

FRONTIERE/ L'appello degli oncologi di Esmo e Aiom: «Servono standard comuni»

Biobanche, stop al Far West

Il punto sulla situazione in Europa: il fai-da-te non fa bene alla ricerca

La biobanca è una raccolta organizzata di tessuti umani, soprattutto campioni di sangue (ma anche cellule isolate e parti solide). Consente di disporre di materiale su cui svolgere indagini biologiche, che possono avere valore prognostico o predittivo. Questo tipo di raccolta e di analisi si adatta perfettamente allo studio dei tumori, gli unici tessuti patologici che possiedono un genoma (e quindi una costituzione molecolare) diverso da quello dell'individuo di origine e capace di rapida evoluzione.

Perché un malato di cancro dovrebbe cedere una parte del proprio corpo? In alcuni casi sarà possibile pronosticare l'evoluzione della patologia oppure predire l'efficacia della terapia. Non solo. La donazione costituisce un atto a favore della ricerca. Le biobanche rappresentano un patrimonio di grande rilevanza scientifica perché possono favorire significativi avanzamenti nella definizione delle terapie personalizzate, che diventeranno lo standard nella lotta contro il cancro. Queste raccolte di campioni biologici stanno suscitando un crescente interesse, e non solo

tra gli addetti ai lavori, che preferirebbero utilizzare il termine "bioteche di ricerca" per identificarle. La Società europea di Oncologia medica (Esmo) e l'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom) hanno dedicato al tema il convegno "Le banche

dei tessuti: è possibile donare le proprie cellule per la ricerca?", che si svolgerà il 7 ottobre a Milano a Palazzo Marino. L'incontro ha preceduto il 35° congresso Esmo, che si è tenuto per la prima volta proprio a Milano (presso la Fiera) dall'8 al 12 otto-

bre, con la partecipazione di oltre 15mila esperti.

In Lombardia sono già operative strutture (a Monza e Vimercate) che si occupano della raccolta di campioni biologici per lo studio del tumore del colon. L'Europa possiede un grande

numero di biobanche, tuttavia sono raramente collegate tra loro e riuscire ad accedervi è spesso difficile. Uno dei problemi più rilevanti a livello europeo è rappresentato dalla presenza di regole di accesso diverse e dalla mancanza di standard comuni di

riferimento. Ciò impedisce, a esempio, di utilizzare nello stesso studio campioni provenienti da diverse strutture. La conseguenza è la duplicazione di progetti simili e uno spreco di risorse e di energie, senza una politica di finanziamenti a lungo termine.

Il convegno è stato l'occasione per lanciare un appello dalle due società scientifiche perché la materia venga regolata quanto prima dal legislatore. Il vuoto normativo rischia infatti di bloccare il futuro della ricerca sul cancro. Da un lato le potenzialità delle biobanche sono enormi per l'immensa quantità di informazioni contenute nei campioni biologici, dall'altro è serrato il dibattito sui limiti etico-giuridici in cui deve rientrare l'atto di disposizione. Qual è l'ampiezza del consenso del donatore? È possibile revocarlo? Fin dove arriva la tutela della privacy? Quali sono le garanzie per gli individui e per la collettività? Oggi vi sono solo alcune indicazioni del Garante della privacy, sottoposte però a interpretazioni giuridiche non univoche. È duplice il ruolo dell'autore dell'atto di disposizione: da un lato è donato-

re, dall'altro utilizzatore delle possibili informazioni provenienti dalla biobanca per la cura della sua malattia. Esiste indubbiamente il rischio che terzi non autorizzati possano appropriarsi di questi dati.

Il Comitato etico indipendente (CeI) della Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano a partire dal 2008 ha avviato, sul tema dell'uso dei campioni di tessuti umani a scopo di ricerca, un percorso di consultazione e condivisione di criteri con gli altri CeI disponibili e con diversi attori: ricercatori, esperti di bioetica, giuristi, rappresentanti dei pazienti, esponenti dell'industria, esperti delle attività regolatorie (tra cui l'Aifa e il Garante per la protezione dei dati personali). L'obiettivo del-

l'iniziativa è stato quello di formulare un documento di raccomandazioni (si veda il box) sui nodi dell'uso di campioni biologici a scopo di ricerca. La Favo (Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia) ha dato un contributo determinante alla stesura del testo. Il nostro obiettivo è che la donazione sia resa più semplice e più sicura.

Roberto Labianca

Presidente del Comitato locale del Congresso Esmo 2010

Direttore del Dipartimento di Oncologia ed ematologia Ospedali riuniti di Bergamo

Francesco De Lorenzo

Presidente Favo (Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, debito record a quota 17 miliardi

Cresce ancora il divario infrastrutturale del Sud

IL SISTEMA PUBBLICO

Studio di Intesa Sanpaolo. Ciaccia: serve collaborazione pubblico-privato

di UMBERTO MANCINI

ROMA - Se è noto che la spesa sanitaria in Italia è pari al 9% del Pil, sostanzialmente in linea con la media europea, è invece inedito un altro dato: l'indebitamento complessivo del sistema sanitario pubblico ha superato quota 17 miliardi di euro. Una cifra enorme, destinata a crescere visto che da qui al 2050, sono le stime di uno studio di Intesa Sanpaolo, la spesa complessiva passerà da 140 a 400 miliardi. Trascinandosi dietro ovviamente anche il pesante ed esplosivo fardello dei debiti. E una situazione - come emerge sempre dallo studio illustrato dal capo economista di Intesa Gregorio De Felice - di grande disuguaglianza tra le regioni virtuose, quelle del Nord, e un Sud sempre più distante e lontano da livelli minimi di efficienza e qualità. «E' evidente - spiega De Felice che ha presentato il rapporto insieme al capo di Buis, Mario Ciaccia - che un trend di questo tipo è insostenibile da parte del pubblico». E poco importa che nell'ultimo periodo sia stata messa in atto una politica di contenimento e razionalizzazione. In Italia si spende in media circa 2.886 dollari pro capite contro i 3.700 dollari in Francia o i 7.700 degli Usa. Insomma, non va poi così male. Ma quello che spaventa è, come detto, la proiezione futura. «Il punto di non ritorno è vicino - aggiunge Ciaccia - anche perché il federalismo, se introdotto in maniera non graduale e con principi di equilibrio solidale, rischia di aggravare ulteriormente il quadro della sostenibilità finanziaria». Se Lombardia ed Emilia sono al top delle prestazioni e sostanzial-

mente in linea con i bilanci, al Sud siamo ai minimi. Così come è strutturale un debito "antico", difficile da risanare. Per non parlare degli sprechi delle risorse pubbliche. Intesa Sanpaolo ha messo in luce un dato centrale, cioè l'indice delle "dotazioni infrastrutturali sanitarie", costruito con informazioni Istat che riguardano le prestazioni erogate, le apparecchiature diagnostiche, il numero di ospedali, la qualità del servizio. In cima alla classifica delle regioni virtuose c'è un po' a sorpresa il Molise (indice pari a 100) (pochi abitanti e buoni ospedali), seguita da Umbria (78), Valle d'Aosta (71), Emilia (71), Lazio (70) e Trentino (68). Mentre Lombardia, Veneto, Piemonte, Toscana e Abruzzo sono a metà classifica (tra 60 e 70). Chiudono il gruppo Campania, Sardegna, Puglia, Basilicata e Calabria (sotto 60). Con strutture insufficienti o obsolete, tanti extra costi e inefficienze. Una graduatoria che si riflette anche nella tabella della "soddisfazione" per i servizi ospedalieri: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Trentino sono al top. Male il Lazio con solo il 30% dei pazienti soddisfatti. In linea con i dati di Calabria, Campania, Sicilia e Sardegna. Al Nord il gradimento è complessivamente sopra al 50%, il Centro al 33%, Sud al 32,7%. Dallo studio si conferma poi la "mobilità" dal Sud al Nord per andare alla ricerca delle cure migliori, che porta al Settecento ben 837 miliardi. Che fare per invertire la tendenza e trovare nuove risorse? Da un parte, dice Ciaccia che guida una banca tutta dedicata al settore pubblico, servirebbe attivare una vera concorrenza tra enti erogatori di servi-

zi, gli ospedali per intenderci, per contenere i costi e migliorare le prestazioni, cambiando anche

il sistema di accreditamento dei soggetti privati. Dall'altra bisogna spingere sui Fondi sanitari integrativi, su un loro ruolo più forte. Intesa Sanpaolo stima che l'intervento, agevolato anche da eventuali benefici fiscali, potrebbe valere circa 100 miliardi di minori oneri per il sistema pubblico sui 400 previsti. Un contributo rilevante che il sistema bancario potrebbe supportare in maniera significativa, patrimonializzando i Fondi e supportando altre iniziative di "efficientamento". «Possiamo uscire dall'incubo - dice Ciaccia - rappresentato dai 400 miliardi di spesa previsti nel 2050, puntando dunque su una collaborazione forte pubblico-privato, che migliori l'efficienza e colmi gli squilibri

Nord-Sud, salvaguardando nel contempo un servizio di qualità».

In definitiva, la filiera della salute, dagli acquisti centralizzati ai costi standard, dall'introduzione delle tecnologie ai nuovi servizi, può essere anche una opportunità d'investimento, di sviluppo, non solo un buco nero per i soldi del contribuente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I COSTI FUTURI



400

E' in miliardi la spesa prevista nel 2050

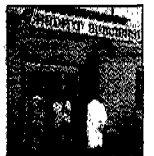
LA SPESA ATTUALE



140

E' in miliardi la spesa attuale

IL CONTRIBUTO DEI PRIVATI



100

E' in miliardi il possibile contributo dei privati al settore



I dati sullo stato dei finanziamenti nel rapporto di Intesa Sanpaolo-Cerm

Ospedali, regioni incapaci

Revocato oltre un miliardo destinato alla sanità

DI **BENEDETTA PACELLI**

Oltre 1 miliardo di euro destinato alle regioni per le infrastrutture sanitarie tornati indietro nelle casse dello stato. Di oltre 9 miliardi di euro, infatti, assegnati alle regioni per il Programma generale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, 1.160 milioni di euro, pari al 13% del totale, sono stati revocati per ritardi o inadempienze delle stesse regioni. Sono alcuni dei numeri che saltano all'occhio scorrendo il rapporto curato da Intesa Sanpaolo e dalla Fondazione Cerm e dedicata a «Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali». L'indagine, tra le altre cose, illustra appunto lo stato dei finanziamenti alle regioni per il Programma generale di investimenti in sanità che ha l'obiettivo di riequilibrare le strutture tra il nord e il sud del paese, destinando un maggiore impegno economico proprio al sud e confermando, invece, come le regioni del centro-nord mostrino un maggior tempismo

nella richiesta di autorizzazione: solo sette regioni (tutte del nord esclusa la Calabria) infatti, non hanno visto ridurre gli stanziamenti autorizzati con il processo di revoca. Anche nell'ambito dei programmi specifici d'investi-

nord si mostrano più attive di quelle del mezzogiorno: le prime devono ancora completare e attivare meno del 30% delle strutture, rispetto a quanto richiesto dal P r o -

gramma, mentre le seconde non hanno ancora attivato oltre il 60% delle strutture. Il rapporto mette anche in evidenza il ruolo del project finance nel settore dell'edilizia sanitaria per la realizzazione o l'ammodernamento di strutture ospedaliere: delle 73 iniziative i progetti aggiudicati sono 48 per un valore di oltre 3,3 miliardi di euro. Le strutture già realizzate in sinergia tra pubblico e privato e che hanno avviato la gestione sono 16, mentre 13 ospedali sono invece in fase di costruzione. Significativo risulta essere il numero di progetti abbandonati nel corso del tempo. Nell'ultimo anno sono stati accantonati 3 progetti per un valore complessivo di investimenti pari a 90 milioni di euro, di cui due in fase di aggiudicazione e 1 in fase di gara. A fronte delle 73 iniziative attualmente in essere, altri 50 progetti sono stati abbandonati nelle diverse fasi procedurali. Nella maggior parte dei casi l'abbandono avviene in fase di progettazione, prima della pubblicazione del bando di gara.



mento le regioni del



GOVERNATORI ALL'ATTACCO**La trincea del federalismo***Costi standard sotto scacco - Sud e "speciali" in trincea*

Comincia in salita il confronto sul federalismo fiscale tra il Governo e le Regioni. Che prendono tempo e mettono subito le mani avanti. Le Regioni del Sud sono le più preoccupate per l'impatto che il federalismo avrà sulle proprie entrate. Le Regioni a statuto speciale rivendicano assicurazioni sul proprio "status" e sui tagli imposti dalla manovra, sui quali tutte le Regioni

chiedono da tempo una revisione al Governo. E infine il riparto del Fondo sanitario nazionale su cui le Regioni sono chiamate a confrontarsi questa settimana.

Le Regioni si preparano comunque a due sedute straordinarie il 26 e il 27 ottobre per definire una posizione comune sulla partita dei costi standard.

A PAG. 4-5

*COSTI STANDARD/ Governatori ancora in ordine sparso: dal Sud pioggia di modifiche***Federalismo, Regioni in trincea****Restano aperte le partite su Lea e manovra - Lo show down a fine ottobre**

Scoppia in pieno il malcontento delle Regioni sul federalismo fiscale. Troppi i mal di pancia dei governatori, soprattutto quelli del Sud, sull'identikit dei costi standard per la Sanità disegnato dal Governo nel suo decreto di inizio ottobre. Tanto che nel primo faccia a faccia tra i presidenti delle Regioni della scorsa settimana, non è riuscito trovare una posizione comune. Si è potuto, invece, solo prendere atto delle tante, tantissime, richieste di modifica del testo del Digs arrivate da tutte le parti.

A cominciare dalle Regioni del Sud preoccupate per l'impatto che il federalismo avrà sulle proprie entrate fino a quelle a statuto speciale che rivendicano assicurazioni sul proprio "status" (si veda il box a fianco). A pesare ci sono poi ancora i tagli imposti dalla manovra sui quali tutte le Regioni chiedono da tempo una revisione al governo e il riparto del Fondo sanitario nazionale in stand-by da mesi su cui i governatori sono chiamati a confrontarsi già in questi giorni. Una partita, questa, che peserà senz'altro anche su quella molto più complessa e delicata dei costi standard. E sulla quale pende come una spada di Damocle il rebus dei nuovi livelli essenziali di assistenza, congelati da mesi, che dovrebbero modificare quelli del 2001 e che l'Economia, per ora, sem-

bra non voler sbloccare.

Le tante voci critiche sui costi standard, per ora ancora non unite in un solo coro, si sono concretizzate in una pioggia di emendamenti. Dal Sud (compreso il Lazio) arriva forte e chiara la volontà di modificare la platea delle Regioni benchmark da cui calcolare i costi standard. In particolare per i governatori di Lazio, Campania, Calabria, Puglia e Molise non solo bisogna ampliare il benchmark da tre Regioni "modello" a un campione rappresentativo di almeno un terzo della popolazione, ma bisogna innanzitutto definire con chiarezza il fabbisogno del Fondo sanitario nazionale, in base anche ai livelli essenziali che si vogliono garantire. Poi c'è la questione caldissima della pesatura degli indicatori per calcolare i costi standard. Per le Regioni del Sud non basta pesare la popolazione per classi d'età, ma bi-

sogna considerare anche tutta una serie di «indicatori territoriali» legati a elementi socio-economici ed epidemiologici (e qui c'è da sbizzarrirsi: dagli indici di povertà ai livelli di scolarizzazione fino all'incidenza delle patologie). Una linea, questa, già tratteggiata nel decreto emanato dal Governo, ma che i governatori meridionali vogliono definire con più chiarezza nel testo finale.

La volontà, comunque, è quella di proseguire il lavoro tanto che il



presidente della Conferenza, **Vasco Errani**, ha annunciato una serie di sedute straordinarie il 26 e il 27 ottobre, in vista della Conferenza del 28 ottobre alla quale seguirà la Conferenza unificata dove all'ordine del giorno ci saranno i decreti sul federalismo fiscale regionale, provinciale e municipale.

«L'accelerazione impressa dal Governo al federalismo fiscale non è stata gradita dalle Regioni, ma abbiamo tempo fino a novembre per lavorare e proseguire il confronto con il Governo», ha spiegato il coordinatore degli assessori al Bilancio, **Romano Colozzi**, secondo il quale «abbiamo 4-5 settimane di lavoro per trovare una sintesi accettabile».

Ma Errani insiste: bisogna definire i livelli essenziali di assistenza e i livelli essenziali delle prestazioni (i fantomatici Lep), cioè dire ai cittadini italiani quali servizi sono garantiti. E poi, altro punto dolente, quello dei tagli: «Il federalismo fiscale deve partire, ne siamo convinti - ha spiegato il presidente dei governatori -, ma affrontando il problema relativo alla manovra. Con quei tagli le Regioni non sono in grado di assicurare nulla».

Marzio Bartoloni

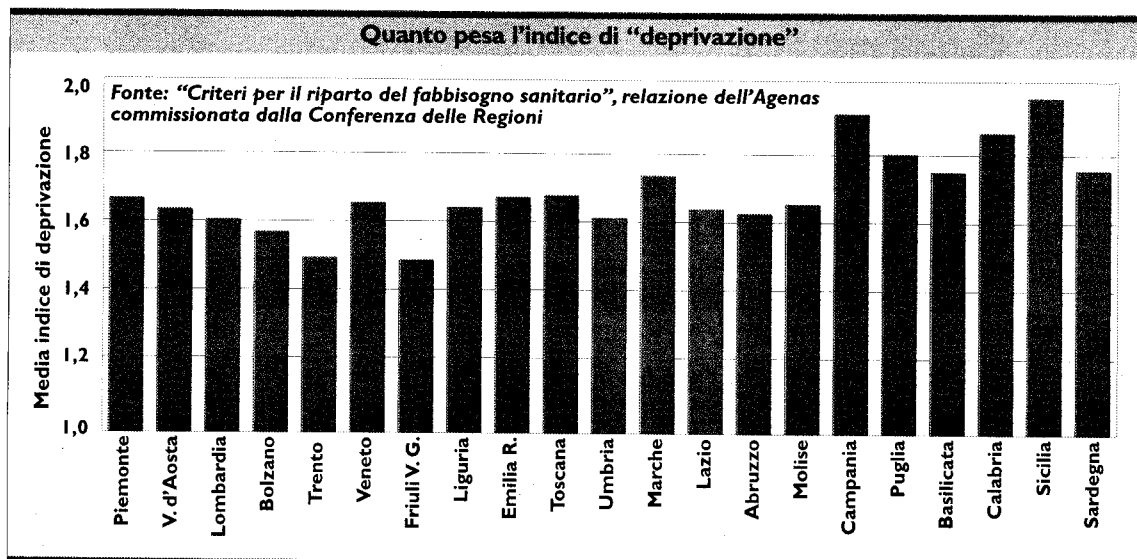
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Sicilia e le altre autonomie "speciali" si tirano fuori

Le Regioni a Statuto speciale, (Valle d'Aosta, Trento e Bolzano, Sardegna e Sicilia) provano a tirarsi fuori dal tritacarne del decreto sul federalismo fiscale regionale. Sostentate in prima battuta dalla Sicilia che ha fatto da coordinatrice della protesta i governatori dei territori con "poteri speciali" hanno deciso di mettere nero su bianco con emendamenti fotocopia la richiesta - in punto di Costituzione e in base alla legge delega - di essere escluse dalla disciplina dei costi e dei fabbisogni standard sanitari. Un rebus in più per il Governo, ma non per le altre regioni che sostanzialmente condividono la protesta. «Questo decreto per le Regioni speciali non ha valore», ha spiegato il presidente della Regione Siciliana, Raffale Lombardo. «Abbiamo portato una serie di emendamenti - spie-

ga il governatore - e abbiamo ribadito un punto: la legge 42 del 2009 sul federalismo ha bisogno di un confronto tra ciascuna Regione Speciale e il Governo per definire i punti che vanno concordati».

Del resto è la stessa legge delega sul federalismo fiscale a prevedere dei «tavoli di confronto di cui il decreto presentato dal Governo non ha tenuto conto», precisa Lombardo. «Inoltre - aggiunge - la legge sul federalismo comprende un punto che riguarda tutte le Regioni ma quelle del Sud in particolare: ed è quello relativo alla perequazione infrastrutturale. Questo federalismo, insomma, si può applicare se al tempo stesso si avvia un processo di perequazione che riguarda le infrastrutture per le quali non è stata fatta nemmeno una ricognizione preventiva».



IL COMMENTO DI OPERATORI E IMPRESE**«Un'occasione da riempire di contenuti»**

Più trasparenza; più responsabilità sui costi; maggiori possibilità di crescita per aziende e operatori. Purché non si finisca col cadere ancora nella trappola di formule che non quantificano l'appropriatezza dei trattamenti garantiti ai cittadini. Suona così, un po' tra luci e ombre, il giro di pareri tra gli operatori del settore su federalismo e costi standard.

Il più ottimista sembra essere il presidente **Farindustria**, **Sergio Dompé**: «Credo che sia un'ottima opportunità per ottenere due risultati importanti per i cittadini e per il sistema delle imprese» - spiega. «Saranno possibili una trasparenza sui costi e una correlazione tra i costi e le responsabilità: sarà possibile verificare chi governa bene e chi non ne è capace e si capirà come sono real-

mente le prestazioni offerte».

«In un Paese che vanta la Sanità fra i principali valori del sistema questa trasparenza è essenziale» - conclude il presidente degli industriali del farmaco. «Tutti dobbiamo impegnarci perché il federalismo rappresenti questo».

Altrettanto convinta della bontà del percorso imboccato dal Governo, la presidente **Federfarma**, **Annarosa Racca**: «Può essere una novità positiva per il nostro Paese e uno strumento di crescita economica e culturale, soprattutto per i cittadini, ma anche per gli operatori» - dice. «Ciò potrà avvenire se, come da tutti auspicato, il federalismo diventerà un sistema per responsabilizzare gli amministratori locali e fare in modo che le scelte in materia di Sanità siano finalizzate a ottimizzare l'uso delle risorse, miglioran-

do la qualità dell'assistenza garantita ai cittadini e valorizzando il ruolo dei presidi nel territorio. Per ottenere questo risultato è fondamentale la scelta dei parametri da utilizzare per definire i costi standard. È un argomento molto delicato sul quale è in atto un confronto serrato tra Governo e Regioni per individuare le Regioni di riferimento. Per individuare questi parametri si dovrà tenere anche conto del fatto che la situazione economica, sociale e culturale cambia moltissimo da Regione a Regione».

E proprio il nodo delle scelte operative sembra condizionare il giudizio di **Angelo Fracassi**, presidente **Assobiomedica**, che frena: «È impossibile esprimere un parere definitivo sulla proposta di costi e fabbisogni standard in Sanità», commenta. «L'impressione è che quale che sia la formula tecnica essa finirà per dover tener conto degli equilibri politici, il che accresce l'incertezza su come sarà la decisione finale. Mi pare comunque che, sulla base degli elementi noti, i costi standard non si scosterebbero di molto da ciò che esiste, cioè dal riferimento a una media ponderata di spesa pro capite, non più riferita alla media nazionale, ma alla media di tre Regioni ritenute virtuose. Dico ritenute perché il fatto di avere i conti in equilibrio non necessariamente significa erogare prestazioni tempestive e di qualità». Conclusione: «Tanto rumore per nulla». Mentre l'obiettivo di un costo standard riferito al trattamento più appropriato resta «lontanissimo».



Imprese e sindacati lanciano l'allarme sul piano sanitario

Circa 3.600 posti di lavoro a rischio. È l'impatto che potrebbe avere la razionalizzazione della sanità, voluta dalla Regione, sulle imprese private ospedaliere. Senza una riconversione che compensi il taglio dei posti letto, si stima una perdita di un quinto di punto del Pil regionale. Secondo Claudio Di Bernardino (segretario Cgil Roma e Lazio), invece, il piano regionale danneggerà soprattutto le province.

Dominelli, Marini ▶ pagine 11 e 13

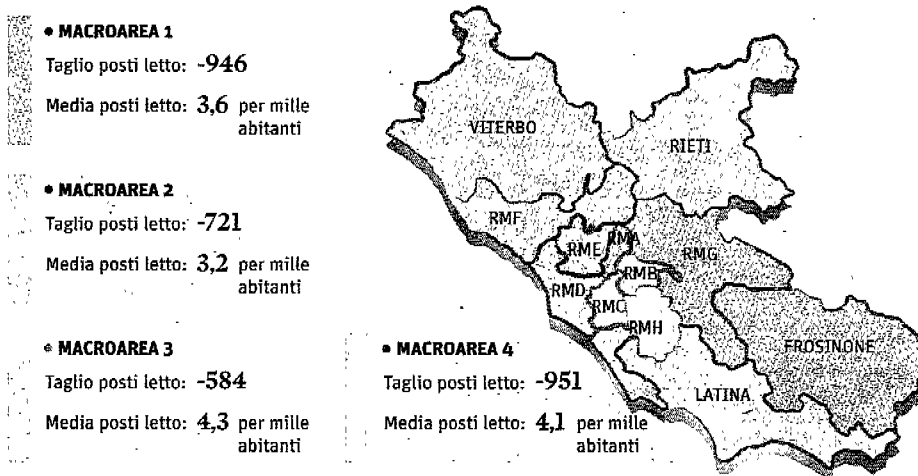
I tagli della Polverini/1. Per la Cgil la divisione in macroaree concentra i servizi nell'area di Roma

«Sanità, province penalizzate»

Di Bernardino: manca un'indicazione dei risparmi ottenuti con la manovra

Gli ospedali cambiano faccia

Il piano sanitario della Regione, con il taglio dei posti letto e la media posti letto per mille abitanti



Fonte: Dipartimento sanità Cgil Roma e Lazio

Andrea Marini

«Non chiediamo un ritiro del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Lazio, ma vogliamo che sia modificato profondamente. Ci può essere un ragionamento legato alla razionalizzazione, e dentro questo processo ci possono anche essere dei tagli dei posti letto. Ma questi non possono essere indiscriminati e in parallelo deve essere sviluppata una offerta sanitaria alternativa o sostitutiva. A queste condizioni il sindacato è disposto a fare la sua parte». Claudio Di Bernardino, segretario della Cgil Ro-

ma e Lazio, chiede alla presidente della Regione Renata Polverini di aprire subito il confronto sul suo piano sanitario, che secondo il sindacato ha più di un limite: a partire dalla suddivisione del territorio in 4 macroaree, che rischia di lasciare scoperte le province a scapito della capitale, fino alla mancata indicazione dei risparmi che si otterrebbero con la riduzione dei posti letto. La proposta alternativa della Cgil Roma e Lazio va da un potenziamento della sanità più vicina ai cittadini (medici di famiglia, residenze sanitarie assistenzia-

li, presidi territoriali di prossimità) fino alla richiesta al governo di farsi carico dei 400 milioni annui spesi per la ricerca e la formazione dei 5 policlinici del Lazio, ricerca e formazione che sono a beneficio di tutto il paese.

Punto cardine del piano di Renata Polverini per organizzazione della rete ospedaliera, necessario per arginare un deficit sanitario che viaggia su 1,4 miliardi l'anno (il 14% delle entrate regionali), è la suddivisione del territorio in 4 grandi aree. Il taglio dei posti letto garantisce comunque all'interno di ognu-

na di queste l'autosufficienza dei bisogni della sanità. Tuttavia, per la Cgil questa suddivisione penalizza le province. «Ad esempio - spiega Di Bernardino - nella macroarea 4 le province di Rieti e Viterbo sono messe insieme al territorio di Civitavecchia e a Roma Nord. Ma in realtà è in quest'ultima zona che c'è la maggiore quantità e qualità di strutture sanitarie. Leggendo poi il piano - prosegue - non c'è una quantificazione economica dei risparmi che si ottengono con i tagli. Prendiamo il reparto di ortopedia del Grassi. Su un

totale di 127 letti se ne eliminano 3. Qual è la minor spesa? Che risparmio si ottiene spostando il pronto soccorso del Cto dalla Garbatella, al Campus Biomedico di Trigoria?». In più, secondo i calcoli della Cgil, con il piano di riorganizzazione ci sarà una riduzione di 643 posti letto in più rispetto a quelli previsti dal patto per la salute, che stabiliva un rapporto di 4 posti ogni mille abitanti.

«Per risanare il deficit sanitario di 1,4 miliardi - propone Di Bernardino - intanto si possono recuperare 400 milioni l'anno chiedendo al governo di farsi carico della spesa per ricerca e formazione dei 5 policlinici del Lazio. Si tratta di poli di eccellenza i cui benefici ricadono su tutto il paese. Una cifra 10 volte superiore a quanto il Lazio incassa dai ticket». Il secondo passo, poi, è il rafforzamento della «medicina sul territorio, a cominciare dal medico di famiglia, che può garantire una continuità dell'assistenza ospedaliera a costi più bassi. In questo modo meno gente si ricovera e diminuiscono i costi per la collettività. Inoltre bisogna stabilire un programma preciso per individuare in quali territori e con quali tempi aprire le 1.500-1.700 residenze sanitarie assistenziali».

L'altra richiesta della Cgil è che le strutture private facciano la loro parte: «Delle 24 chiusure di presidi ospedalieri - conclude Di Bernardino - solo una riguarda le strutture accreditate. È incomprensibile il taglio della riabilitazione e lungodegenza nel pubblico, oggi al 20% rispetto all'80% del privato accreditato. La Cgil non è contro i privati, ma questi ultimi dovrebbero integrare il pubblico, e non sostituirsi ad esso. Il piano della Polverini, invece, sembra andare proprio in questa direzione».

I tagli della Polverini/2. L'impatto del piano per le aziende dei settori riabilitazione e lungodegenza

Nelle cliniche 3.600 posti a rischio

Confindustria: senza riconversione perso un quinto di punto di Pil regionale

Celestina Dominelli

■ Sono alla finestra in attesa di sapere se il ministero dell'Economia approverà il risanamento voluto dalla Regione. Ma intanto i privati che operano nella sanità del Lazio valutano l'impatto della razionalizzazione ospedaliera, cuore del piano di rientro a cui sono appesi il destino di Renata Polverini e un nuovo aumento delle tasse in caso di bocciatura.

Il conto che i privati potrebbero vedersi recapitare è salato. Soprattutto, è il loro ragionamento, se non saranno avviati percorsi alternativi nelle strutture che subiranno i tagli. Perché in ballo non ci sono soltanto 2.074 letti di riabilitazione e lungodegenza che potrebbero saltare nel privato. A rischio ci sono anche molti posti di lavoro. «Se al 1° gennaio 2011 - spiega Riccardo Fatarella, presidente della Consulta Sanità di Confindustria Lazio - si dovessero chiudere quei 2.074 letti senza prevedere null'altro, ci sarebbero 3.600 dipendenti che rimarrebbero senza lavoro. Per non contare l'indotto dove si stima una perdita analogo».

Insomma, un piano "lacrima e sangue" se la promessa fatta da Renata Polverini («i posti letto saranno riconvertiti non tagliati») dovesse rimanere lettera morta. «Il nostro giudizio sul piano strettamente inteso - aggiunge Fatarella - resta negativo, ma è chiaro che attendiamo di capire se ciò basterà a impedire l'aumento delle tasse e soprattutto se la Regione avvierà la trasformazione dei posti letto tagliati in qualcos'altro». Se ciò non avvenisse Confindustria Lazio ha stimato che la chiusura dei 2.074 posti lascerebbe sul campo lo 0,21% di Pil regionale. In soldoni sarebbero 281 milioni di euro «tenendo conto - chiarisce Fatarella - della perdita secca di posti di lavoro diretti e dell'indotto in assenza di percorsi alternativi». A cominciare dall'assistenza domiciliare

e dalle cure extraospedaliere per gli anziani, che rappresentano un vero tallone d'Achille per la sanità laziale. Fatarella snocciola qualche numero. «Se il Lazio avesse gli stessi posti di Rsa (le residenze sanitarie destinate ad anziani e soggetti fragili, ndr) che ha la Lombardia in rapporto alla popolazione, vorrebbe dire 25 mila posti letto. Nel Lazio ce ne sono attualmente 7 mila, dunque il fabbisogno resta altissimo e questo piano non fornisce risposte. Mi auguro che entro dicembre la Regione apra dei tavoli per trattare il tema delle riconversioni».

Un auspicio espresso anche dall'Aiop Lazio, che rappresenta 113 strutture sanitarie private sul territorio e 12 mila posti letto (l'80% dei quali in accreditamento con il servizio sanitario regionale). «Su questo piano - ammette Jessica Faroni, presidente dell'associazione - non c'è stato alcun confronto, ne abbiamo preso visione poco prima che fosse presentato al ministero dell'Economia. Speriamo che entro gennaio la Regione fornisca indicazioni chiare sulla riconversione e che ci dica in cosa saranno trasformati i posti letto cancellati dal piano». Anche perché, aggiunge ancora Faroni, «entro dicembre scadono i termini per l'accreditamento definitivo dei privati che dovranno comunicare alla Regione in quali settori intendono operare per conto del servizio sanitario». I privati temono dunque l'impatto del piano e l'assenza di chiarezza. Ma sottolineano anche che il risanamento incida poco sul vero nodo del disavanzo sanitario, cioè la spesa pubblica. Secondo l'Aiop, infatti, nel 2009 il costo per singolo posto letto ammontava nelle case di cura private a 244,75 euro contro i 1.410 delle strutture pubbliche.

Il destino dei privati è dunque appeso alla riconversione i cui tempi non saranno brevi. Ne è convinto Raniero Benedetto, presidente di Federla-

zio Salute. «Bisognerà gestire bene la fase di transizione anche perché ci vorranno almeno 18 mesi di tempo per cambiare la natura dei posti letto e implementare i requisiti strutturali. I tre mesi che ci dividono da dicembre saranno sufficienti a mettere a punto l'organizzazione, ma i tempi per trasformare i posti letto attuali sono lunghi». I privati vorrebbero quindi indicazioni certe. «È necessario - aggiunge Benedetto - cominciare a parlare delle nuove tipologie assistenziali che dovranno essere avviate al posto di quelle esistenti. Le associazioni hanno ben chiaro che devono fare dei sacrifici e cercano di riconvertirsi in relazione alla loro storia e alle esigenze della Regione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI EFFETTI DEL PIANO

2.865

I posti letto tagliati

Sono i letti che dovranno essere tagliati per effetto del piano di rientro presentato dalla Regione al ministero dell'Economia. Il 72% dei tagli (2.074 posti letto) riguarda la riabilitazione e la lungodegenza nel privato

3.600

I lavoratori a rischio

A tanti ammonterebbero, secondo la Consulta Sanità di Confindustria Lazio, i posti di lavoro al retto persi nella sanità privata se si chiudessero i 2.074 posti letto di riabilitazione e degenza senza procedere a riconversioni

281 milioni

La perdita di Pil

È l'effetto che produrrebbe sul Pil regionale il taglio dei 2.074 posti letto tra riabilitazione e lungodegenza contenuto nel piano di rientro presentato dalla Polverini



Regione. Renata Polverini, governatrice del Lazio



Cliniche private. Jessica Faroni, presidente Aiop Lazio



Sanità. Riccardo Fatarella, responsabile Confindustria Lazio

L'ULTIMA MOSSA DEL LEGISLATORE ITALIANO**Rischio paralisi dal nuovo Codice sui brevetti**

Il consenso informato alla conservazione e all'utilizzo di tessuti umani a scopo di ricerca è oggi al centro di un dibattito assai acceso. Come emerso in occasione di un recente convegno internazionale organizzato dal gruppo di ricerca LawTech del Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Trento (<http://www.lawtech.jus.univr.it/>) sui problemi giuridici posti dal funzionamento delle biobanche di ricerca, la mancanza di un quadro normativo organico, sia in ambito interno che in ambito comunitario, in materia di trattamento di campioni biologici umani e di biobanche istituite per finalità di ricerca medica, genera numerose incertezze, ostacolando lo sviluppo del settore.

Mentre in Spagna e nel Regno Unito sono state da tempo emanate norme specificatamente concepite per regolare il biobanking, in Italia trovano applicazione le norme mediante le quali il Garante per la protezione dei dati personali nel 2007 ha disciplinato il trattamento dei dati genetici, che regolano l'utilizzo dei campioni biologici in quanto fonti di tali dati. Tuttavia, da più parti è stata evidenziata l'inadeguatezza di questa regolamentazione, soprattutto con riferimento alle stringenti regole poste dal Garante in materia di consenso informato all'utilizzo dei campioni a scopo di ricerca medica. Certo, in mancanza di una definizione di biobanca di carattere legislativo e in assenza di meccanismi di certificazione e accreditamento appare impraticabile predisporre una disciplina ad hoc per le biobanche di ricerca che deroghi alla disciplina generale dettata per i dati genetici. Nondimeno, le norme sul consenso rischiano di rappresentare un ostacolo insormontabile per quanti operano nel campo della ricerca medica. La necessità che i pazienti esprimano il proprio consenso all'utilizzo a scopo di ricerca medica dei campioni di tessuto prelevato dal proprio corpo (consenso che il Garante lo ha ricordato - deve essere dettagliato, libero e informato) deriva dalla vigenza di un principio fondamentale che nessuno si sogna di revocare in dubbio. Il punto è che l'operare di questo principio andrebbe coniugato con le peculiari problematiche legate al contesto nel quale le biobanche operano.

In primo luogo, va considerata la difficoltà di ottenere il consenso da parte dei donatori dai quali sono stati prelevati i tessuti che sono conservati da decenni presso gli archivi di anatomia patologica, ossia quei tessuti (in assenza di dati affidanti è stimato che siano decine di migliaia in tutta Italia) asportati in occasione di analisi o interventi chirurgici conservati a scopo diagnostico, che però rappresentano una preziosissima fonte di dati utili per la ricerca. I pazienti, infatti, sono difficilmente rintracciabili, senza considerare il destino di quei campioni orfani di un donatore ormai deceduto.

In secondo luogo, occorre considerare che i campioni raccolti e conservati nelle biobanche si prestano a essere impiegati

per una serie indefinita di futuri progetti di ricerca, il più delle volte non preventivabili al momento della predisposizione della richiesta di consenso, circostanza che rende impraticabile fornire fin dall'inizio una dettagliata informazione al paziente. Parimenti, è agevole avvedersi che i costi connessi all'esigenza di ricontattare in occasione di ogni nuovo progetto di ricerca i pazienti a cui i campioni appartengono appaiono insostenibili.

In un panorama dunque già ricco di problemi, invece di dettare la tanto attesa disciplina generale sull'utilizzo dei tessuti umani e sulle biobanche, il legislatore è intervenuto settorialmente, aggravando la situazione con la recente riforma del Codice della proprietà intellettuale (Deliberazione Consiglio dei ministri, 30 luglio 2010, Disposizioni correttive e integrative al decreto legislativo 30/2005, recante il Codice della proprietà industriale, a norma dell'articolo 19, comma 15, della legge 99/2009, n. 99). La disposizione incriminata (e solo impropriamente incriminatrice) è il nuovo art. 170-ter del Codice, il quale prevede che (salvo che il fatto costituisca più grave reato) «chiunque, al fine di brevettare un'invenzione, utilizza materiale biologico di origine umana, essendo a conoscenza del fatto che esso è stato prelevato ovvero utilizzato per tali fini senza il consenso espresso di chi ne può disporre, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 1.000.000 di euro».

La norma presenta numerosi punti oscuri e vi sono molteplici ragioni (una per tutte: la previsione di un dolo specifico di cui è agevole vaticinare un arduo accertamento giudiziale), non analizzabili in questa sede, che inducono a nutrire seri dubbi sulla sua reale applicabilità. Tuttavia, l'importo della sanzione è tale da provocare un comprensibile "impatto emotivo" sulla comunità degli operatori delle biobanche italiane, che minaccia conseguenze assai nefaste.

Che i pazienti debbano essere informati sull'eventualità che i ricercatori possano sfruttare commercialmente le invenzioni sviluppate a partire dai campioni biologici conferiti alla biobanca, non è un tema in discussione. Avendo operato almeno fino

al 2007 in una situazione di totale deregulation, è però verosimile, se non certo, che solo pochissime realtà del biobanking italiano si siano attrezzate prima di quell'anno per raccogliere i campioni biologici richiedendo sistematicamente ai pazienti uno specifico consenso a sviluppare (eventuali) brevetti a partire dal campione raccolto. Decine di migliaia di campioni biologici, essenziali per l'attività di ricerca in campo medico, giacciono nei congelatori delle biobanche italiane senza essere accompagnati dal consenso idoneo a paralizzare la minaccia (fantasma?) espressa dalla sanzione amministrativa di nuovo conio. Essi dunque non potranno essere utilizzati per sviluppare in-

venzioni coperte da privative brevettuali.

È un colpo mortale per le prospettive di sviluppo del biobanking italiano, che genera foschi presagi per le società operanti nel settore biotecnologico intenzionate a investire nel nostro Paese.

Forse ossessionato dai celeberrimi casi di **Herietta Lack** e **John Moore**, pazienti statunitensi a cui in tempi ormai lontani furono prelevati campioni biologici posti alla base di brevetti ottenuti a loro insaputa, senza il loro consenso (e senza che gli stessi avessero voce in capitolo sui diritti di sfruttamento economico di quelle private), il legislatore italiano ne ha vendicato le sorti. Ma non ha considerato che la particolarità del contesto italiano avrebbe potuto consigliare l'adozione di soluzioni diverse, con norme transitorie, o almeno coneguate con la dovuta gradualità, volte a evitare che una ritardata presa di coscienza legislativa del problema produca effetti retroattivi, di fatto paralizzanti per il mondo delle biobanche del nostro Paese.

Umberto Izzo

Ricercatore confermato

Matteo Macilotti

Borsista Marie Curie Action

Dipartimento di Scienze giuridiche
dell'Università di Trento

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PARTNERSHIP

Fazio si allea con gli Usa per la ricerca di frontiera

Siglata a Washington un'intesa per continuare le collaborazioni

Continua l'alleanza stretta tra Usa e Italia sulla ricerca medica di frontiera. In pista nuovi progetti sulla medicina d'avanguardia come gli studi sulle cellule staminali e la medicina rigenerativa. A rinnovare la partnership con i ricercatori d'oltreoceano è un memorandum d'intesa nel campo della salute e delle scienze mediche firmato la settimana scorsa a Washington tra il **ministero della Salute** italiano e il Dipartimento della Sanità e dei Servizi umani degli Stati Uniti.

L'intesa, firmata dal **ministro della Salute Ferruccio Fazio** e dal Deputy secretary for Health and Human services **William Corr**, prevede la prosecuzione della collaborazione tra Italia e Stati Uniti in progetti di ricerca nei settori dell'oncologia e delle malattie rare e l'estensione della cooperazione ad altri settori di ricerca di reciproco interesse quali la medicina rigenerativa, le cellule staminali tumorali e la diagnosi molecolare, le malattie infettive e le patologie legate all'invecchiamento. Questo accordo, sottolinea Fazio, «s'inquadra nell'ambito di un più ampio piano di promozione della ricerca e favorisce il dialogo e la collaborazione con le strutture scientifiche di alto livello».

Nell'area della Sanità pubblica la collaborazione viene estesa al controllo e alla sorveglianza delle malattie infettive e alla preparazione alle potenziali emergenze di sanità pubblica, compresa l'influenza pandemica; alla promozione della salute e prevenzio-

ne dei rischi delle malattie croniche; alla promozione della salute materno-infantile e della salute delle donne. Le modalità di collaborazione comprendono anche scambio di esperti, delegazioni, informazioni e tecnologie, organizzazione di incontri e conferenze scientifiche, programmi coordinati e progetti di ricerca. Tra i componenti italiani coinvolti nell'ambito dell'intesa, oltre al **ministero della Salute**, anche l'Istituto superiore di Sanità (Iss), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) e le università. Anche l'Agenzia italiana del farmaco parteciperà allo sviluppo dei progetti previsti dall'accordo bilaterale Italia-Usa. Le attività previste nel memorandum

verranno attuate nell'arco di cinque anni.

La firma dell'accordo è avvenuta in coincidenza con l'apertura del «Global Health Forum», il Simposio organizzato dall'ambasciata d'Italia a Washington a cui ha partecipato per l'Aifa il presidente **Sergio Pecorelli** e che riveste particolare importanza nel quadro della cooperazione Italia-

Usa poiché raccoglie le eccellenze nel campo della ricerca e della farmacologia. «L'operatività avviata a Washington - spiega una nota dell'Aifa - è stata affiancata dall'incontro riservato Aifa-Fda, svoltosi a Roma, per consolidare i rapporti tra le due istituzioni e promuovere un dialogo costruttivo finalizzato alla progettazione di un network mondiale che garantisca la qualità dei farmaci e dei principi attivi, in un contesto, anche ispettivo, divenuto ormai globale».

I settori coinvolti

- **Oncologia**
 - Cellule staminali tumorali
 - Biologia dei sistemi
 - Diagnosi molecolare e indicatori biologici
- **Medicina riparativa e riabilitazione**
- **Malattie infettive**
- **Invecchiamento**
- **Ricerca e terapie innovative**



Ossa fragili: la Salute all'attacco dell'osteoporosi

Dedicato alla fragilità ossea il quarto fascicolo dei "Quaderni della Salute". Obiettivo: ridurre del 20% le fratture di femore in 10 anni. (Servizio a pag. 30)

OSTEOPOROSI/ Presentato il 20 ottobre il quarto numero dei Quaderni della Salute

Sinergie Ssn per le ossa fragili

Fazio: «Ridurre del 20% le fratture di femore nei prossimi 10 anni»

«**C**on un trattamento adeguato dell'osteoporosi e della fragilità ossea, l'incidenza delle fratture di femore può essere ridotta del 20% nell'arco di 10 anni, con un miglioramento significativo della qualità di vita della popolazione anziana». Ad annunciarlo, ponendolo come obiettivo concreto dell'azione del Ssn è il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, nella prefazione alla quarta fatica epidemiologico-editoriale della Salute, la quarta uscita dei Quaderni, dedicata alla appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi.

Nel mirino del gruppo di lavoro di cattedratici ed esperti che hanno contribuito alla stesura del fascicolo (*di cui presentiamo in questa pagina l'estrema sintesi, ndr.*) un fenomeno - quello delle fratture da fragilità e del-

l'osteoporosi - segnalato più volte dall'Oms e da ultimo dalla Commissione Ue come una delle sfide principali per i sistemi sanitari dei Paesi occidentali.

«La coscienza, anche politica, del rilievo socio-sanitario di questa patologia è relativamente recente» - ammette Fazio - «questo spiega il ritardo, non solo italiano, nella messa a punto di program-

mi organici di intervento sanitario, rispetto a quanto è già stato realizzato per patologie di vasto impatto».

Una carenza cui il volume cerca di mettere riparo fornendo gli elementi necessari a definire i criteri di appropriatezza diagnostica, terapeutica e assistenziale nella prevenzione e nel trattamento delle fratture da fragilità e segnalando quelle che secondo Fazio rappresentano le maggiori criticità.

«Solo una minoranza dei pazienti ricoverati per una tipica

frattura da fragilità viene inserita dopo la dimissione in un appropriato percorso diagnostico e terapeutico, nonostante l'elevato rischio di rifrattura che caratterizza questi pazienti. Dall'altro lato, meno della metà dei pazienti che iniziano un trattamento farmacologico continua ad assumere regolarmente la terapia dopo un anno, generando un'inaccettabile inefficienza di sistema e vanificando un'opportunità di intervento».

La soluzione?

Superare la parcellizzazione degli interventi, sfruttare le sinergie di sistema, puntare sull'efficienza organizzativa e su protocolli condivisi per la presa in carico del paziente dimesso dopo trattamento acuto di una frattura da fragilità. «Il modello proposto - spiega Fazio - è quello della

"Fracture Unit" per sfruttare al meglio le competenze professionali che già esistono nei nostri ospedali e garantire al paziente uno standard di cura più elevato».

A giocare un ruolo centrale sarà anche in questo caso la

medicina primaria in sinergia con la rete dei centri di II e III livello, chiamati a garantire standard di cura elevati e appropriatezza nell'uso delle risorse diagnostiche e delle terapie più costose. Processi da promuovere con decisione - manda a dire la Salute - ma allo stesso tempo da monitorare con cura in relazione all'elevato investimento di risorse anche economiche.

Serviranno indicatori ad hoc e sarà battezzato il Riff (Registro italiano delle fratture da fragilità), strumento epidemiologico con compiti innovativi: «Sarà utilizzato per stimare i costi sanitari (diretti e indiretti), i costi sociali (mortalità, disabilità, impatto sulla qualità della vita), per rilevare la qualità dei trattamenti e, infine, per definire standard ottimali di cura residua e qualità

della vita», conclude Fazio. Che affida all'audit continuo basato sul registro nazionale il compito di «conoscere la qualità dell'intervento sanitario a livello nazionale e di condurre confronti tra diverse realtà locali per identificare le aree di miglioramento delle prestazioni del servizio sanitario».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DOMODOSSOLA. INTERVENTO AL SAN BIAGIO

Asportato tumore alla base del cranio con le telecamere ad alta definizione

VALERIA PERA
DOMODOSSOLA

«E' un grosso passo avanti, per la sanità locale. Soprattutto se si pensa che non moltissimi anni fa ci si occupava per lo più di tonsille e adenoidi». Antonio Scotti, primario di otorinolaringoiatria dell'Asl, non nasconde la soddisfazione per il complesso intervento chirurgico portato a termine con successo all'ospedale San Biagio di Domodossola: l'equipe medica e infermieristica ha rimosso ad un paziente sessantenne un tumore nella parte più al-

ta delle fosse nasali, alla base del cranio, completamente per via endoscopica, ossia senza ferite visibili.

«Grazie ad attrezzature adeguate e all'elevato livello di preparazione del personale abbiamo potuto utilizzare questo procedimento piuttosto avanzato in cui il cervello non viene toccato - spiega il primario domese, che in passato ha lavorato anche al San Giuseppe di Milano e all'ospedale di Circolo di Busto Arsizio -. E' decisamente meno invasivo dell'intervento neurochirurgico: avviene tutto in endosco-

pia, cioè passando con telecamere ad alta definizione attraverso le narici. Non so se in Piemonte ci siano altri ospedali dove interventi del genere si eseguano per via puramente endoscopica».

Il paziente era già stato sottoposto a chemioterapia «ma purtroppo è servita solo a diminuire l'infiammazione, senza intaccare più di tanto la massa del cancro, che ormai era di 4 centimetri - racconta il primario -. Si tratta di un tipo di tumore molto aggressivo, con prospettive di vita decisamente basse, perciò l'idea-

le è asportare l'intera massa e con questo intervento ci siamo riusciti». Grazie alle telecamere, quindi, il cancro è stato asportato assieme alla base del cranio, che poi è stata ricostruita sempre per via endoscopica con i tessuti prelevati

dalla coscia dell'uomo: «Durante l'intervento abbiamo anche rimosso ed esaminato la meninge, per verificare che il tumore non l'avesse aggredita ed essere certi di asportare l'intera massa del cancro, prima di procedere alla ricostruzione». Quattro giorni dopo l'operazione il paziente ha potuto alzarsi dal letto e 10 giorni dopo è stato dimesso dall'ospedale.

Anche il direttore sanitario dell'Asl Renzo Sandrini sottolinea l'alto livello dell'operazione: «Era particolarmente complessa, vista la localizzazione del tumore. L'iter terapeutico, tra l'altro, è stato deciso di concerto con specialisti oncologi, radioterapisti, anatomo-

patologi e otorinolaringoiatri dell'Asl in ottica multidisciplinare. Insomma, è un intervento che ci pone al passo con altri grandi ospedali»



Il primario Antonio Scotti



Ecco la madre dell'umanità E' nata "solo" 200 mila anni fa

«Studiando 37 geni, abbiamo calcolato l'età dell'Eva mitocondriale»

SARA BOVIO

L'origine dell'uomo è un mistero complicato, non a caso legato a una donna. Da tempo i ricercatori indagano sull'esistenza di una comune antenata di tutti gli uomini viventi che chiamano Eva mitocondriale. Questa Eva, a differenza di quella biblica, non è stata la prima donna e nemmeno l'unica, ma la sola che avrebbe prodotto una linea ininterrotta di figlie ancora esistente. Per confermarne l'esistenza e scoprire quando è vissuta, Krzysztof Cyran del Politecnico della Slesia a Gliwice, in Polonia, e Marek Kimmel della Rice University negli Usa hanno confrontato 10 modelli genetici e sono arrivati a calcolarne l'età presunta: circa 200 mila anni fa.

Lo studio è partito dall'analisi del materiale genetico contenuto nei mitocondri del sangue di donatori casuali: sono organuli addetti alla produzione di energia presenti in ogni cellula e dotati di un proprio Dna. A differenza del patrimonio genetico contenuto nel nucleo, che è ereditato da entrambi i genitori, il Dna racchiuso nei mitocondri è ereditato solo per via materna. In assenza di mutazioni, il Dna mitocondriale - mtDna - della madre è quindi identico a quello dei figli, e così

PROSPETTIVE PER LA MEDICINA

Emergono nuovi dati sulle mutazioni cellulari alla base di molte malattie

per le generazioni successive, per tutti i discendenti di linea materna. Per valutare i legami di parentela tra gli individui i ricercatori utilizzano in genere proprio il genoma mitocondriale invece di quello nucleare, perché questa scelta consente di

semplificare la ricerca degli antenati: il mtDna contiene solo 37 geni che cambiano raramente, il Dna nucleare ne ha oltre 20 mila.

I profili genetici dei donatori sono stati confrontati basandosi sulla somiglianza e la differenza di particolari geni e gli scienziati hanno assegnato un numero corrispondente al grado di parentela in ogni coppia di donatori. «Il segreto per risalire all'età dell'Eva mitocondriale - spiega Cyran - consiste nel tradurre questo numero in una misura di tempo. Il tempo trascorso dall'esistenza dell'Eva mitocondriale è dell'ordine di 200 mila anni, o 10 mila generazioni, un periodo molto breve dal punto di vista evolutivo nel quale, per via della bassa probabilità di mutazione, i geni non accumulano differenze significative tra gli individui. Nel mtDna, tuttavia, esiste una regione ipervariabile, dove la probabilità di mutazione per anno dei geni è più alta e tale da determinare differenze maggiori tra i diversi individui in un tempo confrontabile con l'età dell'umanità moderna».

Secondo Cyran, il modo in cui le

differenze tra le sequenze genetiche degli individui si sono evolute nel tempo dipende dal modello di evoluzione che si considera. Quest'ultimo può variare in base ad alcuni parametri che si possono ritenere o no costanti, come il fattore di mutazione genetica o la perdita casuale di varianti genetiche. «Nel nostro studio - commenta Kimmel - abbiamo confrontato 10 modelli genetici che prendono in considerazione la natura casuale di alcuni processi riguardanti la dinamica di popolazione come la crescita e l'estinzione. Tutti hanno

Il meccanismo

Lo studio sulle nostre origini è partito dal materiale genetico dei mitocondri del sangue (a destra): sono organuli addetti alla produzione di energia presenti in ogni cellula e dotati di un proprio Dna. A differenza del patrimonio genetico contenuto nel nucleo questo Dna è ereditato solo per via materna



prodotto stime simili, intorno a 200 mila anni fa. I modelli classici, invece, compresi molti di quelli usati in passato per calcolare l'età dell'Eva mitocondriale, non tengono pienamente conto della casualità di alcuni processi e si discostano da questo valore, fornendo stime più alte».

Identificare l'età corretta del nostro antenato materno è una sfida che avvicina gli scienziati al nostro passato genetico, fornendo nuovi dati su processi evolutivi come le mutazioni, la selezione e la proliferazione che hanno un ruolo chiave in alcune pato-

logie. «Siamo interessati ai modelli di variabilità genetica tra individui, perché sono importanti per la medicina - sottolinea Kimmel -. Con un metodo simile a quello utilizzato per risalire ad Eva è possibile datare il "fondatore" di qualunque clone che possiede una certa mutazione, per esempio una cancerogena. Questo ci dà un'idea della frequenza con cui compaiono le mutazioni e ci aiuta a identificare i geni coinvolti».

Protagonista delle ricerche, quindi, è anche il cancro. «E' un processo evolutivo - aggiunge Cyran - che ri-

guarda le cellule del microambiente prodotto dai tessuti degli organismi pluricellulari. Nel loro Dna avvengono alcune mutazioni su cui agisce la selezione naturale: la capacità delle cellule tumorali di acquisire, per esempio, la possibilità di dividersi in modo illimitato fa sì che tali cellule siano selezionate positivamente e quindi proliferino. Non è un caso - conclude - che metodi simili a quelli della nostra ricerca vengano applicati allo studio delle cellule cancerogene».

Così il mistero di Eva spalancherà nuove prospettive terapeutiche.



SALUTE

Confronto sul tumore al seno: lo stile di vita come prevenzione

La Provincia, in collaborazione con le aziende sociosanitarie del territorio, i comuni e la Lega Italiana per la lotta contro il tumore al seno (Lilt) e Associazione nazionale donne operate al seno (Andos) ha realizzato il progetto «Donne ... il seno di poi», finalizzato alla promozione di iniziative per la prevenzione del tumore al seno. Tutto il mese di ottobre sarà dedicato alla promozione della diagnosi precoce e alla lotta alla neoplasie con una campagna di sensibiliz-

CONDOTTE IDRICHE

Lavori in vista per sistemare le rotture in Riviera Roma e altri problemi in viale Maddalena

zazione e prevenzione attraverso banchetti informativi e conferenze nei comuni che hanno aderito al progetto. Domani, invece, alle 20.45, al circolo Unione, spazio ad una conferenza su «Lo stile di vita come prevenzione al tumore al seno...aspetti psicologici». Fungeranno da relatori Annamaria Del Sole, Giorgio Crepaldi, Monbica Cibir, Roberto Moretti e Laura Beltrame. «In questo mese - spiega inoltre l'assessore Federico Simoni - il teatro sarà illuminato nelle ore serali e notturne da una luce rosa, proprio per dare un segnale concreto e visibile dell'iniziativa a tutta la cittadinanza». Per chi, poi, volesse degustare il cosiddetto «Menù rosa», potrà farlo al ristorante Molteni dove potrà degustare i piatti, preparati secondo le indicazioni di Sian delle due Ulss polesane visto che la prevenzione comincia anche a tavola.



Cervello in fuga Specializzato in fisica negli Usa

Figlio di un alto magistrato napoletano, Giulio Gambarota, 45 anni, si è specializzato in Fisica al Boston College su un progetto di ricerca sulle tecniche di risonanza magnetica. Dopo il dottorato, ha lavorato come ricercatore, in Olanda, su metodi di risonanza magnetica per valutare l'angiogenesi in tumori e per migliorare la diagnosi dei tumori al cervello e alla prostata. Successivamente, assunto come senior scientist allo Swiss Federal Institute of Technology a Losanna, ha partecipato alla creazione di un nuovo centro di risonanza magnetica, con macchinari unici al mondo. Ora lavora a Londra come scienziato in una importante industria farmaceutica.





DA SAPERE

PATOLOGIE DELLA MAMMELLA, ARRIVATA A GENOVA LA "BIOPSIA REM"

Basta donne liguri in trasferta per una diagnosi più accurata delle patologie della mammella. Se fino a ieri si recavano a Milano nelle strutture del San Raffaele, ora all'Ist di Genova, nel dipartimento di Massimo Calabrese, è a disposizione la cosiddetta "Biopsia Rem", insieme ad altre strumentazioni d'avanguardia, come la tomografia tridimensionale. Per inaugurare la Biopsia Rem all'Ist è arrivato Pietro Panizza, responsabile dell'unità di Senologia dell'ospedale milanese che ha spiegato quan-

do l'indagine è basilare. «Per le donne a rischio genetico, per chi ha protesi nelle mammelle, per chi teme recidive di tumore, per chi, dopo aver avuto già una diagnosi di tumore al seno, deve sottoporsi ad un intervento - fa sapere Panizza -.

NUOVE TECNOLOGIE
Passo avanti dell'Ist, meno visite fuori dalla Liguria

Questo esame è più sensibile e fa emergere tutte le lesioni, benigne e maligne. Quindi va gestito molto bene perché rischia di stressare le stesse pazienti. Però, una volta individuata la lesione, consente una biopsia mirata con la paziente all'interno della risonanza». Panizza specifica che in realtà né Stato né Regioni prevedono questa diagnostica. «Quindi, o si tratta di un esame a pagamento, del costo di circa 800 euro, oppure è quasi totalmente a carico della struttura che lo esegue - è la conclusione del senologo -. Lo Stato deve decidere in quali centri collocare queste strumentazioni. Ne bastano pochi ma qualificati in grado di accogliere le pazienti che arrivano già selezionate dalle strutture del territorio».



ERBE & SALUTE

Il thè verde e il curry aiutano nelle patologie della prostata



Le patologie prostatiche sono diventate negli ultimi anni un vero flagello per gli over 40. Le prostatiti in particolare affliggono con più aggressività di un tempo soprattutto i soggetti che per ore sono fermi al computer creando stasi al circolo venoso pelvico. Se a questo si associa una alimentazione disordinata, ricca in grassi, tipica di chi a pranzo predilige hamburger e panini, il danno è fatto. La fitoterapia può molto in questi casi; piante come la betulla, la serenoa repens, il timo, possono sconfiggere egregiamente molte patologie prostatiche. Ma è sul tumore alla prostata che

ci sono notizie importanti: ricercatori giapponesi del Centro Nazionale per il cancro di Tokio, in uno studio pubblicato sull'American Journal of Epidemiology, hanno rilevato che bere quattro tazze di thè verde al giorno abbassa notevolmente la possibilità di sviluppare tumore alla prostata; se aggiungiamo che anche il curry (mix di curcuma, anice, aneto, peperoncino, pepe nero) ha il medesimo effetto, viene spontaneo consigliare un uso continuo e corretto di queste piante medicinali. Bere un litro al giorno di thè verde è molto facile e costa poco. Usare il curry in cucina permette non solo di avere buona salute ma anche di dare sapore ai cibi, permettendo una forte riduzione del sale.

Ciro Vestita

**Danno una mano anche betulla e timo
Gli studi giapponesi**



Mammografia, vince la prevenzione

L'80% delle donne aderisce e al 4% di queste è individuato il tumore

di Sandra Mattei

TRENTO. Il tumore alla mammella è quello che colpisce di più la popolazione femminile: una donna su 4 si ammala, in Italia come in Trentino. La mortalità, dal 2003 ad oggi in Trentino, è in aumento: erano 98 e nel 2008 i casi sono saliti a 120. Ecco perché lo screening è fondamentale e un convegno che si tiene domani e venerdì darà i risultati dei primi 10 anni della prevenzione.

«10 anni di screening mammografico in Trentino: tra passato e futuro» è il titolo della due giorni al via domani, dalle ore 13, al Castello del Buonconsiglio e che prosegue dopodomani, nell'aula magna del Museo di Scienze (vedi programma a fianco, ndr.).

Un'occasione per fare il punto della situazione e confrontarsi con i dati nazionali, in base alle direttive del Gisma (Gruppo italiano screening mammografico), coinvolgendo i medici di radiologia e senologia dell'ospedale Santa Chiara, la Lilt e la Fondazione Pezcoller. Convegno di alto livello, con esperti nazionali come Alfonso Frigerio e Stefano Ciatto, che sono referenti per lo screening mammografico per il ministero della salute.

Per l'Azienda sanitaria, tra gli altri, i relatori sono Paolo Peterlongo, direttore del dipartimento di radiodiagnostica,

Marco Pellegrini (primario di senologia) e la collega Maria Adalgisa Gentilini.

Ecco qualche anticipazione sui risultati. Il Trentino si attesta ai primi posti per capillarità della mammografia, nella fascia d'età a rischio, tra i 50 e i 69 anni, coprendo l'86% della popolazione. Spiega il dottor Peterlongo: «L'adesione delle donne allo screening è del 79,23%, per un totale di 27.454 esami l'anno. Siamo sui livelli delle regioni del Nord Italia e rientriamo nella

A dieci anni dall'introduzione dello screening mammografico in Trentino, un convegno oggi e domani presenta i risultati della prevenzione tra successi e limiti

fascia desiderabile, che è del 75% di adesioni. Dal 2000 ad oggi l'andamento è sensibilmente migliorato, visto che si partiva da un 58% di adesione».

Un risultato eccellente, ma che non risolve ancora l'efficacia della prevenzione, se è vero, come dimostrerà una sezione specifica del convegno, che i tumori insorgono anche nell'intervallo del program-

ma di screening (che ha scadenza biennale) e ci si deve interrogare sulla qualità di chi legge i referti. Conforta che a 4 donne su 1.000 sottoposte al primo screening viene individuato il tumore in stato iniziale, che potrà essere operato così senza ricorrere a opera-

zioni invasive. Questo sul fronte della prevenzione, anche se molto c'è ancora da fare per ridurre i tempi di attesa di un'operazione, che anche psicologicamente è molto difficile da accettare per le donne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE
I tumori del seno restano la causa di morte più frequente tra le donne in Trentino

Mammografia, vince la prevenzione
L'80% delle donne aderisce e al 4% di queste è individuato il tumore

In questi 10 anni di screening...

«Con il 90% di interventi non invasivi...»

ALLENDO 22-23-24 OTTOBRE 2010

MondelMerlot

«Così il 90% ha interventi non invasivi»

Il direttore della diagnostica Peterlongo spiega vantaggi e limiti

TRENTO. Essere tra le province virtuose in fatto di screening non basta. Perché i tumori alla mammella sono i più diffusi tra le donne in Italia come in Trentino (25% dei totali, seguiti da quelli alla cute che sono il 16,9% e del 9,3% al colon). E di tumore si continua a morire: dai 98 casi del 2003, si passa a 74 (2004), 96 (2005), 91 (2006), 109 (2007), 120 (2008). Abbiamo chiesto a Paolo Peterlongo, direttore di radiodiagnostica, di spiegare come corre ai ripari l'Azienda sanitaria.

Dottor Peterlongo, quante donne si salvano con lo screening mammografico?

Il dato a nostra disposizione parla di 4 donne su 1.000 alle quali viene diagnosticato il tumore, che corrispondono a circa un centinaio ogni anno. Questo risultato è molto importante, perché permette di intervenire con operazioni non invasive (la quadrantectomia) nel caso il tumore sia in stato iniziale. Da noi il 90% delle donne con tumore diagnosticato viene operata con quadrantectomia, perché il tumore ha dimensioni molto ridotte.

Però il tumore al seno rimane quello

che colpisce di più le donne. Perché?

Uno dei temi che saranno approfonditi nel convegno, venerdì, riguarda proprio "l'altra faccia dello screening". Il dottor Alfonso Frigerio approfondirà l'insorgere del cancro nell'intervallo delle mammografie, per capire quanto dei tumori non scoperti, dipendano dalla scarsa qualità di lettura delle analisi.

A questo proposito, quale è la percentuale di richiami, nel caso ci sia un dubbio nell'esame mammografico?

Per le donne invitate per la prima volta, i richiami sono del 5%, per quelle che si sottopongono più volte alla mammografia, i richiami scendono all'1,80%. Questo significa che la lettura del referto è più facile dopo vari esami. Anche se è comprensibile che i tempi di attesa per i richiami e le risposte, creino una percezione di qualità negativa.

C'è anche il problema dei tempi d'attesa per le operazioni.

L'Azienda si è data la regola che l'attesa massima per una paziente, dovrà essere di 30 giorni dalla visita anestesiologicala. (sa.m.)

Paolo Peterlongo
è direttore del dipartimento
di radiodiagnostica
dell'ospedale Santa Chiara



“ Un aspetto
che va analizzato
è capire se il cancro
che insorge nel biennio
tra gli accertamenti
è dovuto a nostri errori

