



ENDOMETRIOSI colloquio con Renato Seracchioli

Quel dolore in più

È una malattia silenziosa, che nel nostro Paese colpisce circa tre milioni di donne. I sintomi sono comuni, spesso trascurati, e molte pazienti scoprono di essere malate solo quando provano ad avere figli, senza riuscirci, o quando, col progredire della malattia, i dolori si fanno invalidanti. Per far conoscere alle donne l'endometriosi, Renato Seracchioli, che da oltre vent'anni si occupa di questa patologia presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, ha scritto,

con Clarissa Frascà e Carlotta Matteucci, "Endometriosi" (L'Asino D'oro, 2013). Lo abbiamo incontrato.

Professore, come si presenta la malattia?

«L'endometriosi, la crescita anomala di tessuto endometriale al di fuori della sua sede naturale, cioè l'utero, colpisce il 10-15 per cento della donne in età fertile, difficile da diagnosticare perché poco conosciuta, anche dai medici».

Quali sono i sintomi da non sottovalutare?

«Un dolore legato al ciclo mestruale continuo e che aumenta nel tempo, dolore durante i rapporti, nella minzione, quando si va di corpo

o nel periodo dell'ovulazione, sono tutti sintomi che possono far sospettare la presenza della malattia. In questi casi, i medici dovrebbero subito raccomandare una visita in uno dei molti centri specializzati che esistono sul territorio».

Come si cura?

«Con i farmaci è ormai possibile tenere sotto controllo la malattia anche per lunghi periodi, ma nel caso in cui questi non abbiano effetto, o la paziente pianifichi una gravidanza (impossibile con le terapie ormonali), si ricorre alla chirurgia, ormai svolta sempre in laparoscopia, quindi poco invasiva.

Simone Valesini





RICERCA E CURA

Cosa si fa per le malattie rare?

A CURA DI MAURIZIO TERNAVASIO TORINO

Dopo la giornata internazionale delle malattie rare di ieri, domani a Milano si svolgerà una marcia per sensibilizzare sull'argomento. Che cosa si intende per malattia rara?

Una malattia viene considerata rara quando la sua prevalenza nell'ambito della popolazione è inferiore a un dato livello, codificato dalla legislazione di ogni singolo Paese. Per l'Unione europea (e l'Italia) corrisponde allo 0,05% della popolazione, ossia un caso su 2.000 abitanti. Gli Usa invece adottano il limite dello 0,08%.

Quante sono le malattie rare?

Rare, appunto, ma numerose. Attualmente se ne conoscono dalle sei alle ottomila. «L'80% è di origine genetica - spiega Domenica Taruscio, direttrice del Centro nazionale malattie rare -. Ma l'altro 20% ha una base multifattoriale, quindi si deve fare prevenzione contro le sostanze inquinanti, alcuni farmaci e gli stili di vita sbagliati. È fondamentale diagnosticare precocemente le malattie».

Quanti ne soffrono in Italia?

Secondo le stime più attendibili, nel nostro Paese sarebbero tra il milione e il milione e mezzo di individui.

È nel resto del mondo?

I dati parlano di 60 milioni di malati tra Europa e Stati Uniti. Più difficile stabilire i numeri per Africa e Asia.

In che cosa consiste la marcia dei malati rari su Milano?

La manifestazione nata nel 2011, che partirà domani alle 14 da piazza Castello, porterà nel capoluogo lombardo chi intende sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema delle patologie sconosciute ai più, spesso ignorate anche dal mondo della ricerca in quanto «fanno» numeri troppo bassi. Malati, medici ed associazioni hanno deciso di riunirsi per dar voce ai problemi e alle battaglie quotidiane.

Qual è la politica del ministero della Salute?

Nel riparto dei fondi della Sanità, il ministero ha destinato alle malattie rare 20 milioni di euro più 15 milioni per i tumori rari. «Ma non va abbassata la guardia - ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi -. Le malattie rare costituiscono un vero e proprio banco di prova dell'efficienza del Sistema sanitario nazionale».

E per quanto riguarda i bambini?

«Difendiamo i bambini fragili con malattie rare anche in tempi di crisi». È l'appello del presidente della Società Italiana di Pediatria, Giovanni Corsello. «Mi auguro che la situazione politica non comporti ritardi nell'approvazione e attuazione del Piano nazionale per le malattie rare, perché in Italia ci sono 600 mila persone che aspettano risposte ai loro bisogni di salute. Molti di questi sono bambini e adolescenti: l'80% delle malattie rare esordisce in età pediatrica».

Cosa prevede il Piano nazionale sulle malattie rare?

La bozza redatta dal governo ha il compito di organizzare a livello regionale presa in carico, ricerca, formazione e informazione sulle malattie rare. Il documento deve essere approvato entro il 2013 come previsto dalle Raccomandazioni del Consiglio d'Europa. Bisogna garantire assistenza domiciliare, riabilitazione, fornitura di farmaci orfani

spesso di difficile reperimento.

Cosa sono i farmaci orfani?

Sono le medicine efficaci nel trattamento di alcune malattie che non vengono prodotti o immessi sul mercato a causa della domanda insufficiente a coprire i costi. «L'Italia ha una buona percentuale nella disponibilità dei farmaci orfani, ma ci sono differenze di accesso a livello regionale», dice Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco. I sussidi dell'Unione Europea «hanno incentivato una ricerca che, altrimenti, non ci sarebbe mai stata per patologie così rare». La parte da padrona in Europa la fa la Francia con il 93% dei farmaci orfani sul mercato, all'ultimo posto c'è la Svezia col 7%. L'Italia ha un buon piazzamento con il 67% dei farmaci orfani a disposizione.

Quali sono le strategie migliori?

Utilizzare, a tappeto, i test per la diagnosi precoce esistenti; finanziare e potenziare i programmi di ricerca per i nuovi farmaci; lavorare in squadra tra specialisti delle diverse discipline, coinvolgendo al contempo i pazienti.

E cosa fa la Commissione Ue per offrire un contributo fattivo contro le malattie rare?

Ha deciso uno stanziamento di 144 milioni di euro diretto per finanziare 26 progetti di ricerca. Gli studi miglioreranno la vita di circa 30 milioni di europei, in gran parte bambini, che soffrono di queste malattie. Nella ricerca sono coinvolti 300 partecipanti di 29 Paesi.

E in Italia?

Molti gli istituti e le università partecipanti ai 26 progetti di ricerca, tre quelli coordinati da organismi italiani. L'università degli studi di Ferrara dirige un pool sulla beta-talassemia. All'Istituto Superiore di Sanità spetta elaborare una piattaforma per condividere le migliori pratiche per la gestione delle malattie rare. La Federazione Telethon è capofila di uno studio per migliorare la vita delle persone affette dalla sindrome di Maroteaux-Lamy, una malattia metabolica.



Economia INDUSTRIA FARMACEUTICA

Non è un paese PER PILLOLE

L'obbligo di prescrivere medicinali generici. I brevetti in scadenza. Le difficoltà sui nuovi prodotti. Ecco perché sempre più aziende tagliano la corda

DI NATASCIA RONCHETTI

Il primo a denunciare un rovinoso crollo dei profitti è stato il gruppo Menarini, sede a Firenze. Ha annunciato mille esuberi, poi li ha (solo temporaneamente) congelati. Sigma Tau, altra importante Pharma italiana, ha appena chiesto la cassa integrazione per 140 addetti. L'industria del farmaco se la passa male, anche quella italiana, da sempre capace di barcamenarsi grazie a marketing e mercato semi-protetto. Perché le straniere, le vere Big Pharma, hanno cominciato da tempo a lasciare il nostro paese: Gsk (Glaxo Smith Kline) ha chiuso il suo centro di ricerca di Verona ormai qualche anno fa, Sanofi Aventis ha messo nero su bianco la liquidazione di quello di Milano. E la numero uno nel mondo, Pfizer, in pochi anni ha lasciato a casa centinaia di dipendenti. Tutta colpa dei tagli alla spesa farmaceutica imposti dai governi, di Silvio Berlusconi prima e di Mario Monti poi. Ai quali si è aggiunto l'opportuno decreto del ministro Renato Balduzzi, che dà finalmente un buon impulso alla vendita dei generici, i farmaci no-logo che funzionano come quelli di marca, ma costano meno.

I prezzi-capestro, sommati alla totale assenza di una vera e propria politica del farmaco, denunciano gli addetti ai lavori, spingono fuori dal Paese le industrie, che delocalizzano centri di ricerca e stabilimenti e abbandonano l'Italia. Per dirigersi verso la Russia, l'India, la Cina, il Brasile o il Messico, attirati dagli incentivi fiscali. Al centro della crisi di Big Pharma c'è innanzitutto il fatto che nei prossimi anni scadranno un bel po' di brevetti, dopo 20

anni di protezione. Il gruppo statunitense Pfizer ne ha già visti bruciare due nel 2012 e quest'anno dovrà dire addio anche una delle sue glorie, il Viagra. Msd resterà senza il Singulair. Nel 2014 sarà poi la volta dell'antidepressivo Cipralex, del gruppo danese Lundbeck, e di Avodart, della multinazionale inglese GlaxoSmithKline, che perderà anche l'antiasma Aliflus, commercializzato in Italia da Menarini. Una raffica di scadenze che tradotta in numeri significa la perdita di un mercato che nel nostro Paese vale qualcosa come due miliardi di euro e che giocoforza sarà assorbito dai farmaci generici.

«Siamo costretti a delocalizzare nei Paesi emergenti», ammette il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi: «la Russia, per esempio, offre condizioni molto interessanti a chi sposta la produzione». Ma mentre le multinazionali attaccano le autorità italiane sul fronte delle difficoltà che trovano a mettere nuovi farmaci sul mercato, le italiane, che di innovazione terapeutica



I LABORATORI DELLA MENARINI, A POMEZIA. SOTTO IL MINISTRO RENATO BALDUZZI



non ne fanno, attaccano la rivoluzione dei generici.

Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, ma anche amministratore delegato di Jansen Cilag, dice: «su di noi pesano le lungaggini per far entrare un farmaco nuovo nel mercato; da quando viene approvato dall'Aifa ci vogliono almeno due anni». E intanto gli italiani combattono a spada tratta i no-brand. Così, se il colosso francese Sanofi Aventis vola in India a stringere accordi con una società locale per la produzione di generici e contemporaneamente mette alla porta in Italia 300 informatori scientifici, c'è Menarini (a capitale interamente italiano come Sigma Tau) che semplicemente va a produrre in Russia, dove sta costruendo un nuovo stabilimento, e non ci prova nemmeno a fare il suo ingresso nel business dei generici.

Eppure, sottolineano gli osservatori, è miope pensare di combattere la rivoluzione dei no-brand. I governi devono implementarli al massimo e ovunque lo fanno da anni. In Italia l'obiettivo è quello calmarne la spesa pubblica farmaceutica, che solo nei primi nove mesi del 2012 ha



raggiunto i 19 miliardi. E con i generici è possibile, perché la legge prevede che qualunque cosa prescrivano i medici le Asl rimborsino solo la tariffa del no-brand, e che la differenza di prezzo tra il farmaco generico e il farmaco di marca la paghino i cittadini. Che vanno così a spendere almeno un miliardo di euro l'anno, del tutto inutilmente, solo per seguire le indicazioni di medici impermeabili alla rivoluzione dei generici. Il nuovo decreto Balduzzi va a colpire proprio questo mal-

costume, perché obbliga i dottori a prescrivere sempre il generico in caso di nuove patologie. Come a dire che non si riesce a mutare l'affezione degli italiani a una certa scatoletta alla quale sono abituati, ma che i signori medici hanno il divieto di ordinare farmaci brand a chi già non ne usufruisca.

Ma a svelare il gioco delle farmaceutiche italiane sono i sindacati: «I grandi gruppi si sono seduti sugli allori godendosi per anni un mercato protetto», dice

Marco Falcinelli, segretario nazionale della Filctem-Cgil, che ha raccolto in un dossier tutte le crisi aziendali esplose nel Paese. Un vero e proprio bollettino di guerra (quest'anno sono attesi 2.400 licenziamenti) mentre si raccolgono i primi dati sulla riorganizzazione del settore e sull'impatto del decreto.

La quota dei generici, per confezione, è ancora residuale: 17 per cento sul totale del mercato. Ma la rivoluzione è iniziata. Le vendite, dopo l'entrata in vigore dell'obbligo di prescrizione del principio attivo nella prima versione, a partire da agosto, hanno fatto un balzo del 24 per cento. Tuttavia restano ancora lontane le quote di mercato dei no-brand in Germania, dove molte aziende hanno colto al volo l'opportunità e stanno occupando gli spazi lasciati liberi dai farmaci di marca a livello internazionale. È il caso di CordentPharma e di Haupt, subentrate negli stabilimenti di Latina venduti da Pfizer e Bristol Mayer Squibb. E lo stesso ha fatto Teva, gigante israeliano, sette acquisizioni in Italia (una all'anno dal 2002), che con quattro stabilimenti procede come un carro armato.

In Europa il farmaco generico vale in media il 50 per cento del mercato e l'Italia la rincorre. Ma non c'è dubbio che entro qualche anno le economie emergenti scalzeranno l'Occidente nella crescita dei fatturati. E l'industria del farmaco equivalente non riuscirà a tamponare facilmente la perdita di posti di lavoro in Europa. Così Menarini, che ha beneficiato per decenni di un mercato superprotetto, non ha remore nel lasciare il Paese: «Se non riusciremo più a vendere», dice il direttore generale, Domenico Simone, «trasferiremo la produzione». ■

Operazione Comazzo

Uno stabilimento da cui escono farmaci certificati per arrivare direttamente sul mercato Usa. È a Comazzo, in provincia di Lodi, ed è una punta di diamante dell'Italia farmaceutica proprio per lo standard elevato e la capacità innovativa. Perché per fare farmaci bene non basta una fabbrica qualunque: il livello della produzione è estremamente importante per la qualità del prodotto. Per questo la chiusura dello stabilimento di Comazzo, annunciata dalla multinazionale americana Msd nell'ambito di

una razionalizzazione delle sue attività, sarebbe stata un colpo grave per la presenza italiana nel farmaceutico. Un colpo sventato di un accordo fra Msd e Mediolanum Farmaceutici, fra le prime dieci aziende farmaceutiche nazionali a capitale interamente italiano.

Le vicissitudini di Lomazzo cominciano nel 2010, quando gli americani annunciano la graduale cessazione delle attività produttive del sito. È toccato al management italiano convincere New York che bisognava salvare la

fabbrica e l'occupazione. E che lo si poteva fare cercando un partner in grado di garantire la continuità produttiva. «Abbiamo voluto trovare un accordo per non disperdere un capitale umano altamente specializzato», racconta Pierluigi Antonelli, presidente e Amministratore Delegato di Msd Italia. Nello stabilimento Mediolanum produrrà farmaci contro le malattie vascolari, cardiache, respiratorie e dermatologiche, oltre che antibiotici, puntando sull'alta specializzazione di macchinari e personale. **Letizia Gabaglio**

Foto: M. Sringuasi - Contrasto, P. Tre - FotoA3

**FARMACI
A
CONFRONTO**

**Generici e
griffati:
sono davvero
uguali?**

I "no logo" sono più economici di quelli di marca. Nel resto d'Europa, e in America, hanno conquistato il mercato. In Italia, invece, sono appena il 17 per cento dei medicinali venduti. Perché continuiamo ad avere mille dubbi su questi prodotti. E allora, facciamo chiarezza!

Costano meno delle medicine di marca, contengono lo stesso principio attivo e producono lo stesso effetto: eppure i farmaci generici non riescono a convincere medici e pazienti. Sono appena il 17 per cento dei medicinali venduti in Italia (in Europa la media è il 50 per cento). Ne diffidano due medici su tre, conferma un'indagine realizzata dall'Istituto di ricerca Medi-Pragma. E un paziente sopra i 65 anni su due preferisce comprare i farmaci "griffati". Di tasca propria, perché il Sistema sanitario rimborsa solo il farmaco con lo stesso principio attivo ma col costo più basso, cioè il generico. Se un cliente vuole acquistare lo stesso un prodotto di marca, può farlo, però deve pagare la differenza. Ma cosa sono esattamente i farmaci generici? «Sono medicinali che possono essere prodotti da una qualsiasi azienda farmaceutica copiando l'originale quando scade il brevetto, che in genere ha una durata di vent'anni» spiega Silvio Garattini, farmacologo di fama e direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano. «Il farmaco equivalente non può usare un nome di fantasia come quello originario, ma deve adottare il nome del principio attivo. Purtroppo in Italia "generico" suona male. Viene interpretato con un'accezione negativa, come se fosse una medicina che va bene per tutto e per niente».

I due farmaci sono proprio identici?

«Il principio attivo, cioè la sostanza che ha effetti terapeutici, dev'essere lo stesso» assicura Garattini. «Ma non solo. Per essere messo in commercio, un generico deve superare la prova della biodisponibilità». Che significa? Si prendono due gruppi di pazienti. A metà di loro si somministra il farmaco di marca e all'altra quello equivalente. Trascorso un certo periodo di tempo si misura la presenza del principio attivo nel sangue nei due gruppi di campioni, dopo che il medicinale è stato assorbito dall'organismo. Tra i due gruppi può esserci al massimo uno scarto del 20 per cento nella concentrazione, che è considerato normale perché ogni paziente risponde in modo diverso a un medicinale, a seconda del metabolismo, della conformazione fisica o dell'età. «Quindi» conclude Garattini «se i due farmaci hanno la stessa concentrazione

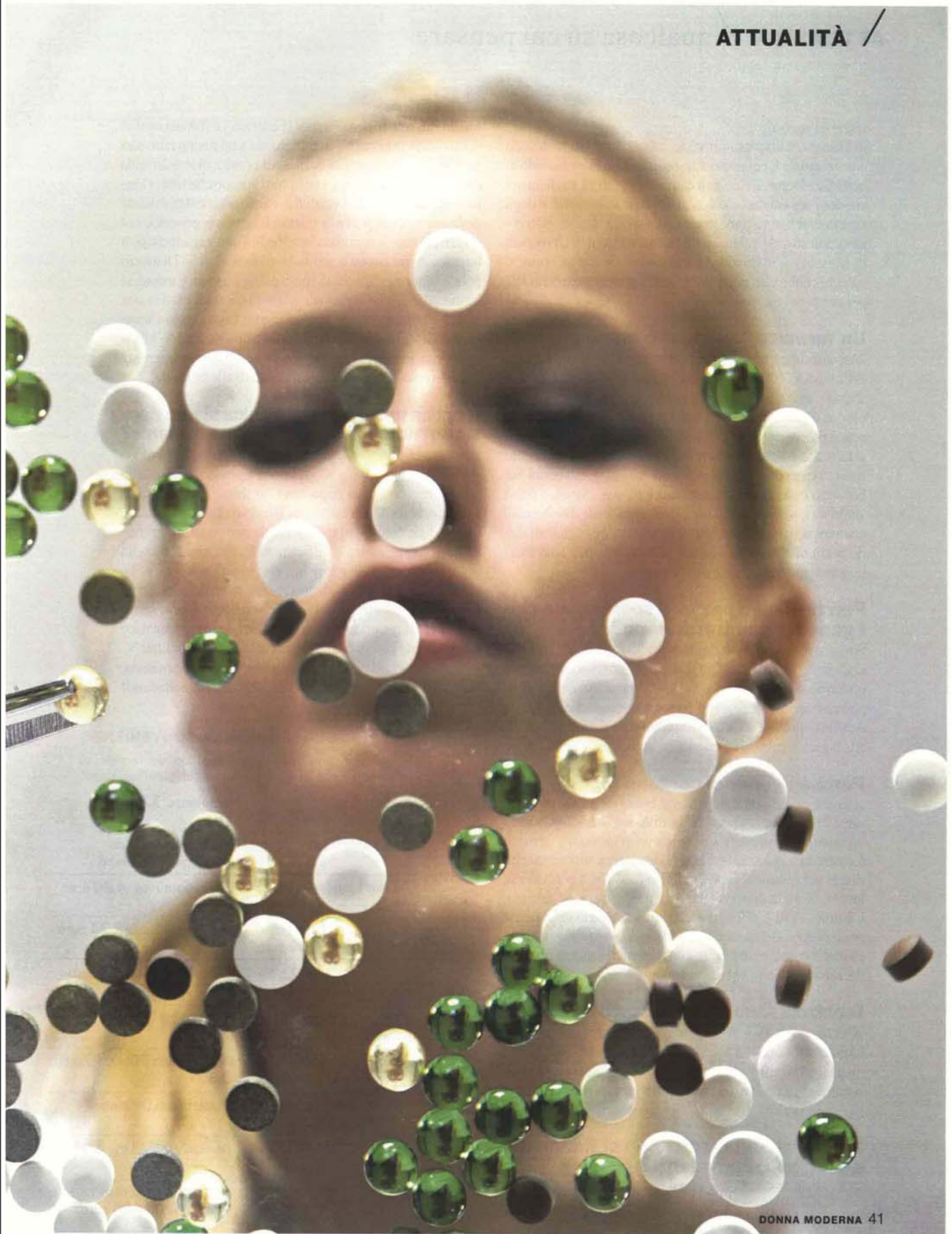
(segue a pagina 42)

GETTY

www.ecostampa.it

097156

ATTUALITÀ /



DONNA MODERNA 41

ATTUALITÀ / qualcosa su cui pensare

(segue da pagina 40)

nel sangue e lo stesso principio attivo, i loro effetti devono essere uguali. È come dire che se mettiamo lo stesso vino in bottiglie diverse, il vino non cambia». «Tutti gli studi fin qui condotti per valutare l'efficacia dei farmaci originali e degli equivalenti hanno dimostrato che non c'è alcuna differenza» conferma Achille Caputi, farmacologo dell'Università di Messina. «Se funzionassero meno, del resto, come si spiegherebbe che negli Stati Uniti i generici coprono l'87 per cento del mercato?».

Un farmaco "no logo" è meno sicuro?

«Assolutamente no» chiarisce Garattini. «Perché con la prova della biodisponibilità viene dimostrato che i farmaci hanno lo stesso effetto e la stessa concentrazione nel sangue. Possono essere diversi, invece, gli eccipienti, cioè quelle sostanze senza potere curativo che hanno lo scopo di dare stabilità al farmaco e far sì, per esempio, che si sciolga rapidamente nello stomaco, nel caso di una pasticca. Tra questi eccipienti possono esserci dei conservanti e in qualche caso degli antibiotici, se si vuole proteggere il medicinale da eventuali contaminazioni. Può capitare che talvolta gli eccipienti diano reazioni allergiche. Questo però accade non solo con i generici, ma con tutti i tipi di farmaci».

Perché alcuni pazienti sostengono che i generici non funzionano?

Spesso scatta un fenomeno detto "nocebo", il contrario dell'effetto placebo. «Se un medico prescrive a un paziente un farmaco che costa poco invece di uno di marca, il malato può pensare di essere un po' trascurato, curato male» spiega Achille Caputi. «Così si autosuggestiona e si sente peggio. E attribuisce la colpa al farmaco. Che invece non c'entra nulla».

Perché i generici costano meno?

«Perché non si tratta di prodotti creati ex novo» dice Enrique Hausermann, presidente di Assogenerici. «Quando un'azienda farmaceutica deve scoprire un nuovo farmaco è costretta a investimenti ingenti in ricerca, una spesa che ricade sul costo del prodotto. Per i medicinali equivalenti, invece, si tratta di riprodurre una medicina che esiste già. Gli unici costi per il generico riguardano gli studi per la realizzazione del farmaco e le prove di bioequivalenza. Ma gli investimenti sono di gran lunga inferiori e quindi il prezzo dei medicinali può essere mantenuto basso».

I controlli sono uguali per tutti i prodotti?

«Certamente, sì» spiega Enrique Hausermann. «L'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, ha il compito di vigilare sui medicinali. Verifica che tutti gli studi siano stati eseguiti correttamente da parte dei produttori e controlla con apposite ispezioni l'attività di tutte le aziende del settore».

Perché alcuni medici non si fidano dei medicinali equivalenti?

«La colpa è delle aziende che li producono» dice Giacomo

Milillo, segretario della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale). «In tutti questi anni hanno fatto una promozione dei generici basata sul prezzo, cioè solo sulla convenienza economica, e sulla convinzione che tanto i loro prodotti sarebbero stati venduti lo stesso perché il farmacista deve sempre proporre al cliente il farmaco generico col prezzo più basso, se nella ricetta medica non viene indicato il farmaco di marca con la scritta "non sostituibile"». Di mezzo poi c'è l'enorme capacità di spesa di Big Pharma (l'industria farmaceutica) che bussa alle porte degli studi medici con un'attività di promozione assai efficiente. Cosa che non fanno le aziende dei generici, che di fatto hanno rinunciato a farsi pubblicità. Per aumentare le vendite scelgono vie differenti. Per esempio, propongono grandi sconti alle farmacie.

A chi ha una malattia cronica si può dare sia un "no logo" che un prodotto di marca?

«Se un mio paziente è in cura da tempo con un farmaco griffato» spiega Milillo «continuerò a prescrivergli quello perché non credo sia opportuno cambiare, soprattutto se è una persona di una certa età. Ho visto che basta mutare colore delle confezioni o delle pillole per generare grande confusione nei malati e difficoltà nell'assunzione corretta della terapia. Con le medicine non si può scherzare. Lo stesso farei se un mio paziente fosse abituato da anni con un farmaco equivalente: non glielo cambierei. Se invece io stesso prescrivo un generico per la prima volta, scelgo un farmaco tra quelli che conosco e scrivo accanto "non sostituibile"».

Antonella Trentin, giornalista.

Scrivete a attualita@mondadori.it

CHI VINCE LA SFIDA DELLA CONVENIENZA

Ecco il confronto tra il prezzo di alcuni dei farmaci di largo consumo e quello dei loro equivalenti generici.

Voltaren 50 mg compresse (antinfiammatorio) 4,61 euro	Diclofenac 3,84 euro
Augmentin (antibiotico) 10,13 euro	Amoxicillina e acido clavulanico 7,85 euro
Tavor 1 mg (ansiolitico) 6,95 euro	Lorazepam 1 mg 4,80 euro
Aulin buste (antinfiammatorio) 4,40 euro	Nimesulide buste 2,34 euro
Triadec 2,5 mg (antipertensivo) 5,71 euro	Ramipril 2,5 mg 2,83 euro
Metforal 500 mg (antidiabetico) 3,62 euro	Metformina 500 mg euro
Gentalin Beta (antibiotico più cortisone) 14,90 euro	Gentamicina e Betametasona 9,30 euro
Prozac (antidepressivo) 10,76 euro	Fluoxetina 6,06 euro
Lansox 15 mg (protettore gastrico) 5,52 euro	Lansoprazolo 15 mg 4,06 euro
Aspirina con vitamina C (analgesico e antipiretico) 8,20 euro	Acido Acetilsalicilico e vitamina C 4,06 euro

ALLARME TRAPIANTI: QUELLI DI CUORE SONO SEMPRE MENO

OGGI IN ITALIA L'ETÀ MEDIA DEI DONATORI È **62 ANNI**. MA, DOPO I 55, IL CUORE È CONSIDERATO INUTILIZZABILE. PERCIÒ SI USANO, IN ALTERNATIVA, APPARECCHI HI-TECH. E SI FA STRADA UNA PROPOSTA

di **MICHELE BOCCI**

I trapianti di cuore in Italia diminuiscono in modo consistente e le cardiocirurgie, per salvare i malati in attesa, scommettono sempre di più su apparecchi e organi artificiali. L'intervento più affascinante e suggestivo per l'immaginario collettivo è sempre meno diffuso: nel 2012 è stato fatto 231 volte, circa un terzo in meno rispetto alle 355 del 2009. Praticamente un crollo, che ci fa tornare indietro di quasi vent'anni, al 1993, quando le operazioni furono 229. Dopo si è rimasti sempre abbondantemente sopra i 300. Fino al 2010, quando è iniziata la discesa.

I dati si spiegano con l'aumento dell'età media dei donatori. In Italia è la più alta d'Europa, 62 anni. E al settantenni, e addirittura agli ottantenni, possono essere espianati il fegato o i reni. Non il cuore. Chi lo dona può avere al massimo 50-55 anni, ma spesso anche le persone di questa età hanno acciacchi che alla fine obbligano a scartare l'organo. «Quando, qui a Padova, abbiamo fatto il primo trapianto di cuore in Italia, nel 1985, i donatori erano soprattutto ventenni caduti dal motorino» spiega il primario della cardiocirurgia dell'azienda ospedaliera della città veneta Gino Gerosa. «Fortunatamente è arrivata la legge sul casco e l'età media dei dona-

tori si è subito alzata. Inoltre le terapie intensive sono diventate migliori, salvano più persone da eventi ischemici ed emorragie un tempo letali. Da una parte c'è la felicità per chi sopravvive, dall'altra il dramma di chi è in attesa».

Sono 700 le persone che aspettano il loro turno, anche più di due anni e mezzo. Per qualcuno un tempo troppo lungo. Si cerca così un'alternativa al trapianto mettendo a punto nuove tecnologie, alcune delle quali vengono già usate nelle cardiocirurgie. Come i vad, ventricular assist device. Negli ultimi tre anni in Italia ne sono stati messi circa 70 l'anno. «Si tratta di una piccola pompa, interna o esterna, che assiste il ventricolo sinistro» dice sempre Gerosa. «Serve in attesa del trapianto, per assistere un malato aspettando che guarisca, oppure come terapia definitiva». Si lavora anche per migliorare i cuori artificiali, che per ora servono solo in attesa dell'intervento. «Li usiamo quando l'organo ha problemi importanti, che costringono a toglierlo» spiega il cardiocirurgo. «Ma per ora è una tecnica poco utilizzata. Per dare un'idea, noi in un anno mettiamo 25 vad e 1 cuore artificiale. E facciamo circa 25 trapianti, contro i 50 di qualche tempo fa».

Al Centro nazionale trapianti non abbandonano l'idea di far crescere di nuovo il numero di donatori. «Il vad inizia ad avere buoni dati di sopravvivenza» spiega il direttore Alessandro Nanni Costa. «Ora dobbiamo regolamentarne l'uso, per specificare meglio le indicazioni, le autorizzazioni e i costi. Ma stiamo cercando anche di alzare l'età dei donatori di cuore. C'è un progetto che prevede delle "prove da sforzo" sull'organo per riuscire a usare quello di chi ha fino a 65 anni».



LA STAMPA

CONVEGNO DA OGGI A LUNEDI' AL LINGOTTO

La medicina nucleare contro i tumori dei bambini

■ In una società che invecchia con un servizio sanitario con risorse sempre più limitate, la medicina nucleare offre macchine e radiofarmaci in grado di supportare diagnosi accurate e aprire nuove speranze contro un numero crescente di malattie: dai parkinsonismi alle demenze fino alle cardiopatie ischemiche e le patologie oncologiche. È il tema dell'XI° congresso dell'Associazione ita-

liana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare che si apre oggi al Lingotto, fino a lunedì. Si parlerà anche dei vantaggi dell'uso della Pet nella diagnosi e nella valutazione alla risposta al trattamento terapeutico dei tumori pediatrici. Tra i relatori torinesi c'è la dottoressa Angelina Cistaro (Irmec) in qualità di coordinatrice nazionale dell'Intergruppo di studio Pet in pediatria.