

La storia Errore all'ospedale di Galatina, nel Lecce. La madre se n'è accorta al primo cambio di pannolino. L'equivoco è stato risolto

Neonati scambiati nella culla

L'incubo dei film diventato realtà

Partorisce una bimba e torna a casa con un maschietto

di GOFFREDO BUCCINI

Noi siamo come il destino — ridacchiano i cattivi ragazzi di «C'era una volta in America», stravolgendo per rappresaglia numeri d'identificazione e culle in una nursery newyorkese degli anni Trenta —: chi va a star bene e chi va a prenderselo nel...

Ecco, chissà se nell'ombra c'è qualche sconsiderato, lì al reparto di Ostetricia dell'ospedale Santa Maria Novella di Galatina, Puglia, che ha provato sottopelle il brivido perverso di Noodles e Max, indimenticabili eroi neri dell'epopea di Sergio Leone. Perché si intravede molto di romanzesco, molto di cinematografico e molto — diciamolo subito — di scandaloso in quello che è successo a due coppie della provincia di Lecce che hanno messo al mondo i loro bimbi tra il 7 e il 10 dello scorso dicembre. E in fondo è l'incubo di ogni papà e mamma, quello che, di lì a poco, s'è avverato nel paesino di Montaroni, a casa della piccola Clelia, con tanto di fiocco rosa sulla porta, tutine in tinta, bambole già pronte nella culla: la sostituzione di persona, tema classico del teatro plautino, origine della commedia degli equivoci e di grandi risate del pubblico.

A casa di Clelia, però, dev'esserci stato davvero poco da ridere, quando, appena tornati dall'ospedale di Galatina, al faticoso momento del cambio del pannolino, mamma e papà si sono accorti di avere in culla un bel maschietto. E, presumiamo, più o meno in quello stesso momento, i genitori del maschietto hanno scoperto che il loro rampollo s'era trasformato in femminuccia: come da scena topica del poliziotto corrotto Aiello il quale, vittima di Noodles e Max, s'avvede di non avere più in culla il tanto sospirato *mascolone* e papà dopo ben quattro femmine (chi s'è fregato o'... d'o guaglione?).

Francesca Conte, una famosa penalista di Lecce che rappresenta i genitori di Clelia e ha chiesto cinquantamila euro di risarcimento extragiudiziale, sostiene ragionevolmente che è stato «sfiorato il dramma», altro che commedia plautina. Per lo spavento, la mamma della piccola ha perso il latte e continua ad avere attacchi d'ansia. «L'errore è sempre in agguato, ci siamo scusati, e stiamo cercando di capire cos'è successo», dice il direttore generale della Asl di Lecce, Valdo Mellone. A Galatina si fanno settecento parti l'anno, la reputazione del Santa Maria Novella non è mai stata in discussione finora. Pare che i bambini avessero ancora i braccialetti giusti, dunque davvero non si scioglie, per adesso, l'enigma.

I sondaggisti che sempre scrutano l'animo degli italiani ci hanno appena rivelato una verità che tutti sappiamo già solo a guardarci dentro: la fiducia nel prossimo è crollata peggio del Pil nel nostro povero Paese. E di sicuro disavventure come quella di Galatina non aiutano. Il nemico che ci tradirà può avere le rassicuranti sembianze d'una tata... «Se mi avessero dato un'altra bambina anziché un maschietto, non me ne sarei mai accorta, e avrei continuato a crescermi la figlia di un'altra donna», s'è sfogata la madre di Clelia con l'avvocato.

Il figlio dell'altra può naturalmente diventare occasione di riscatto e redenzione collettiva, di superamento delle barriere e comprensione del senso della maternità, quando una donna ebrea cresce un bimbo palestinese e una donna palestinese un piccolo ebreo. E l'epilogo, come nella pellicola di Lorraine Levy può essere edificante, con l'odio che si tramuta in accettazione, il rancore in empatia. Ma siamo umani e non ci consola mai di rassomigliare alla trama di un film, quando il copione viene scritto sulla no-

stra pelle e i nostri incubi diventano cronaca.

Dolores e Antonella furono vittime nel 1965 di uno scambio in culla in un ospedale romano, e per quarantasei anni hanno vissuto vite rovesciate, finché non si sono ritrovate via Facebook e si sono abbracciate nel comune giorno del compleanno. A Mazara del Vallo, Capodanno del 1998, nel reparto di Ostetricia dell'Abele Ajello, scambiarono Melania con Carolina, nate a un quarto d'ora di distanza nella confusione un po' alcolica della notte. Per due anni e mezzo nessuno s'accorse di nulla, finché la maestra dell'asilo notò che le due sorelline maggiori di Melania erano davvero identiche a quell'altra sua piccola allieva, Carolina. È finita bene, le due famiglie sono diventate un nucleo allargato pieno di zii e cugini, unite da un avvocato che continua la battaglia legale per tutti. A Mazara, non a caso, Ficarra e Picone hanno ambientato il loro *Il 7 e l'8*, una farsa contemporanea che si regge appunto sullo scambio di bambini. Molto prima Pirandello immaginò nella sua *Favola del figlio cambiato* che le streghe sostituiscano un paffuto pargoletto con un neonato malaticcio e deforme. Quelle streghe sono in fondo un'altra faccia dei *changeling*, i rampolli di elfi e fate, scambiati con bimbi normali: e qui siamo nel pieno folclore nordeuropeo, da cui Clint Eastwood va ad attingere per un capolavoro. Sicché questa parabola di sciatteria italiana, l'incubo di Galatina, viene da lontano, attraverso il buio delle campagne siciliane di inizio Novecento e le ombre insondabili della Foresta Nera, per conficcarsi nell'immaginario di tutti; ma, qui e ora, assume forse le modernissime sembianze di un' infermiera pigra: se è destino, è in salsa di lampascione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Risarcimento

I genitori di Clelia hanno chiesto cinquantamila euro di risarcimento extragiudiziale alla Asl per il «dramma sfiorato»

La vicenda**Lo scambio**

Il 7 dicembre una mamma di Monteroni (Lecce) partorisce una bambina all'ospedale Santa Maria Novella di Galatina. Il 10 viene dimessa. A casa si accorge che il neonato che ha con sé è un maschietto

Il risarcimento

L'equivoco viene risolto, ma la mamma chiede ad Asl, ospedale e medici un risarcimento di 50 mila euro: per lo spavento ha perso la possibilità di allattare



ILLUSTRAZIONE DI VINCENZO PROGIDIA

SANITÀ: OBIETTIVO RISARCIMENTO A LORENZIN, 45 MILA MORTI L'ANNO ERRORI

Treviso, 13 gen (Adnkronos Salute) - La malasanità costa 45 mila morti l'anno. E i premi assicurativi per i medici sono ormai alle stelle. "Una situazione fuori controllo" secondo 'Obiettivo risarcimento', gruppo di consulenza e gestione danni, che scrive al ministro della Salute Beatrice Lorenzin di convocare un tavolo sul tema "al quale siamo pronti a sederci con chiunque abbia l'interesse a farlo", si legge in una nota che riferisce la stima dei morti evitabili per malasanità ogni anno fatta da Marcello Crivellini, professore associato di Analisi e Organizzazione di sistemi sanitari presso la Facoltà di Ingegneria dei sistemi del Politecnico di Milano.

"Quarantacinquemila morti l'anno - continua la nota - è un dato scandaloso ed Obiettivo risarcimento non può pensare che il nostro sistema sanitario lo possa considerare, anche solo lontanamente, come fisiologico o accettabile. A questo problema va affiancata l'inevitabile crescita esponenziale dei premi assicurativi del comparto che tutela l'operato dei medici. Aumenti che vengono applicati a seguito di pagamenti di danni da errore medico effettivamente riscontrati e non certo per le denunce. Tutto questo però, si noti bene, nessuno lo dice. O chi lo accenna punta a fare in modo che la colpa di tutto sia di chi denuncia i casi: cioè i pazienti, i familiari e chi li assiste", evidenzia il presidente di Obiettivo risarcimento, Roberto Simioni. "Al ministro Lorenzin rivolgiamo la nostra piena disponibilità - dice Paolo Simioni, amministratore delegato di Obiettivo risarcimento - ad offrire un contributo per migliorare le condizioni ed innovare la legislazione sia per i pazienti vittime di errori sia per i medici spesso anche loro stessi vittime del sistema. Obiettivo risarcimento, conscio della correttezza delle sue pratiche e di essere osservatorio privilegiato nel settore della malasanità, è pronto ad aprire un dialogo chiaro volto ad equilibrare quello che è un reale problema della sanità nazionale".

Fecondazione assistita e aumento di complicazioni alla nascita

Secondo un nuovo studio, con il concepimento assistito si ha un rischio raddoppiato di gravi complicazioni alla nascita, rispetto a un concepimento avvenuto naturalmente



Mettere alla luce una nuova creatura è il sogno di moltissime coppie. Purtroppo, però, **vi sono casi in cui il desiderio non si realizza**, neppure con tutte gli accorgimenti del caso. In tali circostanze è probabilmente quasi naturale affidarsi al concepimento assistito, o fecondazione assistita, come ultima spiaggia.

Quello che purtroppo si è tuttavia potuto notare è che quando si opta per una scelta simile vi è un grande rischio – due volte maggiore rispetto a un concepimento normale – di **gravi complicazioni alla nascita**. Tra queste vi sono il parto prematuro, il basso peso alla nascita o peggio, il feto morto o la morte neonatale.

Per arrivare a una simile affermazione i ricercatori provenienti dalla University's Robinson Institute, hanno confrontato i risultati di oltre 300mila nascite nell'Australia del sud, per in periodo di circa diciassette anni. Tra queste, **oltre 4.300 erano frutto di fecondazione assistita**. Sono state prese in considerazione diverse tecniche come la fecondazione in vitro (IVF), l'iniezione intracitoplasmatica di sperma (ICSI), l'induzione dell'ovulazione e la crioconservazioni degli embrioni.

«Rispetto ai concepimenti spontanei in coppia con nessun record di infertilità – spiega il professor Michael Davies dell'Università Robinson Institute di Adelaide, principale autore dello studio – i bambini provenienti da fecondazione assistita avevano **quasi il doppio delle probabilità di nascere morti**, più di due volte in più la probabilità di essere prematuri, quasi tre volte in più la probabilità di avere un basso peso alla nascita, e due volte di più la probabilità di morire entro i primi 28 giorni dalla nascita». Secondo i ricercatori questi allarmanti dati possono comunque variare a seconda del tipo di fecondazioni assistita. Per esempio, chi ha seguito la tecnica della fecondazione in vitro, ha avuto nella **stragrande maggioranza dei casi** peso basso alla nascita, parto pretermine e morte neonatale. In misura minore, queste condizioni si sono verificate anche con la tecnica dell'iniezione intracitoplasmatica di sperma (ICSI). Mentre utilizzando la crioconservazioni degli embrioni, gli effetti negativi dell'iniezione intracitoplasmatica di sperma venivano quasi annullati del tutto. Con la fecondazione in vitro, rimanevano comunque. Ma non è tutto rose e fiori neppure con la congelazione degli embrioni: a tale tecnica, infatti, è stato associato un maggior rischio di macrosomia (sindrome bel bambino grande). Lo studio, pubblicato sulla rivista *PLoS ONE*, mette dunque in evidenza come, nonostante la scienza abbia fatto passi da gigante in fatto di fecondazione assistita, **ancora molte ricerche** devono essere condotte per ridurre al minimo il rischio di complicazioni alla nascita.

<http://www.lastampa.it/2014/01/14/scienza/benessere/gravidanza-parto-pediatria/fecondazione-assistita-e-aumento-di-complicazioni-alla-nascita-DQIElj7wkyJ6rCxpPfcwYl/pagina.html>

L'intervento

Farmaci oncologici, il futuro della sperimentazione

Francesco Cognetti*

Nei giorni scorsi il Comitato etico della Fondazione Umberto Veronesi ha redatto il documento *Orientamenti sull'utilizzo della Randomizzazione nella Sperimentazione Clinica*. Questo atto si schiera contro il ricorso alla randomizzazione durante gli studi clinici sui farmaci, cioè l'assegnazione casuale dei trattamenti previsti dagli studi stessi. Scegliere "a caso" i pazienti ai quali somministrare un farmaco potenzialmente efficace è secondo la Fondazione addirittura un "comportamento immorale". A mio avviso invece la randomizzazione rappresenta un utile strumento che può scientificamente provare se una nuova molecola è davvero utile e valida a contrastare una malattia oppure no.

La metodologia utilizzata nel corso delle sperimentazioni cliniche subisce una continua evoluzione. Proposte di modifica sono motivo di dibattito nell'ambito della comunità scientifica anche in considerazione della necessità di dover ridurre i tempi ed i costi delle stesse sperimentazioni, anche attraverso una diminuzione del numero di pazienti da arruolare ai fini dell'accertamento della validità o meno di un trattamento. Proprio in questi mesi in tema di terapie biologiche, le quali rappresentano la nuova frontiera della lotta al cancro, ampia e serrata è la discussione tra gli scienziati sulla opportunità di individuare e

definire con precisione, già nelle fasi precoci di sperimentazione, i bersagli di azione dei vari farmaci testati in modo da indirizzare meglio i trattamenti, renderli più efficaci e mirati e, se del caso, renderli immediatamente disponibili ai pazienti. Le risultanze di questo dibattito saranno prima validate a livello scientifico e poi naturalmente diffuse a livello della pubblica opinione, della comunità e dei pazienti. Mettere in dubbio, preliminarmente rispetto al dibattito scientifico, questo metodo di valutazione utilizzato per decenni e tutt'ora in vigore in tutti i Paesi occidentali senza peraltro produrre una proposta di un metodo alternativo reale e validato rischia di creare confusione, non rispettare le regole scientifiche e mettere quindi potenzialmente a rischio la salute dei cittadini. Oltretutto proprio in queste settimane l'Italia vede sulle prime pagine dei giornali le polemiche relative al cosiddetto metodo Stamina, definito dalla comunità scientifica del tutto inattendibile.

La randomizzazione non è una crudeltà ma una libera e consapevole scelta fatta sia da un ricercatore che dal paziente stesso, il quale è informato se partecipa ad un test clinico. Per vedere se un farmaco funziona serve un gruppo di pazienti di controllo cui nella maggior parte dei casi viene comunque somministrata la miglior terapia fino a quel momento disponibile. Quando una persona decide di partecipare ad una sperimentazione oltre che derivarne un potenziale

beneficio si assume la responsabilità di un atto utile per sé e per la collettività nella lunga lotta contro il cancro. Attualmente non esiste una valida alternativa scientifica alla scelta a random. La selezione dei pazienti deve essere eseguita con estremo rigore per ridurre il più possibile il rischio di false conclusioni. Infine è necessario salvaguardare e non criminalizzare la ricerca farmacologica che viene svolta nel nostro Paese. Si tratta, infatti, di un settore importante e vitale per l'economia nazionale e rappresenta un'eccellenza italiana nel mondo. Come ha recentemente ricordato l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) dopo anni di recessione nel 2012 è ricominciato a crescere il numero di studi clinici effettuati in Italia (+3% rispetto all'anno precedente per un totale di 697 studi). È possibile migliorare le norme e i criteri che regolano gli studi clinici, promuovere una migliore utilizzazione delle banche dati già esistenti, definire meglio le regole per un'interruzione precoce degli studi in caso di provata non efficacia, formulare modelli biostatistici più innovativi, curare maggiormente l'aspetto relativo all'informazione al paziente e limitare al massimo l'uso del Placebo come alternativa al trattamento in sperimentazione. Non è però etico contestare le fondamentali stesse della ricerca medico-scientifica.

** Direttore dipartimento di Oncologia medica Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma e presidente Fondazione "Insieme contro il cancro"*

3 RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute curarsi



Le ultime terapie



“ I tumore al seno è una delle paure più grandi per il mondo femminile. Ma, grazie alla prevenzione e ai nuovi approcci terapeutici, oggi è possibile parlarne come di una patologia non solo curabile, ma nella maggior parte dei casi guaribile. ”

Tumore al seno, si guarisce sempre di più

Oggi l'87% delle donne sconfigge la malattia femminile più temuta. Grazie agli studi sulla genetica e a nuovi tipi di cure

di Luana Trumino

Con la consulenza scientifica del prof.

FRANCESCO COGNETTI,



direttore dell'Oncologia Medica del Regina Elena di Roma.

Ecografia, mammografia, biopsia, cure. Comincia così, per una donna su 13, il calvario della scoperta di un carcinoma al seno, patologia che rappresenta la prima causa di morte nel genere femminile. Ma c'è una buona notizia: “In quindici anni, le percentuali di guarigione in questa malattia sono cresciute di circa il 10%, passando dal 78 all'87%” afferma il professor Cognetti. Si tratta di un risultato eccezionale, da ricondurre alle campagne di prevenzione e a terapie sempre più efficaci. Le scoperte degli ultimi anni sulla genetica dei tumori stanno, infatti, portando allo sviluppo di un nuovo approccio alla malattia.

- ✓ **Nuovi metodi diagnostici** che consentono di prevedere con maggiore precisione l'evoluzione del tumore, permettendo di capire già in fase di diagnosi, o durante il trattamento, la validità della cura.
- ✓ **Nuovi farmaci biologici**, come quello di recente sviluppo (T-DM1) che distrugge come una “bomba” le cellule tumorali, in grado di rilasciare una sostanza altamente tossica solo dove si trova la neoplasia, con meno effetti collaterali.
- ✓ **Nuovi approcci per la chemioterapia**, che adesso può essere praticata prima dell'intervento e che migliorerà l'indice di sopravvivenza alla patologia, e la radioterapia.

Le moderne frontiere della genomica

Recentemente sono stati presentati due test in grado di prevedere con maggiore precisione l'evoluzione della malattia e risolvere il principale dei dilemmi dell'oncologo, cioè la scelta della terapia. “Attraverso queste indagini, – spiega il professor Alberto Bottini, responsabile Patologia Mammaria Breast Cancer Center dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona – è possibile condurre un'analisi sulla mutazione di geni specifici e individuare già in fase di diagnosi il trattamento più indicato per la paziente. Inoltre, in corso di terapia, si potrà valutare se la donna sta traendo un reale beneficio dalle cure somministrate”. In questo modo è possibile evitare la tossicità di una chemioterapia post operatoria.

NUOVI FARMACI BIOLOGICI Bersagliano solo le cellule malate. E riducono tempi ed effetti collaterali

Negli ultimi anni, l'attenzione dei medici si è concentrata sulla qualità di vita delle donne che si sottopongono alle cure per il tumore alla mammella. "Una risposta è arrivata da una nuova formulazione di *Trastuzumab*, che permette l'assunzione di questo farmaco per via sottocutanea e che ha dimostrato un'efficacia sovrapponibile alla somministrazione per endovena, con il grande vantaggio però di migliorare la qualità di vita delle pazienti grazie a tempi di infusione più brevi, circa 5 minuti contro i 30-90 minuti, e a una minore invasività" spiega il prof. Cognetti.

"Ma oggi sono in corso di valutazione anche molti altri nuovi farmaci: alcuni sono nuovi anticorpi monoclonali, come T-DM1, un trattamento oncologico altamente specializzato per il carcinoma mammario HER2-positivo (una forma molto aggressiva) in stadio avanzato". Cosa è cambiato? Grazie alla loro natura di farmaci mirati, consentono la somministrazione di chemioterapia altamente potente, altrimenti intollerabile, massimizzando il beneficio clinico e minimizzando, al contempo, gli effetti collaterali tossici.

La radioterapia intraoperatoria

Fino a oggi, una donna operata di tumore al seno poteva essere sottoposta a cicli di radioterapia che duravano anche alcuni mesi. Ma di recente si è arrivati a una nuova metodica. **Uno studio italiano condotto per dieci anni, guidato da Roberto Orecchia e Umberto Veronesi dell'Istituto Europeo di Oncologia**, pubblicato nella prestigiosa rivista scientifica *The Lancet*, ha dimostrato che procedere alla radioterapia intraoperatoria ELIOT (ossia durante l'intervento stesso) risulta molto efficace. **Uno dei vantaggi di questa tecnica è quello di poter erogare le radiazioni direttamente sul bersaglio risparmiando le strutture sane.** "La conferma dell'efficacia della ELIOT, ha spiegato il professor Umberto Veronesi nel sito www.fondazioneveronesi.it è un'ottima notizia per il mondo femminile. Non dimentichiamo che le donne che vivono lontano da un buon centro di radioterapia preferiscono, a volte, sottoporsi a una mastectomia piuttosto che affrontare viaggi e costi giornalieri per diverse settimane. La radioterapia intraoperatoria risolve questo problema e dovrebbe diventare un trattamento standard per tumori del seno allo stadio iniziale".

CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE Fatta prima dell'intervento aumenta le possibilità di conservare la mammella



Per consentire alle donne con tumori estesi (superiori a 3 cm di diametro) di sottoporsi a interventi volti a conservare gran parte della mammella, è possibile attuare una fase di cure antecedenti l'intervento stesso che prende il nome di **chemioterapia neoadiuvante** e ha il compito di ridurre il nodulo tumorale in modo da evitare la mastectomia (intervento mutilante). "Questo tipo di chemioterapia può essere utile anche nel trattare precocemente eventuali micrometastasi presenti in organi a distanza dalla mammella" spiega il professor Alfredo Berruti, direttore dell'Oncologia medica presso gli Spedali Civili di Brescia. I risultati del nuovo approccio? Una significativa quota delle pazienti con la chemioterapia neoadiuvante ottiene una remissione completa della malattia. In generale, consente comunque a circa l'80% delle pazienti di ottenere una riduzione delle dimensioni tumorali, con esiti psicologici, funzionali ed estetici meno invalidanti.

Così si evitano gli effetti collaterali

Quando il cancro si è diffuso in altre parti del corpo, la chemioterapia può essere utilizzata per ridurre i sintomi, migliorare la qualità di vita e prolungare il più possibile la sopravvivenza. Purtroppo la sua somministrazione compromette anche le cellule sane dell'organismo

(bulbi piliferi, mucose, midollo osseo), causando caduta parziale o completa dei capelli, nausea, vomito, alitosi, stomatite, stanchezza, perdita dell'appetito, facile affaticamento, stipsi, diarrea. Inoltre, può determinare la diminuzione dei globuli bianchi e rossi e delle

piastrine. Per questo, negli ultimi anni, è stata data molta importanza alle **"terapie di supporto" che permettono di controllare gli effetti collaterali della chemioterapia** con farmaci adeguati in modo da salvaguardare la qualità di vita delle donne che si sottopongono alle cure.

PILLOLE INTELLIGENTI

Secondo gli esperti l'aumento dei "farmaci intelligenti" (*targeted therapy*) non metterà comunque in pensione la chemioterapia, ma **consentirà un'integrazione tra le due procedure.** Il lavoro di "sgrossamento" delle cellule tumorali lo dovrà sempre fare la chemioterapia. Del resto i farmaci mirati agiscono meglio quando devono combattere con un numero inferiore di cellule neoplastiche: quelle diventate più resistenti alla chemioterapia e quindi più sensibili ai farmaci biologici.

Cancro al polmone Un nuovo esame lo vede due anni prima della Tac

VITO SALINARO
MILANO

Una diagnosi precoce è, quasi sempre, la migliore garanzia di un successo terapeutico. Per questo, lo studio condotto all'Istituto nazionale dei Tumori di Milano (Int) che rivoluziona la diagnosi del tumore al polmone, la seconda più comune forma di cancro al mondo – e la più letale –, rischia di cambiare la storia della malattia. E pensare che per individuare la patologia con un anticipo di ben due anni rispetto ai tempi richiesti dalla Tac spirale (l'indagine radiologica oggi più avanzata), basterà un semplice prelievo di sangue.

Un test poco invasivo ma che, valutando i livelli di microRna circolanti nel plasma, determina «l'utilità predittiva, diagnostica e prognostica». In sostanza, l'esame ha dimostrato una sensibilità dell'87% nell'identificare il tumore al polmone nell'ambito di uno studio retrospettivo condotto su 939 forti fumatori, arruolati nel programma *Multicentric Italian lung detection*.

I risultati della ricerca sono stati presentati a San Diego (Usa) alla conferenza dell'Aassociazione americana per la ricerca sul cancro e dell'Associazione internazionale per lo studio del tumore al polmone, da Gabriella Sozzi, direttore dell'Unità di Genetica tumorale dell'Int. L'attenzione mondiale al lavoro italiano, al quale hanno collaborato anche l'Università di Parma e il gruppo di Carlo La Vecchia dell'Irccs Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, è testimoniata dalla pubblicazione sul *Journal of Clinical Oncology*.

Considerando tutti gli individui analizzati (870 dei quali senza malattia e 69 con tumore al polmone), il test dei microRna ha riportato un valore predittivo negativo del 99% per l'identificazione della malattia e del 99.86% per la predizione delle morti per cancro polmonare, evidenziando l'elevata specificità

nella corretta identificazione degli individui che non erano malati di cancro. Questo esame ha così ridotto dell'80% il numero dei cosiddetti "falsi positivi" individuati dalla Tac spirale, che aveva identificato noduli sospetti in soggetti però non malati di cancro polmonare. Uno dei grandi problemi della diagnostica odierna è infatti legato all'alto numero di "positività" riscontrato dalla Tac; cioè di quei pazienti che risultano malati all'indagine radiologica ma che malati non sono.

«La riduzione dell'80% dei falsi positivi è rilevante da un punto di vista clinico – spiega

Ugo Pastorino, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia toracica dell'Int – perché porterebbe alla riduzione dei conseguenti costi e rischi associati con le ripetute indagini radiologiche o con l'uso di altre metodologie diagnostiche invasive per il paziente. Dal punto di vista terapeutico – aggiunge –, riusciremo ad aggredire più selettivamente e con maggiore efficacia la malattia. Ma ciò che abbiamo nel lungo periodo è ancora più ambizioso: parlo

**Un ampio studio
condotto all'Istituto
dei Tumori di Milano
rivoluziona
la diagnosi
Da quest'anno il test
negli Stati Uniti**

dello sviluppo di inibitori selettivi che colpiscano il tumore prima ancora che risulti visibile agli esami strumentali».

Numerosi biomarcatori con valenza diagnostica e prognostica sono stati identificati di recente, ma pochi, sottolinea Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Int, «hanno superato la prova della validazione e sono diventati veri strumenti della pratica clinica, come questo test molecolare si appresta a diventare». Per Giuseppe De Leo, presidente del prestigioso Istituto milanese, «lo studio testimonia la qualità dei nostri ricercatori in grado di ottenere risultati di rilevanza internazionale e conferma il ruolo di primo piano che l'Int riveste nella lotta al cancro». Necessario, dunque, «sostenere la ricerca. Questo successo è stato reso possibile anche grazie al supporto dell'AirC».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sperimentazione farmaci, settore in crescita secondo il rapporto Aifa

14/01/2014

Segnali di ripresa nella sperimentazione clinica italiana, con una crescita del 3% degli studi nel 2012: i dati contenuti nel XII Rapporto nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia diffuso dall'Agenzia italiana del farmaco sono confortanti e appaiono immuni dalla crisi economica. Il segno più dura ormai da qualche anno e dai 670 studi del 2010 si è passati ai 676 del 2011 fino ai 697 del 2012, conquistando posizioni anche rispetto agli altri Paesi di riferimento: le sperimentazioni italiane sono infatti passate dal 16,4% al 17,7% di quelle europee. Certo, le differenze regionali sono molte e ben più della metà degli studi si concentrano in Lombardia, con 394 studi clinici in corso, di cui 199 coordinati dalle strutture del suo territorio, ma numerose sperimentazioni si hanno anche nel Lazio, in Emilia Romagna, e qualcuna al Sud, specie in Sicilia e Campania. L'Aifa fa notare che studi di early phase (I e II), il 42,9% del totale, evidenziano la buona vocazione nazionale a occuparsi delle fasi precoci di sviluppo del farmaco ed è la responsabile mondiale ricerca e sviluppo di Merck Serono, Annalisa Jenkins, a sottolineare il ruolo strategico dell'Italia, «in particolare per gli studi di fase 1, perché oltre a validissimi scienziati e ricercatori in Italia c'è anche un ambiente regolatorio favorevole». È la testimonianza di un orientamento diffuso nelle grandi aziende farmaceutiche che stanno tornando a investire in Italia: gli investimenti nella farmaceutica in Italia, si sono attestati nel 2012 intorno a 1,2 miliardi di euro per un comparto che sfiora i seimila addetti. Gli studi si concentrano in particolare sull'oncologia (34,9% degli studi), la maggior parte sono multicentrici e nella stragrande maggioranza sono stati avviati sui pazienti (solo dodici sono su volontari sani e sei su pazienti e volontari sani). Quasi un centinaio sono le sperimentazioni "di genere", in prevalenza per terapie indirizzate alle donne (51 studi contro i 32 condotti solo su maschi).



CRISI E SALUTE/ Indagine Istat sul ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione

Quell'11% che rinuncia alle cure

Le difficoltà economiche scoraggiano soprattutto anziani e residenti al Sud

«Grande fuga» dall'odontoiatria: visite in calo del 23% nel 2012

Che la crisi picchi duro non è certo una novità. A dare man forte ai tanti campanelli d'allarme che denunciano il peso della deprivazione economica sulle scelte di cura, anche tra gli italiani, è ora l'indagine multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", realizzata con il sostegno del ministero della Salute e delle Regioni.

Il primo dato, allarmante, che salta agli occhi in un quadro più generale che passa in rassegna la percezione dello stato di salute, il trend nella fruizione delle prestazioni specialistiche e il livello di soddisfazione verso il Ssn, è il combinato disposto tra l'aumento delle disuguaglianze e sociali e territoriali e la rinuncia a una prestazione Ssn di cui si avrebbe bisogno. «A fronte di una sostanziale tenuta dei livelli di assistenza - si legge infatti nel Report Istat - nel 2012 l'11% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria erogabile dal Ssn, pur ritenendo di averne bisogno. Oltre una

persona su due rinuncia per motivi economici e circa una su tre per motivi di offerta».

La scelta di non curarsi negli ultimi 12 mesi del 2012 - che riguarda il 14,3% delle persone con più di 14 anni ed è dovuta per l'85,3% a motivi economici - interessa soprattutto visite e trattamenti odontoiatrici, in calo nel 2012 di oltre il 23%. In flessione più contenuta (-9%) le visite dietologiche. Al netto dell'odontoiatra, la quota delle rinunce alle visite si riduce al 7%, mentre ancora più contenuta (4,7%) è la percentuale di chi ha scelto di non effettuare un accertamento diagnostico specialistico o trattamenti riabilitativi (2,5%). L'acquisto di farmaci pur in presenza di bisogno reale "salta" nel 4,1% dei casi: oltre il 70% delle rinunce riguarda l'out of pocket mentre il 25% va attribuito a un ticket troppo oneroso. Quasi indenni dai "tagli" - che in generale prevalgono in chi abbia già usufruito di prestazioni nel corso dell'anno - sono gli interventi chirurgici (0,8%).

Chi sono i rinunciatari-tipo? Le donne (13,2% contro il 9% degli uomini), soprattutto nella fascia d'età 45-64 anni, le persone disoccupate e quanti giudicano le proprie risorse economiche scarse e insufficienti (i rinunciatari sono in questo caso il 17,6%). I motivi economici pesano più al Sud (9,2%) e nelle isole (9,5%), mentre al Centro gli utenti sono scoraggiati soprattutto dalle lunghe liste d'attesa,



dalla scomodità degli orari e dalle difficoltà di raggiungere la struttura.

Le percentuali della rinuncia - si legge ancora nel report - salgono al 26,3% tra chi dichiara di stare male o molto male, al 18,4% tra chi ha una cronicità grave e al 23,3% tra i multicronici. «Tutte condizioni - è il commento, dovuto - che esponendo a una maggiore necessità di assistenza offrono probabilmente anche maggiori rischi di abbandono delle cure».

Le rinunce si inscrivono in un più complessivo quadro di aumento delle disuguaglianze, per poi contribuire ad accentuare le stesse disparità da cui nascono: se la salute in generale assiste gli italiani, che nel 2012 per 2/3 (il 67%) hanno riferito di stare bene o molto bene, a soffrire è il 7,7% delle persone mentre il 14,8% della popolazione ha sviluppato almeno una cronicità.

Basso titolo di studio, territorio ed età pesano come macigni e incidono sempre più: rispetto al 2005, al Sud cresce dal 13,2 al 15,5% la quota di multicronici, soprattutto tra le donne. Un dato che annulla il vantaggio del Sud registrato in passato rispetto al Nord riguardo alla multicronicità.

Nel Meridione la percentuale di popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute passa dall'8,5% del 2005 al 9,8% del 2012. Gli over 65 con risorse economiche scarse o insufficienti che dichiarano di stare "male" o "molto male" sono passati dal 28,6 del 2005 al 30,2% del 2012, a fronte di un residuo 14,8% di anziani con risorse ottime o adeguate (che comunque nel 2005 era il 16,5%). Gli anziani del Sud, dove le condizioni economiche sono più critiche, sono in assoluto i più svantaggiati. A farne le spese è anche la prevenzione: tra i più anziani in condizione economica precaria le visite calano del 7%, a fronte di un aumento del 17% sempre sul 2005 tra gli anziani in condizioni economiche più agiate.

E la crisi comincia a minacciare, oltre al corpo, anche la mente: la percezione dello stato di salute psicologica vede passare l'indice controllato per età dal 49,6 del 2005 al 48,8 del 2012. Chi sta peggio, anche in questo caso, sono gli adulti tra i 45 e i 54 anni, i residenti al Sud e le donne tra i 45 e i 64 anni che cercano di entrare nel mercato del lavoro.

I consumi sanitari e le modalità di pagamento. Confrontando i dati 2005 e 2012, i consumi sanitari si presentano in aumento per le visite mediche, stabili per gli accertamenti diagnostici e in lieve diminuzione per i ricoveri ospedalieri. Il numero di visite - 36,5 milioni nel 2012 - è cresciuto da 51,2 a 60,3 per cento persone e l'aumento ha riguardato soprattutto gli over 65 (+25%) e il Nord-Ovest del Paese. Permane il divario di genere: tra i 25 e i 54 anni oltre una donna su due fa visite mediche a fronte di un uomo su tre. Sull'incremento complessivo delle visite pesano di più quelle generiche (52,5%) e meno (47,5%) quelle specialistiche. In aumento solo tra chi non ha problemi economici - e soprattutto tra le donne - le visite a scopo preventivo. Il volume delle visite, rapportato alla popolazione, aumenta tra il 2005 e il 2012 soprattutto per ottenere la prescrizione delle ricette (+29,4%), mentre per malattie o disturbi la crescita è dell'8% e del 9% è l'incremento dei controlli sullo stato di salute in assenza di malattie o sintomi.

Sono 16 milioni gli accertamenti diagnostici, pari a 26,4 per 100 persone: dato stabile rispetto al 2005 e che anche in questo caso conferma una prevalenza delle utenti donne rispetto agli uomini. Il ricorso agli accertamenti cala del 10% rispetto al 2005 tra le persone che dichiarano scarse o insufficienti le risorse economiche della famiglia.

Restano alti i consumi sanitari delle persone in peggiori condizioni di salute, tra le quali il ricorso allo specialista è doppio rispetto a quello del medico generico: tra le persone con almeno una malattia cronica grave la specialistica è aumentata del 20%. A "preferire" il generalista sono soprattutto le persone in cattiva salute e in condizioni economiche svantaggiate, mentre dallo specialista vanno i più ricchi.

Pure se in calo, è alta la quota di visite specialistiche a pagamento intero: esclusa l'odontoiatria, con riferimento all'ultima visita specialistica effettuata nei 12 mesi precedenti la rilevazione il 35,7% non ha pagato, il 22,5% ha pagato il ticket e il 41,8% ha pagato interamente. Aumenta invece la quota a pagamento intero per accertamenti specialistici e analisi del sangue, forse anche per effetto della maggiore competitività in termini economici delle prestazioni private rispetto a quelle offerte in regime Ssn.

Barbara Gobbi

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 13 GENNAIO 2014

Crolla la ricerca medica in Europa: - 25% tra 2007 e 2011. Un fallimento annunciato

Una [survey](#) appena pubblicata sul *British Medical Journal*, esplora in presa diretta le cause della fuga della ricerca dal Vecchio Continente. Gli stakeholder intervistati suggeriscono che i costi non sono tutto e che è invece imperativo realizzare l'unità europea della ricerca, ancora troppo lontana

Tra il 2007 e il 2011 le richieste di condurre un *trial* clinico in Europa sono crollate del 25%. Per spiegare questa Caporetto della ricerca nel Vecchio Continente sono stati invocati i costi eccessivi, i lunghi tempi di approvazione e i difetti della Direttiva Europa sui *Trial* Clinici. Ma nessuno finora si era preso la briga di andare a sondare l'effettivo peso di questi fattori o di scoprire se ce ne fossero altri meno evidenti. Un *gap* colmato adesso dallo studio SAT-EU (*Survey of Attitudes towards Trial sites in Europe*), un sondaggio anonimo condotto sul *web* che ha valutato in maniera sistematica i fattori che potrebbero influenzare la selezione dei centri europei per i *trial* clinici.

Lo studio è stato condotto da un *panel* internazionale di esperti in ricerca clinica, coordinati dal Prof. **Giuseppe Ambrosio**, Direttore della Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare dell'Università e Azienda Ospedaliera di Perugia. Alla *survey* hanno risposto 485 *top manager* della ricerca biomedica di 34 nazioni: il 49% appartenenti al settore BioPharma e il 40% di ambito accademico (CTU, *clinical trial units*) o da Organizzazioni per la ricerca clinica (CRO). Tra gli elementi di maggior importanza nell'influenzare la scelta di un centro per un *trial* clinico sono stati presi in esame gli aspetti relativi ai ricercatori (interesse in una certa area di patologia, prestigio, pubblicazioni, esperienze precedenti in studi simili), ambientali (velocità di approvazione da parte dei comitati etici e istituzionali, disponibilità di pazienti idonei all'interno di una regione, incentivi governativi, costi, esistenza di *network* di esperti internazionali su una patologia, ecc.) e relativi ai centri ospedalieri (esperienza del personale coinvolto nel *trial* e abilità linguistiche, attrezzature diagnostiche disponibili, ecc); mentre la voce 'costi' è risultata meno impattante.

All'interno dei criteri 'ambientali', la disponibilità di un adeguato pool di pazienti idonei all'interno di una regione, la velocità di approvazione dei *trial* e la presenza di *network* di gestione di una patologia, assumevano un peso nettamente superiore rispetto alle voci 'spesa' o agli incentivi finanziari governativi. I 'mercati' più appetibili, quelli più 'recettivi' per la realizzazione di un *trial* clinico, sono risultati i Paesi del nord Europa (nell'ordine Germania, Olanda, UK); Italia e Spagna giacciono purtroppo dall'altro lato della barricata.

In conclusione alcuni elementi relativi ai ricercatori e la semplicità dei processi di approvazione sono i fattori determinanti nella selezione dei centri per i *trial* clinici, mentre meno impattante appare la voce 'costi'. Ciò significa che per spingere la ricerca nel Vecchio Continente non necessariamente si richiedono investimenti aggiuntivi o incentivi da parte dei governi. Prioritari, al fine di attirare un maggior numero di *trial* clinici in Europa, appaiono invece l'armonizzazione dei processi di approvazione (le lungaggini amministrative non incentivano la scelta, "il tempo è denaro"), una maggior visibilità dei centri d'eccellenza (ad esempio attraverso la creazione di siti *web* o di *network* dedicati ad una particolare patologia) e il contenimento dei costi indiretti 'nascosti' (quelli legati alle farraginosità burocratiche per impostare un *trial* e portarlo 'su strada', la lentezza del reclutamento, la

scarsa *performance* di un centro). Significativo a questo riguardo è il fatto che il 75% degli intervistati consideri l'informazione veicolata dal web, con la creazione di uno 'sportello virtuale centralizzato', "decisamente auspicabile" o "utile la maggior parte delle volte".

E' necessario e prioritario insomma realizzare una vera unità d'Europa anche della ricerca, un 'mercato dei *trial*' pan-europeo e una 'European Research Area', all'interno della quale sia garantita la libera circolazione di ricercatori, conoscenze scientifiche e tecnologie.

La strategia di crescita dell'Europa per l'anno 2020 – ricordano gli autori – prevede un investimento del 3% del Pil in R&S. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale consentire BioPharma, il settore europeo con il più alto rapporto R&D/vendite, di investire in Europa senza doversi scontrare con inutili ostacoli. Il Vecchio Continente sulla carta ha tutti i numeri per diventare protagonista assoluto della ricerca medica: un mercato appetibile, un'ampia fetta di popolazione nella terza età, centri universitari e di ricerca prestigiosi, importanti industrie farmaceutiche. E' dunque arrivato il momento di rimuovere gli ostacoli e, per quanto riguarda il nostro Paese, di imparare qualcosa dai nostri vicini più performanti.

Maria Rita Montebelli

[Factors influencing clinical trial site selection in Europe: the Survey of Attitudes towards Trial sites in Europe \(the SAT-EU Study\).](#) (Marta Gehring, Rod S Taylor, Marie Mellody, Brigitte Casteels, Angela Piazzi, Gianfranco Gensini, Giuseppe Ambrosio)

PD, SEL, GRILLINI

Torino, il Comune chiede al governo cannabis libera

Minucci e Rossi A PAGINA 17

Marijuana libera Torino è la prima in Italia a dire sì

L'ordine del giorno passa per due voti, astenuto Fassino

il caso
EMANUELA MINUCCI
ANDREA ROSSI
TORINO

Fino a ieri mattina circolavano certe battute: «Vedrai, sulla cannabis finirà con una fumata nera». E invece no: Torino, da qualche ora, è la prima città d'Italia ad aver votato un documento per la liberalizzazione della marijuana. Il provvedimento (un ordine del giorno) è stato approvato dal Consiglio comunale di stretta misura: 15 voti a favore (Sel, mezzo Pd, Idv, 5 Stelle) 13 contrari e 6 astenuti, fra cui il sindaco Fassino. Contraria, massicciamente, l'opposizione di centro-destra e l'ala cattolica del Pd. «Non eravamo riusciti quattro anni fa a tracciare la via sulle «stanze del buco» - commenta

il primo firmatario, Marco Grimaldi di Sel - ma questa volta ce l'abbiamo fatta. E da Milano e altre città ci hanno già chiesto il documento per capire come venirci dietro».

È vero, si tratta di un via libera senza ricadute pratiche immediate, ma è politicamente rilevante. In realtà, le proposte erano due. La prima chiedeva un «sì» per l'utilizzo della cannabis a fini terapeutici, come già accade in Toscana, Liguria e Veneto, dove la Regione (a trazione leghista, come il Piemonte) oltre ad aver autorizzato i farmaci cannabinoidi per la terapia del dolore ha approvato la distribuzione sperimentale e gratuita in ospedale e farmacia di preparati a base di cannabis. La seconda, invece, era più drastica: via subito la legge Fini-Giovanardi, restrittiva e secondo molti una delle principali cause del sovraffollamento delle carceri, e via libera alla produzione diretta di ma-

rijuana e alla sua vendita. Approvarla è stato ben più complesso, perché - oltre al sindaco - anche parte della maggioranza si è sfilata, astenendosi o votando contro. La differenza l'hanno fatta i due consiglieri del Movimento 5 Stelle, entrambi favorevoli.

È dai tempi della lotta per le narcosale (meglio note come «stanze del buco», che in realtà finirono con un nulla di fatto) che il Consiglio comunale non si occupava del tema droga. Avvenne due amministrazioni fa, sempre per iniziativa di Grimaldi, che stavolta ha presentato il documento insieme a Silvio Viale, Radicale in quota Pd, ginecologo ma soprattutto habitué delle battaglie civili: la prostituzione, le unioni di fatto, i matrimoni gay, il testamento biologico, fino alla sperimentazione della Ru486, la pillola abortiva.

Delle stanze del buco se ne discusse per mesi. Il vero obiettivo era togliere i tossico-

dipendenti dalla strada fornendo loro assistenza medica, psicologica e un percorso di recupero. Alla fine però non si raggiunse la maggioranza.

Stavolta invece i numeri ci sono e quell'ordine del giorno «che invita il Parlamento ad affrontare il passaggio da un impianto di tipo proibizionistico a un impianto di tipo legale della produzione e della distribuzione delle droghe cosiddette leggere, con particolare riferimento alla cannabis e ai suoi derivati» ha incassato l'appoggio dei più.

A Torino piace fare da apripista sui grandi temi destinati a dividere: l'era Chiamparino ha lasciato in dote il registro delle unioni civili e del testamento biologico, la richiesta di concedere il voto agli immigrati per le amministrative. Addirittura l'ex sindaco, oggi tornato in pista per le Regionali, nel 2010 sposò simbolicamente due donne. Il suo successore, Piero Fassino, ha invece esordito concedendo la cittadinanza onoraria ai figli degli stranieri.

USO NON TERAPEUTICO

Il provvedimento punta alla produzione diretta e alla vendita di cannabis

L'INVITO AL PARLAMENTO

Chiesto alle Camere di superare la legge Fini-Giovanardi

stampa | chiudi

ALAIN CRIBIER È L'INVENTORE DELLA «TAVI»

Stenosi della valvola aortica

Chirurgia soft per gli anziani

L'alternativa all'intervento tradizionale è l'inserimento della valvola attraverso un catetere, senza aprire il torace

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Cuore

«Devo confessare che il giorno più importante della mia vita di medico è stato il 16 aprile 2002. Quel giorno ho impiantato per la prima volta una valvola aortica, attraverso un catetere, in un uomo di 57 anni che non sarebbe sopravvissuto a lungo». A parlare, all'ultimo congresso Eugms (la Società europea di medicina geriatrica) a Venezia è Alain Cribier, l'inventore della Tavi, una procedura che permette di curare una stenosi aortica (*ndr*: il restringimento, soprattutto dovuto alla presenza di depositi di calcio, di quella valvola che mette in comunicazione il ventricolo sinistro del cuore con l'aorta) senza aprire il torace del paziente. Tavi, infatti, significa *transcatereter aortic valve implant*: la nuova valvola, cioè, viene "trasportata" fino al cuore grazie a un catetere che viene di solito inserito nell'arteria femorale, all'inguine.

BRUTTA PROGNOSI - La stenosi aortica è una malattia piuttosto comune, soprattutto nella popolazione anziana. «Si stima - ha detto Andrea Ungar, coordinatore del gruppo italiano che lavora sulla Tavi - che il 4,6 per cento dei settantacinquenni soffre di stenosi aortica grave, percentuale che arriva all'8 per cento nelle persone di 85 anni e oltre». Ecco i sintomi: difficoltà di respiro, a volte perdita di conoscenza, dolore al petto, segni di scompenso (quando cioè il cuore non riesce a pompare bene il sangue). La prognosi è brutta: l'80 per cento muore in tre anni, se non si interviene. Che cosa si può fare? Negli anni Sessanta si proponeva la sostituzione valvolare con valvole meccaniche artificiali impiantate con un intervento a cuore aperto e l'arresto della circolazione sanguigna. Se l'intervento riusciva, le aspettative di vita ritornavano quelle di una persona normale. Poi negli anni Ottanta il chirurgo francese Alain Carpentier ha inventato le valvole biologiche (di bovino) che non richiedevano, come quelle meccaniche, una terapia anticoagulante per evitare la formazione di coaguli di sangue.

UN CATETERE - L'intervento chirurgico, però, rimaneva molto rischioso soprattutto per i pazienti più anziani. E in molti casi l'alternativa era rappresentata dalla sola terapia medica per controllare lo scompenso (se infatti la valvola aortica non funziona, il cuore si sovraccarica perché il sangue torna indietro e non riesce più a pompare). Ecco allora l'idea di Cribier, attualmente consulente all'Ospedale universitario di Rouen in Francia: inserire una nuova valvola su quella danneggiata e trasportarla al posto

giusto con un catetere infilato o nell'arteria femorale o direttamente nel cuore o nell'aorta attraverso una piccola incisione nel torace. Un intervento che si esegue in anestesia locale e permette al paziente di tornare a casa dopo due giorni. Questa procedura è l'alternativa alla chirurgia a cuore aperto ed è indicata oggi per quei pazienti per cui la chirurgia tradizionale è controindicata o che sono ad alto rischio operatorio.

HEART TEAM - «La Tavi - ha commentato Cribier - è effettuata da un team multidisciplinare detto "heart team" (team del cuore) composto da chirurghi, cardiologi interventisti, anestesisti e specialisti di diagnostica con le immagini (esami come la Tac o la risonanza magnetica, *ndr*). E dovrebbero essere coinvolti anche i geriatri dal momento che questi pazienti spesso hanno anche altre malattie, sono fragili, a volte malnutriti e con disabilità di vario tipo». Il Tavi, una procedura ormai molto diffusa, rappresenta un paradigma dell'approccio multidisciplinare all'assistenza sanitaria della popolazione anziana. E infatti i geriatri a Venezia hanno ribadito l'importanza, quando si parla dell'anziano e delle sue patologie, di una valutazione globale del suo stato di salute. E soprattutto di un metodo di analisi (il *comprehensive geriatric assessment*) che tenga conto di aspetti come appunto lo stato nutrizionale della persona, le performance cognitive, le malattie presenti, le terapie in atto.

DEMOGRAFIA - «Perché l'invecchiamento è il più grande evento demografico di questo secolo - ha commentato Stefania Maggi, presidente del congresso Eugms e geriatra all'Università di Padova -. Secondo le statistiche delle Nazioni Unite la popolazione europea sopra i 60 anni era di 75 milioni nel 1950, è di circa 166 milioni ora e sarà di quasi 242 milioni nel 2050».

stampa | chiudi

Sperimentazione Il biochimico Marcel Leist: «Si possono ridurre le sofferenze degli animali». Brambilla: «Le lobby stanno stravolgendo la nuova legge»

Cellule e modelli matematici: le alternative alla vivisezione

ROMA — Marcel Leist, docente di biochimica all'università di Costanza, è venuto in Italia per affermarlo con forza: «Le alternative alla sperimentazione sugli animali esistono. Si possono usare cellule e modelli matematici. Una soluzione definitiva e valida in ogni campo, ancora non c'è. Ci arriveremo come è successo nella cosmetologia e tossicologia. Però la vivisezione può già essere sostituita in molti protocolli. L'Italia è in ritardo. Bisogna ridurre il dolore inutile. Volendo si può e si deve fare. È una rivoluzione culturale alla quale molti resistono senza motivi validi».

Dopo aver lavorato nell'industria farmaceutica oggi il docente tedesco dirige il *Center for alternative to animal testing* ed è uno dei personaggi più impegnati nello studio di sistemi diversi. Quando parla di dolore inutile Leist si riferisce in particolare ai test su farmaci per le neurodegenerazioni, Parkinson e Alzheimer in testa, malattie che vengono indotte nei ratti per verificare se reagiscono a certe sostanze: «I risultati non sono arrivati quindi bisognerebbe fare un passo indietro».

ha affermato al convegno su «La ricerca scientifica senza animali e il nostro diritto alla salute» organizzato dai deputati della Federazione italiana delle associazioni diritti animali e ambiente, fondata dalla deputata Michela Vittoria Brambilla. È intervenuto tra gli altri Claude Reiss fisico e biologo cellulare, per 35 anni direttore del centro nazionale di ricerca francese.

Oggi si replica al Senato con un'iniziativa della Commissione Igiene e Sanità, presidente Emilia Grazia De Biasi. Verranno espresse anche le ragioni degli scienziati che ritengono il sacrificio degli animali insostituibile allo stato attuale e dunque necessario.

Il problema è stato clamorosamente imposto all'attenzione dei cittadini dalla storia di Caterina Simonsen, la ragazza colpita da deficit Alfa 1, grave malattia, che ha postato le sue foto sul web dove tra l'altro viene trattata assieme ai suoi cani: «Amo gli animali ma senza di loro la ricerca è impossibile». In tanti le hanno scritto per ricoprirle di insulti, ma ha ricevuto altrettanti messaggi di solidarietà. Testimonianze contrarie

alla sua quelle dei malati che ieri a Roma hanno dimostrato l'inutilità di tante prove sulle «creature più deboli di noi. Io come vede sono ancora in carrozzina», raccontano.

È un momento caldissimo. All'esame delle commissioni di Camera e Senato lo schema di decreto con cui il governo ha dato attuazione alla legge approvata lo scorso 3 agosto. Spostati i paletti fissati dal Parlamento per la difesa di roditori, cani, gatti e scimmie da laboratorio. La Brambilla accusa: «Stanno cercando di stravolgere il contenuto della legge. Hanno annullato gli effetti positivi di ben dieci dei nuovi principi introdotti. È stato violato l'articolo 76 della Costituzione. Ci auguriamo che venga rispettato il lavoro svolto dalle Camere e ci sia un ripensamento. La sperimentazione sugli animali è un grosso affare. Le lobby sono abituate a scrivere le leggi da sole».

Il testo del governo è cambiato a colpi di deroghe. Tra i punti non rispettati la genericità con cui rispetto al testo di partenza viene stabilito il principio di promozione dei metodi alterna-

tivi senza prevedere né sanzioni né un finanziamento adeguato (la quota prevista è 160 mila euro l'anno, il 16% della cifra totale). Secondo Brambilla lo stravolgimento più grave riguarda anestesia e analgesia obbligatori solo per studi che comportano dolore intenso e gravi lesioni classificabili come «dolore grave».

Prevede tempi lunghi per la messa a punto di vere e proprie alternative Kathryn Chapman, capo del britannico National Centre per la sostituzione e la riduzione degli animali nella ricerca. L'esperta ha partecipato ai lavori di un tavolo presso il ministero della Salute: «Per ora dobbiamo puntare a una progressiva riduzione di animali utilizzati. Credo che non sarà possibile sostituirli prima di 30 anni. In alcune aree della ricerca sono necessari perché possiedono un'alta predittività. L'impegno intanto deve essere quello di rinunciare al loro impiego quando non si ottengono informazioni scientifiche decisive».

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il tema

Biochimico
Marcel Leist ha partecipato al convegno di ieri



Il convegno

Si è svolto ieri a Roma il convegno «La ricerca scientifica senza animali e il nostro diritto alla salute» organizzato alla Camera dei deputati dalla Federazione italiana diritti animali e ambiente

L'ex ministro

A introdurre i lavori è stato l'ex ministro Michela Vittoria Brambilla, che ha detto: «Oltre 12 milioni di animali ogni anno vengono «sacrificati» nei laboratori europei, 900 mila solo in Italia. Eppure il 92% dei farmaci che ha risultati sugli animali non è efficace sull'uomo». Al convegno ha partecipato anche il biochimico Marcel Leist

