

# L'oncologia mondiale 'sdogana' il contestato metodo Di Bella

*Aian: «Ecco i risultati della sua applicazione»*

di FEDERICO MALAVASI

«UN CONVEGNO mondiale di oncologia ha accettato il lavoro di Giuseppe Di Bella, quindi non possono più esserci accuse di non scientificità del metodo». Per comprendere a pieno le parole di Paola Bertani, vicepresidente dell'Aian (Associazione italiana Ammalati neoplastici) 'Maria Teresa Rossi' di Modena, bisogna fare un passo indietro. A fine anni '90 la controversa terapia oncologica ideata e messa in pratica da Luigi Di Bella, padre di Giuseppe, venne bocciata dal Ministero della salute, suscitando l'attenzione dei media e portandosi dietro non poche polemiche. Ma oggi, stando alle parole di Bertani, qualcosa si è smosso. Sabato prossimo infatti, alle 15 presso la fondazione S. Carlo, nel corso della presentazione del proprio programma di supporto ai malati, l'Aian coglierà l'occasione per rendere noti i risultati di due ricerche relative

all'applicazione del metodo Di Bella. La prima, condotta da Giuseppe Di Bella, riguarda lo studio di oltre 500 pazienti sottoposti al trattamento e la seconda, ad opera di Nicola Pacini, tratta l'azione della melatonina nel contrasto dei danni midollari provocati da sostanze tossiche e dai chemioterapici.

«L'INTERVENTO di Di Bella — spiega Bertani —, si focalizzerà sulla sua comunicazione effettuata al terzo congresso mondiale di oncologia, che si è tenuto a Singapore lo scorso giugno». Il lavoro dell'oncologo modenese è stato poi pubblicato in un numero speciale della rivista medica Neuroendocrinology letters, uscito nello scorso ottobre e interamente dedicato al metodo. «La pubblicazione di Giuseppe Di Bella — commenta Bertani — è un risultato importante, perché assegna alla terapia quel riconoscimento che dieci anni fa il nostro paese le aveva rifiutato. La pubblicazione dell'oncologo, ol-

tre a riportare lo studio osservazionale di 553 pazienti, malati di 22 diversi tipi di tumore e trattati col metodo, mette a disposizione della comunità scientifica una descrizione completa ed esauriente della terapia nel suo complesso».

**SECONDO** l'associazione, il semplice fatto di essere stato pubblicato su una rivista di respiro internazionale, superando quindi la barriera della valutazione di un attento comitato scientifico redazionale, sdoganerebbe il metodo Di Bella e smentirebbe tutte le accuse di inefficacia subite nel corso degli anni. Inaccettabili quindi ulteriori 'porte chiuse in faccia', se-



condo Bertani, che auspica «l'arrivo di nuovi finanziamenti per proseguire la ricerca e la riapertura di uno studio osservazionale sulla terapia, finalizzato alla sua parificazione con le altre tipologie di cura. Il sogno nel cassetto è quello di vedere la terapia Di Bella approdare nelle strutture pubbliche».



**Il dottor Luigi Di Bella, il medico che alla fine degli anni '90 studiò una terapia oncologica**

## IL CASO

### Polemica

**A fine anni '90 il dottor Luigi Di Bella studiò una terapia oncologica molto discussa. Il ministero della salute la respinse, scatenando le polemiche**



### Riconoscimento

**La teoria rifiutata oggi è stata riconosciuta da un convegno mondiale di oncologia e pubblicata su un'autorevole rivista scientifica**

### Speranza

**Sull'onda di questi sviluppi, l'associazione ammalati neoplastici ha organizzato un convegno col figlio di Di Bella alla fondazione San Carlo**



# AGORDO È al via il terzo screening Tumore al colon retto riparte la prevenzione

Da sempre la medicina combatte una battaglia contro le malattie. Lo fa con le armi a disposizione come la mammografia, il pap test, ma anche lo screening del carcinoma del colon retto. Nell'Agordino l'appuntamento con la prevenzione è iniziato e le persone interessate hanno ricevuto, o riceveranno, una lettera personale dall'Ulss 1 di Belluno.

«È un'occasione importante - afferma il dottor Franco Palmieri del distretto sanitario di Agordo - che si ripete ogni due anni nel combattere una neoplasia in testa alle classifiche per quanto riguarda la mortalità. Ci proponiamo di coinvolgere più persone possibile affinché la campagna abbia successo».

In questo "terzo round" della campagna di prevenzione sono invitate all'esame le persone nate tra il primo gennaio 1959 e il 31 dicembre 1960. «I nuovi entrati saranno oggetto di un sem-

plice test, sensibile e specifico il cui responso in caso di positività è totalmente veritiero. Queste persone saranno invitate in seconda battuta ad approfondire l'accertamento. Con lo screening vengono cercate neoplasie maligne nella fase molto precoce, facilmente correggibili».

Terza edizione di questa iniziativa, come sono andate le precedenti? «I risultati ci sono - conclude Palmieri - la popolazione dell'Agordino

ha aderito bene alla prima campagna, anche se non sono stati i primi della classe, ma poco è mancato. Nella seconda tornata c'è stata in generale una totale flessione, meno marcata nell'Agordino a conferma che dopo una fase iniziale di incertezza la popolazione ha capito l'importanza e ha risposto bene. Al terzo round ci auguriamo di recuperare la flessione di due anni fa». (M.M.)

© riproduzione riservata

## OSPEDALE

L'ingresso della struttura sanitaria di Agordo che accoglierà lo screening dedicato al colon retto



**SANITÀ.** Sinergia tra Oncoematologia pediatrica del Civile e Associazione bambino emopatico

# Il Progetto Perforina salverà i bimbi malati

## Una ricerca per meglio classificare le cellule tumorali inquadrando sul versante genetico-immunologico e riconoscere i piccoli che necessitano di un trapianto

**Lisa Cesco**

I tumori infantili sono in aumento, con una crescita dell'1 per cento ogni anno, a Brescia (dove i nuovi casi annui sono 50) come nel resto d'Italia. Fortunatamente i bambini, grazie al sistema immunitario in crescita, guariscono più degli adulti.

È importante, tuttavia, che la ricerca in campo oncologico non si fermi, per trovare «armi» sempre più affilate contro i tumori: è con questo obiettivo che l'Associazione bambino emopatico, presenza storica nel reparto di Oncoematologia pediatrica dell'ospedale Civile, ha deciso di sostenere il Progetto Perforina. Il nome, che richiama quello di un personaggio da fiaba, si riferisce in realtà a una proteina, la perforina: sintetizzata dalle cellule del sistema immunitario, svolge un ruolo fondamentale nella distruzione delle cellule tumorali.

Si è scoperto che un difetto del gene della perforina, compromettendone la funzionalità, è in grado di determinare la maggiore gravità di un tumore. Da qui è nato il progetto, tutto bresciano, per indagare la correlazione tra le alterazioni della funzionalità della perforina e la genesi dei tumori, fra cui i linfomi. «Oggi sette

bambini su dieci affetti da leucemie o tumori solidi guariscono grazie alle terapie convenzionali come la chemioterapia - dice Fulvio Porta, responsabile Oncoematologia pediatrica del Civile -. Restano purtroppo bambini che apparentemente sembrano portatori di forme intermedie di tumore, ma in realtà sono affetti da forme gravi che, accanto alla chemioterapia, necessitano di una terapia immunologica "intelligente", come il trapianto di cellule staminali da midollo osseo». Fondamentale è arrivare al trapianto prima e meglio, una meta su cui si concen-

tra l'evoluzione del Progetto Perforina.

«Le cellule tumorali possono essere più o meno "cattive", ma questo non si può percepire solo dai sintomi della malattia - prosegue Porta -: la ricerca che intendiamo avviare con il sostegno di Abe serve a meglio classificare le cellule tumorali, inquadrando dal punto di vista genetico-immunologico, per riconoscere i bambini che necessitano del trapianto». Non solo: conoscere da vicino le caratteristiche molecolari del tumore consentirà di individuare chi, tra i familiari, sia più indicato a esse-

re donatore perché portatore di staminali capaci di «uccidere» il cancro. Il protocollo sperimentale del progetto è in corso di definizione e l'Oncoematologia pediatrica conta di essere operativa entro 3-6 mesi, grazie al proprio Laboratorio staminali, guidato da Arnalda Lanfranchi, e forte di una lunga esperienza maturata nell'ambito dei trapianti di staminali (quest'anno si festeggia il ventennale dal primo trapianto, a Brescia ne sono stati realizzati oltre quattrocento).

**PERCHÉ QUESTE** ricerche possano concretizzarsi servono fondi, che l'Abe sta raccogliendo grazie alla generosità di molti. Sabato alle 21, al Pala-Brescia di via San Zeno, l'associazione organizza lo spettacolo «Libero il cielo... Ed è vera gioia» del gruppo T'ho trovato, un viaggio fatto di musiche, immagini, recitazione e



coreografie per riflettere sulle esperienze di gioia e dolore che interessano la realtà umana. Tutta la cittadinanza è invitata; il biglietto costa 10 euro, l'intero ricavato sarà devoluto al Progetto Perforina, per informazioni e prevendita telefonare allo 030 3702556.

«Speriamo che il nostro appello trovi risposta, e ci consenta di portare avanti questo progetto con l'aiuto dei bresciani - dice la presidente Abe, Luciana Corapi -. La nostra grande forza è il volontariato, e saremo felici di trovare nuovi volontari, perché senza di loro tutto questo non sarebbe possibile». ♦

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un momento della presentazione del Progetto Perforina, che vede insieme l'Oncoematologia del Civile e l'Abe FOTOLIVE



**Potremo individuare chi tra i familiari sia più indicato a essere donatore**

FULVIO PORTA  
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA



**La nostra forza è il volontariato, ma abbiamo bisogno di trovare nuovi volontari**

LUCIANA CORAPI  
PRESIDENTE ABE

I CONSIGLI DELL'ESPERTO

## Nuovi farmaci contro il mal di schiena

C'è mal di schiena e mal di schiena: ce ne è uno legato all'artrosi od a problemi della struttura vertebrale, quindi meccanico, ed un altro invece infiammatorio. Il primo compare all'improvviso, dura soltanto alcuni giorni. Al contrario, il secondo si presenta in modo più graduale, è doloroso durante la notte, si placa al mattino ed attraverso il movimento, ma permane per settimane e mesi.

Ed è in tal caso che deve sospettarsi la componente reumatica, vuoi dell'artrite reumatoide, della spondilite anchilosante e dell'artrite da psoriasi. Il decorso è infatti legato a variabili importanti quali la precocità della diagnosi e l'inizio delle terapie.

Ne sono complessivamente coinvolte circa 60mila persone in Toscana. Esami di la-

boratorio e strumentali consentono un corretto inquadramento clinico.

Nell'ambito delle cure si stanno evidenziando positive novità: per tutte e tre, accomunate dalla presenza del fattore di necrosi tumorale, scatenante è il processo infiammatorio di base. A tutto ciò, possiamo contrapporre, oggi, un'innovativa molecola, il golimumab. Si tratta di un anticorpo monoclonale totalmente umano, ottenuto cioè con tecniche capaci di produrre, nell'animale, anticorpi identici a quelli umani. Oltre ad efficacia e sicurezza, i dati positivi sono la semplicità di somministrazione, una volta al mese per via sottocutanea, l'utilizzo di un iniettore predosato appositamente studiato per favorirne l'uso in pazienti con compromissione articolare.

Molecola comunque da

scegliere caso per caso e solo dopo il fallimento di quelle tradizionali.

Ciò facilita, in definitiva, l'aderenza alla terapia prescritta da parte del soggetto.

Le limitazioni recate dalle malattie reumatiche - si è detto nella conferenza stampa promossa a Roma da Msd - riguardano in particolare l'abbandono del lavoro entro dieci anni dall'esordio della malattia, dolore costante, stanchezza profonda, rigidità articolare.

L'uso di farmaci semplici e maneggevoli - è il messaggio emerso dall'incontro cui hanno partecipato Giovanni Minisola, Ignazio Olivieri, Giovanni Lapadula ed Antonella Celano - aiuta a far pesare meno al paziente la propria difficoltosa gestione del movimento e, dunque, a farlo sentire meno dipendente.

**Gian Ugo Berti**



## Scoperta l'arma finale contro il raffreddore

La scoperta a Cambridge, nel laboratorio inglese dei Nobel  
"Gli anticorpi tendono un'imboscata all'interno della cellula"

# Raffreddore addio

## Arriva lo spray che lo sconfiggerà

**Uno degli studiosi è il ventiseienne figlio dello scrittore McEwan. Il papà Ian: "A tre anni andava a letto con l'enciclopedia"**

**Il meccanismo sarà utile anche nella lotta a molti altri virus più pericolosi, come quelli che causano la gastroenterite**

dal nostro corrispondente  
ENRICO FRANCESCHINI

**A**DDIO naso chiuso, gola in fiamme, tosse e starnuti. Scienziati della Cambridge University hanno scoperto la cura per far scomparire il raffreddore. La malattia più comune del mondo, che colpisce ogni anno, più volte all'anno, milioni di persone di ogni età, potrà essere sconfitta.

Potrà essere debellata grazie agli anticorpi presenti nel nostro sistema immunitario e a una proteina che si attacca al virus distruggendolo. Entro un decennio dovrebbe essere pronto un medicinale, probabilmente uno spray, in grado di liberarci dal disturbo che scandisce gli autunni, gli inverni e qualche volta anche le altre stagioni. Per l'industria farmaceutica si profila una miniera d'oro di nuovi guadagni. Per gli autori della scoperta si intravede la possibilità del premio Nobel. E per tutti i sofferenti del raffreddore si avvicina la fine del naso che cola e degli starnuti in serie.

L'eccezionale passo avanti è frutto di studiosi di un centro fa-

moso in tutto il pianeta: il Laboratory of Molecular Biology dell'università di Cambridge, ribattezzato "la fabbrica dei Nobel" per il numero di premi che ha vinto (14). È possibile che diventino 15, quando l'impatto di questa nuova scoperta comincerà a farsi sentire. Merito di una piccola squadra di giovani studiosi, guidati dal dottor Leo James. Un team di cui fa parte anche un ricercatore 26enne, William McEwan, con un cognome ben noto: suo padre è Ian McEwan, uno degli scrittori più affermati del Regno Unito, autore di romanzi diventati best-seller in tutto il globo. «Sono enormemente orgoglioso e felice per mio figlio», dice a "Repubblica" il romanziere. «Era innamorato della scienza fin da piccolo, a tre anni andava a letto con un atlante o un'enciclopedia». Il Nobel, nella famiglia McEwan, potrebbe vincerlo prima il figlio del padre, per la biologia anziché per la letteratura.

La novità della scoperta realizzata dagli scienziati inglesi è questa: per la prima volta hanno verificato che le difese immunitarie del corpo umano possono distruggere il virus del raffreddore "dopo" che questo ha inva-

so l'interno di una cellula umana, un'impresa fino ad ora ritenuta impossibile. Il dottor James e i suoi collaboratori hanno dimostrato che gli anticorpi del sistema immunitario possono entrare nella cellula insieme al virus invasore e lì, all'interno della cellula stessa, riescono poi a distruggerlo con estrema rapidità. «È come un'imboscata che gli anticorpi tendono al virus», scrive il dottor James sulla rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences*. «Una volta che il meccanismo immunitario entra in funzione, il virus viene eliminato nello spazio di un'ora o due. È un processo veloce».

L'agente che fa fuori il raffreddore è una proteina chiamata Trim 21, situata nelle cellule. Lavorando su questa proteina, in futuro dovrebbe essere possibile produrre uno spray nasale capace di debellare il raffreddore. Ma non solo. La medesima scoperta, l'idea che gli anticorpi possano distruggere un virus anche dopo il suo ingresso nelle cellule umane, potrebbe eliminarne molti altri, da quello che provoca il vomito a quello che causa diarrea e gastroenterite: virus che uccidono migliaia di bambini ogni anno nei paesi in

via di sviluppo. In tal senso, il valore della scoperta fatta a Cambridge è storico. I virus sono i peggiori killer dell'umanità: fanno il doppio delle vittime dei tumori. Avere trovato il modo di metterli fuori uso è una pietra miliare per la medicina. Non a caso è successo nella "fabbrica dei Nobel", lo stesso laboratorio in cui nel 1953 Jim Watson e Francis Crick scoprirono i segreti del Dna. La notizia era ieri sulle prime pagine di tutti i giornali inglesi. È al dottor James, al figlio di McEwan e ai loro colleghi che dovremo dire grazie, se entro dieci anni non ci lamenteremo più del raffreddore.

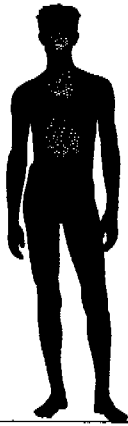
© RIPRODUZIONE RISERVATA



### I SINTOMI

Iniziano 2-3 giorni dopo l'infezione

- Muco abbondante
- Tosse e starnuti
- Mal di gola
- Mal di testa
- Febbre generalmente bassa
- Infiammazione delle membrane del naso
- Ostruzione delle vie respiratorie

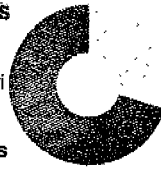


E' la malattia più diffusa al mondo

PIU' DI 200 CEPPI VIRALI

### I RINOVIRUS

30/35% dei raffreddori tra gli adulti è causato dai **rhinovirus**



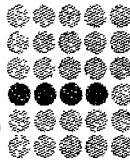
110 rhinovirus identificati

### I coronavirus

all'origine di un'alta percentuale di raffreddori

30 i ceppi conosciuti

3-4 di questi infettano gli esseri umani



30% i casi in cui l'agente che causa il raffreddore non viene identificato

### Altri virus

10/15% dei raffreddori sono dovuti a virus diversi dai coronavirus

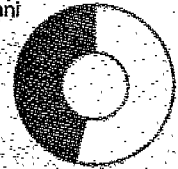


### Il pneumovirus

Si tratta di un nuovo tipo di virus isolato sui bambini

### I numeri in Italia

46% della persone sopra i 14 anni si raffredda ogni anno



di queste solo il

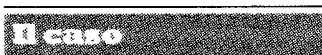
55% si cura in modo specifico

40 mila le ore di lavoro perse a causa del raffreddore

20 mila le ore di scuola perse a causa del raffreddore

Fonte: Istat





Una proposta di legge Gasparri-Tomassini frena la liberalizzazione

# Medicine negli ipermercati retromarcia del centrodestra

**BARBARA ARDÙ**

ROMA — Così com'è la distribuzione dei farmaci non convince il governo. Va riformata. E il punto di partenza sembra essere il disegno di legge che porta la firma Gasparri-Tomassini (Pdl). Un testo che la Grande distribuzione vede come fumo negli occhi. «La scusa è un riordino del sistema — spiega Camillo De Berardinis, amministratore delegato di Conad — in realtà dietro si nascondono interessi corporativi, quelli dei farmacisti». Il rischio è un ritorno al passato, prima delle lenzuolate di Bersani che nel 2006 ha liberalizzato la vendita dei farmaci da banco negli ipermercati. La denuncia arriva da tutte le associazioni della Grande distribuzione, ascoltate in Commissione Igiene al Senato il 21 ottobre. E il giudizio è netto: «Nessun ritorno al passato», perché a pagarne le conseguenze sarebbero i consumatori e l'occupazione.

La legge Bersani ha creato 5.000 nuovi posti di lavoro, 2.900 punti vendita, 900 farmacisti assunti con contratto a tempo indeterminato. Non solo. Il temu-



to aumento del prezzo dei farmaci, paventato quando entrò in vigore la legge, non c'è stato. Al contrario secondo una ricerca della Nielsen il prezzo medio dei farmaci da banco è sceso del 20% e il più basso si trova negli ipermercati. Tant'è che anche le farmacie hanno dovuto adeguarsi e si sono riempite di sconti e offerte "tre per due", un tempo una rarità. Dunque più che di un ritorno al passato la Grande distribuzione chiede di «andare avanti su una riforma che ha dato ottimi risultati». E avanza al-

cune proposte: la vendita di medicinali generici senza la presenza del farmacista, l'inserimento di alcuni di fascia C (non rimborsabili dal Servizio sanitario), il commercio a distanza. Chiedesoprattutto di avere voce in capito sulla discussione della riforma.

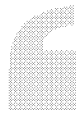
C'è un altro passaggio del testo in Commissione che non convince affatto la Gdo: «Nel tentativo di non demolire la legge Bersani *tout court* - spiega un operatore del settore - si propone solo la vendita di confezioni con poche pillole» in ipermercati e parafarmacie. Un'idea che rischia di uccidere un mercato appena nato. «Certo perché si annullerebbe il risparmio - spiega De Berardinis - mentre le case farmaceutiche non sarebbero più interessate. Detto questo - conclude l'amministratore delegato di Conad - credo che il Paese abbia ben altre priorità da affrontare». I giochi però sono ancora aperti. «Mi è sembrato di capire - aggiunge l'ad di Conad - che anche nell'ambito della maggioranza ci siano dubbi e possibili aperture».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# SFIDA ALLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE VINCERE L'ALZHEIMER

La biologa israeliana Soreq: «Un marker per prevedere i sintomi della malattia»



## COMBATTERE LO STRESS

Attenti allo stress,  
è il nemico da battere.  
Ma io sto studiando  
il modo per dirvi  
prima cosa rischiate

**HERMONA SOREQ**  
neuroscienziata

### FRANCESCA BARAGHINI

«HO IN mano la cura per il Parkinson e l'Alzheimer». Lo dice con tono pacato, dietro un bicchiere di Coca-Cola. Eppure, le parole della neuroscienziata israeliana Hermona Soreq suonano come un terremoto nel mondo scientifico. Si perde il controllo dei muscoli così come dell'equilibrio. Passano i giorni e più non si ha più capacità di memoria: questi i sintomi più conosciuti. Ma da cosa dipendono queste malattie neurodegenerative? «Dallo stress» spiega «la mia ricerca è basata sul rapporto tra geni e ambiente. Specialmente sull'equilibrio tra le molecole che mediano i contatti tra neuroni». Equilibrio che a una certa età si spezza più facilmente, ma in base a studi recenti non sembra essere solo colpa degli anni: «La vera causa della malattia è lo stress accumulato durante l'esistenza. Ne esistono di diversi tipi: quello fisico, quello chimico determinato dai pesticidi e quello classico, psicologico». Un esempio? «Lavorare a contatto stretto con un capo con il quale non si va d'accordo». Esattamente

come sopportare ogni giorno persone che non ci piacciono. Ma come rimediare? «È anche una questione ereditaria» spiega la Soreq «ci sono uomini e donne che sopportano meglio certe situazioni. Comunque non basta dire stop. Lo stress si accumula irrimediabilmente. La soluzione è monitorare l'acetilcolina, neurotrasmettitore che regola la contrazione dei muscoli. Allo stesso tempo anche la colinesterasi, enzima che controlla il rilascio dell'acetilcolina stessa». Sembra facile, ma non lo è affatto: nel mondo sono 26 milioni i portatori di malattie neurodegenerative. «Tutti senza possibilità di guarigione perché non esiste diagnosi preventiva. Ecco perché sto studiando un bio marker, un modo per prevedere i sintomi». Così nel mondo della scienza la speranza si chiama Hermona Soreq, direttore dell'Università di Gerusalemme. Una dimostrazione? Al mondo ci sono solo quattro farmaci per alleviare i disagi creati dall'Alzheimer: «Uno è l'Exelon, l'ho scoperto io» sorride. Sorriso per tutti.

francesca.baraghini@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Terzigno**

# Sos tumori, gli esperti presentano i dati

**Città inclusa nel registro Asl 4 ma l'osservazione sui casi si è fermata a gennaio**

Una conferenza stampa, domani alle 20.30, presso la sala consiliare del comune di Terzigno per far sapere che la cittadina vesuviana è inclusa nel registro dei tumori attivato presso la ex asl Napoli4 nel lontano 1997. Un aspetto non secondario se agli inizi di ottobre i magistrati napoletani sono stati costretti a chiedere l'archiviazione per i presunti danni sulla popolazione dei veleni di Pianura per

la mancanza del registro tumori: lo strumento esiste in Campania solo nei comuni della ex Asl Napoli 4 e di Salerno. Poco. Troppo poco. Tanto che nel 2007 la giunta Bassolino stanziò 2 milioni e mezzo di euro per ampliare la quota di popolazione coperta da registri tumori. Ma non se ne fece nulla. Su Terzigno invece lo strumento esiste anche se, fa notare Vittoria Operato consulente giuridico dell'associazione internazionale dei medici per l'ambiente, «è rimasto nell'ombra ed è stato gestito male eppure anche dagli scarsi e sottostimati dati ufficiali si rileva un trend in co-

stante aumento delle patologie tumorali degli ultimi dieci anni». Tutti dati che saranno resi noti nell'incontro di domani sera alla popolazione affinché chieda di prendere visione dei dati contenuti nel registro e li integri se necessario. «I dati permetterebbero - spiega ancora la nota - di attivare procedimenti penali di risarcimento danni per le vittime. Anche perché - è l'accusa - l'osservazione epidemiologica sui nuovi casi di tumore a Terzigno si ferma a gennaio e pochi mesi dopo viene emanata la legge 123 che militarizza le discariche».



## Il raffreddore sarà sconfitto dagli anticorpi

Scoperta a Cambridge  
Adesso sarà possibile creare nuove classi di farmaci più efficaci

Andrea Malaguti  
A PAGINA 26

### il caso

ANDREA MALAGUTI  
CORRISPONDENTE DA LONDRA

**A Cambridge** Individuata nei laboratori una caratteristica inattesa del sistema immunitario: è merito di una proteina

**Le applicazioni** Adesso si creeranno nuove classi di farmaci «universali» molto più efficaci di quelli attuali

# Arma letale contro il raffreddore

La scoperta: gli anticorpi possono sconfiggere il virus anche quando è entrato nelle cellule

**L'**hanno fatto ancora. Non paghi dei 14 premi Nobel vinti tra il 1950 e il 2009, gli scienziati del Laboratorio di Biologia Molecolare di Cambridge, capaci di svelare la struttura a doppia elica del Dna nel 1953 o la sequenza degli aminoacidi nell'insulina agli inizi degli Anni Ottanta, hanno scoperto che contrariamente a quanto sostenuto dai manuali scientifici circolanti nel pianeta, le difese immunitarie dell'organismo sono in grado di inseguire e distruggere il virus del raffreddore anche quando ha già invaso la cellula che porterà alla distruzione. «Adesso conosciamo una strada per rinforzare quegli anticorpi in maniera decisiva. E il vantaggio è che un singolo farmaco potrà essere potenzialmente usato contro numerose infezioni virali».

Incapace di nascondere la soddisfazione, pronto a presentarsi all'Accademia Reale Svedese delle Scienze, James Leo, un immunologo poco più che trentenne che ha guidato la ricerca pubblicata da «Proceedings of the National Academy of Sciences», spiega che la scoperta apre

le porte allo sviluppo di una nuova classe di farmaci antivirali, utilizzabili anche contro il norovirus, che provoca il vomito e soprattutto il rotavirus, responsabile di gravi forme di gastroenterite alla base di migliaia di morti tra i bambini dei Paesi in via di sviluppo.

«La straordinarietà di questo lavoro sta nel fatto che adesso è chiaro che esiste la possibilità di battere qualunque tipo di infezione perché gli anticorpi all'interno della cellula sono in grado di espellere il virus».

Ma che cosa succede nel caso del raffreddore? Sostanzialmente gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario, che riconoscono e attaccano il virus invasore finendo poi per cavalcarlo, en-

trano assieme a lui all'interno della cellula. A questo punto

la loro presenza è percepita da una proteina naturale chiamata TRIM21 in grado di attivare un meccanismo che può eliminare il virus nel giro di due ore. Molto tempo prima cioè che cominci ad agire in modo irreversibile. «Quello è il momento esatto in cui il corpo ha l'ultima possibilità di ri-

bellarsi, diversamente la cellula si infetta e viene uccisa». Se fino a ieri si riteneva che il sistema immunitario potesse intervenire solo fuori dalla cellula con il virus ancora circolante nel sangue, adesso è chiaro che esiste una ulteriore fase di protezione interna. «E' un processo che si ripete con le patologie a cui sono maggiormente esposti gli abitanti del Regno Unito e che avviene in modo molto rapido. Appunto un paio di ore al massimo». Passate le quali

non c'è più speranza di salvare la cellula.

Giunti a questo punto l'obiettivo è quello di produrre farmaci spray o pillole in un arco di tempo compreso tra i due e i cin-

que anni. «E' fantastico sapere che possiamo impedire al virus di liberare le proprie proteine». Battuto il raffreddore, dunque. James Leo si al-

za e abbraccia uno a uno i compagni di laboratorio. Esiste una soddisfazione più grande al mondo?



**22**

**milioni  
di italiani**

Ogni anno si prendono il  
raffreddore. La malattia  
ha un costo sociale  
complessivo pari a circa  
250 milioni di euro

**GLI EFFETTI**

I microrganismi  
vengono neutralizzati  
in appena due ore

**LE DIFESE NATURALI**

Si pensava  
che funzionassero  
soltanto nel sangue

AL CENTRO TRAPIANTI DI FEGATO DELL'OSPEDALE MOLINETTE DI TORINO: REGISTRERÀ PROCEDURE E COMPORTAMENTI DEI MEDICI

# Una "scatola nera" in sala operatoria

**Il filmato aiuterà a risolvere eventuali casi di malasanità**

**MARCO ACCOSSATO**  
TORINO

Contro gli errori medici e i patteggiamenti troppo facili entra in sala operatoria la «scatola nera». Esattamente come nella cabina di pilotaggio di un aereo, un registratore catturerà e archiverà voci e immagini di chirurghi, anestesisti, infermieri e strumentisti attorno al malato sul lettino operatorio. Dal momento in cui il primo paziente varcherà la porta della sala operatoria a quello in cui tutti gli interventi della giornata saranno conclusi, la «scatola nera» memorizzerà su un disco riutilizzabile non solo le manovre di chi impugna il bisturi, la pinza o il filo di

sutura, ma anche ogni attimo di tensione o incertezza dell'intera équipe, ogni frase o commento a quanto si sta facendo, ogni indicazione su come procedere con l'operazione.

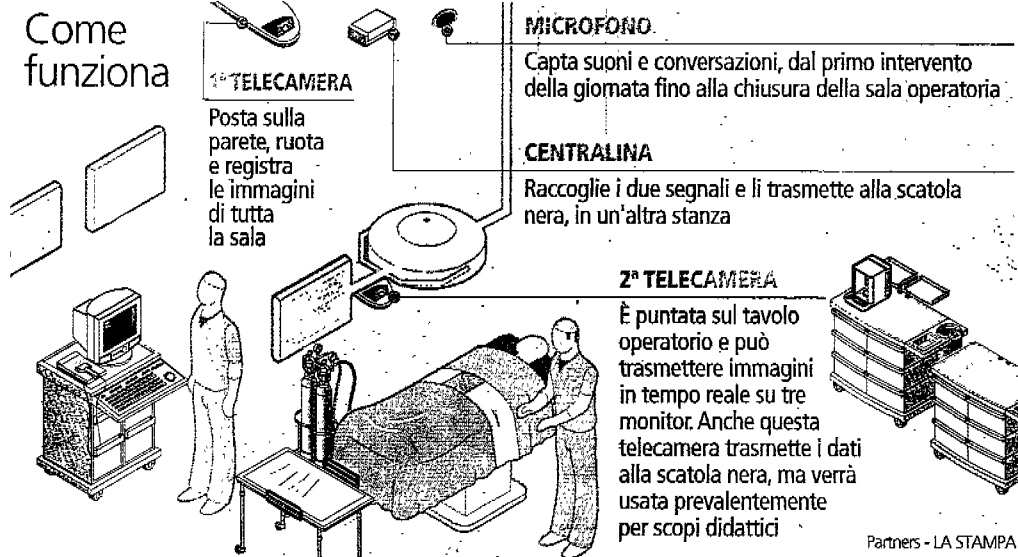
La «scatola nera», installata per la prima volta a Torino nelle sale operatorie del Centro trapianti di fegato delle Molinette, verrà accesa nei prossimi giorni, risolto l'ultimo (fondamentale) dettaglio: chi conserverà la registrazione? Le immagini, destinate al magistrato in caso di presunta malasanità, serviranno in più alle stesse équipe mediche per rivedere eventualmente le procedure seguite per ogni singolo caso. Il sistema potrà inoltre essere utilizzato - con l'ausilio di una ulteriore telecamera posta sopra al paziente - anche per la teledidattica o il confronto tra specialisti in teleconferenza.

Spiega il professor Mauro Salizzoni, responsabile del Centro trapianti di fegato delle Mo-

linette, primo centro europeo per numero di trapianti: «Come qualsiasi essere umano anche i chirurghi non sono e non si ritengono immuni da errori. In questo campo la tecnologia può venirci in aiuto: la «scatola nera» in sala operatoria accresce e rafforza innanzitutto la sicurezza del paziente che sa di entrare in un luogo più «controllato», ma è anche uno stimolo in più per il chirurgo, che rivivendo situazioni complesse, i suoi eventuali errori, o i cosiddetti quasi-errori, può correggere, migliorare o affinare le proprie tecniche». Senza contare, ovviamente, l'arma in più a disposizione sia del medico sia del malato in caso di contenzioso legale: «Ancora oggi - riflette Salizzoni - capita che qualcuno faccia causa addirittura dopo 10 anni di distanza da un intervento, alla vigilia della scadenza del limite ultimo per sporgere denuncia».

L'installazione della «scatola nera» - che potrà restituire

anche immagini stile moviola - è stata possibile grazie a un finanziamento di 450 mila di euro della Compagnia di San Paolo, che ha sostenuto con altri 700 mila euro, sempre per il Centro trapianti di fegato delle Molinette, il progetto della cartella clinica elettronica che entrerà in funzione immediatamente dopo l'accensione della «scatola nera». L'occhio elettronico vigilerà non solo sui trapianti di fegato, ma su tutta la chirurgia del fegato, del pancreas e dell'esofago. Un'arma in più per il paziente, ma anche per il medico e per il magistrato di fronte al sospetto di malasanità.



**Conti regionali****Rispunta  
l'ipotesi del  
superticket  
sanitario**

■ Riappare il fantasma del superticket sanitario sulla specialistica nel confronto tra governo e regioni. Una partita che da sola vale 834 milioni di sofferenza per i conti 2011 di asl e ospedali: se l'Economia non dovesse finanziarne l'abolizione, i governatori il prossimo anno dovrebbero dare fondo alle risorse regionali o applicare misure di compartecipazione alla spesa sanitaria per una somma equivalente.

Come tutte le telenovelas degne di questo nome, il tormentone del superticket sulla specialistica - da 10 euro nella versione del governo Prodi, mai però applicata perché sempre finanziato dallo stato - irrompe ancora una volta a pieno titolo nel confronto in corso tra federalismo fiscale e legge di stabilità. Domani i governatori si incontreranno per cercare una posizione comune sul federalismo (entrate regionali e costi standard sanitari) in vista della conferenza unificata del pomeriggio dove dovrebbero esprimere l'«intesa» sulla bozza di decreto. Prima però attendono una convocazione (ancora non arrivata) da parte del governo, dove metteranno sul piatto tutte le partite aperte dalla manovra estiva e dalla legge di stabilità.

La sanità, superticket a parte, fa la parte del leone delle richieste dei governatori. Che fanno pressing soprattutto sulla sanità, oltre che sul trasporto pubblico locale. A cominciare dai 600 milioni attesi per la farmaceutica e soprattutto dagli 800 milioni stoppati per l'edilizia e gli investimenti in sanità, con l'aggravante già contestata della legge di stabilità che concede la riapertura del credito ma solo col ricorso ai fondi Fas.

**R. Tu.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PRESSO IL SANTA CROCE

# Quando il cuore ha il minuto contato Quello per salvarsi

*La Granda in pole position nel progetto per battere la piaga dell'aneurisma aortico. Aso cabina di regia*

ALESSANDRO ZORNGNIOTTI

da Cuneo

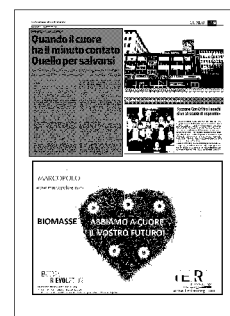
Quando il cuore ha il minuto contato. Quello da dedicare alla prevenzione per salvare vite umane. Per migliorare la qualità della vita e ridurre, se non azzerare, i fattori di rischio su una platea di almeno mille 500 persone. Quelle che il progetto fatto proprio dalla struttura complessa di Chirurgia cardiovascolare dell'Ospedale Santa Croce e Carle - facente capo al dottor Claudio Novali - prevede di raggiungere attraverso una capillare attività di sensibilizzazione e prevenzione partita da Alba e destinata a interessare tutta la Granda. Una forte iniziativa finalizzata a contrastare quella che minaccia di diventare una vera piaga sociale del nostro tempo, ossia l'aneurisma aortico addominale. Testimonial d'eccezione Giuliano Gemma, icona dell'uomo d'azione che invita ciascuno di noi a fermarsi almeno un minuto per poter poi continuare la propria vita in modo intelligentemente dinamico e in perfetta sicurezza e serenità. «La patologia che puntiamo a debellare - spiega il luminare Novali - rischia, se non presa per tempo, di tramutarsi in un'autentica "emergenza vascolare". Le statistiche parlano chiaro: se si interviene in via preventiva, ancor più fondamentale per questa patologia che si manifesta in assenza di sintomi precedenti, il rischio di mortalità si riduce verticalmente scendendo sotto il 2 per cento. Se invece l'intervento del sistema sanitario viene sollecitato solo dopo il manifestarsi del problema, allora la probabilità di perdere la vita sale, purtroppo, anche oltre il 50 per cento». Il progetto di prevenzione per l'aneurisma aortico addominale è promosso dalla Sicve - la Società italiana di chirurgia vascolare ed endovascolare e dall'Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione. Ogni anno in Italia 6mila persone muoiono per la rottura di un aneurisma dell'aorta addominale, che consiste in una dilatazione localizzata permanente dell'arteria che colpisce

84mila persone nel nostro Paese, con circa 27mila casi diagnosticati all'anno. L'incidenza è stimata tra il 4 e l'8 per cento negli uomini e tra lo 0,5 e l'uno per cento nelle donne con più di 60 anni. L'appartenenza al sesso maschile costituisce uno dei fattori di rischio, oltre al fumo, all'invecchiamento o a malattie come l'aterosclerosi, la broncopneumopatia cronica ostruttiva ed alcune malattie infettive. Questi dati, unitamente al continuo allungamento della vita media, prefigurano per il prossimo futuro una vera e propria emergenza.

La patologia, asintomatica, nell'85 per cento dei casi si manifesta con una complicità: la rottura o l'embolizzazione periferica. Quando si interviene in emergenza un paziente su due muore. Ma il rischio si riduce al 2 o 3 per cento quando il chirurgo vascolare può programmare l'intervento. Nei mesi scorsi, è stato presentato in Senato della Repubblica il progetto «Un minuto che vale una vita», con il patrocinio del Senato della Repubblica e del [Ministero della Salute](#).

L'ASO Santa Croce e Carle sarà l'istituzione deputata a gestire, con i medici dell'UO di Chirurgia Vascolare, la parte principale del progetto.

Far stare bene le persone, quindi, prima dell'ineluttabilità di un intervento chirurgico. E, in questo ambito, far stare bene chi è impegnato a fare del bene. Per questo ulteriore progetto si è pensato di selezionare una popolazione di pazienti scegliendo i sacerdoti della Curia Arcivescovile di Cuneo. L'ASO Santa Croce li accoglierà presso le proprie strutture per sottoporli a un ecocolordoppler (un esame di pochi minuti, non invasivo e altamente affidabile) per studiare sia il distretto carotideo che periferico oltre che aortico. «La scelta è caduta sui prelati di Cuneo - riferisce Novali - per il loro impegno sociale e solidaristico e anche come gesto di riconoscenza verso una categoria che tanto fa per la nostra comunità in termini di "cure spirituali" da parte di chi ha fatto della cura del corpo il proprio impegno quotidiano».





La percentuale di parti non naturali arriva all'80% nelle piccole strutture private

# Cicogne col bisturi

Nel Lazio un bambino su due nasce con il cesareo

## Dati regionali sui parti cesarei

Decalogo per la sicurezza in sala parto del ministero della Salute. Dieci "comandamenti" per ridurre drasticamente errori e incidenti, incentivare il parto senza dolore e ricorrere di meno ai cesarei

- |  |  |
|--|--|
| <b>1</b> Addio ai 158 punti nascita con meno di 500 parti l'anno               | <b>6</b> Creare percorso definito per il parto senza dolore    |
| <b>2</b> Rimodulazione dei 190 che ne effettuano meno di mille                 | <b>7</b> Carta dei servizi per ogni punto nascita              |
| <b>3</b> Scure sulle mini-strutture dove i cesarei sono il 50%                 | <b>8</b> Integrazione tra ospedale e territorio                |
| <b>4</b> Due livelli, in base alla presenza di una terapia intensiva neonatale | <b>9</b> Accompagnare la donna dalla gravidanza al post partum |
| <b>5</b> Disincentivare il ricorso al bisturi                                  | <b>10</b> Rafforzare i consultori familiari                    |



**Primario**  
Giorgio Vittori, presidente della Società Italiana Ginecologia e Ostetricia

### Maglia nera

In Italia le statistiche

peggiori d'Europa

E va sempre peggio

### Ruoli invertiti

Spesso la soluzione

è scelta dalla donna

non dal medico

**Davide Di Santo**  
d.disanto@iltempo.it

■ Quasi un bambino su due nato nel Lazio è venuto alla luce con un parto cesareo.

Un dato altissimo (46%), di sette punti più alto del resto del Paese (38%), ai vertici internazionali per quanto riguarda l'utilizzo del bisturi per le gravidanze. La tendenza

ad evitare il parto naturale riguarda soprattutto le piccole strutture private. Nelle province laziali ad esclusione di Roma la percentuale di cesarei delle prime va dal 29,4% di Formia e Gaeta al 64% di Alatri. Nelle strutture private questo tasso può schizzare fino all'80% dei casi: come se il ricorso al cesareo fosse legato alla prassi piuttosto che a un'indicazione del medico.

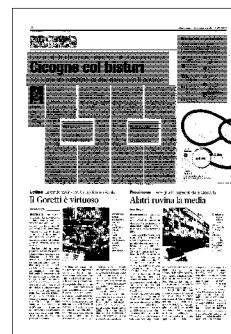
In Italia l'utilizzo del bisturi in sala parto è cresciuto del 245% negli ultimi tre anni. Numeri fuori controllo che hanno spinto il ministero della Salute a intervenire con un decalogo volto a ridurre la statistica, anche alla luce degli ultimi tragici episodi che hanno coinvolto famiglie laziali.

Per Giorgio Vittori, prima-

rio della divisione Ostetricia e Ginecologia al San Carlo di Nancy e presidente della Sigo (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia) il problema è sanitario, economico, ma anche culturale.

«Spesso nelle strutture private non accreditate si crea una sorta di accordo medico-paziente con il quale viene pianificato il cesareo senza una reale necessità - spiega Vittori - Nel pubblico la percentuale è preoccupante ma più bassa del privato perché ci sono più persone coinvolte. A Viterbo e a Latina, ad esempio, dal responsabile in giù sono tutti concordi a favorire il parto naturale». Le strutture pubbliche sembrano più immuni al cesareo facile, anche se talvolta le

basse percentuali sono dovute alla "migrazione" delle cicogne. «A volte una tendenza minore al cesareo nasconde un "turismo" delle partorienti verso le strutture private perché è diffusa la credenza, sbagliata, che il cesareo sia più sicuro». Basti pensare che la mortalità materna è 3-5 volte più bassa in caso di parto vaginale.



Per aumentare l'efficacia, il ministero ha previsto la chiusura dei 158 punti nascita che seguono meno di 500 gravidanze al giorno, inadeguati a formare un personale esperto. In generale i centri più piccoli sopravviveranno solo se indispensabili in territori sprovvisti di ospedali.

«I punti nascita possono essere classificati come le macchine - spiega ancora Vittori - Bisogna tenere aperti quelli Euro5, con gli standard più alti. Un aspetto importante è l'efficienza finanziaria. I rimborsi per i parti naturali non sono sufficienti a coprire tutte le spese e alcune strutture potrebbero favorire i cesarei per questo motivo. Una gravidanza non può avere il valore di una colicisti».

L'esigenza di razionalizzare le risorse finanziarie della sanità è uno solo degli aspetti della sfida delle istituzioni all'uso eccessivo dei cesarei.

L'altra è di tipo culturale. «In Italia c'è un sistema di valori sbagliato - conclude il primario di Ginecologia del San Carlo di Nancy - Il punto nascita va considerato equivalente alla medicina d'urgenza perché possono crearsi complicazioni. Bisogna accompagnare la donna in tutti le fasi della gravidanza e scegliere il cesareo solo se clinicamente necessario».



mamma  
PREVENZIONE

di Maria Cristina Valsecchi

Consulenza di



**Giovanni Rezza**  
direttore del Dipartimento  
malattie infettive  
dell'Istituto Superiore  
di Sanità

# Arriva l'influenza

La campagna vaccinale prende il via un po' in anticipo rispetto al previsto. Ecco i virus che circoleranno

**Q**uest'anno, l'influenza potrebbe arrivare in Italia prima degli anni passati. L'ha annunciato, dati alla mano, il ministro della Salute Ferruccio Eazio, che ha dato il via in anticipo alla campagna vaccinale. I nuovi vaccini, efficaci contro i virus che circoleranno nella stagione 2010-2011, sono disponibili nelle farmacie e negli ambulatori di tutte le Regioni già dal mese di ottobre, offerti gratuitamente, come sempre, a chi appartiene alle categorie a maggior rischio di complicazioni in caso di infezione.

"Di norma, l'influenza si diffonde nel nostro Paese nel corso del mese di dicembre e la frequenza delle infezioni raggiunge il picco massimo tra gennaio e febbraio", spiega Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. "L'anno scorso, la comparsa del virus pandemico A/H1N1 ha cambiato le carte in tavola, antici-

pando l'inizio della stagione influenzale. Dato che l'H1N1 è ancora in circolazione, ci aspettiamo che il fenomeno possa ripetersi anche quest'anno. Ecco perché si è deciso di dare il via prima possibile alla campagna vaccinale".

## I CEPPI DI QUEST'ANNO

Tre sono i ceppi virali che circoleranno in Italia nel prossimo inverno secondo le analisi degli epidemiologi: l'A/H1N1, residuo dell'influenza pandemica dell'anno passato, il ceppo B e l'A/H3N2.

● **"L'anno scorso, la circolazione del ceppo A/H1N1 è stata contenuta e si è esaurita abbastanza rapidamente.** Le conseguenze, in termini di ricoveri e vittime, sono state anch'esse meno gravi di quanto si temeva", commenta Giovanni Rezza. "Ci aspettiamo che lo stesso ceppo torni a diffondersi nel

*mamma*  
ARRIVA  
L'INFLUENZA

nostro Paese anche quest'anno, in misura minore. Le manifestazioni cliniche dell'infezione saranno analoghe, perché il virus non è mutato. Le poche mutazioni comparse nel mondo, infatti, sono rimaste circoscritte.

● **I due ceppi stagionali, B e A/H3N2, causeranno i sintomi abituali:** febbre, malessere generale e infiammazione delle vie respiratorie. La circolazione del ceppo B potrebbe determinare una coda prolungata di infezioni fino a tutto il mese di marzo”.

### UN VACCINO UNICO

I vaccini disponibili per adulti e bambini per la stagione 2010-2011 sono trivalenti. Garantiscono, cioè, l'immunità a tutti e tre i ceppi influenzali.

● **“Non sappiamo se chi è stato vaccinato contro l'H1N1 nel 2009 risulti tuttora immune all'infezione,** perché non ci sono dati sulla durata della protezione.

● **In ogni caso, raccomando alle persone a rischio di ripetere la vaccinazione quest'anno. Rinnoveranno la protezione contro il virus pandemico e, al tempo stesso, si immunizzeranno contro gli altri due ceppi stagionali.** Non dimentichiamo che la vaccinazione è lo strumento disponibile più efficace per difendersi dal rischio di complicazioni,



sempre presente in caso d'infezione”.

● **La vaccinazione antinfluenzale è controindicata solo a chi in passato abbia manifestato reazioni anafilattiche ad altri vaccini.** Nessuna limitazione, invece, per chi è allergico alle proteine dell'uovo.

### CONSIGLI D'UTILIZZO

Le categorie a rischio di complicazioni che possono beneficiare dell'offerta gratuita del vaccino comprendono **gli anziani di età pari o superiore ai 65 anni, bambini e adulti affetti da malattie croniche e le future mamme al secondo o al terzo trimestre d'attesa.** La gravidanza, infatti, comporta un fisiologico abbassamento delle difese immunitarie e, di conseguenza, una maggiore vulnerabilità a tutte le infezioni e un rischio più elevato di complicazioni.

● **“La vaccinazione non viene raccomandata alle donne nel pri-**

**mo trimestre di attesa per ragioni precauzionali,** perché le prime settimane di gravidanza sono le più delicate per la formazione degli organi del nascituro”, spiega Giovanni Rezza. “Tuttavia, non c'è alcuna evidenza di rischio per chi decide di vaccinarsi nel primo trimestre”.

● **“Consiglio la vaccinazione anche alle mamme con bimbi di età inferiore ai sei mesi,** per limitare il rischio di contrarre l'infezione e trasmetterla ai piccoli, e alle donne che cercano una gravidanza”, aggiunge l'esperto. “A queste ultime due categorie il vaccino non viene, però, offerto gratuitamente”.

● **I vaccini pediatrici sono indicati per i bambini di età superiore ai 6 mesi.** L'offerta gratuita riguarda solo i piccoli affetti da malattie croniche, che comportano un aumento del rischio di complicazioni. “Ciò non toglie che i genitori, in accordo con il pediatra, possano decidere di vaccinare anche un bimbo sano, a basso rischio. Suggestivo, inoltre, di vaccinare i bimbi nati prematuri di età compresa tra i 6 mesi e i 2 anni, perché il loro sistema immunitario di solito è meno efficiente rispetto a quello dei coetanei nati a termine”.

● **Una dose di vaccino è sufficiente per immunizzare i bambini sotto i 9 anni che siano già stati vaccinati l'anno scorso,** mentre occorrono due dosi se non sono mai stati vaccinati in precedenza. ◆

### Una novità in farmacia

Quest'anno il vaccino antinfluenzale per gli adulti è disponibile in farmacia anche in una nuova formulazione: un preparato che si inietta sotto pelle con una speciale siringa dotata di un ago lungo appena un millimetro e mezzo. “Oltre al minore fastidio della puntura, la nuova

formulazione intradermica è risultata più efficace di quella tradizionale: garantisce una maggiore protezione a quei soggetti che di solito sono poco responsivi alla vaccinazione, come gli anziani e le persone con deficit immunitari”, dice Giovanni Rezza.

SANITÀ LA PROSSIMA SETTIMANA INTRONA, FIORE E CASSANO

## Oncologico, arriva il sopralluogo bipartisan

● Sarà un sopralluogo bipartisan, quello in programma per la prossima settimana nella nuova sede dell'Irccs «Giovanni Paolo II» all'ex Cotugno. La proposta corre sul filo «inedito» Pdl-Sel. È stato il presidente del consiglio regionale, **Onofrio Introna** a chiedere all'assessore alle politiche della salute, **Tommaso Fiore**, di visitare l'ex Cotugno, come sollecitato dal consigliere regionale pdl Massimo Cassano.

SERVIZIO IN VIII &gt;&gt;

# Sopralluogo bipartisan al nuovo Oncologico

## Il presidente del consiglio regionale Introna riunisce Pdl e Sel

E il direttore sanitario dell'Irccs «Giovanni Paolo II», blocca le polemiche sulla chiesa: «Ci sarà»

### I NOMI

L'invito del vicecapogruppo del Pdl alla Regione, Massimo Cassano, accolto dall'assessore Tommaso Fiore

● Sarà un sopralluogo rigorosamente bipartisan, quello in programma per la prossima settimana nella nuova sede dell'Irccs «Giovanni Paolo II» all'ex Cotugno.

La proposta corre sul filo «inedito» Pdl-Sel. È stato proprio il presidente del consiglio regionale, **Onofrio Introna**, ieri, a margine delle riunioni della commissione sanità, a chiedere all'assessore alle politiche della salute, **Tommaso Fiore**, di visitare l'ex Cotugno, dove in questi giorni procede - non senza problemi - il trasferimento dell'ospedale oncologico dalla vecchia sede della Mater Dei.

Ma non solo, Introna ha infatti «aperto» al consigliere, nonché vicecapogruppo vicario del Pdl, **Massimo Cassano**, chiedendogli di es-

sere presente e riconoscendo quindi appieno il suo interessamento alla questione ex Cotugno, nel corso di questi anni. E proprio Cassano - che ha effettuato una serie di sopralluoghi nel cantiere dell'ospedale -, spiega: «Ogni giorno leggiamo sui giornali che ci sono problemi nuovi e diversi sulla lunghissima strada del trasferimento dell'Irccs oncologico di Bari dalla Mater Dei al Cotugno. Non per sterile polemica politica ma nella speranza di dare risposte certe ai cittadini, ho chiesto all'assessore Fiore la sua disponibilità ad andare insieme, anche alla presenza dei giornalisti, a fare un sopralluogo al Cotugno per capire i tempi e le difficoltà che ancora ci sono». E aggiunge: «Spero che l'assessore col-



ga lo spirito costruttivo e non polemico del mio invito, perchè è lo stesso con cui mesi fa chiesi ed ottenni un incontro sul tema con il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. In quella sede trovai anche l'assessore Fiore che garanti tempi brevi e certi per il trasferimento, anche al ministro. Ad oggi siamo ancora in presenza di non meglio specificate difficoltà, assenza di personale e/o di macchinari. Chiedo quindi all'assessore se, possibilmente entro breve tempo, al massimo la settimana prossima, è possibile recarsi insieme e documentare, anche con l'aiuto della stampa, la reale situazione del Cotugno. Credo che tutti i malati oncologici e le loro famiglie ce ne sarebbero grati».

Invito che l'assessore alla politiche della salute ha accolto in pieno. Con la «mediazione», come detto, del presidente Introna che ha invitato an-

che un consigliere regionale della maggioranza di centrosinistra. Proprio Introna nei giorni scorsi ha risposto polemicamente alla senatrice **Adriana Poli Bortone** che denunciava la mancanza di una chiesa all'interno dell'ex Cotugno. Notizia che il presidente dell'assise regionale ha categoricamente smentito. Insomma, la cappella c'è così come conferma il direttore sanitario dell'Irccs «Giovanni Paolo II», **Angelo Paradiso**: «Dal punto di vista

tecnico, il nuovo Istituto è già dotato di una cappella ben più grande dei 70 mq destinati al cosiddetto "stabulario"; inoltre esistono tre camere per defunti, capaci di ospitare ciascuna 1-2 decine di parenti nel pieno rispetto della privacy. Del resto, l'istituto tumori di Bari è l'unico Irccs oncologico nazionale (fatta eccezione del neonato centro di Rionero) a non essere finora dotato dello "stabulario"».

[rob. cap.]

# Parto da record La mamma ha solo 10 anni

Polemica in Spagna: troppe minorenni a rischio  
"I servizi sociali pronti ad assistere la coppia"

## La storia

GIAN ANTONIO ORIGHI  
MADRID

**N**ascita da «Guinness dei Primati» in Spagna: una ragazzina romena di appena 10 anni ha dato alla luce un vispo bebé di 2,9 chili nella città andalusa Jerez de la Frontera. Non soltanto: il parto è stato naturale, senza bisogno di taglio cesareo. Ora la baby-madre sta benissimo come il figlio e ha già lasciato l'ospedale. Di più: la puerpera, stando alle sue parole, conviveva con il padre del neonato. Se non bastasse, l'assessore regionale all'Uguaglianza della giunta regionale, la socialista Micaela Navarro, sta indagando sul caso più unico che raro, perché «la minorenni e il pargolo vivono in una famiglia molto numerosa».

La mamma in erba, che prima del parto non si era mai fatta visitare dall'effi-

**LA NEOGENITRICE**  
«Appare molto felice, la bebè pesa 2,9 kg ed è in ottima salute»

**LA FAMIGLIA**  
Sono immigrati dalla Romania e vivono nella provincia di Jerez  
ciente servizio andaluso del-

la Salute (Sas), è entrata nell'ospedale pubblico di Jerez lo scorso 26 ottobre. Ma l'assessorato competente ha saputo della nascita del neo-cittadino solo tre giorni dopo. In Spagna, infatti, il diritto alla privacy dei minorenni è una cosa seria ed è proibito fornire dati o foto su di loro. Prova ne sia che non si conoscono le generalità né della baby-madre né del bebè, né del padre, «under 18» pure lui.

L'unico fatto trapelato è che la ragazzina vive in un'abitazione come tante alla periferia di Lebrija, in provincia di Jerez, dove si trova una comunità di immigrati dall'Est europeo. Raccontano le infermiere della Maternità: «La neo-mamma era molto felice per aver messo al mondo un bebé». Ma le testimonianze raccolte da una tv locale davanti al nosocomio sono discordanti: per alcuni la baby-madre sembra una «niña», per altri invece dimostrerebbe 14-15 anni.

«Ci sono rimasta di sasso quando ho appreso i particolari di questa nascita da noi senza precedenti - ha dichiarato Navarro -. Il nostro dipartimento ha attivato il protocollo di protezione all'infanzia dopo la segnalazione del "Sas". E se la situazione della madre e del suo piccolo non evidenzia anomalie, entrambi rimarranno con la loro famiglia».

La piccola romena, con il piccino, sono usciti dall'ospedale dopo tre giorni. «Entrambi erano in perfette condizioni di salute - ha precisato l'assessore andaluso -. Ma se, dopo i controlli che stiamo facendo,

le condizioni di entrambi non fossero idonee, prenderemo le misure necessarie». Intanto è polemica sull'età sempre più precoce delle madri con meno di 15 anni, mentre i medici lanciano l'allarme per l'elevata probabilità di queste donne di contrarre malattie come l'ipertensione o il diabete durante la gravidanza.



# Le imprese del biotech vanno a caccia di dirigenti

## Richiesti specialisti di marketing e tecnologie

PAGINA A CURA DI  
**Silvia Pieraccini**

■ C'è un settore che in Italia non sta tagliando posti di lavoro, e anzi promette di crearne di nuovi: è quello delle biotecnologie, partito solo da pochi anni (i primi laureati risalgono a un decennio fa) e ora in fase di decollo (+3% il fatturato, +4,6% le aziende puramente biotech secondo il rapporto Assobiotec-Ernst&Young 2010), anche per colmare la grande distanza che ci separa da Stati Uniti e Europa del Nord. I numeri sono ancora piccoli ma se - come prevedono gli operatori del settore - lo sviluppo ricalcherà quello avviato ben 30 anni fa in America, la figura del biotecnologo è destinata a diffondersi ed evolversi per soddisfare le esigenze del mercato.

La trasformazione è in atto, stimolata dalla crescita delle aziende biotech (oggi sono 319, perlopiù di piccole dimensioni, per il 61% attive nel comparto salute, 13% nelle biotecnologie agroalimentari e 7% in quelle industriali) e dei parchi scientifici, e dalla riconversione in chiave biotech della ricerca industriale delle multinazionali farmaceutiche. La conseguenza è il diffondersi - accanto al "classico" ricercatore puro, impiegato perlopiù nei laboratori delle università o di enti di ricerca collegati - dei ricercatori industriali, in grado di sviluppa-

re un'idea fino alla sua applicazione. E qui arrivano i primi dolori sul campo. «L'Università italiana non forma giovani in grado di avere un futuro fuori dalle proprie aule», sottolinea Simone Maccaferri, presidente dell'Anbi, l'associazione che riunisce più di 600 biotecnologi italiani. E aggiunge: «In Italia, a differenza del mondo anglosassone, ci si focalizza sugli aspetti della ricerca pura e non della ricerca applicata e del trasferimento tecnologico».

A lamentare inadeguate risposte del mondo della formazione alle esigenze dell'industria biotecnologica è anche Assobiotec, l'associazione delle imprese che operano nei settori delle scienze della vita e che spesso - nonostante i 60 corsi di laurea in biotecnologie di primo livello attivi, a cui si aggiungono una settantina di corsi di laurea specialistica in biotecnologie mediche, veterinarie, farmaceutiche, industriali e agrarie - sono costrette a investire nella formazione dei neolaureati, attraverso periodi di internship, per soddisfare le esigenze di personale che spaziano dal campo della ricerca industriale e applicata allo sviluppo di processo, dalla produzione al controllo qualità, fino alle aree del regulatory, del clinical monitoring e, sempre più spesso, del business development.

Accanto ai ricercatori (5.800 quelli oggi impegnati in ricerca & sviluppo biotech), figure nuove stanno emergendo anche nei parchi scientifici (e dunque, di regola, alle dipendenze di enti di gestione pubblici o a partecipazione pubblica) per fornire consulenza e coaching alle nuove imprese, o per gestire i sofisticati strumenti e macchinari messi a disposizione delle start-up. «Per adesso si tratta di piccoli numeri - spiega Francesco Senatore, responsabile Business development di Toscana Life Science, il parco scientifico di Siena (18 aziende, 120 addetti) che coordina una rete di 13 parchi biotech italiani - ma sono numeri destinati a crescere perché oggi più del 50% delle nuove imprese biotech nasce all'interno di un parco scientifico, per la necessità di laboratori e macchinari molto complessi e costosi che il parco mette a disposizione».

Il problema di queste nuove imprese biotech, una volta ingra-

nata la marcia e superati i primi tre-quattro anni di attività, è piuttosto quello di essere sbilanciate verso la ricerca e sprovviste invece di figure manageriali. Figure professionali che si stanno affacciando nel settore biotech sono infine quelle esperte di marketing, di licensing di prodotto e di

trasferimento tecnologico. «Finora chi si occupava di tech transfer aveva un background economico - spiega Maccaferri - che integrava con conoscenze in campo scientifico. Ora invece stanno nascendo master e figure professionali che partono da una preparazione scientifica». Si tratta di figure che, come spiega Senatore, sono assai diffuse nelle università americane più avanzate, dove esistono uffici con centinaia di addetti al trasferimento tecnologico, e che in Italia possono trovare impiego, oltre che nelle università e nei parchi scientifici, nelle aziende di grandi dimensioni.

Proprio i cambiamenti in atto nel mercato del lavoro hanno spinto a migliorare gli strumenti per l'incontro tra domanda e offerta: dal prossimo gennaio la piattaforma dell'Anbi ([www.biotechjob.it](http://www.biotechjob.it)), dove oggi sono registrate 80 aziende e presenti i curricula di 600 biotecnologi italiani, sarà riorganizzata in quattro sezioni. Grazie alla collaborazione col gruppo Biotecnologie di Farmindustria, con Assobiotec e con i parchi scientifici italiani, il sito sarà integrato con un database delle aziende biotech e biotech-oriented in Italia (chiamato Bioplayers); un professional network dei professionisti delle biotecnologie in Italia (Biopeople); e una raccolta delle offerte di lavoro nel settore (Biojobs).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### LE AZIENDE

## 319

### Le imprese

Il numero è di Assobiotec. Di queste 187 sono "pure biotech", che hanno nelle biotecnologie il proprio core business, e sono in gran parte piccole (27%) e piccolissime (41%). Le più numerose (197) sono quelle dedicate alla cura della salute (red biotech), seguite dalle biotecnologie agroalimentari (green, pari al 13%) e da quelle industriali (white, 7%)

## 6

### Le regioni

Le imprese sono concentrate in sei regioni: Lombardia (36%), Piemonte (12%), Toscana (9%), Veneto (8%), Sardegna (7%) e Lazio (6%). Gli addetti sono oltre 50mila; il fatturato ammonta a 6,8 miliardi, gli investimenti in R&S a 1,1 miliardi





Convegno Quintiles-Il Sole-24 Ore Sanità sulle prospettive presenti e future di gestione

# Quale partnership Ssn-privati

Le imprese dovranno offrire anche servizi - Outsourcing sotto verifica

## MODELLI

**C**osti da tagliare, sostenibilità da mantenere, servizio da garantire. Farmaci innovativi e patologie croniche rischiano di far saltare il banco senza convergenza tra imprese e istituzioni che devono avere l'obiettivo comune di migliorare la salute del paziente.

Di rapporto pubblico-privato si è parlato a Roma durante un convegno organizzato da Quintiles e Il Sole-24 Ore su «Quale futuro per la Sanità in Italia?» e i modelli presentati sono quelli innovativi già attivi a livello nazionale e internazionale.

Uno dei modelli proponibili a esempio prevede che, anche attraverso outsourcing con partner specializzati, l'industria farmaceutica, in accordo con le istituzioni pubbliche, promuova servizi a supporto del paziente, per esempio attraverso progetti educazionali effettuati da infermieri specificamente formati, attraverso soluzioni di homecare, o di care management. La collaborazione, poi, potrebbe svilupparsi sull'area della raccolta e dell'analisi dei dati di outcome (studi osservazionali eccetera).

Il tutto inquadrato in un sistema pubblico che, secondo **Nerina Dirindin**, docente di Economia pubblica e Scienza delle finanze all'Università di Torino, è tra i migliori del mondo (spende meno della metà del Pil Usa e due e tre punti percentuali in meno dei partner europei) anche se risente di profonde fratture geografiche Nord-Sud che saranno il banco di prova del federalismo e dei ritardi cronici nei tempi di pagamento delle fatture ai fornitori del Ssn che rappresentano un ostacolo a sviluppo e investimenti.

Per ora comunque il rapporto pubblico-privato soddisfa più il settore pubblico: la maggior parte delle aziende "soddisfatte" che ha fatto parte di un campione analizzato in una ricerca dell'Università Milano Bicocca, presentata al convegno da **Paolo Mariani**, sono tra le 44 aziende sanitarie che hanno risposto ai quesiti dell'indagine, mentre al contrario il maggior numero di insoddisfatti è nel settore privato. E tra le attività su cui in futuro potrebbero convergere gli interessi ci sono secondo Asl e ospedali la formazione dei manager e progetti per il paziente soprattutto di prevenzione, mentre per il privato studi epidemiologico-osservazionali e studi clinici. Ancora una volta cioè la convergenza non c'è (si vedano grafici).

Ma la situazione è diversificata tra le Regioni e anche tra le singole aziende sanitarie.

Un esempio positivo è quello della Toscana. La Regione ha utilizzato il project financing, come ha spiegato l'assessore al Diritto alla salute, **Daniela Scaramuccia**, per realizzare le strutture di Massa Carrara, Lucca, Prato e Pistoia e il partner privato gestisce per 20 anni i servizi non sanitari dei 4 ospedali (manutenzione verde, pulizie, mensa, lavanderia) e le attività commerciali dell'ospedale. Il livello di ottimizzazione delle risorse è del 25-30%: un sistema che funziona, ha detto l'assessore, che ha definito quello toscano un circuito virtuoso che sta dando i suoi risultati.

Altri esempi sono le esperienze dell'Asl di Bologna illustrate dal direttore generale **Francesco Ripa di Meana**, che ha messo in campo partnership in due progetti: quello sulle Agende di garanzia che ha lo scopo di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa in 17 prestazioni criti-

che e che si avvale di Cup 2000 e il progetto Dama, per garantire accoglienza medica avanzata ai disabili attivando percorsi integrati con una collaborazione pubblico-privato realizzata anche con le associazioni dei familiari oltreché con i Comuni. Altri esempi quelli dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma. Il direttore sanitario, **Lorenzo Sommella**, ha descritto il progetto sulla mediazione culturale "Ospedale amico" per migliorare la comunicazione e l'accesso ai pazienti migranti, in collaborazione con la Caritas e il progetto "Educazione alla salute" che individua nel servizio di diabetologia uno spazio dedicato alla formazione del paziente nell'autogestione della malattia, realizzato in collaborazione con Novartis e Quintiles.

Secondo **Giovanni Monchiero**, presidente Fiaso, la relazione con il privato fornitore di servizi va infatti affrontata caso per caso. Secondo Monchiero il futuro della Sanità italiana è problematico perché non ci sono risorse sufficienti per garantire l'attuale livello dei servizi e perché si tratta di un tema che politici e tecnici non vogliono affrontare. Ciò che le aziende sanitarie possono fare è lavorare per migliorare l'efficienza e l'appropriatezza riducendo le molte differenze tra Regione e Regione e tra azienda e azienda.

E le imprese vanno con i piedi di piombo. Secondo **Maurizio de Cicco**, vice-presidente di Farmindustria, in Italia la situazione delle industrie è di un confronto aperto con venti Regioni che rischiano di far perdere appeal per gli investimenti che richiedono uno scenario stabile. Il rapporto pubblico-privato è cresciuto, ma si devono identificare i reali bisogni di salute e capire cosa può essere

esternalizzato (supporto, aderenza alla terapia eccetera).

Lo Stato deve riappropriarsi del suo ruolo e del suo modo di fare le regole e di controllarne la loro applicazione, secondo **Antonio Tomassini**, presidente della XI commissione Igiene e Sanità del Senato, e va affrontato il tema della responsabilità medica. La sinergia pubblico-privato va valorizzata secondo il senatore ragionando in termini di sussidiarietà (letti intermedii, poliambulatori, h24, città della salute), basti pensare che le Regioni che vanno meglio sono quelle che hanno agito proprio in questa direzione. Per quanto riguarda la farmaceutica e l'innovazione è necessaria una politica stabile e coerente ma dall'altra parte deve esserci vera ricerca. In ogni caso, ha affermato Tomassini, il futuro è nella personalizzazione delle cure e nell'integrativo.

Per quanto riguarda i partnership privati delle aziende, obiettivo è la centralità del paziente armonizzando i processi di cura in funzione di efficacia e appropriatezza, secondo **Leonardo Zanardi**, Ceo di Quintiles. Lo sviluppo di un secondo pilastro della Sanità è importante perché può migliorare le performance del sistema, ha aggiunto e l'outsourcing può portare efficienza, ma la politica deve ridurre la burocrazia e dare regole certe.

Ma non è facile trovare punti di convergenza, secondo **Maurizio Castorina**, presidente di Takeda Italia perché da un lato c'è il pubblico che taglia e dall'altro le imprese che vogliono crescere. L'Health technology assessment è uno strumento che va centralizzato e reso trasparente e



ci vorrebbero meno prescrizioni e più aderenza alle terapie per garantire la presa in carico del paziente.

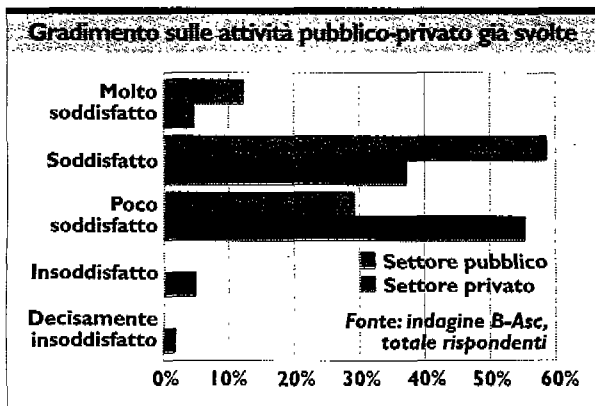
Paziente che, secondo **Maddalena Pelagalli**, presidente coordinamento nazionale Associazioni malati cronici, non vuole essere "dimenticato" al momento di prendere le decisioni e che è favorevole anche all'esternalizzazione di alcune prestazioni purché non si abbandonino il Ssn.

La discussione ha evidenziato quindi (vedi tabella) quali sono i modelli di collaborazione attuabili a breve, ma anche a lungo termine e i relatori hanno sottolineato che le partnership strategiche finalizzate a obiettivi di salute saranno un imperativo dei prossimi anni per lo sviluppo e la sostenibilità del sistema, in particolare delle imprese, che dovranno orientarsi ad aiutare i pazienti a gestire la propria malattia, anche fornendo servizi, oltre ai farmaci, per rendere questi più efficaci e meglio utilizzabili.

Quel che serve, sono state le conclusioni del convegno, sono nuovi tipi di alleanze attraverso progetti comuni che possano rafforzare il dialogo tra industria e decisori pubblici e generare vantaggi per tutti gli operatori a favore della tutela della salute del cittadino, sempre al centro del sistema.

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Possibili contributi del privato

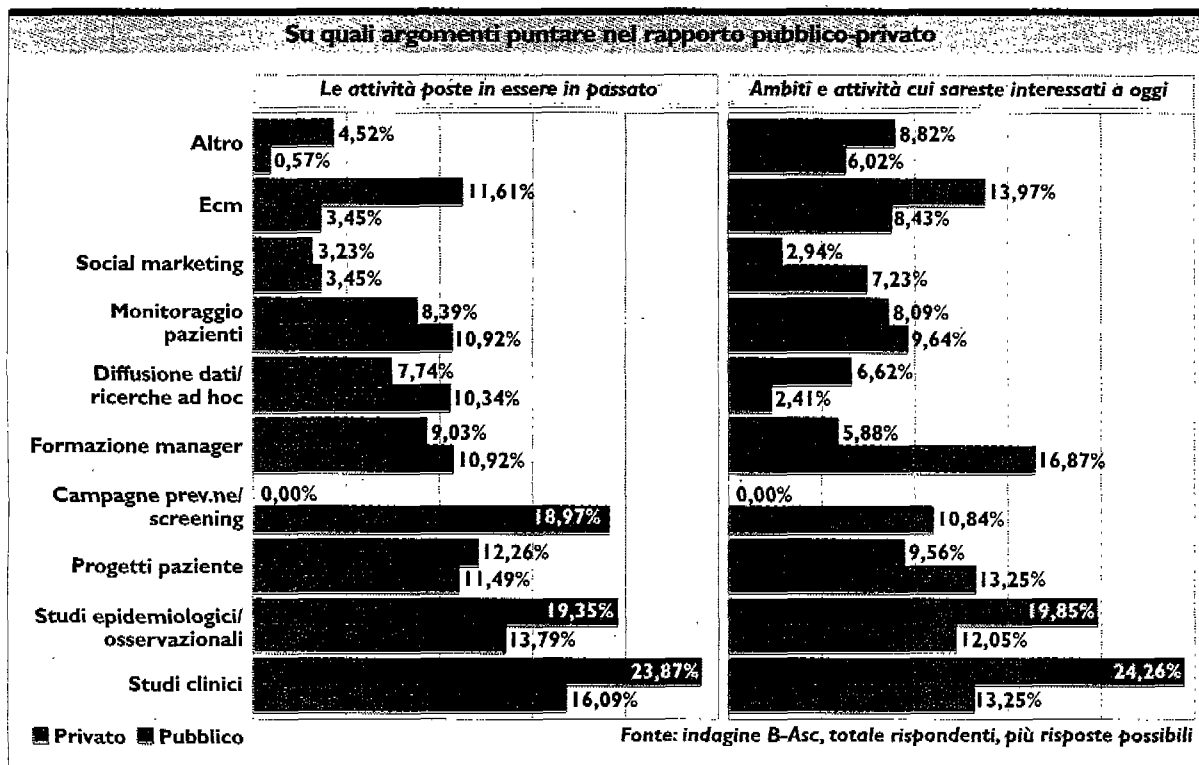
<b>Finanziamento</b>	● Finanziamento delle prestazioni
	● Finanziamento degli investimenti
<b>Erogazione</b>	● Erogazione dei servizi accessori
	● Erogazione dei servizi sanitari
<b>Ottimizzazione</b>	● Miglioramento appropriatezza terapeutica
	● Qualificazione della ricerca scientifica
	● Gestione delle strutture pubbliche
	● Gestione di sistemi sanitari (e.g. Valencia)

Nota: nelle righe celesti l'oggetto dell'intervento  
Fonte: Servizio sanitario della Toscana

### Gli argomenti per l'outsourcing

● Creazione di uffici studi congiunti per Hta, appropriatezza, metanalisi di studi clinici, produzione di schede di reporting e monitoraggio...	● Sviluppo di modelli predittivi delle patologie e dell'impatto in termini di costi e outcome
● Miglioramento della compliance dei pazienti anche attraverso servizi di medicina di iniziativa (alert/remind sms, web, on-line help...)	● Formazione e supporto infermieristico a domicilio per il miglioramento della qualità della vita
● Partnership per la creazione di library su evidenze scientifiche	● Informazione e disease advisory sui Sp/Mmg concordati con le istituzioni
● Evoluzione dei registri dei pazienti (creazione di banche dati) da farmaco-centrici a paziente-centrici con l'inclusione di marker biologici per la diagnostica precoce	● Creazione e monitoraggio di balanced scorecard in rete basate sul benchmarking di costi e outcome standard
● Farmacie al pubblico o Utap/Ncp quali punti di monitoraggio e controllo di marker biologici	● Formazione di clinici e istituzioni su competenze manageriali (budgeting, gestione del rischio, public speaking...)
● Creazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e linee guida per l'appropriatezza della spesa sanitaria	● Efficientamento del ciclo del farmaco (logistica di reparto e di farmacia)
● Integrazione Sp-Mmg per la diffusione di un approccio di sistema per la presa in carico globale del paziente	● Creazione di network strutturati tra Asl-Sp-Mmg tramite il ricorso anche alle nuove tecnologie

Nota: L'Oms calcola che il 50% dei malati cronici entro un anno dalla diagnosi abbandona la terapia o non aderisce ai programmi di controllo.  
Fonte: Takeda Italia farmaceutici Spa



Le verifiche positive sui piani di rientro di Lazio, Campania, Calabria e Molise non evitano la stangata

# Supertasse per quattro Regioni

Irapp e Irpef oltre il tetto massimo, fondi Fas sbloccati - Federalismo e riparto in stand by

I piani di rientro di Lazio, Campania, Calabria e Molise superano il round di verifiche del tavolo tecnico di Economia e Salute. Ma per le quattro Regioni con i conti in rosso non è stato possibile evitare la stangata fiscale. Irapp e Irpef schizzano oltre il tetto massimo: le addizionali regionali per cittadini e imprese crescono rispettivamente dello 0,30 e dello 0,15 per cento. Un conto salato che vale oltre 600 milioni. I governatori alle prese con disavanzi spesso molto pesanti riescono comunque a respirare una boccata d'ossigeno incassando dal Governo an-

che una pioggia di fondi tra sblocco dei fondi Fas e stanziamenti accantonati all'interno del Fsn dal 2007 in poi.

Intanto c'è il rinvio a questa settimana per il parere su federalismo fiscale e costi standard. Le Regioni hanno chiesto un incontro al Governo per coordinare la discussione con quella sui tagli della manovra e solo dopo entreranno nel merito del Dlgs. E per il riparto del fondo 2011 bisognerà attendere il 10 novembre quando i governatori metteranno a punto la loro proposta.

A PAG. 4-5

In Campania, Lazio, Molise e Calabria scatta l'aumento di Irapp (+0,15%) e Irpef (+0,3%)

## Stangata fiscale in 4 Regioni

Ma il giudizio positivo sui piani di rientro scongela le risorse dei Fas

Tutti "promossi", ma nessun graziato. Il round di verifiche al tavolo Economia-Salute sui piani di rientro di quattro Regioni in rosso (Lazio, Campania, Calabria e Molise) sancisce un doppio verdetto.

Innanzitutto l'atteso scongelamento dei fondi Fas e dei finanziamenti accantonati nel Fsn dal 2007 in poi per le Regioni in regola. Si tratta di una pioggia di soldi che vale come una "promozione" per il lavoro fatto finora dai governatori che finalmente possono far rifiatore le casse regionali. Ma dall'altra parte la temuta stangata fiscale non è stata evitata, come qualche governatore sperava: le addizionali regionali schizzano in su (+0,30% per l'Irpef e +0,15 per l'Irapp). A nulla è valso il tentativo di salvataggio contenuto nel decreto trasporti che dava tempo ai governatori fino a ottobre per con-

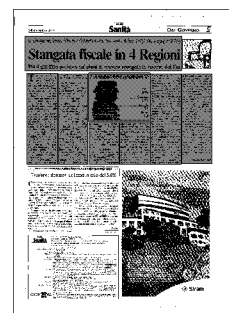
vincere il Governo a fare marcia indietro. Cittadini e imprese dovranno pagare di tasca loro 629 milioni. Le super addizionali scatteranno tra fine novembre (per l'Irapp) e inizio 2011 (per l'Irpef).

**Lazio.** Super tasse almeno per il 2010 per un gettito che vale 359 milioni. Ma dal 2011 **Renata Polverini** si dice «certa» che caleranno. Impossibile scongiurare le super-addizionali oltre il tetto massimo, anche perché tra le pieghe del bilancio spunta un ulteriore buco da 1,6 miliardi. Cifre, queste, che l'opposizione contesta parlando di numeri già «documentati». Ma il governatore del Lazio incassa anche una bella boccata d'ossigeno: il governo, non senza qualche tensione al tavolo di verifica, promuove il piano di rientro dal deficit e sblocca finalmente i fondi Fas (900 milioni) e risorse accantonate dal

2007 per ben 1,2 miliardi (su 2 totali) per coprire gli interessi passivi e chiudere i contenziosi del passato. Via libera anche allo sblocco del turn over per il personale.

A conti fatti il disavanzo ammonta a 2 miliardi 332 milioni. Più del previsto: perché ai 442 milioni necessari per coprire la quota di disavanzo 2009 e agli ulteriori 279 milioni di extra-disavanzo 2010 si aggiunge una nuova voragine sanitaria di 1,611 miliardi. Un "buco" che per la Polverini ha responsabilità ben precise che risalgono alla precedente Giunta.

A coprire il deficit ci penserà una serie di misure: da nuovi mutui già autorizzati dall'Economia (527 milioni) ai fondi Fas (900 milioni), dalle risorse del programma



pluriennale per l'edilizia sanitaria (574 milioni) fino agli interventi nella manovra regionale 2011 (per 248 milioni).

**Campania.** Il Governo promuove il piano del governatore **Stefano Caldoro** e sblocca poco più di un miliardo per far rifiatore Asl e ospedali campani. Si tratta dei fondi congelati dal 2007 del Fsn. La Regione incasserà subito un miliardo e 21 milioni, il 60% dell'accantonamento totale (1,7 miliardi): un ulteriore 20% (circa 340 milioni) sarà erogato, dopo nuove verifiche su ulteriori adempimenti, entro dicembre 2010. A seguire un'ulteriore tranche del 10% entro febbraio e, a saldo, ancora un 10% entro aprile se saranno completati tutti i passaggi previsti. Restano per ora in sospeso i fondi Fas (300 milioni) e il blocco del turn over, mentre è confermato anche l'aumento delle aliquote Irpef e Irap per un gettito di 197 milioni. Dopo la riorganizzazione ospedaliera e una raffica di ticket, ora la Regione è pronta a licenziare anche il nuovo piano sanitario.

**Calabria.** La Regione guidata da **Giuseppe Scopelliti** incassa l'ok verso lo sblocco di 800 milioni di fondi Fas. Ma anche qui le addizionali Irap e Irpef cresceranno per

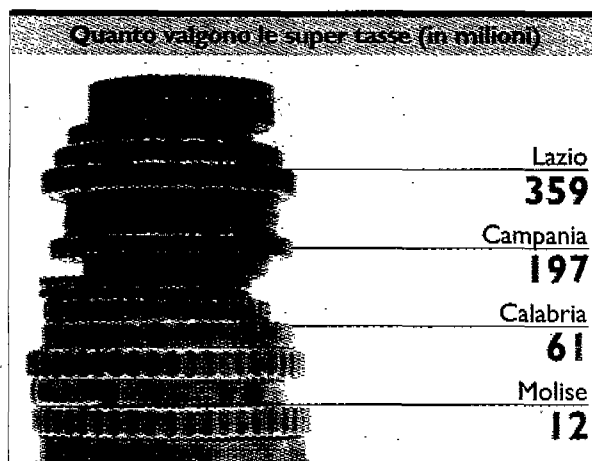
un incasso di circa 61 milioni. Il Governo ha giudicato valida la quantificazione del debito in 1,2 miliardi fino al 2008. Via libera anche all'accensione dei mutui a tasso agevolato per ripianare la parte relativa ai debiti sanita-

ri dal 2001 al 2005. Insomma sembra piacere, almeno per ora, la riorganizzazione della rete ospedaliera, territoriale e dell'emergenza-urgenza. «Sono convinto che alla prossima riunione del tavolo - ha detto Scopelliti -, così come avvenuto per altre Regioni, avremo la possibilità di poter utilizzare una prima tranche degli 800 milioni di premialità attualmente fermi ai ministeri per le inadempienze della precedente amministrazione».

**Molise.** Il deficit che il presidente della Regione e commissario ad acta **Michele Iorio** è chiamato a risanare ammonta a circa 50 milioni. Il Piano di rientro prevede l'accorpamento di alcuni reparti degli ospedali di Larino, Venafro e Agnone; per l'ambito privato invece sono stati decisi interventi per la riduzione dei posti letto e per una rideterminazione dei tetti di spesa. Dalle nuove tasse è previsto un incasso di 12 milioni.

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Trattative serrate per trovare un accordo sugli incarichi: entro venerdì saranno ufficializzati Sanità, ecco i nomi in lizza per le Asl

Bonavita alla Roma B, Romano favorito per la C. Umberto I, resta Così; Saraceni al S. Andrea

Regione, verso la chiusura dell'accordo sui direttori generali delle Asl. Alcuni esempi: Umberto I, si va verso il prolungamento dell'incarico a Così; al San Camillo prosegue il commissariamento di Martelli. Si parla di Romano, espressione del Pdl, verso l'Asl Roma C (ma c'è anche l'ipotesi San Giovanni). L'ex assessore regionale Saraceni, area Pdl, potrebbe andare al Sant'Andrea

(e per De Salazar si prospetta lo Spallanzani). All'Ares il direttore generale potrebbe essere De Santis. Per Maria Paola Corradi, quota Pdl, direttore sanitario del Sant'Andrea, si prospetta o il San Giovanni o un'altra Asl. In quota Udc, Bonavita, direttore amministrativo del Sant'Andrea, è in lizza per la Roma B, Gava potrebbe andare alla Roma G. Alessio, altro Udc, resta al San Filippo. Neri.

Evangelisti all'interno

Trattative serrate per trovare un accordo in maggioranza su tutti gli incarichi **TOTO POLTRONE** All'Umberto I resta Così, Saraceni al Sant'Andrea, Bonavita alla Roma B, Romano favorito per la C

# Asl e presidenze, ecco i nomi in lizza

Oggi il consiglio sulla sanità: a sorpresa prove di dialogo fra maggioranza e Pd

## GLI INCARICHI NELLE AGENZIE

*Palombi verso l'Asp, Robilotta in corsa per il Lait, Arena all'Arpa*

di MAURO EVANGELISTI

La lista è pronta, lunga e complessa. Ed è in due parti: ci sono i nuovi direttori generali delle Asl; ci sono le poltrone delle agenzie e nelle società regionali, da destinare (soprattutto) agli esclusi dal pasticcio della lista del Pdl romano mai presentata. Renata Polverini, presidente della Regione, ieri ha preso tempo. In Regione sono stati visti alcuni dei leader del Pdl - Pallone e Rampelli - e anche questo è un segnale che i pezzi del puzzle non sono tutti al loro posto. Le scosse telluriche nazionali minacciano gli equilibri della Regione.

Ma c'è un'altra manovra in corso e porta all'appuntamento di questa mattina: consiglio regionale straordinario sulla sanità. E dopo i veleni, le distan-

ze fra Pd e parte della maggioranza potrebbe ridursi (anche qui non si può dimenticare il quadro nazionale). Luciano Ciochetti, vicepresidente della Regione ed esponente dell'Udc, lo aveva detto l'altro giorno in un convegno in cui c'era anche il capogruppo del Pd, Montino: «Dobbiamo uscire tutti insieme da questa situazione difficile. Ora è venuto il momento di rimboccarsi le maniche». Anche dal Partito democratico - con il poliziotto cattivo Montino più cauto e qualche poliziotto buono che tende la mano alla maggioranza - stanno ragionando in questa direzione. Nel consiglio regionale di oggi spiegheranno come vi sia il margine per apportare dei correttivi ai tagli dei posti letto e degli ospedali. C'è una "riserva" di 327 posti letto recuperabili, per stessa ammissione della Polverini, a cui se ne aggiungono quasi altri 370 di differente provenienza. In pratica: su 700 posti letto c'è margine per evitare tagli e il Pd chiederà di mettere da parte proclami e accuse e di parlarne in commissione sanità. Oggi si capirà se questo scenario è percorribile.

Intanto, si sta lavorando sui

direttori generali delle Asl. Alcuni esempi: Umberto I, dove la decisione andrà presa insieme al rettore Frati, si va verso il prolungamento dell'incarico a Dino Così; al San Camillo prosegue il commissariamento di Massimo Martelli; i direttori generali con un contratto in vigore restano al loro posto (Pipino a Viterbo, Squarcione a Civitavecchia, Cipolla alla Roma H). A Rieti la componente di An preme per Gianali, mentre a Frosinone conferma di Mirabella. Sullo scenario romano, si parla di Francesco Romano, espressione del Pdl,

verso l'Asl Roma C (ma c'è anche l'ipotesi San Giovanni). L'ex assessore regionale Vincenzo Saraceni, area Pdl, potrebbe andare al Sant'Andrea (e per Vitaliano De Salazar si prospetta lo Spallanzani). All'Ares (azienda regionale emergenza sanitaria) il direttore generale potrebbe essere Antonio De Santis, attuale facente funzione. Per Maria Paola Corradi, quota Pdl, direttore sanitario del Sant'Andrea, si prospetta



ta o il San Giovanni o un'altra Asl, ma c'è chi non escluse un importante incarico in Regione. In quota Udc, Vittorio Bonavita, direttore amministrativo del Sant'Andrea, è in lizza per la Roma B, Giancarlo Gava potrebbe andare alla Roma G (ma c'è l'incognita della veri-

fica dei tempi di presentazione della domanda). Alessio, altro Udc, resta al San Filippo Neri.

Nomine nelle società regionali e nelle agenzie. A complicare l'operazione, c'è il fatto che non tutte le presidenze sono in scadenza. In linea di massima si ragiona su questo schema: il

berlusconiano-socialista Donato Robilotta verso il Lait, Massimiliano Maselli, area Forza Italia, a Sviluppo Lazio, Giovanni Arena (già vicesindaco di Viterbo area Forza Italia) all'Arpa, l'ex consigliere regionale Nicola Palombi all'Asp (agenzia per la sanità), Tommaso Luzzi (area An) all'Astral. Infine Celori per l'Ater di Roma e Palozzi per il Cotral. Ma anche in questo caso la fine del puzzle non è vicina.

# Ong-Big Pharma alleanza anti-tbc

*In Africa uno dei primi terreni di confronto  
tra esperienza sul campo e potenza economica*

**Ad ostacolare la lotta alla tubercolosi è il circolo vizioso tra povertà e tagli degli Stati nei contributi al fondo globale contro Aids, malaria e Tbc. E intanto c'è chi si reca ancora dallo sciamano**

## il fatto

Sulla Terra, un abitante su tre ha contratto il mal sottile. Per contrastare la piaga le organizzazioni non governative vivono anni di diffidenza

tutti altro che ingiustificata e collaborano con le grandi aziende farmaceutiche che abbiano rinunciato a pratiche inaccettabili

DAL NOSTRO INVIATO A BAGAMOYO (TANZANIA)  
**PAOLO LAMBRUSCHI**

**S**e un abitante della Terra su tre ha contratto il mal sottile, ci sono buone probabilità di incontrare un ammalato in Africa orientale, contrassegnata sulle mappe epidemiologiche con il colore rosso vivo dell'infiammazione acuta. E sulla costa della Tanzania, a Bagamoyo, città di 35 mila abitanti a circa 70 chilometri da Dar-es-Salaam, quasi davanti a Zanzibar, nella sala d'attesa all'aperto del dispensario di Kerege, si riesce a ricostruire con buona approssimazione il circolo vizioso della povertà che rende difficili le cure alla tubercolosi, la cui sconfitta – uno degli obiettivi di sviluppo del millennio – purtroppo si sta allontanando grazie ai tagli degli Stati nei contributi al fondo globale contro Aids, malaria e tbc. Nelle strade polverose di Kerege, in pieno bush africano, c'è una bambina di sette anni, si chiama Miriam e pesa come una di quattro. Ha il volto emaciato e aspetta in braccio alla mamma la visita della dottoressa Asha Said. La quale medico a tutti gli effetti non è, ma nel sistema sanitario tanzaniano si colloca a un livello intermedio tra dottore e infermiere. È già molto, in Tanzania hanno un medico ogni 23 mila abitanti. Nonostante il paese venga da un periodo di stabilità che sta portando progressi economici, la piccola Miriam si è ammalata in uno degli stati più poveri del pianeta, dove il reddito annuo pro capite è di circa 220 dollari, il 60% della popolazione è privo dell'elettricità e il 40 dell'acqua potabile. In particolare in questa zona la maggioranza sopravvive con meno di 2 dollari al giorno. la linea

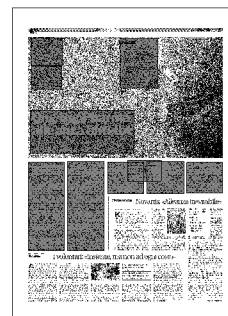
della miseria.

Requisito minimo e mai scontato è che il paziente si rechi al dispensario, spesso distante parecchi chilometri dal villaggio. Chi non può si reca ancora dallo sciamano che prescrive erbe e cura con rituali magici. Quindi, una volta prescritte le cu-

re, gratuite nel caso di Myriam, occorre che la bambina assuma i farmaci con regolarità, altrimenti nel paziente si sviluppa una resistenza ai farmaci detta Tbc M-dr, che può diventare letale. La cura può durare dai sei agli otto mesi, occorre quindi che la mamma sappia attrezzarsi per somministrare le dosi ad esempio al buio e lontano da una fonte di acqua e che riesca a procurarsi la medicina all'ospedale quando sta per finire.

In Tanzania si ammalano ogni anno 60 mila persone di Tbc, con una crescita costante negli ultimi 10 anni dovuta nel 20% dei casi all'aumento dei casi di Aids (spesso il virus dell'Hiv indebolisce le difese immunitarie favorendo l'incubazione del bacillo di Koch), alla mancanza di precauzioni per evitare la trasmissione e al miglioramento degli accertamenti sanitari. Nell'ufficio della dottoressa, che in questo momento è sola perché ha una collega in maternità, è appeso al muro un foglio di carta A4 scritto a mano con le 10 emergenze dell'area. Al primo posto la malaria, al secondo la Tbc, quindi le malattie veneree. Chiude la classifica l'Aids. Asha si è organizzata con il telefonino per seguire i pazienti. Il 97% della popolazione possiede un cellulare e lei invia sms per ricordare ai pazienti la pastiglia. Non sempre è sufficiente.

«Il problema della piccola – spiega – è che





non riesce a nutrirsi con regolarità perché la famiglia è povera. A sua volta la mamma è stata malata di malaria e il padre è sieropositivo, quindi non riescono a lavorare con regolarità. Le cure sono gratis, ma è difficile ricordare loro di far assumere le terapie alla bambina». Questo è il circolo della povertà. Se non lavori non mangi e ti ammali. Se ti ammali, non lavori e non mangi, quindi guarire è più difficile.

Dopo Myriam, che sta comunque migliorando, tocca a Tama Ashim, 40 anni, padre di famiglia che vive a 12 chilometri dal dispensario e a 7 dall'ospedale. È appena uscito dalla fase acuta, si è ammalato 15 giorni fa.

«Mio padre è morto di tubercolosi due anni fa. Quando ho avuto i primi sintomi, mia moglie mi ha convinto a farmi visitare e probabilmente mi ha salvato la vita. Ma tanti miei amici non vengono a curarsi. Da noi è normale stare male tutti i giorni, ci abituiamo ad avere fame e a non guarire. Tutti hanno qualcosa, la malattia fa parte della nostra vita, impari a convivervi».

La Tanzania è oggetto da cinque anni di

un esperimento attuato dalla Novartis, la multinazionale farmaceutica di Basilea, 100mila dipendenti in 140 paesi e un fatturato nel 2009 di 44 miliardi di dollari, il 3% dei quali impiegato dalla fondazione aziendale

per progetti nei paesi in via di sviluppo.

In sostanza si tratta di un progetto che coinvolge l'intero sistema sanitario nazionale, al quale la "Big Pharma", attraverso l'Organizzazione mondiale della sanità, ha destinato dal 2005 mezzo milione di dosi gratuite di trattamenti anti tubercolosi.

In più, in questo distretto, insieme alle autorità sanitarie nazionali, sta conducendo un altro esperimento: curare l'assunzione delle cure con un assistente a domicilio del malato, che può essere un parente. Il direttore del programma statale anti Tbc e lebbra, Said Egwaga, ha annunciato che l'aderenza alla cura con questo metodo arriva all'80% sia in città che nelle aree rurali. Può restituire una speranza a tanti bambini come Myriam, che oggi ha un'aspettativa di vita di neppure 55 anni, come nell'Europa degli anni 50, e il suo futuro rischia di essere scritto dalla Tbc.

## LE CIFRE

In tutto il Pianeta i casi di Tbc sotto trattamento sono 1.679.086, mentre sono due miliardi le persone contagiate, comprendendo chi non è trattato. Secondo il rapporto dell'Oms sulla tubercolosi, nel 2009 il 98% dei decessi – quasi due milioni – è avvenuto in Paesi in via di sviluppo, colpendo persone di età tra i 15 e i 50 anni. Nella classifica mondiale, calcolata in base all'incidenza ogni 100mila abitanti, in testa è lo Zimbabwe davanti alla Cambogia, mentre la Tanzania è collocata all'ottavo posto. Nel continente nero vi è l'epicentro della malattia a co-infezione con l'Hiv, con oltre l'80% dei casi. In Tanzania sono stati censiti 63mila casi all'anno. La zona più colpita è quella costiera attorno a Dar-es-Salaam. Il tasso d'inizio cura è alto, l'80%. Ma quello di mortalità arriva al 10% e, in caso di Hiv, al 35%. (P.Lam.)

## Lo studio

# Sperimentazione al Sacco, farmaco a 120 neonati

**Alessandra Pasotti**

Si chiama «Studio clinico protocollo Inf-V-A005» e prevede di testare in queste settimane «la sicurezza, l'immunogenicità e la tollerabilità di un vaccino antiinfluenzale» l'Inflexal V su 120 neonati. Per ogni piccolo arruolato ci sono mille euro pagati dalla casa farmaceutica all'ospedale che ha accettato la sperimentazione. Destinatari dello studio sono bambini («sani», «non precedentemente vaccinati» e nati «oltre la 37esima settimana di gestazione») di età compresa fra i 6 e i 35 mesi. Il test è partito in queste settimane alla clinica pediatrica dell'ospedale Sacco che dopo aver ricevuto i pareri positivi del Comitato etico nazionale dell'Ospedale Maggiore e del Comitato etico dello stesso nosocomio, il mese scorso ha accettato la proposta di Averion International per conto della Crucell Switzerland società farmaceutica con sede a Berna, promotore e sponsor della sperimentazione. Scopo della ricerca: valutare se il vaccino antiinfluenzale Inflexal V mantiene gli stessi parametri di sicurezza e di tollerabilità se somministrato in due dosi distanziate da quattro settimane ciascuna (0,25 ml) oppure se risposte immunitarie ed effetti collaterali non variano se somministrato anche ai più piccoli in un'unica dose (0,50ml). La questione è di estrema attualità visto l'avvicinarsi della stagione influenzale e della apprensione che mamme e papà hanno nei confronti dei vaccini. «Il farmaco è sicuro, in commercio già da qual-

**POLEMICA L'ospedale**  
**«guadagna» mille euro**

**a paziente. Il direttore:**  
**«I test sono utili a tutti»**

che anno. Non parliamo di cavie o di vittime - spiega il professor Gianvincenzo Zuccotti direttore della clinica pediatrica del Sacco -. Se avessi avuto anche un minimo dubbio che questo vaccino potesse avere effetti collaterali sui bimbi non avrei neppure accettato di prendere in considerazione la ricerca. I genitori sono informati di tutto. L'unico fastidio in questi casi è il prelievo che il bambino dovrà fare dopo un mese. Che serve sia a redigere i dati della ricerca, ma anche ai genitori che così sapranno con certezza se la dose di vaccino ha reso immune il proprio bambino o meno». Inflexal V è un vaccino influenzale inattivato composto da antigeni dei ceppi A e B del virus dell'influenza propagati in uova embrionate di gallina. È fornito dalla società farmaceutica in una siringa pre riempita da 0,5 ml. Se la dose da iniettare è di 0,25 (come fatto sinora per i bambini) il resto è da buttare. Nel bugiardino è espressamente scritto: Adulti e bambini al di sopra dei 36 mesi: 0.5 ml. Bambini dai 6 ai 35 mesi: i dati clinici sono limitati». «L'Italia è un paese ancora indietro rispetto a questi argomenti - precisa il professor Zuccotti -. In altri Paesi riescono a reclutare persone che si sottopongono a sperimentazioni in numero di tre-quattro volte superiore. Perché la gente ha già capito che in realtà si tratta di un'opportunità per sé e non di un danno. Solo in questo modo tanti pazienti hanno a disposizione farmaci che altrimenti vedrebbero in commercio dopo anni».



**La lente**

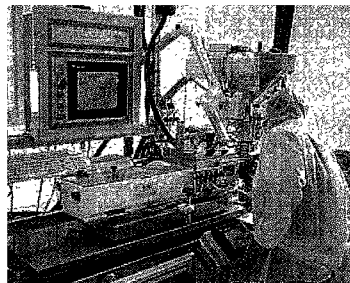
**L'ITALIA?  
SOLO OTTAVA  
IN EUROPA  
PER RICERCA**

**L**a notizia — ahinoi — è che non c'è notizia. «Nelle top 1.000 società nel mondo che investono in Ricerca e Sviluppo le italiane sono pochissime» sintetizza sconsolato Alberto De Monte, principal di Booz Allen, la società che ogni anno tratteggia la mappa dell'innovazione. «Se in Europa siamo il terzo o il quarto Paese per Pil in Ricerca e Sviluppo siamo ottavi (dopo Germania, Francia, Svizzera, Gran Bretagna, Paesi Bassi, Finlandia e Svezia, ndr). E stiamo parlando delle grandi aziende. Figuriamoci con le pmi». A dire la verità il 2009 ha segnato il passo un po' per tutti a livello macro: per la prima volta dal 2000 gli investimenti complessivi delle prime 1.000 aziende sono scesi: dai 521 miliardi di dollari del 2008 ai 503 del 2009 (-3,5%). Segno della crisi. Ma le grandi aziende hanno tenuto: il «big spender» tra le aziende è

Microsoft con oltre 9 miliardi. A guidare la classifica dei Paesi ci sono sempre gli Usa (201,351 miliardi contro i 162 dell'Europa). Ma colpisce anche la «pochezza» — per una volta — della Cina: solo 6,6 miliardi con un peso dell'1% globale. In pratica è l'unica volta in cui l'Italia, con i suoi 5,6 miliardi, può vedersela con il gigante asiatico. Ciò che colpisce, per De Monte, è che sulla carta potremmo fare solo meglio: «Il 50% di questi investimenti viene da tre settori: salute, automotive ed elettronica. E nei due ultimi gruppi siamo ben presenti con Fiat e Finmeccanica. Cosa manca? Una politica industriale da parte del governo». Ma non è il momento migliore per parlarne e aspettarsi qualcosa.

**Massimo Sideri**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Alleanza Miur-Lit per educare alla salute fin dai banchi

**L**a prevenzione dei tumori parte dalla scuola. È stato firmato mercoledì scorso un protocollo di intesa tra il ministero dell'Istruzione e la Lit, la Lega italiana per la lotta contro i tumori. Obiettivo: realizzare campagne informative nelle scuole secondarie e promuovere gli screening, aprendo le porte degli istituti agli esperti Lit. «Il mondo scolastico è sempre stato privilegiato dalla Lit - ha commentato il presidente, **Francesco Schittulli** - per interventi di informazione, educazione e

sensibilizzazione alla cultura della prevenzione. Stili di vita sani, lotta al tabagismo e una corretta alimentazione rappresentano un impegno rilevante. E l'efficacia della prevenzione è tanto maggiore quanto più precoci e mirati sono gli interventi». L'accordo, sottoscritto dal ministro **Maria Stella Gelmini**, prosegue l'impegno comune già avviato nel 2006.

La collaborazione della Lit con le istituzioni non si ferma qui. Il 20 ottobre, al ministero della Salute, la Lega ha presentato i dati di una

campagna di comunicazione condotta in dieci Regioni per sollecitare l'adesione agli screening. «Il nostro obiettivo - ha detto Schittulli - è quello di coprire tutto il Paese nel giro di cinque anni, così da portare il tasso di guaribilità all'80%, rispetto al 58% attuale». Anche perché le neoplasie aumentano: nel 2010 in Italia si sono registrati 270mila nuovi casi di tumore, il 10% in più rispetto a dieci anni fa.

**M.Per.**