

le **i**nterviste del Mattino

## «Sanità, più fondi alla Campania? Non decido io»

**Il ministro Lorenzin**

Il meccanismo è da rivedere ma serve un'intesa tra Regioni Rifiuti e tumori, faremo chiarezza

**Gigi Di Fiore**

«**S**anità, più fondi in Campania», lo annuncia **Beatrice Lorenzin** il ministro della Salute in un'intervista al Mattino. Quanto alla Terra dei fuochi il ministro insiste: «Lo screening farà luce sulla causa dei tumori». **> A pag. 2**

**Il ministro della Sanità**

# Lorenzin: «Più fondi al Sud? Dipende tutto dalle Regioni»

«Terra dei fuochi: accertare con gli scienziati la causa dei tumori»

**L'obiettivo** «Il Patto della Salute non potrà penalizzare le Regioni con il criterio dell'anzianità»

le **i**nterviste del Mattino

«Piano ospedaliero, 2 anni di tempo per verificare i requisiti e procedere alle fusioni tra le strutture»

**Verifiche**

«Network nazionale per monitorare la spesa in tempo reale»

**I farmaci**

Stiamo lavorando per assicurare i medicinali gratis ai pazienti con epatite C

**Stamina**

Io resto solidale con i medici sconfessati da ordinanze spot dei magistrati

**L'eterologa**

È al lavoro un gruppo con esperti Il 28 luglio porterò alla Camera le proposte

**I test**

«Medicina, migliorare ma non abolire il sistema di selezione con i test»

**Gigi Di Fiore**

Ha partecipato alla Summer school, organizzata all'Hilton di Sorrento dalla Fondazione costruiamo il futuro e dal Ncd. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, non si sottrae alle domande sui principali temi sanitari d'attualità.

**Ministro Lorenzin, l'hanno sorpresa i dati diffusi dall'Istituto superiore della sanità sull'incremento di tumori nella Terra dei fuochi?**

«Mi sembra che l'Istituto superiore della sanità abbia confermato nel 2013 i dati emersi dallo studio Sentieri del 2012. Sulla Terra dei fuochi, ho da sempre scelto di attenermi solo all'evidenza scientifica».

**E lo studio Sentieri fornisce elementi scientifici sui tumori in aumento in quella zona?**

«No, perché lo studio Sentieri non è in grado di stabilire con certezza correlazioni tra l'inquinamento dell'area e i tumori. Per questo siamo andati oltre: il governo ha approvato un decreto sulla Terra dei fuochi».

**Oltre il decreto, qual è stato l'impegno del suo ministero per quell'area?**

«Uno screening dettagliato di massa sulla popolazione, che riguarda la Terra dei fuochi come Taranto. Abbiamo stanziato 50 milioni di euro, per ottenere un quadro sanitario completo sulla situazione».

**Con quali obiettivi?**

«Riuscire finalmente ad avere una

radiografia scientifica sull'esistente. Il famoso tema del nesso di causalità tra inquinamento ambientale e tumori non è ancora sciolto con certezza scientifica e questo non contribuisce a rasserenare il clima tra la gente. Al termine del nostro screening, forniremo alla Regione elementi certi per i successivi interventi».



### Qual è la situazione del registro dei tumori in Campania?

«Il registro dei tumori è già operativo. Abbiamo finalmente uno strumento fondamentale per poter monitorare la salute dei cittadini. Vanno considerate anamnesi, abitudini di vita, ricoveri, ereditarietà, alimentazione. Solo in questo modo lo studio diventa serio e credibile».

### Ritiene che lo screening sia risposta efficace a chi lamenta assenze di interventi nella Terra dei fuochi?

«Voglio essere chiara ancora una volta. Non posso rispondere del passato, ma solo delle mie scelte e di quelle del governo cui appartengo. Lo screening sanitario su una popolazione così ampia è una cosa eccezionale mai fatta prima. Consentirà interventi sanitari mirati.

Poi, ci saranno altre attività, come le bonifiche, le analisi dei terreni e delle coltivazioni affidate alla task force coordinata dal Capo della Forestale Cesare Patrone».

### Da tempo il governatore Caldoro chiede che il criterio della popolazione anziana per il riparto dei fondi sanitari nazionali vada rivisto. Ha ragione?

«Concordo sulla necessità di rivedere qualcosa. Nel 2011, si ragionò ritenendo che le regioni con più anziani residenti spendessero di più per l'assistenza. L'idea è giustamente che la popolazione in età avanzata si ammala di più. Poi, però, esistono regioni con più giovani, come la Campania, con difficoltà ambientali e sistema di assistenza con maggiori problemi. E qualcosa andrà rivisto».

### Proporrà quindi una revisione del riparto dei fondi nazionali?

«Il 19 dicembre è già stata firmata un'intesa tra le Regioni. Ora bisogna arrivare a un riparto condiviso».

### Il Patto per la Salute, tentativo di riorganizzare il sistema sanitario, sarà operativo solo dopo la firma dei protocolli ancora da definire?

«La riorganizzazione degli ospedali è già delineata. Abbiamo seguito i criteri delle potenziali qualità sanitarie. Non ci saranno nuovi accreditamenti per acuti per strutture con meno di 60 posti letto. Per il passato abbiamo predisposto una deroga per le strutture esistenti monospécialistiche al di sotto dei 40

posti letto».

### Quanto ci vorrà per arrivare a regime nella nuova organizzazione ospedaliera?

«Un paio di anni, ma per eventuali nuovi ospedali il criterio scelto è già operativo. Per i vecchi, ci sono due anni di tempo per verificare i requisiti a procedere ad eventuali fusioni tra le strutture, possibili per chi ha meno di 60 posti per acuti ma con determinati criteri».

### Quali ritiene siano nel sistema sanitario gli elementi che incidono di più sui costi?

«Io parlo, in generale, di sistema da rendere efficiente. Il Patto per la Salute va in questa direzione. Ritengo fondamentale la creazione di una centrale unica per gli acquisti su base regionale. Ci sarà poi un network di collegamento tra le diverse centrali regionali, che consentirà di fare verifiche e valutazioni sui costi. Insomma, il problema è armonizzare una governance che contribuisca a rendere efficiente il sistema».

### Quale passaggio pensa sia necessario per modernizzare il nostro sistema sanitario?

«Senza dubbio rendere digitale tutto il sistema sanitario. Consentirà di monitorare e verificare qualità e costi dei servizi. In questo modo, attraverso un controllo reale, il governo potrà intervenire se non lo faranno le Regioni. Non credo ai commissariamenti, ma alle correzioni in tempo reale. Nascerà un network digitale dell'assistenza, dove il ricorso ospedaliero dovrà essere residuale e dove si dovrà privilegiare la prevenzione».

### Per arrivare a questo obiettivo, non crede sia necessario potenziare la medicina e l'assistenza di base?

«I medici di base sono fondamentali. Abbiamo concordato la necessità di una formazione sempre maggiore, considerando che molti medici andranno in pensione».

### La formazione: pensa che il numero chiuso nelle facoltà di Medicina sia ancora da difendere?

«Sì, credo fermamente nel rapporto stretto tra allievi e docente, come tra allievi e possibilità concreta di pratica operatoria. Un allargamento non favorisce questo rapporto. Penso che si debba considerare il collegamento tra fabbisogno medico territoriale, sbocco lavorativo e iscrizioni».

### Nessun correttivo, dunque, per l'accesso a Medicina?

«Penso si possa lavorare a migliorare il sistema dei test d'accesso, vigilare sulla trasparenza dei corsi. Ma sono convinta che una selezione a monte vada mantenuta, per assicurare garanzie di credibilità a chi si laurea in quelle facoltà».

### La procreazione assistita, come si sta muovendo il governo dopo la sentenza della Corte costituzionale?

«Un tema delicato. Anche in Italia sarà possibile la procreazione assistita eterologa. Al lavoro c'è un gruppo di esperti, di orientamento diverso, provenienti da centri privati e pubblici, cui abbiamo chiesto delle indicazioni. Sono emerse problematiche diverse, giuridiche, sanitarie, bioetiche. Quando riceverò le loro conclusioni, porterò per il 28 luglio alla Camera i risultati e le proposte, in armonia anche con le direttive europee in questa materia».

### Altro tema delicato è certamente Stamina. Ci sono passi in avanti per fare chiarezza su queste cure tanto controverse?

«Resto solidale con i medici sconfessati da ordinanze spot dei giudici. Anche in questo caso, sta lavorando il Comitato tecnico-scientifico da cui stiamo aspettando le conclusioni dopo l'ordinanza del Tar Lazio sul primo Comitato. Io sono per l'evidenza scientifica e, pur nella solidarietà con chi soffre, non credo sia giusto creare illusioni e false speranze senza certezze ricevute dalla scienza».

### Ci sono buone notizie sui costosi farmaci per la cura definitiva dell'epatite C?

«Stiamo lavorando per assicurarli gratis a chi è affetto da questa grave malattia. Il sistema sanitario dovrebbe farsene carico, ma in questo momento si sta ancora trattando sul prezzo».

### Perché, i costi sono eccessivi?

«Proprio così, negli Usa si arriva a 56mila euro per un ciclo completo di cure. Diverse case farmaceutiche gestiscono questa importante scoperta. Abbiamo trattative in corso, ma il problema è europeo. Lo ha sollevato la Francia, chiedendo un tavolo europeo per poter affrontare i costi. Ci sono un milione e mezzo di persone in Italia con l'epatite C, altre sono infette. Per il 2016 dovremo risolvere il problema. Come noi, ci stanno lavorando tutti i Paesi europei e anche gli Stati Uniti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 LUGLIO 2014

## Tumori. Chiarito il ruolo della proteina MYC. Una nuova strada per un modello pre-clinico

***La proteina non amplifica in maniera indiscriminata l'attività dei geni, ma ha una funzione chiave nella trascrizione di un insieme delimitato di geni. Un passo avanti per studiare sviluppi terapeutici, a partire dai geni bersaglio identificati. Il risultato, ottenuto da un gruppo di ricerca dell'IIT e dello IEO, è pubblicato su Nature***

Messo a fuoco il collegamento tra l'attività oncogenica della proteina MYC, una proteina comune in tumori di ogni tipo, e l'espressione specifica di gruppi di geni bersaglio, che è regolata da questa proteina. Il risultato è stato ottenuto dal team del Centro di Scienze Genomiche (CGS) dell'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) e del Dipartimento di Oncologia sperimentale dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), coordinati dal Prof. **Bruno Amati**, direttore del CGS di IIT. I risultati sono stati pubblicati nella rivista *Nature* in un articolo dal titolo *"Selective transcriptional regulation by Myc in cellular growth control and lymphomagenesis"*.

In generale, la proteina MYC ha un ruolo nell'espressione di diversi geni del DNA, spiegano i ricercatori. Questo avviene mediante un processo di trascrizione, in base al quale, a seconda della presenza della proteina, il DNA può attivare o meno alcune delle sequenze geniche che lo compongono, determinando il corretto funzionamento delle cellule. In particolare, un'aumentata quantità di Myc è spesso riscontrata nell'insorgenza delle malattie oncologiche, ed è legata in particolare alla proliferazione incontrollata delle cellule cancerose, spiegano i ricercatori: dunque, la proteina in questione è classificata come uno dei principali oncogeni (geni che inducono la crescita tumorale) in diversi tipi di questa malattia.

Nello studio odierno, i ricercatori di IIT e IEO hanno analizzato il processo di trascrizione genica diretto dalla proteina Myc durante la progressione di un particolare tipo di tumore, il linfoma a cellule B. Lo studio è avvenuto mediante l'analisi genomica di un ceppo di topi transgenici con questa malattia. Tale tumore è caratterizzato da un alto livello della proteina Myc nei linfociti di tipo B (cellule del sistema immunitario responsabili della produzione degli anticorpi).

In caso di alterazioni del gene codificante la proteina Myc, questo fenomeno si manifesta anche nell'uomo. Gli scienziati spiegano che l'osservazione dello sviluppo graduale del tumore nel modello animale ha permesso di studiare non solo le fasi tardive della malattia ma anche quelle precoci. In particolare, "i nostri risultati indicano che Myc attiva e reprime la trascrizione di un 'insieme discreto di geni", si legge nello studio. Dunque, la proteina è in qualche modo 'selettiva' nella regolazione della trascrizione. "Alcuni lavori scientifici recenti avevano avanzato la proposta che Myc agisse amplificando l'attività dei geni in maniera indiscriminata", spiega il **Prof. Bruno Amati**, "il nostro lavoro ridimensiona questa conclusione mostrando che **in realtà la proteina Myc interviene in modo più specifico**, regolando determinati geni, e che l'amplificazione della trascrizione, quando avviene, è un effetto indiretto dell'attività di Myc": infatti, Myc non agisce come amplificatore trascrizionale a livello globale, si legge nello studio.

Il risultato apre prospettive per lo sviluppo di un modello pre-clinico, che rappresenta il primo passo per lo sviluppo di terapie molecolari mirate in sostituzione della chemioterapia, illustrano ancora i

ricercatori.

“La nostra scoperta apre la strada ad importanti sviluppi futuri sia scientifici che terapeutici”, continua il **Prof. Amati**, “sarà fondamentale studiare in dettaglio i geni bersaglio identificati ed il ruolo degli stessi nello sviluppo e mantenimento del tumore. Inoltre potremo identificare i geni i cui prodotti (a loro volta altre specifiche proteine) potranno costituire bersagli per lo sviluppo di terapie mirate, portando all'eliminazione delle cellule tumorali. Per questa fase pre-clinica, ci baseremo sullo stesso modello animale usato nella presente pubblicazione.”

***Viola Rita***

## Antitumorali, Aifa garantisce rimborsabilità Ssn e prezzi allineati ai più bassi in Ue



11 luglio 2014

L'Agenzia Italiana del Farmaco mantiene a carico del Servizio Sanitario Nazionale alcuni importanti farmaci antitumorali e – grazie all'attività condotta dal Comitato Prezzi e Rimborso (CPR) – negozia, come è noto, con le Aziende titolari delle Autorizzazioni all'Immissione in Commercio (AIC) prezzi tra i più bassi nell'Unione Europea.

Di recente i farmaci per cui il titolare dell'AIC aveva chiesto la riclassificazione dalla fascia A-RNR (a carico del Servizio Sanitario Nazionale) alla fascia C (a carico dei cittadini) erano: Purinethol 50mg 25cpr, Leukeran 2MG X 25 CPR, Alkeran 1fl 50mg + 1fl 10mg, Alkeran 2mg 25cpr, Tioguanina 40mg 25cpr, myleran 2mg 100cpr.

Dopo aver consultato il gruppo degli esperti oncologi, la Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA ha accettato la riclassificazione in fascia C solo del Myleran, per la presenza sul mercato di valide alternative terapeutiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Al contrario, per gli altri farmaci, in considerazione dell'utilità nel trattamento di alcune gravi patologie oncologiche, l'AIFA ha ritenuto necessario garantirne la disponibilità in fascia A, a totale carico del SSN, e rinegoziare il prezzo con l'Azienda.

Il Comitato Prezzi e Rimborso dell'AIFA, dopo aver respinto le proposte avanzate in prima istanza dall'Azienda, ritenute non sostenibili per il SSN, ha chiesto e ottenuto, anche in questi casi, al termine di un complesso iter di negoziazione, l'allineamento dei prezzi a quelli più bassi praticati attualmente in Europa.

[[chiudi questa finestra](#)]

## **Cure Palliative. Siglata l'intesa Stato Regioni. Plauso dei medici specialisti**

***Dalla Società di cure palliative soddisfazione per il “pieno riconoscimento del ruolo dei medici palliativisti che hanno maturato un’esperienza almeno triennale nel campo”. Di “grande importanza” anche la definizione dei requisiti minimi che i professionisti che operano nelle Reti di Cure Palliative devono possedere o acquisire. [L'accordo](#)***

**13 LUG** - “Grande soddisfazione” da parte della Società Italiana di Cure Palliative (Sicp), che rappresenta i professionisti di questo settore, e della Federazione Cure Palliative, che rappresenta 76 organizzazioni non profit, per l’Accordo sull’individuazione delle figure professionali competenti a operare nelle cure palliative approvato ieri dalla Conferenza Stato-Regioni.

“Questo Accordo definisce infatti in modo chiaro e puntuale due aspetti fondamentali nel percorso di applicazione di quanto previsto nella Legge 38: Innanzitutto individua le figure professionali con competenze ed esperienze specifiche nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l’età pediatrica, riconoscendo a pieno il ruolo dei medici palliativisti che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data del 27 dicembre 2013 (data di entrata in vigore della Legge di Stabilità 2013) abbiano maturato un’esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalle Regioni sulla base di criteri che saranno determinati da un successivo Decreto del Ministero della Salute”, evidenzia anzitutto la Sicp. In pratica “è stata sancita in via definitiva - spiega **Carlo Peruselli**, presidente della Sicp - la possibilità di continuare a operare per le centinaia di medici non specialisti che in questi anni hanno contribuito in modo sostanziale, allo sviluppo delle reti di cure palliative in Italia.”

Di “grande importanza” per la Sicp, sono anche i contenuti dell’allegato tecnico a questo Accordo, nel quale sono definiti i contenuti minimi in termini di conoscenze, competenze ed abilità che i professionisti che operano nelle Reti di Cure Palliative devono possedere o acquisire attraverso percorsi formativi obbligatori, ai fini dello svolgimento delle proprie attività professionali.

“Per questo risultato vogliamo ringraziare il Governo e il Ministero della Salute, il Parlamento, le Regioni, e, per il supporto tecnico, Agenas e la Commissione Nazionale sulla legge 38”, affermano in una nota congiunta

Peruselli e **Luca Moroni**, presidente della Federazione italiana cure palliative. “Le istituzioni – aggiungono - hanno compreso l’importanza di continuare a impegnarsi nello sviluppo delle Cure Palliative, a favore di malati di particolare fragilità clinica e complessità assistenziale e dei loro familiari. Da parte nostra, continueremo, come abbiamo sempre fatto in questi ultimi anni, a stare accanto alle Istituzioni nazionali e regionali in tutti i prossimi passaggi normativi e applicativi di quanto previsto nella Legge 38, con le competenze dei nostri operatori e con la volontà di continuare in un percorso che possa garantire, attraverso cure ed assistenza sempre più personalizzate, qualità della vita e rispetto della dignità individuale, fino agli ultimi giorni di vita”.

11 luglio 2014

© Riproduzione riservata

## Il big della genomica applicata sceglie l'eccellenza IT di Sinergy

La gestione efficace di dati sensibili è in continua evoluzione e apre la strada a nuove opportunità. In 20 anni di storia Sinergy, azienda con quartier generale a Milano e altre 5 sedi in Italia, ha saputo creare le competenze per lo storage che cambia. Oggi la società, guidata da Andrea Navalesi, è tra i principali System Integrator del panorama italiano Ict e affianca i suoi oltre 600 clienti in tutti i settori del mercato fin dalla fase iniziale di assessment di infrastrutture Ict Business Critical. Di recente il più grosso Centro di Sequenziamento del Dna e di analisi bioinformatica italiano, l'Istituto di Genomica Applicata (Iga), ha scelto i sistemi storage Emc Isilon proposti e integrati da Sinergy. Iga, associazione nata nel 2006 con sede nel Parco Scientifico di Udine, è nota per il sequenziamento del genoma della vite che ha avuto eco internazionale. «Occorrono ricercatori con approfondite competenze bioinformatiche per interpretare i dati ottenuti dal sequenziamento del Dna, supportati

però da un'infrastruttura informatica con tanta potenza elaborativa e con un'architettura di storage in grado di gestire un volume di dati di molti Terabyte in costante crescita - spiega Federica Cattonaro Direttore di Laboratorio di Iga e Presidente di Iga Technology Services -. Una combinazione di capitale intellettuale e di tecnologia avanzata per poter fare ricerca di qualità elevata. La partnership con fornitori per noi strategici come Sinergy per quanto riguarda l'architettura It è stata di importanza rilevante per il nostro successo». Lo dimostra il fatto che in pochi mesi, l'Istituto ha ampliato del 30% la già enorme capacità di stoccaggio dati. Il sequenziamento di un'unità base (che dura da 2 a 10 giorni) arriva a produrre da 1 a 2.5 Tb di dati (circa l'equivalente di un milione di e-book). L'esecuzione parallela di 6 differenti mappature di Dna può generare in pochi giorni fino a 15 Tb di dati «grezzi». Oggi l'istituto dispone di 4 nodi per una capacità di oltre 100 Tb.





## **TUMORI: ESPERTI SMENTISCONO AZIONE SALUTARE ANTIOSSIDANTI**

### **MANGIARE CIBI O INTEGRATORI CHE LI CONTENGONO POTREBBE FARE MALE**

(ANSA) - Roma, 13 lug - Mangiare alimenti ricchi di antiossidanti oppure assumere grosse quantità di integratori che li contengono per prevenire il cancro potrebbe fare pi? male che bene. Lo sostengono i ricercatori della Northwestern università in un articolo pubblicato su The New England Journal of medicine. "Per decenni le persone di tutto il mondo hanno assunto antiossidanti convinti che potessero allontanare patologie come i tumori ma i trial clinici condotti fino ad oggi non confermano che queste sostanze possano ridurre il rischio di contrarre un cancro - spiega David Tuveson, che firma l'articolo - e piuttosto potrebbero fare pi? male che bene". Gli autori spiegano che gli antiossidanti possono perfino promuovere lo sviluppo dei tumori e infatti se ne trovano alte quantità accumulate nelle cellule cancerogene.

**STAMINA: TRIBUNALE ORDINA INFUSIONI PER NOEMI CON BIOLOGA VANNONI**

(AGI) - Guardiagrele (Chieti), 13lug. - Il Tribunale dell'Aquila ha ordinato le infusioni di staminali su Noemi, la bimba di 2 anni di Guardiagrele affetta da Sma1, indicando tempi, modalita' e il capo dell'equipe che dovra' eseguire il trattamento con le strutture e le apparecchiature degli Spedali Civili di Brescia. L'ordinanza del tribunale aquilano ha nominato capo del gruppo di esperti per l'esecuzione del trattamento Erica Molino, biologa della Stamina Foundation di Davide Vannoni: le infusioni dovranno essere eseguite a partire dal 25 luglio nell'ospedale bresciano. Il provvedimento autorizza anche la Molino a nominare i membri dell'equipe che dovra' eseguire le infusioni su Noemi.

## Dermatite atopica, un nuovo farmaco promette di curarla

Scienziati hanno testato un farmaco che promette il trattamento di una comune malattia della pelle che, tuttavia, rende particolarmente difficile conviverci, a causa dei fastidiosi e invalidanti sintomi



La dermatite atopica è una malattia della pelle piuttosto comune ed è caratterizzata da **sintomi piuttosto eclatanti che rendono difficile conviverci**. Tra i diversi, vi è la presenza di pelle secca, lesioni rossastre che possono evolversi in croste o essudato, il tutto spesso accompagnato da un ispessimento della pelle. Non mancano poi sintomi come prurito intenso, che può essere causa di ferite della pelle, infezioni e, infine, anche disturbi del sonno.

Per tutti coloro che già ne soffrono – ma anche per coloro che potrebbero esserne colpiti in futuro – si accende una speranza. Dai ricercatori statunitensi dell'University of Rochester Medical Center (URMC) arriva infatti la notizia dello **sviluppo di un farmaco sperimentale che promette di riuscire a trattare la malattia**.

I ricercatori guidati dalla dott.ssa Lisa A. Beck, professore di Dermatologia e Medicina presso l'URMC, hanno condotto uno studio i cui risultati sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e in cui si mostra che il farmaco dupilumab è in grado di bloccare l'azione di due proteine coinvolte nel processo infiammatorio: interleuchina-4 e interleuchina-13, che svolgono un ruolo chiave nella dermatite atopica (AD).

La dermatite atopica può essere moderata o severa. Quest'ultima, è una versione cronica della malattia, che di solito ha caratteristiche più sistemiche e colpisce fino al 3% degli adulti con l'affezione.

Come accennato, l'AD può **influire sulla qualità della vita di una persona e sulla possibilità di condurre una vita piena e attiva**. Inoltre, le persone con AD hanno maggiori probabilità di avere l'asma e altri disturbi allergici come la rinite (o febbre da fieno). Allo stato attuale, i trattamenti per la dermatite atopica prevedono l'uso di steroidi topici e orali, nonché fototerapia. Tuttavia, la loro efficacia è limitata e gli effetti collaterali associati al loro uso sono pesanti e significativi.

«Siamo stati incoraggiati dai coerenti risultati ottenuti in questi studi, che dimostrano che i pazienti trattati con dupilumab hanno avuto un netto miglioramento della malattia e del prurito – spiega la prof.ssa Beck – A questo punto, dupilumab sembra essere notevolmente efficace per gli adulti con AD grave, anche se più grandi studi sono necessari per confermare la sua sicurezza ed efficacia».

Il farmaco Dupilumab viene somministrato tramite iniezione sottocutanea, e **ha mostrato risultati promettenti** sia negli studi di fase I che gli studi di Fase II.

Durante lo studio di Fase II, della durata di 12 settimane, i partecipanti hanno mostrato una riduzione del 74% nell'Eczema Area Severity Index (uno strumento utilizzato per misurare la gravità della condizione del paziente), rispetto a solo il 23% nel gruppo placebo. La maggior parte dei pazienti nel gruppo che ha ricevuto dupilumab ha sperimentato riduzioni significative del prurito.

I promettenti risultati hanno aperto la strada per lo studio di fase III, in cui la sperimentazione del dupilumab dovrà **confermare la sua efficacia**. Oltre a ciò, verranno monitorati gli eventuali effetti collaterali e vi sarà un confronto con i trattamenti oggi comunemente utilizzati.

## L'esercizio fisico, un antinfiammatorio naturale

*Il movimento riduce l'infiammazione a livello locale e generale, però ha effetti limitati nel tempo: per prevenire le malattie reumatiche, sì a un po' di moto tutti i giorni*



La prevenzione e perfino la cura delle malattie reumatiche passano anche da un esercizio fisico regolare: lo conferma una ricerca discussa a Parigi durante l'ultimo congresso dell'European League Against Rheumatism ([EULAR](#)), secondo cui il movimento ridurrebbe l'infiammazione locale e generale. La brutta notizia è che bisogna essere costanti: gli effetti benefici del moto si “perdono” dopo massimo un giorno e mezzo-due, per cui occorrerebbe fare attività fisica tutti i giorni o almeno a giorni alterni.

### *Studio sui topolini*

Il dato arriva da esperimenti condotti su topolini, ideati da Nicholas Young del Wexner Medical Center dell'università dell'Ohio per dimostrare ciò che da tempo si suppone, ovvero che l'esercizio fisico possa avere capacità antinfiammatorie. Per riuscirci, il ricercatore ha misurato l'attivazione di NF-kB, un fattore coinvolto nell'infiammazione e cronicamente attivato in patologie come l'artrite reumatoide o le malattie infiammatorie croniche intestinali; lo stimolo è stata l'iniezione di lipopolisaccaride, un prodotto batterico che crea una zona di infiammazione dove viene inoculato. I topolini hanno fatto esercizio fisico camminando su un piccolo tapis-roulant a una velocità moderata, prima e dopo l'iniezione del lipopolisaccaride; quindi, Young ha valutato se vi fossero differenze nel grado di attivazione di NF-kB fra chi aveva fatto moto e chi invece era rimasto “sedentario”.

### *Il moto è antiinfiammatorio*

Il risultato è stato evidente: se i topolini non facevano movimento, l'infiammazione era massiccia nella zona dell'inoculo e in tutti i linfonodi dell'organismo; quando invece erano stati “allenati” prima e dopo l'iniezione, l'infiammazione locale e generale è stata quasi completamente eliminata. «Purtroppo l'effetto, molto ben visibile, persiste solo fino a 36-48 ore dopo – osserva Young –. Abbiamo voluto seguire ciò che accade nel tempo per capire se la “prescrizione” dei 30 minuti di attività fisica tre volte

alla settimana, il minimo raccomandato per mantenersi in forma, abbia senso volendo giovare dell'effetto antinfiammatorio del moto. Ebbene, ciò che abbiamo osservato sembra proprio indicare che questo non basti: trattandosi di un beneficio transitorio, sarebbe opportuno fare movimento per 30-45 minuti tutti i giorni o al massimo a giorni alterni». Bisogna impegnarsi sodo, insomma, però le prospettive sono allettanti perché l'infiammazione persistente alle articolazioni è una caratteristica fondamentale di innumerevoli patologie reumatiche e «poterla ridurre attraverso il movimento significa diminuire i danni alle articolazioni – sottolinea Young –. I dati mostrano chiaramente che l'esercizio genera una risposta biologica a livello molecolare con evidenti effetti antinfiammatori; il nostro è un modello acuto, con uno stimolo infiammatorio preciso, per cui dovremo ripetere gli esperimenti e confermare il dato su modelli animali in cui l'infiammazione sia cronica come in molte patologie reumatiche. Tuttavia si tratta dell'ennesima conferma che muoversi è importante per prevenire danni articolari e anche per chi già soffre di malattie reumatiche, per stare meglio e ridurre il rischio di peggioramenti».

[http://www.corriere.it/salute/reumatologia/14\\_luglio\\_01/esercizio-fisico-antinfiammatorio-naturale-bc57c8b8-011f-11e4-b768-bebbb8a7659d.shtml](http://www.corriere.it/salute/reumatologia/14_luglio_01/esercizio-fisico-antinfiammatorio-naturale-bc57c8b8-011f-11e4-b768-bebbb8a7659d.shtml)

## **RICERCA: SCIENZA 'BOCCIA' CURE ALTERNATIVE, CALCOLI SBAGLIATI**

Milano, 13 lug. (AdnKronos Salute) - 'Bocciate' dalla scienza. "Le medicine complementari non possono definirsi basate sulle evidenze, come invece avviene per la medicina ufficiale". E' la conclusione a cui approdano due scienziati italiani che hanno condotto uno studio pubblicato sulla rivista scientifica 'European Journal of Internal Medicine'. Da molti anni, spiegano gli autori - Maurizio Pandolfi, già professore ordinario all'università di Lund in Svezia, e Giulia Carreras dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze - le medicine complementari ('non convenzionali' o alternative), come l'agopuntura e l'omeopatia, provano a dimostrare la loro fondatezza e utilità usando i metodi scientifici e i moderni studi clinici. Ora però, sulla base dei risultati dello studio, gli scienziati gettano un'ombra: queste cure, sottolineano, si dichiarano efficaci e credibili sulla base di un calcolo sbagliato. Le prove cliniche effettuate finora dalle medicine complementari non sarebbero, in sostanza, valide. L'efficacia delle cure mediche è valutata con procedure standard che mettono a confronto un gruppo di pazienti trattati con la terapia in esame e un gruppo di controllo che non riceve il trattamento o ne riceve uno diverso. La differenza tra i 2 gruppi viene poi analizzata con calcoli statistici per stabilire se è 'significativa', cioè se è davvero rilevante e concreta. Questa significatività è rappresentata dal valore-P: se P è uguale o inferiore a 0.05, vuol dire che la differenza c'è e che una delle due terapie è più valida dell'altra. Secondo Pandolfi e Carreras, "il problema delle medicine complementari non sta nel modo con cui sono messe alla prova, dato che questi studi clinici sono spesso ben condotti, ma nell'elaborazione statistica dei risultati. Infatti, la statistica comunemente usata nella moderna clinica non è adatta a valutare ipotesi di efficacia come quelle delle medicine complementari, che si discostano da principi scientifici riconosciuti: ad esempio l'omeopatia infrange le leggi della chimica e l'agopuntura presuppone un'improbabile energia vitale". Queste ipotesi "sono tali da far perdere al valore-P il suo potere reale, assieme alla capacità di provare le differenze tra i gruppi allo studio". Gli autori portano esempi e calcoli matematici "che mostrano la relazione inversa tra credibilità scientifica dell'ipotesi in esame e probabilità di ottenere valori-P realmente significativi". In pratica, meno l'ipotesi di partenza è credibile, più è probabile che il calcolo risulti sbagliato e giustifichi una pratica medica che non ha validità. Ne consegue, aggiungono gli scienziati, "che la significatività statistica fin qui riportata nella letteratura medica a prova dell'efficacia delle medicine complementari risulta indebitamente amplificata e quindi inattendibile: le medicine complementari non possono definirsi basate sulle evidenze". Lo studio, commenta il direttore scientifico del Policlinico di Milano e redattore capo dell'European Journal of Internal Medicine, Pier Mannuccio Mannucci, "stabilisce che chi pensa di avvalorare le medicine complementari con i metodi della scienza in realtà sta commettendo un grave errore. Queste non potrebbero e non dovrebbero essere proposte come cure complementari, anche se oggi alcune pratiche sono impiegate in ospedali pubblici e insegnate nelle facoltà di medicina". Si rischia, conclude Mannucci, "di distogliere fondi e risorse alla medicina seria e ufficiale, l'unica che sia stata scientificamente validata e che abbia una efficacia dimostrata con i dati".