

il caso

FLAVIA AMABILE

Le mamme italiane Sono loro le più «anziane» dell'Ue e con l'età crescono anche i rischi per i figli

Acido folico Ancora il 20 per cento non segue le raccomandazioni-base per evitare possibili problemi ai feti

Sos allergie, molte nascono nell'utero

Ricerca europea: sotto accusa l'alcol e il fumo e gli eccessi di tè e caffè durante la gravidanza

Se un bambino soffre di allergia è possibile che la causa sia nella mamma. Purtroppo tutte le ricerche concordano su questo punto ma le mamme italiane, al contrario di molte altre europee, sembrano aver capito la lezione, in gravidanza si comportano molto bene, a parte qualche cedimento sul vino rosso, gli antibiotici e l'acido folico ancora poco usato.

È quello che emerge dalla lettura dei primi dati di Europrevall, uno studio europeo che coinvolge altri 9 Stati oltre all'Italia per capire l'origine delle allergie alimentari. I risultati finali saranno noti solo fra un anno ma domani sarà divulgata la prima parte della ricerca che ha comportato il reclutamento di 1500 neonati per Paese che sono stati seguiti tramite tests sui genitori e che in Italia ha avuto come responsabile Alessandro Fiocchi, uno dei principali esperti di allergie in Italia, da poco approdato all'ospedale Bambin Gesù di Roma a dirigere il dipartimento di Allergologia.

La realtà che emerge vede l'Italia in una situazione per nulla drammatica, la percentuale delle allergie alimentari nelle famiglie non è superiore a quella di altri Paesi europei. Ma i rischi sono molti.

Nel mondo occidentale le allergie aumentano soprattutto nei figli di

genitori laureati, di madri attempate, di famiglie poco numerose che vivono in ambienti urbani. E in Italia non mancano i fattori di rischio: le italiane che partoriscono sono le più attempate dell'intera comunità europea, hanno 33,6 anni di età media. Le mamme hanno un discreto tasso di allergie (23,3% sono allergiche), anche se non è il più alto in Europa: siamo sesti su 9 Paesi; nel Regno Unito il 51% sono allergiche, in Islanda il 44%.

Ancora c'è chi usa antibiotici in gravidanza - uno dei fattori accusati di aumentare le allergie nei neonati - lo fanno il 26,5% di loro, il terzo posto dopo Grecia e Polonia. E ancora c'è chi durante i mesi di attesa fuma: l'8,7%. Troppo e non basta a consolare il fatto che a fumare più di noi sono le donne di Grecia, Spagna, Polonia, Germania Olanda ed Islanda. Il fumo in gravidanza facilita comunque molte malattie, tra cui l'asma.

Sono assai istruite: più laureate di noi solo in Lituania, Regno Unito ed Islanda. E, anche se può sembrare privo di collegamento, i figli dei laureati sono più allergici.

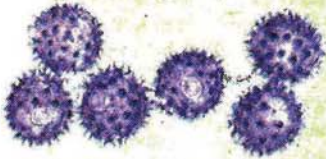
Il 60,9% delle mamme italiane limita l'assunzione di caffè e tè e il 69,9% l'assunzione di alcolici: si tratta delle percentuali di gran lunga più alte di tutta l'Ue. Ma solo il 13% elimina del tutto gli alcolici ed il 2% fa al-

trettanto con caffè e the. Negli altri Paesi, le mamme completamente abolizioniste sono rispettivamente fino all'85% per l'alcool (Islanda) ed al 25% per caffè e tè (Grecia).

In linea con la popolazione europea, l'81% delle mamme italiane assumono in gravidanza acido folico ma c'è ancora un 20% che non si attiene alle raccomandazioni impartite da numerosi Paesi per evitare problemi molto seri ai feti come i difetti del tubo neurale.

Alla fine i voti migliori le mamme italiane prese in considerazione dalla ricerca li hanno ottenuti su due aspetti. Sono le più snelle di tutte le altre nazioni e anche se non esistono ancora relazioni dirette tra il peso delle mamme e le allergie dei loro figli gli studi sono in corso ed è molto probabile che il legame venga presto dimostrato. Nelle case italiane c'è meno polvere, amiamo poco le moquettes rispetto agli altri Paesi. Solo il 2,2% delle famiglie della ricerca ha pavimenti tessili; solo l'1% ha pavimenti di linoleum mentre il 38% ha pavimenti piastrellati. «Bene, ma si può fare ancora meglio, conclude il professor Fiocchi.

Le allergie più diffuse



1 DI TIPO VEGETALE
Sono scatenate dai pollini delle erbe (segaleù e graminacee), degli alberi (betulla, olivo, olmo, pioppo e salice) e da altri tipi di polline (come quelli dell'ambrosia artemisiifolia)

2 DI TIPO ANIMALE
Sono causate dalla forfora del cane e del gatto e dagli acari della polvere domestica

3 DI TIPO ALIMENTARE
Sono indotte da cioccolata, crostacei e molluschi, grano, latte, noci, uova e semi della soia

ASMA

Bambini **6-7 anni** colpiti

1995 **7,5%**

2005 **8,0%**

Ragazzi **13-14 anni** colpiti

1995 **9,4%**

2005 **9,2%**

RINITE

Bambini **6-7 anni** colpiti

1995 **5,4%**

2005 **7,0%**

Ragazzi **13-14 anni** colpiti

1995 **14,3%**

2005 **17,5%**

Dati ISAAC

Centimetri-LA STAMPA

33.6

anni
È questa l'età media delle mamme italiane

23.3

per cento
Sono le neo-madri che soffrono di qualche forma allergica

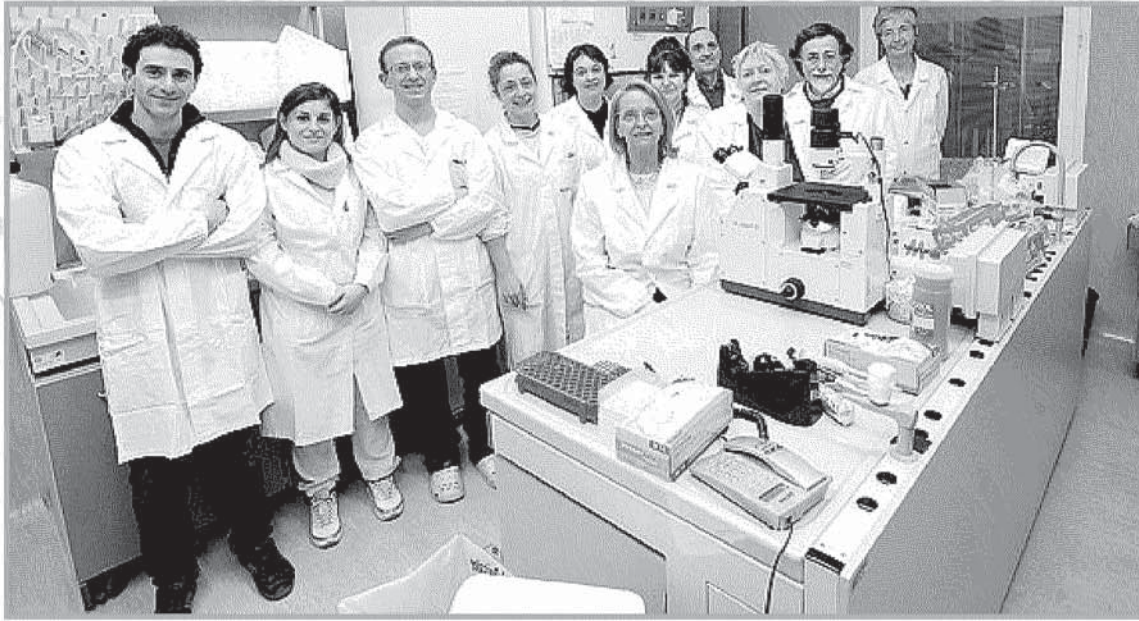
26.5

per cento
Sono le donne che fanno uso di antibiotici durante la gravidanza

Polline

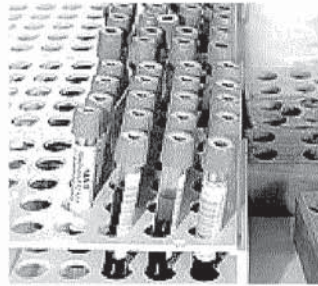
Tra le cause scatenanti delle allergie una delle più frequenti è il polline dei fiori





Porta messaggi nell'organismo come un sms

È COME inviare un messaggio al telefonino, solo che a parlare è un virus. Questo è solo uno dei più affascinanti passaggi della ricerca dell'Alma Mater di Bologna. I ricercatori, che per ora si sono concentrati sulla lotta al cancro della mammella e delle ovaie, non hanno dubbi: «Possiamo dare al virus qualsiasi indirizzo, senza indebolirlo, per fargli curare dall'interno tante altre forme di tumore». A breve, quindi, la scoperta potrebbe essere estesa anche ad altri tipi di tumore.



TUMORE AL COLLO DELL'UTERO
Un prezzo «sociale»
per ottenere il vaccino

È ormai noto come il papillomavirus, che si trasmette per via sessuale, e soprattutto alcuni suoi ceppi, causino il tumore del collo dell'utero e altre lesioni genitali non neoplastiche. I problemi che limitano l'accessibilità al vaccino sono principalmente due: la disinformazione, per cui molti genitori si chiedono perché vaccinare le loro figlie adolescenti, e il prezzo del vaccino che, se acquistato in farmacia, è molto caro. Il vaccino ha dimostrato la propria efficacia nelle fasce di popolazione fino a 45 anni. Finalmente per migliorarne l'accessibilità molte regioni hanno adottato un «social price» con cui si può effettuare la vaccinazione nelle rispettive Asl. È una notizia molto incoraggiante se consideriamo l'alto tasso di decessi per il tumore del collo dell'utero. È auspicabile che questo «social price» venga esteso a tutte le regioni d'Italia.

Alessandro Bovicelli
 Bologna



«SNOQ SANITÀ» INVITA AD APRIRE GLI OCCHI

Ma chi ha detto che il Ssn non è sostenibile?

DI MANUELA PERRONE

Il Servizio sanitario nazionale è realmente non sostenibile? Oppure c'è chi sta soffiando sul fuoco della crisi per smantellarlo? Sono ormai in molti a dubitare degli allarmi reiterati sul rischio default. Le professioniste che hanno aderito al movimento "Se non ora quando Sanità" (tra cui chi scrive), che si batte per la tutela del Ssn e del modello universalistico, stanno sollecitando un'operazione verità. E il 31 gennaio, al San Camillo di Roma, hanno invitato per fare chiarezza **Giovanni Bissoni**, presidente Agenas ed ex assessore alla Sanità in Emilia Romagna, e **Nerina Dirindin**, docente di Economia pubblica all'Università di Torino ed ex assessore alla Sanità in Sardegna (che è anche candidata Pd per il Senato in Piemonte).

Gli equivoci sono tanti. «Nella famosa lettera della Bce al Governo italiano non si parlava di Sanità», ha esordito Bissoni. «Le tabelle dell'Ocse ci dicono chiaramente che l'Italia spende meno dei Paesi europei con cui siamo abituati a confrontarci. La Corte dei conti ha certificato che la spesa sanitaria non è più fuori controllo e che il Ssn è il settore della Pa che più si è organizzato per governare la spesa. Il problema della sostenibilità non nasce da dati oggettivi interni al sistema sanitario, ma dall'equilibrio complessivo dei conti dello Stato». Qui sta il punto. Se certamente «ogni settore è chiamato a dare il suo contributo», dietro la stretta sulla Sanità (circa 31 miliardi in meno soltanto dal 2010 al 2015) «c'è altro: soffiando sulla crisi, qualcuno spinge sull'idea che l'Europa debba ripensare i propri modelli di welfare. C'è un pensiero forte, nell'ambito del mercato, secondo cui lo Stato deve liberarsi di una parte della spesa pubblica, Sanità compresa».

Sulla stessa lunghezza d'onda Dirindin, che ironizza: «Rispetto alla Germania lo spread è positivo: per la Sanità spendiamo 2,5 punti sul Pil in meno. Ma questo significa anche oltre 35 miliardi di euro l'anno di minore fatturato in meno per l'industria della salute, che forse sono una ragione sufficiente per dire che il sistema va cambiato. E poi l'intermediazione finanziaria e assicurativa non si dà pace di non poterci mettere le mani sopra». Lettura non confortante, che rende la partita della salute decisiva per il prossimo Governo. «La storia e le evidenze - ha detto l'esperta - ci dicono che cedere porta a una

Sanità a due binari: uno per i ricchi e uno per i poveri. La nostra generazione ha avuto in dono un Ssn finanziato dalla fiscalità generale: non possiamo lasciare ai nostri figli un sistema più iniquo».

Considerare quanto meno allarmistici, se non strumentali, i moniti sull'insostenibilità del Ssn aiuta a rivedere la questione sotto una luce diversa. Si prendano l'invecchiamento della popolazione e le nuove tecnologie, agitati come prove della futura insostenibilità: «Possiamo innovare il sistema e governarlo - è convinto Bissoni - per rendere l'impatto di questi cambiamenti meno dirompente di quello che vorrebbero farci credere».

E se pure il giudizio sul federalismo, foriero di disuguaglianze, diverge - Bissoni contesta semmai la cattiva applicazione della riforma del Titolo V in alcune Regioni; Dirindin invece ritiene necessario un ruolo più forte del Governo centrale - entrambi concordano su un punto: se ci si rimbocca le maniche per attuare quanto è già scritto nelle leggi e nella Costituzione il più è fatto. Se vince la politica che sa programmare, che sa avvalersi delle competenze dei tecnici, che risponde dei suoi comportamenti, allora la musica può cambiare. «Ma serve un po' di schiena dritta da parte di tutti», ha ammonito Bissoni. «E bisogna mettere in piedi una generazione di piani di rientro diversi da quelli attuali, che sono tagliati unicamente per avere la massima resa finanziaria nel minor tempo possibile».

Insomma: le strade ci sono, se c'è la volontà di percorrerle. «Di fronte alla crisi - dice **Maura Cossutta**, del comitato fondatore di Snoq Sanità - le scelte operate fin qui rileggono ricette fallimentari e svuotano principi, diritti e conquiste che sembravano irrinunciabili. Ma il modello pubblico e universalistico è una conquista che non dobbiamo perdere e che ci possiamo permettere. Se non ora, quando?».



I tumori uccidono di più al Sud

Per le donne meridionali sono maggiori i rischi di asportazione del seno

Salute Diagnosi precoce e cure sono legate a dove si vive

di GIUSEPPE REMUZZI

Lucia ha un tumore della mammella e vive a Modena; anche Giovanna ha un tumore così, lei vive e lavora al Sud invece, a Ragusa. Ma che c'entra dove uno vive col tumore della mammella? C'entra. Al Nord cinque donne su dieci ammalate di tumore al seno hanno avuto una diagnosi precoce. Al Sud questo non succede neanche a tre donne su dieci, delle altre ci si accorge quando hanno già metastasi da qualche parte. Anche la cura è diversa fra Nord e Sud: cinque su dieci di quelle che si ammalano a Ferrara o a Modena fanno la radioterapia durante l'intervento chirurgico, ma a Napoli o a Sassari succede solo a tre malate su dieci. E non basta ancora, Lucia avrà ancora la mammella dopo l'intervento, e potrà poi ricostruire il suo seno. Giovanna no, ha molte più probabilità che le tolgano la mammella del tutto, una mutilazione grave.

Come le sappiamo tutte queste cose? Milena Sant dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, con tanti suoi colleghi, ha appena completato uno studio (sarà pubblicato su *Cancer Epidemiology*) che confronta 14 registri di tumori di diverse città italiane. Viene fuori una grande disparità fra

Nord e Sud, sempre a favore del Nord. È triste per un Paese che ha fatto del Servizio sanitario nazionale uno dei suoi punti di forza doversi accorgere che diagnosi precoce e cure adeguate per i tumori dipendono da dove uno vive. E adesso facciamo un salto in avanti nel tempo. Lucia ha 89 probabilità su cento di essere viva fra cinque anni, Giovanna ne ha comunque 85, non poi così male date le premesse. Giovanna non morirà, ma il ritardo nella diagnosi le farà vivere una vita difficile rispetto a Lucia: anni di cure e ricoveri in ospedale; che vuol dire sofferenze e disagi in più per lei e costi per il Servizio sanitario che si sarebbero potuti evitare. Gli epidemiologi dell'Istituto dei tumori non si sono limitati al cancro della mammella, hanno guardato ad altri tumori: stessa situazione. Per il tumore del colon (e qui la diagnosi precoce salva la vita) le cose a Napoli e a Sassari vanno peggio che in molte città del Nord dove ci sono buoni programmi di prevenzione e screening. Al Nord due ammalati su dieci hanno già metastasi quando si scopre il tumore, al Sud più di tre su dieci. Di tumore del polmone si muore in fretta, meno di due pazienti su dieci sono vivi dopo cinque anni dalla diagnosi. È un po' meglio, ma solo un po', se la diagnosi la si fa per tempo, abbastanza da poter fare un intervento chirurgico di rimozione del tumore. Qui dati per confrontare Nord e Sud non ce ne sono ma restano le disparità geografiche, in Ro-

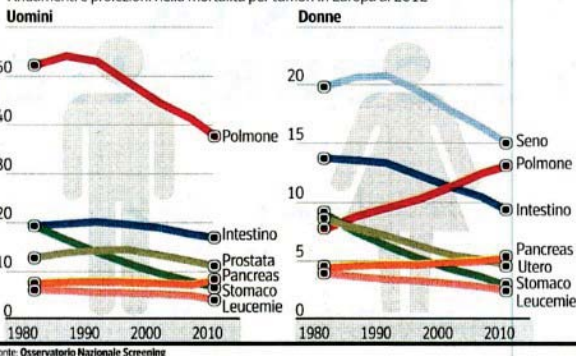
magna per esempio nove malati su dieci hanno una diagnosi abbastanza precoce da poter essere operati, molto meglio che nel resto d'Italia e certo meglio che al Sud.

Cosa fare? A un ammalato di tumore che viva a Napoli o a Palermo non resta che rassegnarsi? No, affatto, c'è moltissimo che si può fare e vale per il Sud come per il Nord, ed è ancora più importante della diagnosi precoce. Chi ha un tumore — mammella e colon soprattutto — deve assolutamente resistere alla tentazione di farsi curare in centri qualsiasi, magari vicini ma che non hanno competenze specifiche. La chirurgia della mammella è facile e così tanti pensano che un bravo chirurgo basti, magari quello dell'ospedale sotto casa che si conosce anche. Non è così, la chirurgia è solo una parte di quello che serve, c'è la radioterapia intra-operatoria, la diagnosi genetica e tanto d'altro. Centri con le competenze che servono ce ne sono dappertutto in Italia. Ma gli ammalati non vanno sempre nei centri giusti. E sì che scegliere è facile, bastano poche domande, una su tutte: è sufficiente chiedere quanti ammalati di tumore alla mammella o al colon o al polmone hanno curato in quella struttura l'anno prima. La gente non lo fa quasi mai e così sei su dieci delle donne che si ammalano di tumore alla mammella (al Sud e anche al Nord) si fa operare in centri che ne trattano meno di trenta all'anno. È molto peggio che arrivare tardi alla diagnosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

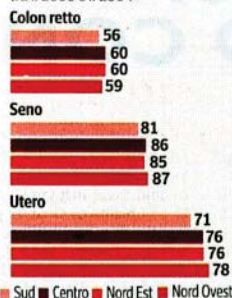
Mortalità

Andamenti e proiezioni nella mortalità per tumori in Europa al 2012



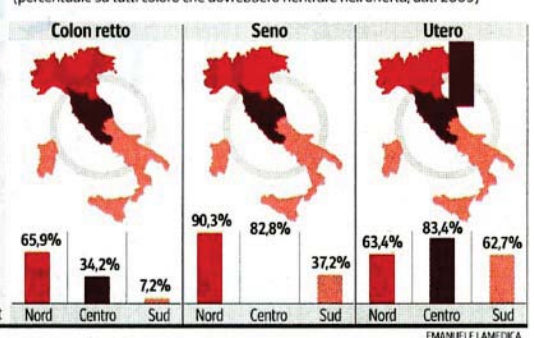
Sopravvivenza

Pazienti in vita in Italia a cinque anni dalla diagnosi effettuata tra il 2000 e il 2004



Prevenzione

Le persone raggiunte dall'invito a sottoporsi agli screening (percentuale su tutti coloro che dovrebbero rientrare nell'offerta, dati 2009)



EMANUELE LAMEDIKA

Tumori, la speranza in un virus «Uccide solo le cellule malate»

Bologna, una nuova frontiera dell'Alma Mater per la ricerca

Valerio Baroncini
■ BOLOGNA

UN VIRUS può uccidere i tumori del seno e dell'ovaio. E dare una speranza alle 42mila persone (quasi tutte donne) che ogni anno si ammalano a causa di queste patologie. Devastanti, fino alla morte, in un caso su quattro. La scoperta è dell'Alma Mater di Bologna che ha brevettato la tecnologia: l'équipe guidata dalla professoressa Gabriella Campadelli-Fiume, da anni al lavoro per individuare un agente che uccida selettivamente i tumori, ha appena pubblicato la ricerca sulla rivista *Plos Pathogens* e aperto una strada che potrebbe rivoluzionare la medicina mondiale.

Il virus in questione è quello (banale) dell'herpes. Solo che gli anni di studio 'matto e disperatissimo' hanno portato a una versione 'oncolitica', che distrugge cioè i tumori; la ricerca ha dimostrato che il virus non è efficace solo quando viene somministrato di-

rettamente all'interno del tumore, in condizioni di laboratorio. Lo è anche quando viene diffuso in condizioni operative clinicamente più realistiche. Questa la svolta ottenuta dai due gruppi di ricerca dei dipartimenti di Medicina Specialistica, Diagnostica e sperimentale e di Farmacia e Biotecnologie dell'Università di Bologna che da molto tempo si impegna nell'individuazione di questa terapia innovativa.

GIÀ NEL 2009, infatti, era stato ideato un virus derivato da quello dell'herpes. La certezza, di questi giorni, è che il virus modificato non aggredisce le cellule normali e non provoca quindi le classiche lesio-

ni erpetiche alle labbra, ma è capace di riconoscere e distruggere i tumori del seno e dell'ovaio che presentano uno specifico marcatore (Her-2). Il virus non infetta quindi altre cellule sane, indirizzando tutta la sua capacità distruttiva solo sulle cellule malate. Allo stesso tempo mantiene la sua 'potenza', che invece in altri progetti

era mancata. I nuovi studi hanno dimostrato che il virus modificato può curare topi di laboratorio portatori di metastasi di tumori umani all'interno dell'addome. Alla realizzazione del modello animale ha provveduto un team guidato dal professor Pier Luigi Lollini in collaborazione con l'Istituto Rizzoli di Bologna. «È difficile studiare in laboratorio la diffusione metastatica dei tumori umani — fa notare Lollini —. Per questo abbiamo sviluppato un sistema-modello che riproduce nei topi la diffusione metastatica dei tumori dell'ovaio e del seno, consentendoci di testare nuove terapie antitumorali in condizioni che rispecchiano quelle umane».

PER IL FUTURO, l'obiettivo è arrivare alla fase di sperimentazione preclinica. Tradotto: a breve, anche sulle persone, potrebbe essere utilizzata la cura del virus dell'herpes che uccide il cancro. Ma per questo servono fondi e mancano ancora alcuni spunti di ricerca: gli studiosi sono alla ricerca di finanziamenti.

LE TAPPE

- ▶ **NEL 2009** viene creato un virus derivato dall'herpes, programmato per entrare nelle cellule tumorali
- ▶ **IL VIRUS** modificato non aggredisce le cellule normali e non provoca le classiche lesioni alle labbra
- ▶ **I TUMORI** del seno e dell'ovaio con il marcatore HER-2 sono riconosciuti e distrutti dal virus
- ▶ **LA RICERCA** dimostra che il virus herpes oncolitico è efficace sia quando viene somministrato direttamente nel tumore, sia quando viene diffuso per via sistemica
- ▶ **IL RISULTATO** rappresenta un ulteriore passo verso lo sviluppo di nuove terapie antimetastatiche per la cura dei tumori del seno e dell'ovaio



IDENTIKIT

Si tratta di un herpes che potrà combattere il cancro al seno e alle ovaie



L'INTERVISTA LA DIRETTRICE DEL TEAM CAMPADELLI-FIUME: IL RISULTATO DOPO 20 ANNI DI STUDI

«Riconosce il nemico e salva le parti sane»

Daniele Passeri
■ BOLOGNA

È CON NATURALEZZA un po' schiva che Gabriella Campadelli-Fiume si presta a raccontare quella che, con ottime probabilità, sarà ricordata come una pietra miliare nella crociata che la scienza medica mondiale conduce contro il cancro. La scoperta del suo team ridefinisce le potenzialità e l'efficacia di un approccio finora promettente, ma mai davvero risolutivo.

Dottoressa, nei laboratori di Biotecnologie dell'Unibo siete riusciti dove altri hanno fallito: come avete fatto?

«Ho studiato per 20 anni il modo in cui il virus dell'herpes entra nelle cellule del corpo, lo ritenevo adatto a veicolare un messaggio di cura. Le sue caratteristiche per noi sono ben no-

te e abbiamo provato a modificarlo per i nostri scopi: per fargli riconoscere nel tumore il suo nemico, invece delle cellule sane. Forse è per questo che la mia équipe e io ci siamo riusciti».

Prima avete sviluppato il virus, poi lo avete testato in una cavia a stretto con-

UN LAVORO ANCORA LUNGO

«Prima la sintesi farmacologica, poi la sperimentazione ospedaliera»

tatto coi medici. Insomma, è una vittoria di squadra.

«Senza questa collaborazione sinergica tra diversi dipartimenti, non sarebbe stato possibile sviluppare una strategia adeguata. Un lavoro di tutti, lungo, costante, come una clessidra di piccoli sassolini. A partire dalla mia collaboratrice Laura Menotti, abbiamo fatto tanti tentativi e abbiamo impa-

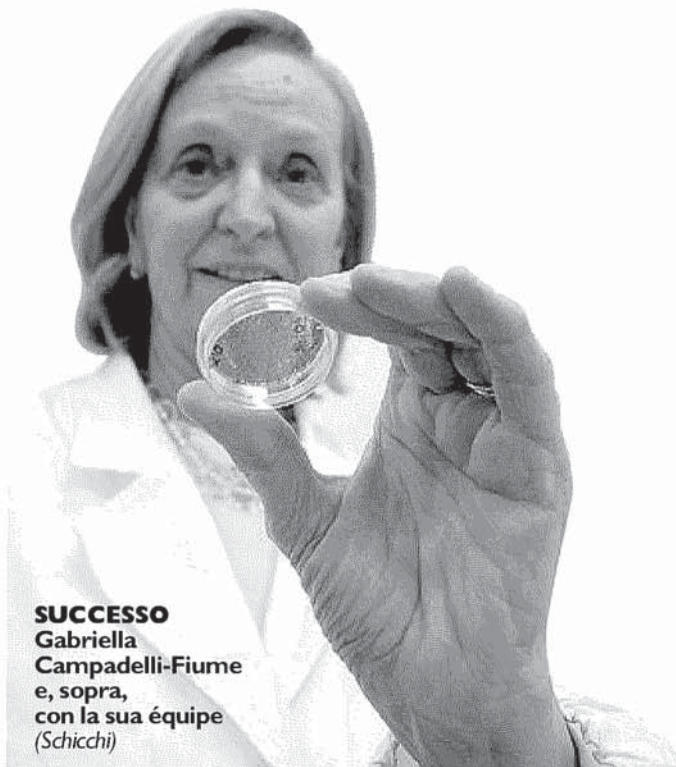
rato molte lezioni da quei fallimenti».

Di annunci se ne sentono tanti, e ogni tanto se ne perdono le tracce. Quanto manca, realisticamente, allo sviluppo di una cura?

«È ancora presto, ci arriveremo in anni. Servono investimenti che portino alla sintesi farmacologica, e prima di arrivarci dobbiamo affinare certi processi. Poi una sperimentazione ospedaliera, e non è facile. Dieci anni, è un obiettivo realistico e raggiungibile».

L'Italia non è esattamente un Paese in cui è facile fare ricerca. È mai stata tentata dal partecipare alla fuga dei cervelli?

«Siamo riusciti a sviluppare un risultato incredibile grazie al supporto dell'Università certo, ma in un Paese che non finanzia adeguatamente gli scienziati. Per una ricerca simile forse negli Stati Uniti mi avrebbero sommersa di denaro, mentre qui ho risorse limitate. La soddisfazione è ancora più grande».



SUCCESSO
Gabriella Campadelli-Fiume e, sopra, con la sua équipe (Schicchi)



“Senza i governi non guarirete”

La ricerca contro il cancro va al massimo, ma ci vogliono anche politiche coraggiose

ONCOLOGIA

MARCO PIVATO

«**L**a responsabilità è ora dei governi. La ricerca scientifica ha fatto, sta facendo e farà sempre il suo dovere al massimo livello, ma, ad oggi, ci troviamo a un punto morto: la lotta al cancro si arena, se le istituzioni non appoggeranno una nuova alleanza che, con fermezza, promuoverà iniziative anche impopolari».

È la denuncia di Alberto Costa, direttore della Scuola europea di oncologia (Eso), all'indomani della redazione della dichiarazione di intenti firmata la scorsa settimana dai partecipanti al World Oncology Forum. L'incontro è avvenuto alla fine di ottobre, a Lugano, assieme ai maggiori specialisti mondiali, ma anche con politici e giornalisti, giunti da tutto il mondo su invito del direttore Eso, del fondatore Umberto Veronesi e dell'ematologo Franco Cavalli, che ha presieduto il Forum. Il documento, che mette nero su bianco le tappe di una nuova offensiva contro i tumori, è apparso sulla rivista «Lancet». Un evento dalle direttive mirate e concrete, molto diverso dal celebre «spot» dell'ex presidente americano Richard Nixon che, nel 1971, dichiarò «guerra al cancro», una lotta da vincere «entro 10 anni», obiettivo evidentemente disatteso. Piuttosto, un tavolo al quale, da una parte, è stato disegnato lo stato dell'arte di un dramma globale e, dall'altra, dove sono state approntate una serie di strategie, facendo nuovamente «In parte, è senz'altro colpa dei decisori dei singoli Paesi che conducono politiche contraddittorie sulla prevenzione. Per noi è incomprensibile, per esempio, la scelta di multare

chi non porta la cintura di sicurezza o chi corre ad alta velocità e, contemporaneamente, sostenere la liceità di vendere cancerogeni come le sigarette. La sensazione è che la politica dominante possa diventare quella di tollerare il rischio, perché si vogliono mantenere certe abitudini, consciamente a scapito della salute».

Avete chiesto ai politici una svolta decisa sulle questioni di opportunità economica che però espongono il cittadino a seri rischi per la salute?

«In realtà l'adesione dei ministri al Forum è stata sotto le aspettative, soprattutto di quei ministri dei Paesi orientali e in via di sviluppo, probabilmente meno disposti a scendere a patti. Si tratta di un atteggiamento miope, dal momento che, se il numero di ammalati continuerà a crescere, come sta succedendo, la spesa sanitaria supererà di gran lunga i proventi del tabacco, ma anche dell'utilizzo di inquinanti che per ora sostengono certe economie».

Come valutare altre vie per imporre una sovranità sulle politiche che coinvolgono la salute del cittadino?

«Già nel 2011, con una delibera approvata grazie al sostegno dei leader di tutto il mondo, l'Onu si era solennemente impegnata a ridurre del 25% la mortalità per malattie non trasmissibili entro il 2025. Il cancro è la voce più incisiva nella lista delle malattie non trasmissibili, tanto che, se il proposito andasse a buon fine, significherebbe salvare circa 1,5 milioni di vite all'anno. La sensazione è però quella di aver lanciato un sasso in uno stagno: i Paesi non hanno ancora attuato le direttive dell'Onu e dunque solo l'Oms potrebbe adoperarsi per imporre ai governi misure stringenti e ben definite».

Tra i punti programmatici che avete sottoscritto non ci sono soltanto le linee guida sulla prevenzione, ma anche lo stato delle terapie. A che punto

siamo?

«Dapprima pensavamo che la lotta al cancro andasse affrontata, prima di tutto, valutando quale linea di ricerca fosse meglio considerare: se, per esempio, studiare le staminali piuttosto che puntare su altre vie. Oggi sappiamo che, in realtà, prima ancora, va fatta una distinzione tra tumore e tumore, e in quest'ottica avere il coraggio di dichiarare che ci sono tumori che si curano solo con i farmaci, ma altri che si curano solo con la prevenzione. Non conosciamo, per esempio, come prevenire il tumore al testicolo, ma sappiamo che la cura con il cisplatino è efficace. Diversamente, per il tumore al collo dell'utero la «cura» è il pap-test e, quindi, torniamo nel campo della prevenzione. Detto questo, permangono problemi di natura economica che riguardano singoli casi specifici».

Per esempio?

«Nel mondo ci sono 32 Paesi che non hanno una macchina per la radioterapia. Il costo di questo strumento si aggira sul milione di euro. È una spesa che dovrà essere affrontata per forza, prima o poi, altrimenti, per questi Paesi, non ha nemmeno senso parlare di stato dell'arte delle terapie».

Il vostro documento dedica due punti alla terapia del dolore, una tema particolarmente sensibile in Italia. Come affrontarlo?

«L'accesso ai farmaci palliativi deve essere snellito, eliminando ostacoli burocratici e modificando le normative, ma anche garantendo al medico una qualificata preparazione scientifica sulla gestione del dolore. Inoltre auspichiamo che anche ai pazienti sia concesso, in futuro, di conquistare un ruolo attivo e propositivo che ci aiuti a delinearne le corrette linee guida».

Quali, in definitiva, le aspettative per i prossimi anni, dopo l'appello che avete lanciato su «Lancet»?

«Deve, soprattutto, cambiare

la percezione del «problema cancro», che non è semplicemente scientifico e sanitario ma - come abbiamo sottolineato - culturale e socialmente collettivo. È soltanto con questa consapevolezza che la lotta può fare un salto di qualità, tenuto conto che la curabilità sta aumentando, ma anche che il numero di malati raddoppierà nei prossimi 25 anni, come prevede l'Oms».

IL PARADOSSO

«Si multa chi non ha la cintura, ma si continuano a vendere le sigarette»

Lo sapevi che?

Quando sono privati di una proteina specifica, i tumori smettono di proliferare. L'ha scoperto uno studio della University of Pittsburgh, creando tumori «deficienti» di Drp1, una sostanza necessaria per la divisione dei mitocondri. Adesso si aprono interessanti prospettive per nuove terapie mirate.

REGOLATORIO AL CHECK UP

Aifa, rivoluzione tecnologica e nuovi prezzi nell'agenda 2013

Un nuovo modello per l'accesso al fondo dei farmaci orfani (5%), la messa a regime dei nuovi algoritmi elettronici per la valutazione dell'innovatività dei medicinali e controlli a tutto campo per assicurare la totale equivalenza del sistema ispettivo italiano rispetto ai Paesi Ue ed extra-Ue. Sono solo alcuni degli spunti contenuti nel piano di attività 2013 dell'Agenzia italiana del farmaco che proprio quest'anno festeggia il proprio decennale.

Nel pacchetto degli impegni dettagliati in 22 pagine di mission e obiettivi spicca in modo particolare il carico di lavoro legato alla necessità di migliorare la performance sul processo registrativo e autorizzativo dovendo nel frattempo far fronte alle attività aggiuntive assegnate all'Authority guidata da Luca Pani nel corso del 2012.

Tra queste, il vincolo imposto dal decreto «Balduzzi», che concede massimo 30 giorni complessivi per il rilascio di tutte le autorizzazioni finalizzate alla commercializzazione; l'ampliamento delle procedure relative alla valutazione dei Plasma Master file nazionali in attuazione dei decreti ministeriali per l'inclusione di nuovi stabilimenti nel programma di autosufficienza nazionale per la lavorazione del plasma italiano; l'avvio del processo di valutazione ai fini regolativi dei circa 31 mila omeopatici già in commercio, senza dimenticare lo svecchiamento del Prontuario terapeutico nazionale e il tavolo per il progressivo allineamento a quest'ultimo dei prontuari locali. Tra le novità in pista anche la promessa di un nuovo modello di determinazione del prezzo da utilizzare in fase di negoziazione e di individuazione delle condizioni di rimborsabilità dei farmaci equivalenti.

New entry tra gli impegni dell'Agenzia la prima edizione di un report annuale sul marketing farmaceutico, che va ad arricchire l'elenco di attività, eventi e iniziative che punteranno le attività di informazione e comunicazione indipendente. Oltre agli impegni tradizionali (campagne, convegni ecc.), il decennale sarà celebrato anche con un francobollo, una web Tv e l'approdo su tutti i principali network: facebook, Twitter, Youtube. Il primo appuntamento, intanto, è in programma per venerdì 8 febbraio: al convegno internazionale «Farmaci-Diritto di parola», in scena Fda, Ema, Nice e le esperienze italiane e internazionali in tema di dialogo tra pianeta regolatorio e stakeholder.

Marketing sotto la lente

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

