre: ecco l'asse lombardo-veneto dei costi standard».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Ora spiego all'Ue i tagli alla spesa Misure in aprile»

INTERVISTA A COTTARELLI

«Taglio per ridurre le tasse»

Oggi il commissario alla spending review sarà a Bruxelles
«Le risorse recuperate serviranno a ridurre le tasse sul lavoro»

L'INTERVISTA

Carlo Cottarelli

● L'uomo della spending review oggi a Bruxelles

BIANCA DI GIOVANNI

Oggi sarà a Bruxelles a spiegare il piano di riduzione della spesa alla Commissione Ue. Per Carlo Cottarelli, commissario alla *spending review*, è il secondo appuntamento importante della settimana.

Il primo è stato l'altroieri a Palazzo Chigi dove si è dato il via al lavoro dei diversi team coinvolti. Un summit proprio in contemporanea ai siluri lanciati da Olli Rehn sul bilancio italiano. «Purtroppo Rehn non ci sarà - racconta all'*Unità* - ma parlerò con i tecnici». A loro spiegherà che le prime misure di tagli di spesa arriveranno già in primavera. E che quelle risorse serviranno ad abbassare le tasse, a fare più investimenti e in ultima istanza a ridurre deficit e debito, come prevedono i documenti del governo. Con tempi record rispetto agli standard internazionali: tre mesi per una prima revisione tecnica «è il minimo, proprio per evitare tagli lineari». Insomma, durante l'esame della legge di Stabilità di quest'anno non arriverà nulla. Ma bisognerà aspettare poco per agguantare i primi risultati: il grosso delle proposte arriverà a fine febbraio, il resto in primavera. Tra marzo e aprile dovranno essere prese decisioni politiche, con possibili riduzioni di tasse già in aprile.

Il commissario non si scoraggia: sa che l'Italia può farcela. «Come a calcio sappiamo battere la Germania - va ripeto - dobbiamo farlo anche in que-

sto». I modelli stranieri gli sono d'aiuto. In particolare utilizza quello canadese degli anni 90, che parte da due pilastri: un obiettivo chiaro e il coinvolgimento della Pa. «Ho già incontrato i sindacati, presto ci sarà una commissione dedicata al lavoro pubblico. Insomma, la macchina si sta avviando: domani partirà il team del ministero dell'Economia.

Sa che in Italia già la chiamano l'uomo della Troika?

Sorride. «Mi sorprende perché forse la gente non si rende conto del fatto che quando la Troika entra in azione gli effetti sono molto più pesanti: non si fa un disegno dei dettagli della spesa accurato, ma si taglia e basta. E c'è un'altra differenza: i risparmi in quel caso vanno solo a ridurre il deficit. Qui le risorse che si trovano vengono reimmesse nell'economia per una riduzione di una tassazione sul lavoro. Ben diverso dalla Troika: il confronto non ci sta».

Quali sono le dimensioni effettive dell'intervento? Conferma i 32 miliardi?

«Nella legge di Stabilità ci sono alcune cifre. A 32 miliardi si arriva nel 2016 per effetto della spending review, ma solo con risultati significativi anche nel 2014 e 2015».

Sicuro che non andrà a ridurre il debito vista pressione dall'Europa?

«Il documento del governo dice che la maggior parte è destinata ad abbattere la tassazione sul lavoro verso la media

Con questo debito non possiamo permetterci un livello di uscite pari alla media europea

Ue, un'altra parte a investimenti produttivi e infine alla riduzione del deficit e quindi del debito».

Le aziende pubbliche locali sono tornate sotto i riflettori dopo il caso Genova. Si autofinanziano solo al 30%. Il contributo può diminuire senza intaccare i servizi?

«La questione delle partecipate degli enti locali è importante. In Italia ce ne sono troppe (settemila): con questi numeri è costoso semplicemente amministrarle: ci sono circa 20mila amministratori. Su questo si potrebbe agire. Ma è anche importante non generalizzare: alcune hanno perfettamente motivo di essere. L'intenzione non è certo quella di eliminare i servizi importanti per la comunità. Vale per le partecipate e vale anche per altre cose».

Eppure nel dossier che la riguarda si parla di nuovo perimetro dello Stato o di riduzione del lea (livelli essenziali di assistenza) nella sanità. Non dovrebbe essere una scelta politica?



«Tutte queste cose sono scelte politiche, nel senso che noi facciamo soltanto proposte. Visto che c'è un obiettivo, 32 miliardi, per raggiungerlo dobbiamo indicare le cose che sono meno importanti distinguendole da quelle più importanti».

Se si parte dall'obiettivo, significa che si fanno tagli, non efficienza.

«Partire dall'obiettivo vuol dire che bisogna reperire risorse per fare cose importanti, come ridurre la tassazione sul lavoro. Non si tratta di tagliare e basta. Il fatto è che i lavoratori italiani sono tassati troppo, ed è per questo che il prodotto italiano è meno competitivo rispetto ai prodotti degli altri paesi dell'area».

Eppure l'Italia non spende troppo. Eliminare 32 miliardi non è uno scherzo.

«Questo è un punto importante. Se si esclude la spesa per pensioni, dove l'Italia sta al di sopra di tutti gli altri Paesi (e non solo per motivi demografici), la spesa italiana primaria non è particolarmente elevata. Ma il problema è che il debito pubblico è ben più elevato rispetto agli altri Paesi dell'euro. Questo vuol dire che ci possiamo permettere una spesa più bassa di quella di altri Paesi. Significa che siamo destinati a offrire servizi peggiori degli altri? No, vuol dire che dobbiamo essere più bravi nel gestire la spesa pubblica. Questa idea che noi dobbiamo puntare alla media non va: dobbiamo essere più bravi, perché ne abbiamo la necessità».



Salute/ vero o falso **Il dottor Ovidio Brignoli mette in guardia dalle facili diagnosi**

Ecco perché gli esami non finiscono mai

«Non basta un test per prevenire» • «Tumori e infarti si scoprono con diverse verifiche»

Sulla soglia dei 50 anni, non è raro che gli uomini, dopo un controllo medico, siano invitati a fare una serie di esami clinici, di laboratorio e diagnostici per valutare il rischio o la presenza di malattie cardiocerebrovascolari (di cuore, cervello e circolazione del sangue) o tumorali. Spesso, però, si prescrive un numero eccessivo di elettrocardiogrammi, di test del Psa e altro. Si crea, così, un allarmismo ingiustificato nel soggetto che non è in grado di leggere tutta quella massa di dati. È possibile, inoltre, che i risultati siano inattendibili e non mancano, per diverse malattie, sia i falsi positivi sia i falsi negativi. Si tratta, quindi, di un argomento complesso: per maggiori chiarimenti abbiamo sentito il dottor Ovidio Brignoli, vicepresidente della Società dei Medici di Medicina Generale.

Il Psa serve a smascherare il tumore della prostata

FALSO

«Assolutamente no, per ora», spiega il dottor Brignoli. «Come riconosciuto dalla migliore letteratura internazionale, lo screening di massa del Psa (antigene specifico prostatico) non serve a nulla. Infatti, se si misura il Psa in un soggetto che ha appena fatto sesso o un ciclista che è rimasto seduto sul sellino per diverse ore, è molto probabile che si trovino valori elevati nel sangue. Il motivo è semplice: quest'ormone si muove quando la prostata è stimolata. Tutto ciò spiegherebbe anche l'elevato numero di falsi positivi: il che significa che ci si trova in presenza di valori elevati anche quando non c'è una patologia».

Ci sono altri casi in cui si rende necessario il Psa

VERO

«Direi di sì», conferma il dottore. «Per esempio, quando un

OCCHIO AL REFERTO

Per scoprire se siamo a rischio di infarto o di altre malattie non basta un esame. Tocca allo specialista fare la diagnosi giusta.



uomo ha disturbi urinari del tipo: impellenza di andare al bagno, fatica a urinare o sensazione di un mancato svuotamento della vescica. Con tutti questi sintomi bisogna andare dallo specialista, preferibilmente urologo, o dal proprio medico di famiglia, che dopo un'accurata visita, accompagnata da un'esplorazione rettale, potrebbe prescrivere un Psa e un'ecografia per verificare la possibilità di patologie come prostatiti (infiammazioni), ipertrofia prostatica benigna (ingrossamento della prostata) o forme tumorali».

Lo stesso sintomo può nascondere diverse cause

VERO

«È così. Per esempio, se restiamo in ambito oncologico, per diagnosticare precocemente il tumore del colon retto è necessario prescrivere il test del sangue occulto nelle feci. È un esame innocuo e poco costoso che deve essere usato come screening di massa, a differenza del Psa». Sono, infatti, le Asl a proporlo ai propri pazienti a partire



L'ESPERTO Ovidio Brignoli è vicepresidente della Società dei Medici di Medicina Generale. Dal 2008 è presidente della Fondazione Simg per la ricerca in Medicina Generale. È stato cofondatore della Rete Unire Lombardia Network che raccoglie i percorsi di cura delle patologie croniche più diffuse. Dal 2006 al 2012 è membro della commissione per l'Osmed (Osservatorio dei Medicinali).

dai 55 anni, se non vi è familiarità. In caso contrario, dovrebbe essere suggerito a partire dai 45 anni. «Ricordiamo, però», avverte l'esperto, «che trovare del sangue nelle feci non sempre sta a indicare la presenza di tumore, ma potrebbe essere una perdita ematica dall'intestino dovuta a un polipo benigno, o forme di colite ulcerosa, oppure il morbo di Crohn o la diverticolosi. Siamo sempre, però, in presenza di patologie che vanno indagate».

L'elettrocardiogramma non può sbagliare

FALSO

«L'elettrocardiogramma, che fotografa la situazione elettrica del cuore», rivela Brignoli, «può dare spesso tutta una serie di falsi negativi, restando muto in presenza di patologie anche

evidenti. Per esempio, in un soggetto con un'aritmia grave non costante nel tempo l'elettrocardiogramma potrebbe non riconoscere il disturbo, perché magari rileva solo quei 10 secondi di normalità del ritmo cardiaco. Per evitare tutto ciò, la giusta procedura sarebbe quella di tracciare sin dall'adolescenza un profilo di rischio individuale verso le malattie cardiocerebrovascolari». Così, conclude l'esperto, «è importante riconoscere per tempo chi potrebbe rischiare un infarto o un ictus. E ancora: in caso di soggetto con disturbi importanti, è bene prescrivere prima un elettrocardiogramma e, a seguire, tutta una serie di esami specialistici altamente sofisticati e costosi».

di Cristina Mazzantini

PARAFARMACIE

*Medicinali
soltanto
in farmacia*

DI BEATRICE
MIGLIORINI

Le parafarmacie non possono vendere farmaci soggetti a prescrizione medica anche se l'intero costo è a carico del cliente. In caso contrario verrebbe a mancare il requisito della pianificazione territoriale delle strutture e le parafarmacie sarebbero libere di concentrarsi nelle località più redditizie a danno delle strutture già esistenti. A stabilirlo, la Corte di giustizia europea che, nella sentenza depositata ieri delle cause riunite C-159/12 e C-161/12, promuove la legge italiana. Tre parafarmacie hanno presentato ricorso al Tar Lombardia, sostenendo il loro diritto a vendere medicinali soggetti a prescrizione dato che il costo sarebbe ricaduto sul cliente. In Italia, lo stabilimento delle farmacie è oggetto di una pianificazione forzata in modo che sia garantita ad ogni struttura la sua quota di mercato e il soddisfacimento del fabbisogno di medicinali su tutto il territorio. Dal 2006, però, è stata consentita l'apertura di parafarmacie autorizzate alla vendita di medicinali purché non soggetti a prescrizione medica e pagati dal cliente. Il Tar Lombardia ha ritenuto opportuno interpellare la Corte Ue. Che si è soffermata su due aspetti. Se, da un lato, ha ritenuto che la normativa nazionale «ostacolando e scoraggiando lo stabilimento di farmacie e parafarmacie costituisce una restrizione alla libertà di stabilimento», dall'altro lato, però, ha evidenziato come tale normativa trovi giustificazione in ragioni imperative di interesse generale. «La legge italiana persegue l'obiettivo di garantire alla popolazione un rifornimento di medicinali sicuro e di qualità», ha sottolineato la Corte, «se fosse consentito vendere

nelle parafarmacie medicinali soggetti a prescrizione, verrebbe meno il requisito della pianificazione territoriale, con il rischio che le parafarmacie, concentrandosi nelle località redditizie, danneggino economicamente altre strutture esistenti e i cittadini in merito alla qualità del servizio messo a disposizione».



**Esami inutili**
Un Ecocardio non salva la vita

DI ROBERTO SATOLLI

Le vie della medicalizzazione sono lastricate di buone intenzioni. Come si può altrimenti qualificare l'obbligo di un elettrocardiogramma preliminare a chiunque, bambini compresi, si accinga a fare un po' di sport, anche senza alcuna aspirazione agonistica? Lo impone un decreto lasciatoci in eredità da Balduzzi, che si sta ora traducendo in cogenti linee guida ministeriali, «su proposta degli Ordini dei medici, sentito il Consiglio superiore di sanità». Non mancherebbe così nessuna autorità come sigillo a un abbaglio.

Inutilmente cardiologi e pediatri ripetono che un elettrocardiogramma in persone che non hanno disturbi, né motivo di temere malanni al cuore, è completamente futile, tanto più nei giovani o addirittura nei bambini. Perché non è in grado di prevedere eventi improvvisi mentre non si usa quello che serve: il defibrillatore (che forse avrebbe potuto aiutare il giovane Matteo Roghi morto nei giorni scorsi durante una partita di calcio) e la rianimazione. Invano protestano i promotori della campagna "Fare di più non significa fare

meglio", lanciata da Slow Medicine, Partecipasalute e Altroconsumo che denunciano l'obbligo dell'Ecg come un'ingiusto balzello imposto alle famiglie che vogliono educare i figli a una vita sana di movimento.

Grave è il doppio danno che si rischia di infliggere. Innanzitutto perché si lancia il messaggio che fare sport sia pericoloso, mentre semmai si dovrebbe imporre un Ecg a tutti quelli che non hanno intenzione di muovere un passo. In secondo luogo perché, facendo esami a tappeto sin dall'infanzia si può avere la certezza di scoprire una quantità di false malattie, che non avrebbero mai dato segno di sé, ma che una volta conosciute non si possono ignorare. La sovradiagnosi è la vera malattia della medicina contemporanea.



[ascamobile](#)
[Home](#)
[Chi Siamo](#)
[Speciali](#)
[Salute Oggi](#)
[Arts&Movies](#)
[Radio Asca](#)
[My Asca](#)

CERCA

in Asca in Google

my.asca
 Clicca qui per ricevere la newsletter...

[Breaking News](#)
[Economia](#)
[Politica](#)
[Attualità](#)
[Regioni](#)
[Sport](#)
[AscaChannel](#)

Com'è il tuo livello d'inglese?
 Misuralo con il nuovo test di inglese online
www.wallstreet.it/english-test

Emergenza Filippine
 Un tifone ha distrutto l'infanzia di milioni di bambini
[Aiuta a distanza](#)

19,90€ ADSL Telecom
 Scopri Promo ADSL a 19,90€/mese
www.telecom.it/ADSL-Promo

Vegas Club
 per te fino a 300€ di bonus. registrati ora!
www.lottomatica.it

4WNET

ultima ora

*** 18:00

Seguici su: [Facebook](#) [Twitter](#) [YouTube](#) [RSS](#)

ASCA > Attualità

A+ A+ A+

CONDIVIDI

Farmaci: tiroide, raccomandazioni specialisti su disposizioni Aifa

05 Dicembre 2013 - 17:41

(ASCA) - Roma, 5 dic - "Fino a quando non saranno resi disponibili standard di qualità più rigorosi e l'introduzione di nuovi ed affidabili test che valuteranno l'intercambiabilità dei prodotti a base di levotiroxina, è opportuno, nel migliore interesse del paziente, continuare a ritenere prodotti unici non sostituibili, come raccomandano le principali Società Scientifiche



Internazionali e molte Agenzie Regolatorie di diversi Paesi", lo ribadiscono gli specialisti dell'Associazione Italiana della Tiroide (AIT), riuniti a Roma in occasione del 7° Congresso Nazionale aperto a Roma. Gli esperti riuniti si confrontano sulle novità in tema di personalizzazione del trattamento con ormoni tiroidei, diagnosi e terapia dell'ipotiroidismo centrale, update sui tumori differenziati della tiroide e profilassi iodica. In Italia si stima che fino al 30% della popolazione abbia problemi legati alla tiroide, con una frequenza nettamente maggiore tra le donne rispetto agli uomini (6 a 1). Si tratta di un dato a prima vista allarmante che potrebbe far pensare a un aumento quasi epidemico avvenuto negli ultimi decenni. In realtà è il risultato di un concreto miglioramento delle tecniche diagnostiche e di una maggiore consapevolezza dell'importanza di prevenzione (profilassi iodica) e diagnosi precoce, con particolare attenzione ai fattori di rischio. A ciò si affianca un'altra conquista scientifica importante: la sempre maggior personalizzazione del trattamento con ormoni tiroidei. Al Congresso particolare attenzione è riservata al documento siglato congiuntamente dalle Società Scientifiche AIT (Associazione Italiana della Tiroide), AME (Associazione Medici Endocrinologi), SIE (Società Italiana di Endocrinologia) e SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica), in risposta alle recenti disposizioni AIFA relative alla Levotiroxina. Il documento fornisce indicazioni per il medico curante e i pazienti, sottolineando che "coloro in terapia con levotiroxina sodica devono essere mantenuti in trattamento con lo stesso prodotto. Se la preparazione viene cambiata, si rende necessario un controllo preciso ed accurato del TSH nei pazienti con ipotiroidismo primario e delle FT4 nei pazienti con ipotiroidismo centrale, entro 6 settimane per evitare potenziali effetti iatrogeni indesiderati". E raccomandando ai pazienti, "quando si recano in farmacia, di non accettare la sostituzione della preparazione a base di levotiroxina sodica senza l'approvazione del Medico Curante". red/mpd

notizie regioni

- Abruzzo
- Basilicata
- Bolzano
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Ven. Giu.
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trento
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

Attualità Economia Politica Sport

18:03 - Telethon: Bnl premiata per impegno in favore ricerca scientifica
18:02 - Benedetto XVI: mons. Gaenswein, sta bene. Vecchio ma con buona testa
18:02 - Ucraina: procura generale convoca domani ministro Interno

tag-cloud

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 06 DICEMBRE 2013

A Napoli il meeting del Cochrane Italia.

“Ancora troppa poca trasparenza sui risultati delle ricerche”

Studi non disponibili neanche dopo che il farmaco è stato registrato. Abbandono dei trial a metà e studi mai pubblicati. E poi sprechi e quesiti di ricerca irrilevanti e outcomes surrogati o non significativi. Questo il panorama negativo dello stato dell'arte della ricerca scientifica che sarà al centro del meeting del 13 dicembre

C'è la crisi ed è la sola cosa stabile di questo Paese. Lo sostiene Altan ma non è una battuta. C'è la crisi e non trascorre settimana senza che siano ventilati o messi in atto dei tagli all'assistenza sanitaria e, forse ancora di più, alla ricerca di base e clinica. Tagli quasi sempre “lineari”, come si suol dire, che sembrano essere la sola reazione ad una politica che non ha spalle sufficientemente larghe per permettersi di fare delle scelte e, soprattutto, di difenderle.

Per fortuna inizia ad avere visibilità la campagna *Choosing Wisely*, ripresa anche nel nostro Paese da un movimento trasversale che ricorda che “Fare di più non significa fare meglio”: è una delle buone notizie dell'anno che si chiude. Anche nella ricerca clinica in tanti casi si potrebbero ottenere maggiori e migliori risultati con un atteggiamento più sobrio. Ne hanno scritto già nel 2009 sul *Lancet* due personalità come **Sir Iain Chalmers** e **Paul Glasziou**, raccomandando di intervenire sugli incredibili sprechi ai quali continuiamo ad assistere.^[i] A cosa si riferivano? Alla diffusa abitudine di scegliere quesiti di ricerca irrilevanti come misura di esito degli studi; in altri termini, darsi come obiettivo *outcomes* surrogati o non significativi evitando ovviamente di coinvolgere i pazienti o i cittadini nella scelta delle finalità della ricerca. Ancora: parlavano della tentazione troppe volte assecondata di disegnare gli studi in maniera inappropriata o metodologicamente distorta, senza verificare se a quello stesso quesito di ricerca sia già stata data risposta attraverso revisioni sistematiche affidabili. Intollerabile spreco anche a valle delle sperimentazioni: il 50% della ricerca non è pubblicata; il 30% degli interventi valutati nei trial non è adeguatamente descritto e il 50% degli esiti degli studi non è discusso nella pubblicazione. Iain Chalmers sarà a Napoli il 13 dicembre a discutere di trasparenza e condivisione della ricerca, in occasione della riunione annuale della **Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane**.

Il convegno ha un titolo programmatico: Open. Cade in un momento delicato, in cui la credibilità della ricerca scientifica sembra essere ai minimi termini. In diversi paesi europei è sempre più attivo un movimento d'opinione che chiede accesso completo ai metodi e ai risultati degli studi, come conferma il successo delle petizioni AllTrials e Open Data: “E' uno dei principali problemi del mondo scientifico dei nostri giorni – leggiamo su un recente editoriale del *BMJ* – ma sono state proposte poche soluzioni”.^[ii] Anche l'editor-in-chief del settimanale della *British Medical Association*, **Fiona Godlee**, sarà a Napoli. E' probabile che la sua relazione si apra con le stesse domande rivolte ai lettori della rivista:^[iii] perché i dati degli studi clinici non sono resi disponibili alla valutazione indipendente dopo che le decisioni regolatorie sono state prese? Per quale ragione si permette alle industrie di mantenere i dati segreti anche alle agenzie istituzionali deputate alla valutazione dei medicinali? Perché lasciare alle aziende la libertà di decidere a quali ricercatori aprire le porte? Perché, per avere accesso a metodi e risultati dei trial, si deve ricorrere ad azioni legali o alla tenacia di ricercatori infaticabili?

Le risposte ricevute negli ultimi mesi non sono state esaurienti. Poche aziende disponibili a rendere accessibili i dati e in modo condizionato. Qualche apertura è giunta dalle istituzioni europee, che però hanno dovuto fare i conti con la reazione delle industrie. E, a proposito di “soluzioni”, una presa di posizione dirompente è stata presentata da un gruppo di ricercatori che ha voluto intitolarla *Restoring Invisible and Abandoned Trials* (RIAT). Gli studi invisibili sono quelli che non sono mai stati pubblicati e i trial abbandonati sono quelli dai quali gli sponsor per ragioni diverse si chiamano fuori ben prima della pubblicazione dei risultati, positivi o negativi che siano. **Peter Doshi** è l’alfiere del RIAT: “L’abbandono dei trial può indurre a false conclusioni circa l’efficacia e la sicurezza; per questo crediamo che si tratti di un problema da affrontare e risolvere attraverso la pubblicazione di resoconti indipendenti da parte di ricercatori che non sono stati direttamente coinvolti nelle sperimentazioni ma che, accedendo ai dati grezzi, possono ricostruire metodi, risultati e conclusioni degli studi”. Peter Doshi lavora alla Johns Hopkins University e sarà anche lui a Napoli per aggiornare i partecipanti al congresso sullo stato di avanzamento del loro progetto.

Sbaglia però chi ritiene che il problema della mancanza di trasparenza riguardi solo i ricercatori. La capacità del clinico di prendere le decisioni migliori in termini di efficacia, sicurezza e costi delle terapie dipende in grande misura dalla qualità delle conoscenze alle quali può attingere che, a loro volta, è legata alla disponibilità dei dati. “Non possiamo fidarci solo dei risultati pubblicati e dei registri dei trial – sostiene Doshi – perché sono spesso incompleti e riferiti dopo aver filtrato strumentalmente le informazioni”.^[iv] La disponibilità tempestiva e completa dei dati della ricerca può rappresentare un argine alla sovradiagnosi e al sovra trattamento:^[v] non solo, dunque, un dovere etico ma una scelta obbligata per una sanità in cui la persona sana o malata sia al centro del sistema.

Luca De Fiore

Presidente della Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane

[i]Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the conduction and reporting of research evidence. Lancet 2009;374:86-9.

[ii]Loder E ,Godlee F ,Barbour V ,Winker M. Restoring the integrity of the clinical trial evidence base. BMJ 2013;346:f3601

[iii]Godlee F. Clinical trial data for all drugs in current use. BMJ 2012;345:e7304

[iv]Doshi P, Dickersin K, Healy D, Vedula SW, Jefferson T. Restoring invisible and abandoned trials: a call for people to publish the findings. BMJ2013;346:f2865.

[v]Godlee F. Timely publication of all trial results may mean less overtreatment. BMJ2013;346:f159

Artrite

Cocktail all'indiana

COLLOQUIO CON RAM MANOHAR

Rendere possibile il confronto tra ayurveda e medicina moderna. Dimostrando l'efficacia di antiche terapie per combattere una malattia cronica degenerativa come l'artrite reumatoide. È il progetto che impegna da anni P Ram Manohar, direttore dell'AVP Research Center di Coimbatore (India), uno dei pionieri della validazione scientifica dell'antica medicina indiana. È venuto a parlarne all'Università di Milano, in un incontro con la comunità accademica, il primo di questo genere.

Qual è l'apporto della medicina ayurvedica nella ricerca e nella pratica clinica?

«Abbiamo messo a confronto le terapie ayurvediche per l'artrite reumatoide con il metotrexato, il farmaco usato per le forme aggressive della malattia. In collaborazione con Daniel Furst dell'Università della California a Los Angeles e con l'Università di Washington a Seattle. Lo studio è stato pubblicato sul "Journal of Clinical Rheumatology", con risultati molto interessanti, anche se preliminari. Ma soprattutto, ab-

biamo collaudato una procedura che potrà essere utilizzata anche per testare altre terapie non convenzionali. Tanto che Edzard Ernst, una delle voci più critiche delle medicine complementari, ha definito il nostro studio "un modello" per nuove ricerche».

In cosa consiste la novità?

«I pazienti, selezionati in base ai criteri della medicina occidentale per la diagnosi di artrite reumatoide, sono stati valutati da medici ayurvedici che hanno individuato per ciascuno la terapia più appropriata. Poi li abbiamo divisi in tre gruppi: il primo ha ricevuto sia il metotrexato che la terapia ayurvedica, il secondo il metotrexato e un placebo, il terzo la terapia ayurvedica personalizzata e un placebo».

Con quali risultati?

«Dopo i nove mesi previsti dallo studio la terapia ayurvedica è risultata efficace come il metotrexato, ma con effetti collaterali molto più lievi».

Quali ostacoli avete dovuto superare?

«Non è stato facile concordare le modalità



di lavoro con i colleghi americani, convincerli a lasciarci usare tanti composti diversi - tutti a base di erbe, testati per escludere contaminazioni di metalli pesanti - e a modificare la terapia nel corso della sperimentazione, secondo la prassi ayurvedica. E anche preparare tanti placebo diversi, e ottenere che il trial durasse nove mesi, un elemento fondamentale visto che la terapia ayurvedica richiede tempi più lunghi».

È un metodo che potrà essere utilizzato anche per altre terapie?

«In passato molte sperimentazioni sono fallite perché si sceglieva la strada più facile, utilizzando un unico rimedio per pazienti diversi. Ma quella non è ayurveda. Con questo metodo si possono studiare altre terapie, come quelle che servono a stimolare il sistema immunitario o trattare malattie respiratorie».

Paola Emilia Cicerone

Innovazione e sostenibilità per costruire il futuro del SSN

Esperti nazionali ed internazionali insieme per progettare il domani della nostra sanità



Un momento della tavola rotonda organizzata da Merck Serono al Museo dell'Ara Pacis a Roma

di LARA LUCIANO

È ancora possibile coniugare la sostenibilità dei sistemi sanitari senza rinunciare ai progressi nel campo della ricerca scientifica e farmaceutica? Come si possono offrire terapie innovative in presenza di considerevoli riduzioni di flussi economici? È per cercare di rispondere a queste domande che Merck Serono S.p.A., affiliata italiana di Merck Serono, la divisione biofarmaceutica di Merck, ha promosso a Roma, presso la Sala Auditorium del Museo dell'Ara Pacis, l'incontro "Innovazione e Sostenibilità. Un binomio su cui costruire il futuro del SSN". «Questo incontro nasce dalla nostra ferma convinzione che, per creare un modello che coniughi la so-

stenibilità del sistema sanitario con politiche premianti per l'innovazione scientifica e farmaceutica sia necessaria la partecipazione e la collaborazione di tutti gli attori del settore salute» ha dichiarato il Dottor Antonio Messina, Presidente e Amministratore Delegato di Merck Serono S.p.A. Il tema della riduzione degli investimenti ha avuto, e continua ad avere, un'importanza sempre maggiore perché considerato uno tra i principali fattori del cattivo funzionamento dell'intero sistema. Secondo gli ultimi dati OCSE, l'evoluzione della spesa farmaceutica in Italia risulta essere in controtendenza rispetto agli altri paesi Europei (EU15) con un calo del 5% (si passa infatti da 24,8 mld. nel 2007 a 23,7 mld. nel 2011) a fronte di un aumento medio generale del 6%. Tale fenomeno ostacola l'arrivo sul mercato di farmaci innovativi che potrebbero garantire il miglioramento della qualità di vita dei



pazienti e della gestione clinica di determinate patologie. In Italia e nel mondo, il settore farmaceutico si trova ad affrontare pesanti sfide derivanti dallo sviluppo di nuovi farmaci ad alto costo ed alta tecnologia. «A tal proposito, occorre dunque creare una nuova governance - ha dichiarato il Dottor Nello Martini, Direttore Ricerca & Sviluppo, Accademia Nazionale di Medicina - basata sui Registri di monitoraggio (al fine di assicurare l'appropriatezza prescrittiva), sulle procedure di pagamento condizionato al risultato (PbR) e sulla competitività sui prezzi derivanti dalla scadenza brevettuale dei biotecnologici e dalla disponibilità dei biosimiliari, per garantire la sostenibilità economica e il patto di Stabilità». Riduzione della copertura dei servizi essenziali, inaccessibilità alle cure, disomogeneità sul territorio delle prestazioni erogate: queste le conseguenze della crisi finanziaria che ha esercitato, ed esercita tuttora, pesanti effetti sulla disponibilità di risorse destinate alla salute. In questo contesto, appare urgente promuovere politiche-socio sanitarie in grado di assicurare più elevati standard delle generali condizioni di salute della popolazione. «Le decisioni politiche - ha asserito il Professor Walter Ricciardi, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico "A. Gemelli" di Roma - dovrebbero focalizzarsi sul miglioramento del sistema di salute e favorire le riforme nel lungo periodo, puntando sia ad azioni trigger su innovazione, sviluppo e tutela, sia all'individuazione delle aree in cui possono essere più facilmente realizzati i tagli».

Telethon, nuova sede a Pozzuoli: più ricercatori sulle malattie genetiche

LA NOVITÀ

POZZUOLI Dalla ricerca applicata dell'Istituto Telethon di genetica e medicina-Tigem, arrivano nuove terapie contro il morbo di Parkinson e l'Alzheimer, due delle più temibili malattie degenerative. L'annuncio, alla presenza del capo dello Stato Giorgio Napolitano e dei vertici della fondazione che da 19 anni combatte contro le malattie genetiche rare, arriva nel giorno dell'inaugurazione ufficiale della nuova sede Tigem nell'ex fabbrica Olivetti di Pozzuoli. Nuovi locali presentati nel corso di una cerimonia ufficiale all'Accademia Aeronautica, alla quale hanno preso parte tra gli altri il presidente della fondazione Telethon, Luca Cordero di Montezemolo e il direttore generale Francesca Pasinelli. L'Istituto nacque nel 1990 per volontà di Susanna Agnelli e fu affidato alla guida di Andrea Ballabio, un ex pediatra napoletano che negli Usa si innamorò della genetica e decise di ingaggiare la sua lotta contro i geni difettosi. Da allora una serie di successi in campo scientifico, certificati da

board internazionali. «Il Tigem dimostra che nel nostro Paese è ancora possibile portare avanti una ricerca di successo e di livello internazionale - ha detto il presidente Montezemolo - Tutto ciò basato su merito, efficienza e trasparenza nel finanziamento dei progetti. Il Tigem rappresenta un'opportunità per l'Italia e per il Sud». Con orgoglio, il presidente di Telethon e il direttore generale Francesca Pasinelli, cercando più volte con lo sguardo il presidente Napolitano seduto in prima fila, hanno ribadito un concetto: il Tigem è un modello di riferimento per tutto il mondo, finanziato e studiato anche negli Usa. E non a caso ieri mattina al tavolo dei relatori c'era il professore Thomas Caskey del Baylor College of Medicine di Houston. «Il professore Caskey è stato uno dei miei mentori - ha detto Andrea Ballabio - Il nostro lavoro di ricerca si basa su tre pilastri fondamentali: la passione, la professionalità e il merito. Anche grazie alla generosità di milioni di italiani, che in tutti questi anni ci hanno appoggiato e sostenuto economicamente, abbiamo potuto avviare ricerche rese

difficili dalla congiuntura economica». E uno dei grandi sostenitori del genio italiano nella ricerca scientifica è stato da sempre Giorgio Napolitano. Numerosi i suoi interventi pubblici in tal senso. «Il presidente Napolitano ci ha da sempre sostenuti - ha evidenziato il dg Pasinelli - e anche questo è stato per noi una spinta per migliorarci ulteriormente e dare un contributo sempre più significativo alla ricerca sulle malattie genetiche». Il nuovo Tigem raccoglie l'eredità di un progetto lungimirante, quale fu a metà degli anni Cinquanta la fabbrica progettata da Luigi Cosenza e voluta da Adriano Olivetti. I nuovi locali saranno operativi dal prossimo aprile. Un edificio di tre piani, incastrato tra la collina del monte Barbaro e il golfo di Pozzuoli. Nel piano interrato sono stati posizionati i server informatici. Sono due, poi, i laboratori "open space" con 120 ricercatori impegnati. Mentre al primo piano l'auditorium da 160 posti e altri due laboratori per 60 ricercatori. Un investimento da 10 milioni di euro.

N. Maz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'INAUGURAZIONE
ALLA PRESENZA
DEL PRESIDENTE
NAPOLITANO
UN INVESTIMENTO
DA 10 MILIONI DI EURO**



Medicina Investimento da 10 milioni per la sede dell'istituto Tigem intitolata a Susanna Agnelli

La ricerca sulle malattie genetiche nella fabbrica modello di Olivetti

Un centro Telethon a Pozzuoli, dove lavorava Ottiero Ottieri

DAL NOSTRO INVIATO

POZZUOLI — «Grazie agli spazi della nuova sede, qui a Pozzuoli, potremo accogliere fino a 350 ricercatori. Già oggi sono molti i giovani italiani tornati dall'estero per lavorare qui con noi. E numerosi sono anche quelli che provengono da varie parti del mondo: Giappone, Stati Uniti, Argentina. Siamo insomma sicuri che la nuova sede ci consentirà di consolidare l'immagine del nostro istituto, collocandolo tra i migliori centri di ricerca internazionali».

Andrea Ballabio, direttore del Tigem, l'Istituto Telethon di Genetica e Medicina, parla di fronte al presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano. Una presenza significativa perché qui, proprio nella terra del presidente, l'universo Telethon lancia una sfida: far crescere ancora di più un centro di ricerca, impegnato nello studio di trenta gravi malattie genetiche e già considerato un centro di eccellenza a livello internazionale, fino a farne uno dei principali punti di riferimento mondiali nel suo campo. Il tutto qui a Pozzuoli, colpita come tutto il Sud dalla disoccupazione e dalla difficoltà sociale.

La nuova sede è nell'ex area Olivetti di Pozzuoli, che risale al 1951 e porta la prestigiosa firma dell'architetto Luigi Cosenza: spazi di rara eleganza e sobrietà stilistica, in continuo (soprattutto rispettoso) dialogo col mare, il cielo, i pini, insomma il paesaggio. Un riconosciuto capolavoro. Olivetti voleva che la bellezza fosse «di conforto nel lavoro di ogni giorno». Un tempo accoglieva 1.300 operai: ora

l'area è stata riconvertita in ufficio e la ristrutturazione per il Tigem di Telethon è costata 10 milioni di euro, provenienti dai fondi europei grazie al Programma operativo nazionale «Ricerca e competitività» 2007-2014. La struttura verrà dedicata a Susanna Agnelli, presidente di Telethon dalla fondazione nel '90 fino al 2009, anno della sua scomparsa. In sala ci sono i suoi figli, Samaritana e Lupo Rattazzi, e la sorella Maria Sole Agnelli Teodorani Fabbri: sono loro a tagliare il simbolico nastro di inaugurazione in vista dell'apertura definitiva e operativa fissata per la primavera 2014.

Per Luca Cordero di Montezemolo, attuale presidente della Fondazione Telethon e quindi successore di Susanna Agnelli, «Il Tigem dimostra come nel nostro Paese sia ancora possibile portare avanti una ricerca di successo e di livello internazionale. Questa nostra realtà rappresenta una concreta opportunità di sviluppo per l'Italia: e oggi ci parla di ricerca, di solidarietà, di eccellenza. Il nostro orgoglio sta nel cercare di dare una risposta, e una speranza, alle domande di tante famiglie che vivono l'esperienza di una malattia rara. Susanna Agnelli, sempre entusiasta e sempre generosa, sarebbe orgogliosa di questa nuova sede».

Il direttore generale della fondazione Telethon, Francesca Pasinelli, pensa soprattutto ai malati e ai loro familiari: «Sono persone come loro che hanno voluto che questa organizzazione nascesse e si impegnasse per arrivare alla cura delle malattie generiche rare e che, ogni giorno, ci rinnovano un mandato che, da ventitré anni, è ispirazione, guida e strumento di verifica del

nostro operato. Per Telethon ogni singola vita è importante. La fondazione è nata affinché non esistesse rarità sufficiente a giustificare poca attenzione».

Il Tigem riceve un finanziamento quinquennale da parte della fondazione Telethon di 3,5 milioni di euro l'anno. Ma il resto del budget, che arriva in tutto a 16 milioni annui, è costituito da fondi esterni ottenuti grazie ai risultati ottenuti dai ricercatori. Per esempio i fondi dello European Research Council (cinque vincitori nel Tigem) e gli accordi con ditte farmaceutiche, essenziali per passare dalla ricerca in laboratorio alla concretezza del medicinale. L'ultimo finanziamento in ordine di tempo è quello quinquennale 2012-2017 da parte dell'azienda farmaceutica americana Shire Plc per 17 milioni di euro.

La nuova sede, su un'area complessiva di 5.000 metri quadrati, ospiterà quattro laboratori open space, un auditorium con 160 posti a sedere, aree di studio, camere termostatiche, stanze per l'analisi istologica e per la bioinformatica. Ci saranno anche aree relax e una palestra, sul modello dei centri di ricerca internazionali, per il tempo libero dei ricercatori. Telethon è impegnata in questi giorni, e fino al 18 dicembre, nella raccolta fondi «Io esisto». Si potranno donare 2 euro con un sms inviato al 45506 e con una chiamata da rete fissa con quote diverse, a seconda degli operatori. Da lunedì 9 a domenica 15 dicembre torna sulle reti Rai (ringraziata per questo da Luca Cordero di Montezemolo) la tradizionale maratona di Telethon.

Paolo Conti

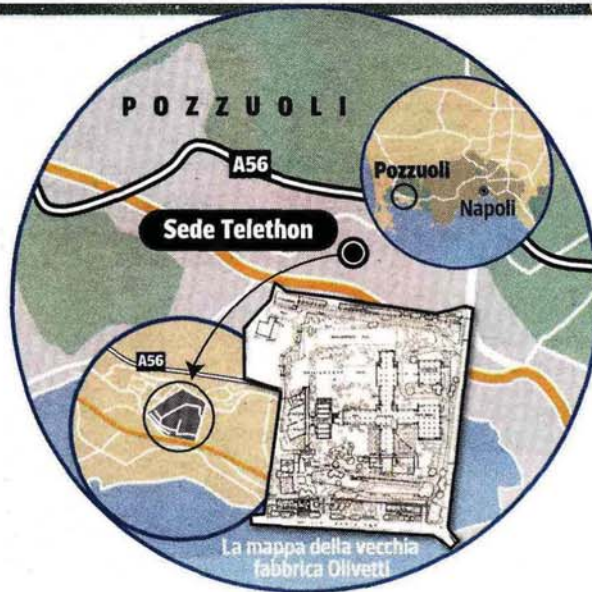
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La struttura

Nell'area di 5.000 metri quadrati troveranno posto quattro laboratori open space e un auditorium

Montezemolo

«È la dimostrazione che nel nostro Paese è ancora possibile una ricerca di livello internazionale»



La mappa della vecchia fabbrica Olivetti.

La storia



La storia

Lo stabilimento Olivetti a Pozzuoli: il progetto nel 1951 fu affidato all'architetto napoletano Luigi Cosenza e realizzato tra il 1952 e il '54. Costruito su un'altura che guarda il mare e circondato dai giardini disegnati da Pietro Pomici, fu inaugurato nell'aprile '55. In quell'anno cominciò a lavorare lì lo scrittore Ottiero Ottieri (foto) che vi ambienterà «Donnarumma all'assalto»

Il luogo

Un'immagine dello storico stabilimento Olivetti di Pozzuoli negli anni Cinquanta (qui a fianco) e l'esterno dell'ex fabbrica che ora ospita la nuova sede del Tigem, l'Istituto Telethon di genetica e medicina (foto grande a colori)



Così la pensa un gruppo di animalisti Usa, che chiede per le scimmie lo status di persona

Lo scimpanzé è come l'uomo

I laboratori insorgono: così non potremo più fare ricerca

DI ALESSANDRA NUCCI

Un gruppo di animalisti chiamato Non-human rights project (Nhrp, Progetto per i diritti dei non umani) ha intentato alcune cause legali in tre contee di New York per ottenere il riconoscimento dello status di persona a quattro scimpanzé. I soci dello Nhrp sostengono che gli animali intellettualmente avanzati sono talmente consapevoli del proprio esistere, che tenerli prigionieri in uno zoo o laboratorio di ricerca equivale a schiavizzarli.

L'iniziativa riporta alla mente l'atto con cui nel febbraio scorso il parlamento spagnolo approvò una legge che protegge le scimmie di grosso taglio dal momento del concepimento, vietandone quindi sia l'aborto sia la sperimentazione sugli embrioni (protezione che la Spagna non accorda alla specie umana).

Nel caso delle scimmiette americane, lo Nhrp ha presentato al giudice una petizione di habeas corpus, esercitando cioè il diritto di rivolgersi al tribunale, che viene riconosciuto a una persona privata della libertà. Il precedente implicitamente richiamato è il famoso caso del 1772 in cui un magistrato inglese accolse una petizione presentata a nome di uno schiavo nero di nome **James Somerset**, riconoscendo di fatto che si trattava di una persona, non di una proprietà. La causa ebbe successo, lo schiavo ottenne la libertà e spianò la strada alla successiva abolizione della schiavitù in Inghilterra e negli Usa.

Anche lo Nhrp mira a ottenere la libertà per gli scimpanzé. Questa, infatti, è solo la prima di tutta una serie di cause che hanno in programma di lanciare in tutti gli Stati Uniti, anche a nome di

altri tipi di animale. «Gorilla, oranghi, elefanti, balene, delfini, e qualsiasi animale che ha un'elevata capacità cognitiva, lo rappresenteremo in tribunale», ha dichiarato l'avvocato **Steven Wise**, fondatore dello Nhrp. «Non importa l'esito, noi andremo avanti con altre cause, altri stati, altre specie di animali, presentando tutte le cause possibili per i prossimi dieci o vent'anni».

Ma l'iniziativa si contrappone alle necessità del mondo della ricerca, come spiega **Frankie Trull**, presidente dell'Associazione nazionale per la ricerca biomedica di Washington. Equiparare gli scimpanzé agli esseri umani, fa notare la ricercatrice, creerebbe il caos nella comunità della ricerca scientifica, perché «si tratta di modelli importanti per la ricerca behavioristica, oltre che per sviluppare i vaccini contro virus come l'epatite C».

Le fa eco l'anatomista **Susan Larson**, che studia gli scimpanzé per indagare sull'origine del bipedismo negli umani: «Capisco che gli attivisti dei diritti degli animali non vogliano che essi siano maltrattati, ma in questo modo limitano la nostra capacità di studiarli prima che si estinguano. Da noi gli scimpanzé vivono in uno spazio composto da tre stanze, oltre a un'altra stanza dove possono arrampicarsi, dondolare e salire da scale e tronchi d'albero, e tutto quello che faccio con questi animali l'ho fatto su di me».

Tuttavia, una minaccia più immediata all'attività di ricerca sugli animali è costituita dal National Institutes of Health (Nih, l'Istituto nazionale della salute), che in giugno ha annunciato di voler ritirare 310 dei suoi 350 scimpanzé e ridurre conseguentemente le ricerche.

© Riproduzione riservata

