

# Reggio Emilia L'ospedale: rispettata la procedura I medici annullano il cesareo E il bambino muore

MILANO — Nuovo lutto in sala parto, stavolta al reparto di ostetricia dell'ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Un cesareo annunciato mercoledì 8 settembre, degenerato in morte «endouterina» del nascituro, lunedì 13. Quattro giorni che potrebbero sciogliere il mistero. Fatti e versione della direzione ospedaliera sono stati resi noti ieri. Ulteriori spiegazioni, invece, sono rinviate all'autopsia, prevista per oggi.

Nel frattempo, quello che si sa è che lunedì mattina una gestante, paziente dei ginecologi dell'ospedale emiliano, è arrivata al pronto soccorso per chiedere aiuto. Spiegava, angosciata, che non sentiva più il battito cardiaco del bimbo e aveva la sensazione che, dentro di lei, lui «non si muovesse più».

Il tempo era praticamente finito, la gravidanza era al termine, la partorienti per cui s'era pensato a un cesareo, fino a po-

co prima, era tornata a casa. Ma lunedì mattina, tonfo al cuore: i tracciati confermano l'assenza di battito cardiaco. L'angoscia è certificata dal report. Dall'ecografia risulta che il feto è morto all'interno dell'utero.

Nel pomeriggio i medici inducono il parto con un'epidurale. Lei è viva ma non è mamma. Colpa del cesareo mancato? Nega, il primario del Santa Maria

Nuova, Giovanni Battista La Sala che sottolinea «l'assoluta appropriatezza delle cure prestate alla donna da parte del personale. Era cambiata la posizione del feto che aveva reso necessario programmare il cesareo. Il nascituro era tornato in posizione naturale, manifestava parametri vitali regolari, e, a quel punto, s'era deciso di seguire l'evoluzione fino al termine fisiologico della gestazione, previsto per il 15 settembre».

E dopo la serie di drammi — dal bimbo in coma per la lite in sala parto, all'altro morto al Policlinico casilino — l'altro ieri c'è stato anche un caso di psicodramma. A Messina un ginecologo del Papardo è stato malmenato dai familiari della puerpera: divergenze sull'interpretazione dei tracciati sulla neonata. Ma la bimba, in salvo dalle liti, sta bene.

**Il. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Le rifiutano il cesareo Cinque giorni dopo perde il feto in grembo

Reggio Emilia, i medici: è nella giusta posizione, ritorni



**E**ra tutto programmato perché facesse nascere il suo bambino con parto cesareo l'8 settembre, ma i medici del Santa Maria Nuova di Reggio Emilia l'hanno rimandata a casa, dicendole di ripresentarsi dopo una settimana perché il feto aveva ripreso una posizione normale. E' passato qualche giorno e la donna ha cominciato a non sentire più i movimenti. Lunedì mattina si è precipitata col marito in ospedale, dove il tracciato cardiaco e l'ecografia hanno confermato il suo atroce dubbio: il bimbo era morto.

I ginecologi non hanno potuto fare altro che indurre l'espulsione del corpicino in analgesia epidurale. Alla donna - alla sua prima gravidanza - e al suo compagno invece non è rimasto che tornare con un enorme carico di dolore nella loro casa di Bagnolo, in provincia di Reggio. Il periodo di gestazione era stato un po' problematico a causa della posizione assunta dal feto, che lasciava prevedere la possibilità di un parto podalico, tanto che, come ha ricostruito in una nota l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova, era stato fissato l'appuntamento per il cesareo: «La gestante, presentatasi in reparto l'8 settembre per essere sottoposta al parto cesareo inizialmente programmato, veniva sottoposta ai controlli del caso dai quali emergeva che erano venute meno le condizioni che avevano reso necessario programmare l'intervento chirurgico. Il feto, che ora risultava essere in posizione normale, manifestava regolari parametri vitali».

Di qui la decisione «di seguirne l'evoluzione fino al termine fisiologico della gestazione, previsto per il 15 settembre, e all'espletamento di un parto naturale a partire da quella data». Dunque le cose sembrava-

## L'OSPEDALE

«Non c'erano ragioni per fare l'intervento o effettuare controlli supplementari»

no andare per il meglio e la gravidanza pareva avviata verso l'epilogo più naturale. Invece, già la sera di domenica la gestante ha avvertito una sensazione anomala, il giorno dopo quella sensazione è diventata più precisa: il bambino non si muoveva più. La coppia è corsa all'ospedale di Reggio: «Nella mattina del 13 settembre la gestante, presentandosi in reparto, segnalava di non avvertire più alcun movimento attivo del feto da alcune ore - prosegue la nota del Santa Maria Nuova - Il tracciato cardiaco e l'ecografia subito eseguiti rivelavano la morte endouterina del feto». I familiari sono stati subito informati e l'induzione del parto in analgesia epidurale è stata eseguita nel pomeriggio. E' stato disposto il riscontro diagnostico per accertare le cause del decesso: i primi esiti dell'esame riveleranno che il bimbo era sano.

Il professor Giovan Battista La Sala, direttore della struttura di Ostetricia, non ha dubbi: «Il comportamento dell'équipe del reparto, per gli elementi attualmente noti, è da ritenersi corretto sul piano clinico e assistenziale. Non sussisteva più alcuna ragione per effettuare l'intervento e non vi erano elementi che richiedessero controlli supplementari oltre a quelli eseguiti. Rimaniamo comunque in attesa delle eventuali ulteriori evidenze che potranno emergere dagli accertamenti in corso».



## I numeri del fenomeno

Percentuale di parti cesarei sul totale nelle regioni italiane

dati 2009  
Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE



## NEGLI ALTRI PAESI



■ **MARKETING** La Warner Bros denuncia a un'azienda tedesca per i profilattici ispirati al maghetto

## Harry Potter preserva il suo nome: via dai condom

**H**ARRY Potter è pronto per una nuova avventura: fermare la produzione di una marca svizzera di profilattici chiamata Harry Popper.

Preoccupata che i condom siano confusi per uno dei tanti gadget presto messi in vendita per il nuovo film *Harry Potter e i doni della mor-*

*te* (in uscita a novembre), la Warner Bros ha fatto causa alla Magic X, pronta a sostenere che il suo prodotto «non



si ispira» al mago.

Sarà. Ma l'immagine che accompagna la pubblicità mostra un profilattico con occhietti tondi come quelli del maghetto e con in mano una bacchetta magica. Possibile che si tratti solo di una coincidenza?

(e.c.) ☒

# Anemia mediterranea: l'asso è la terapia genica

Uno studio su Nature dà più speranza a chi ne soffre

di **Lucio Luzzatto**

La talassemia, o anemia mediterranea, così chiamata in rapporto alla sua distribuzione geografica, è una grave malattia ereditaria dei globuli rossi. Secondo alcuni era già stata riconosciuta addirittura da Ippocrate. Per molti pazienti con talassemia grave la vita stessa dipende dalle trasfusioni di sangue: pertanto la cura della talassemia è complessa, e ha avuto tre pietre miliari.

A partire dagli anni 70 l'introduzione della deferrossiamina ha permesso di prevenire il sovraccarico di ferro, pericolo mortale per i pazienti pesantemente trasfusi (e contemporaneamente l'opera infaticabile guidata da Antonio Cao offriva in Sardegna a tutte le coppie a rischio la prevenzione della talassemia grave attraverso la diagnosi prenatale). A partire dalla fine degli anni 80 pazienti con talassemia grave sono stati per la prima volta guariti attraverso il trapianto di midollo osseo: pioniere di questo approccio è stato Guido Lucarelli.

La terza pietra miliare ha una data precisa, quella del 7 giugno 2007, quando a Parigi per la prima volta un paziente con talassemia grave viene curato con la terapia genica, come narrato in dettaglio nella rivista Nature di ieri. Gli autori sono 38; e i tre indicati come principali sono Marina Cavazzana-Calvo, Emmanuel Payen e Philippe Leboulch.

La base concettuale della terapia genica è abbastanza semplice. Molte malattie ereditarie - tra le quali la talassemia grave - sono dovute al fatto che nel paziente entrambe le copie di un determinato gene sono mutate. E le mutazioni sono di un tipo tale da rendere

quei due geni inattivi: nel caso della talassemia si tratta di solito dei geni della -globina, necessari per fare metà della molecola dell'emoglobina. Da quando abbiamo imparato a tagliare e ricucire il Dna, si è sviluppata naturalmente l'idea di introdurre nelle cellule staminali di un paziente talassemico il gene normale della -globina, e normalizzare così la produzione di emoglobina. Se l'idea è semplice, la sua realizzazione è complessa. Ci sono voluti più di 10 anni per capire che il modo migliore di fare annidare il gene nel Dna delle cellule bersaglio era di costringere un virus (naturalmente privato del suo potere patogeno) a fungere da vettore; e circa 10 anni per identificare quali elementi di Dna erano necessari perché il gene della -globina, una volta annidato, funzionasse a dovere.

Un giovane scienziato di nome Michel Sadelain fu il più perseverante in questo difficile cammino; avevo avuto la fortuna di attrarlo al mio dipartimento quando ero allo Sloan-

Kettering a New York, e avendo lavorato da sempre, come ematologo, sulle malattie genetiche del sangue, fu con lui che nel 2000 potemmo pubblicare, sempre su Nature, la terapia genica della talassemia nel topo.

Non è strano che ci siano voluti altri 10 anni per passare dalla cura di un topo a quella di un uomo: occorrono quantità di vettore molto maggiori, occorre riuscire a utilizzare le cellule del paziente stesso anziché quelle di un topo geneticamente identico, e per fortuna le norme di sicurezza e le considerazioni etiche sono assai più stringenti.

Finalmente, a un giovane di 18 anni - lo chiamerò ET perché affetto da una forma di E-tallemia - è stata offerta nel 2007 a titolo sperimentale la terapia genica: dopo prelievo del suo midollo osseo gli è stato somministrato un chemioterapico capace di quasi distruggere il resto del midollo. Dopodiché le cellule del midollo nelle quali era stato introdotto il gene della -globina venivano re-infuse: dal punto di vista medico una procedura assai simile a quella di un cosiddetto auto-trapianto. Da quel momento in poi la trepidazione è stata grande: e ci sono voluti quattro mesi prima di essere certi che tutto aveva funzionato. A tre anni di distanza possiamo dire che ha funzionato molto bene: dal giugno del 2008 ET non ha più fatto una sola trasfusione, e il suo livello di emoglobina, sebbene non normale, è intorno a 10, permettendogli una buona qualità di vita.

Al tempo stesso, per mantenerci umili, occorre sottolineare che non tutti i problemi sono risolti. Esperienze precedenti ci dicono che una questione importante è dove un gene introdotto a scopo terapeutico vada ad annidarsi, e in questo caso già ci è data la risposta: nel 60% delle cellule di ET il gene funzionante della -globina normale è inserito nel bel mezzo di un gene siglato HMG2, un gene importante per la struttura dei cromosomi e che, quando alterato, può dare tumori, per lo più benigni. È stato anzi osservato che proprio il clone con questo tipo di inserzione si è progressivamente espanso, ed è inevitabile la preoccupazione che da esso possa evolvere una malattia simile a una leucemia.

Finora le malattie umane guarite con la terapia genica si contano sulle dita di una mano: le prime sono state due tipi di immunodeficienza congenita, alle quali si è aggiunta poi la adrenoleucodistrofia (una grave malattia neurologica), e ora la talassemia. Se le tecnologie abilitanti si sono sviluppate principalmente negli Usa, i centri con maggiori casistiche sono in Europa, a Milano, Parigi e Londra. Anche il numero di pazienti trattati è per ora esiguo. E per qualunque terapia che non fosse eccezionale come questa, nessuna rivista scientifica di qualità si presterebbe a

pubblicare un lavoro su un unico paziente: poiché non possiamo per ora essere certi se il successo della terapia nel caso di ET è stato un colpo di fortuna, o se la procedura funzionerà regolarmente.

Per questo e altri motivi non mi sento di prevedere quanto tempo occorrerà ancora per passare da un protocollo sperimentale a una terapia standard; ma ritengo finalmente realistico prevedere che si possa offrire a tutti i pazienti con talassemia grave una terapia che non dipenda dall'aver o trovare un donatore di midollo, non li esponga ai rischi associati al trapianto, e tuttavia li affranchi definitivamente dalle trasfusioni e dalla ferro-chelazione. Per me è un pensiero che commuove.

Lucio Luzzatto è direttore scientifico dell'Istituto toscano tumori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CHI È**



Lucio Luzzatto ha studiato a Pavia e a New York. Ha diretto il dipartimento di Ematologia presso l'Hammersmith Hospital di Londra e quello di genetica al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York



**Servizi essenziali.** Le regioni chiedono garanzie sulle coperture

# Crescono i dubbi sulla sanità così il percorso si allunga

**Roberto Turno**  
ROMA

Una valanga di dubbi sui costi standard in sanità e sulla scelta delle regioni benchmark. Il fuoco che riprende ad ardere della manovra estiva e di quei tagli mai accettati da 4 miliardi nel 2011 e da 4,5 dal 2012. E una certezza da cui non si può prescindere: il federalismo fiscale dovrà finanziare senza ombra di dubbio i servizi fondamentali delle regioni. Si articola intorno a questi nodi principali lo stop - o la pausa di riflessione che dir si voglia - chiesta e incassata ieri dai governatori dopo il vertice con Tremonti, Bossi, Calderoli e Fitto. Un vertice svoltosi in un clima sereno, ammettono tutti. Dove i rappresentanti del Governo non hanno forzato la mano, sapendo che c'è tempo davanti per non mandare al macero il totem del federalismo, crisi politica permettendo.

I governatori discuteranno le loro osservazioni più nel dettaglio su autonomia fiscale e sanità giovedì prossimo, per poi rividersi col Governo non prima di un'altra settimana. Il possibile timing per il primo sbarco in Consiglio dei ministri dei due decreti delegati, a questo punto, si può prevedere ai primi di ottobre.

Segnale della situazione di stallo e delle difficoltà politiche all'interno del governo, è che ieri non è stata consegnata ai governatori la bozza sui costi standard in sanità. Forse una nuova stesura arriverà lunedì, e già trapezano possibili novità: confermato che a fare da benchmark saranno le regioni con i conti a posto di asl e ospedali, si stanno cer-

cando vie d'uscita per riservare un posto tra le "virtuose" anche a regioni come Emilia Romagna e Veneto. Tanto da ipotizzare, ad esempio, una scelta allargata a 5 regioni, una delle quali dovrebbe essere imprescindibilmente del Sud. Anche perché s'è capito - sembra anche sotto l'impulso dei finiani del Fli, ma non solo - che, poiché dal Lazio in giù i costi standard sarebbero impraticabili tanto più nel bel mezzo di piani di rientro da debiti plurimiliardari, si dovrebbe trovare un percorso più leggero di applicazione nel sud. Con tutte le certezze però di non tornare

al meridionalismo assistenzialista, sprecone e incapace. L'avvio dei costi standard, in ogni caso, non avverrebbe prima del 2013, salvando intanto i finanziamenti già sul piatto per il 2011-2012.

A spiegare i tre «punti irrinunciabili» delle regioni, è stato il rappresentante dei governatori Vasco Errani (Emilia Romagna). Con una premessa per la ripresa del dialogo col governo bruscamente spezzato al tempo della manovra estiva: «Vogliamo il tempo per discutere e capire cosa ci viene proposto. E serve la massima chiarezza». Una prima certezza, ha spiegato Errani, è il rapporto «indispensabile» che dovrà esserci nella bozza di decreto sulla autonomia impositiva tra il fabbisogno finanziario e i costi standard per le prestazioni in sanità (Lea) e per quelle sociali (Lep). Seconda condizione riguarda il decreto sui costi standard in sanità: il benchmark dovrà tener conto non solo dei bilanci ma anche della «appropriatezza» dei servizi resi dalla regione, soprattutto per quelle che forniscono servizi oltre il livello nazionale fissato per legge (i Lea, appunto). Infine, ecco rispuntare il moloch della manovra estiva: il decreto sull'autonomia fiscale dovrà tenere conto della manovra. Come dire: il federalismo non può partire con una zavorra di tagli miliardari «C'è tempo fino al 31 dicembre», ha detto Errani. Come dire: ci aspettiamo un atto riparatore con la prossima legge di stabilità. Tremonti ne ha preso nota, senza dissentire ma senza annuire. Insomma, si tratta.

## NODI DA SCIogliere

### Il costo della manovra

Le regioni dovranno fare i conti nei prossimi due anni con un taglio ai trasferimenti statali pari a 4 miliardi nel 2011 e 4,5 miliardi nel 2012

### I costi standard

Nella bozza consegnata ieri ai governatori si prevede che a fare da benchmark per il calcolo dei costi standard della sanità saranno le cinque regioni con i conti in regola di asl e ospedali

### La preoccupazione

Tra le osservazioni critiche avanzate dai governatori c'è quella di considerare anche l'appropriatezza dei servizi di assistenza forniti ai cittadini quando si supera il livello essenziale fissato su base nazionale

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCIENZA E SVILUPPO: L'ITALIA INVESTE POCO, MA HA LA BILANCIA TECNOLOGICA ATTIVA

# Un'Agenzia nazionale per la ricerca contro la burocrazia e le clientele

di MASSIMO MUCCHETTI

**L**a protesta dei ricercatori, molto spesso supplenti a vita, è il segno del malessere dell'Università. Ma al di là delle questioni sindacali, è l'impegno dell'Italia nella spesa in ricerca che oggi merita una revisione stringente: da questa porta stretta, infatti, passa il riposizionamento del Paese nella divisione internazionale del lavoro che, con la Grande Crisi, sta cambiando.

L'Italia sembra impiccata a due tristi percentuali: la ricerca, esclusa la militare, assorbe l'1,1% del Prodotto interno lordo contro il 2,3% dei Paesi Ocse. Di qui un pessimismo assoluto e assolutorio. Eppure, il buono su cui far leva ci sarebbe. Ma prima, con l'aiuto dell'*Annuario Scienza e Società 2010*, redatto da Massimiliano Bucchi e Federico Neresini per il Mulino, va capito cosa c'è dietro quell'1,1%, che vale 17,2 miliardi di euro.

Secondo le statistiche, la mano pubblica spende 7,8 miliardi, quanto la sola Toyota. Il settore privato spende invece 10,3 miliardi. Ma il suo contributo, pari allo 0,6% del Pil, è largamente inferiore a quello medio del settore privato dell'Ocse, pari all'1,6%. Sempre per avere termini di paragone, le due multinazionali svizzere, Roche e Novartis, fanno un po' di più dell'intero settore privato italiano. Il problema, dunque, esiste, ed è serio. E c'è una doppia distorsione a complicarlo: la spesa pubblica in ricerca, infatti, è sopravvalutata perché contabilizza gli stipendi di metà dei docenti universitari; quella privata è sottostimata, perché le aziende di minor dimensione non evidenziano le spese per ricerca e sviluppo (R&S) mentre la bilancia tecnologica dell'Italia — il saldo tra spesa per l'acquisto di *know how* e ricavi per la vendita del medesimo — rimane positiva anche nel 2009.

Attenti, però, a non strumentalizzare que-

sto dato a fini consolatori. La bilancia tecnologica è diventata attiva nel 2006 dopo 25 anni in deficit. Il declino della grande impresa, motore visibile di ricerca e innovazione, è stato contrastato dagli invisibili fuori statistica. Ma dopo aver detto che la nuova Italia delle multinazionali tascabili è meglio della vecchia Italia dei grandi gruppi, si deve anche vedere che l'uso di tecnologie, in termini di volumi, è 8-9 volte inferiore a quello della Germania. D'altra parte, il saldo positivo della bilancia tecnologica, dopo aver superato gli 800 milioni nel 2007 è calato a 186 milioni l'anno scorso. La recessione, certo. Ma come ne uscirà il sistema delle imprese? All'Italia serve una locomotiva? Se sì, dove trovarla?

Le imprese, specialmente le medie, possono dar vita a uno sviluppo diffuso, molecolare. E i campioni nazionali? Fiat e Finmeccanica si alternano in testa alla classifica delle spese in R&S e da sole fanno il 36% del settore privato: difficilmente potranno spingere di più. L'Eni si ferma a 216 milioni, niente. Telecom ne fa 700, Unicredit e Intesa Sanpaolo 450 in due, ma tutto dipende da che cosa si contabilizza. E questo dice che la nuova locomotiva della ricerca, specialmente in quella di base, non può che essere trovata oltre le imprese, nel settore pubblico e nel privato che persegue finalità di pubblico interesse. Però oggi il settore pubblico allargato non riesce a svolgere un vero ruolo trainante. In parte per scarsità di mezzi, in parte perché lavora in modo burocratico, clientelare, senza verifica: la spesa è così parcellizzata tra ministeri e regioni che se ne hanno soltanto stime vaghe e manipolate.

È un peccato. La produzione scientifica italiana è scarsa perché i ricercatori sono pochi (3,6 ogni mille occupati contro i 6 della Ue), ma la bibliometria dice che la produttività è alta (38 citazioni per ricercatore italiano contro le 51 dell'inglese, le 32 del tedesco e le 26 del francese). Nel 2009, l'Eu-



ropean Research Council ha selezionato 32 progetti proposti da italiani. Un record. Solo la Germania vanta un numero uguale. E tuttavia solo la metà di tali progetti proviene da enti italiani. I britannici hanno ottenuto l'ok su 18 progetti, ma il Regno Unito, favorito anche dalla lingua, guida la classifica per Paese, con ben 43 progetti, mentre

l'Italia è al settimo posto. Il sistema formativo italiano, oggetto di tante e talvolta pelose reprimende, è tuttora in grado di sfornare cervelli, ma il Paese non sa trattenerli e meno che mai attrarne da fuori. Insomma, l'Italia investe in formazione a beneficio degli altri. Una beffa.

Se i soldi son pochi, è ancor più necessario usarli al meglio. Nei giorni scorsi, il Gruppo 2003, che riunisce buona parte degli 80 italiani più citati sulle riviste scientifiche internazionali, ha sottoposto l'idea di una Agenzia nazionale per la ricerca al vaglio informale di alti esponenti della ricerca, dell'Università, del non profit, delle fondazioni bancarie, dell'industria. Formata da scienziati e gestori tecnici di risorse, sulla

base delle linee guida e degli stanziamenti del governo, l'Agenzia dovrebbe accentrare in un'unica mano i fondi oggi dispersi tra ministeri e regioni e assegnarli ai progetti sulla base di criteri oggettivi (la cosiddetta *peer review*, il parere dei colleghi autorevoli), seguendo lo stato di avanzamento e controllando infine i risultati. Ovvietà? Non in Italia. Dove manca uno sportello serio, trasparente e affidabile verso il quale possano convergere anche le risorse private, garantite dalla certezza dell'approccio professio-

nale. Sarebbe un nuovo carrozzone? No, se i costi dell'Agenzia si limiteranno al 2-3% dei fondi intermediati e saranno in buona parte compensati dalla chiusura dei comitati attuali e dal riutilizzo di personale ministeriale, senza contare il maggior rendimento delle risorse. La vera domanda, in realtà, è un'altra: sapranno mai, ministri e governatori, rinunciare a parte delle loro satrapie? Il dubbio è dettato dall'esperienza e così, nell'incontro promosso dal Gruppo 2003 e ospitato dal *Corriere della Sera*, si è trovata una prima intesa sull'idea di un'Agenzia nazionale sì ma limitata in prima battuta al ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e a quello della Sanità. Una lunga marcia comincia da un piccolo passo. Ma nessun passo sarà mosso se gli scienziati non prenderanno in mano il loro destino.



**LA PROTESTA** • Oggi assemblea alla Sapienza

# Senza ricercatori l'università singhiozza

**Roberto Ciccarelli**

**T**ra i ricercatori della rete 29 aprile che oggi alla Sapienza di Roma parteciperanno alla seconda assemblea nazionale contro la riforma Gelmini dell'università circola una convinzione. Nelle ultime settimane chi ha ritirato la disponibilità a ricoprire gli insegnamenti non obbligatori nei corsi di laurea (il 57% sugli oltre 17mila censiti in 46 atenei) ha dimostrato che cosa sarà l'università quando il loro ruolo verrà cancellato. È proprio questo uno degli obiettivi del Disegno di legge che è attualmente in discussione nella commissione cultura della camera: inquadrare i 67mila docenti universitari in due fasce, ordinari e associati, eliminando la terza fascia dei ricercatori (25mila persone) sulla quale grava una parte consistente della didattica che viene impartita nelle università.

A pochi giorni dall'inizio delle lezioni non si contano le facoltà che hanno chiesto il rinvio al 1 ottobre, al 4 ottobre, al 7 ottobre come a scienze politiche a Padova o al 15 ottobre come sta accadendo nella facoltà di Scienze a Torino. L'indisponibilità dei ricercatori a insegnare in uno o più corsi che fino a oggi hanno tenuto a titolo gratuito, la solidarietà dei docenti che hanno rifiutato di salire in cattedra per sostituirli e la fretta dei presidi di trovare dei sostituti ricorrendo a contratti, sostituzioni e bandi a titolo gratuito non permetterà un regolare svolgimento del prossimo anno accademico.

Le pressioni dei presidi che hanno l'obbligo di fare partire l'anno accademico non hanno compromesso l'esito della protesta decisa dai ricercatori nella

scorsa primavera. È solo cambiato il modo di leggere i dati. Non conta infatti il numero dei ricercatori che incrocia le braccia, ma il numero dei corsi in cui insegnano. I corsi che sono stati cancellati fino a questo momento, ma i dati sono ancora parziali, sono molti di più delle indisponibilità dei singoli ricercatori.

Due esempi possono aiutare a comprendere il meccanismo che governa un'attività che non si esaurisce nella semplice lezione. Nella facoltà di scienze di Torino, dove sono 140 i ricercatori indisponibili, le ore scoperte sono 8.800 per un totale di 1.091 crediti formativi. Considerando che i corsi valgono da 5 a 10 crediti, gli insegnamenti a oggi scoperti sono 120. Sempre a Torino, ma nella facoltà di psicologia, i corsi scoperti sono 32, 7 dei quali sono stati cancellati, 9 saranno coperti da associati e ordinari, 4 verranno banditi a pagamento come è successo nell'università di Bologna, 1 è stato bandito a titolo gratuito e 3 restano ancora scoperti.

Alla facoltà di scienze politiche di Padova, la situazione è più chiara. Martedì scorso sono scaduti i bandi con i quali il preside ha cercato di sostituire i ricercatori indisponibili. Oltre il 50% non hanno avuto risposta. I corsi scoperti saranno più di 45, mentre i corsi che partono sono 39. «È un dato significativo - afferma Luca Basso, coordinatore locale della rete 29 aprile - perché negli ultimi anni non ci sono state mobilitazioni». A lettere e filosofia, i bandi a cui non è stata data risposta sono 52 su 78.

Questi risultati dimostrano una crescente sensibilità nei confronti di una protesta che non è puramente corporativa, anche

se esistono aspetti sindacali importanti. Nel 2014 il salario di un ricercatore sarà inferiore del 20% rispetto a oggi. L'obiettivo dell'assemblea è tuttavia un altro. Creare una coalizione con gli studenti e i ricercatori precari, collegare la protesta a quella degli enti di ricerca soppressi dalla manovra finanziaria di luglio e alla scuola in fermento.

Ciò che sta emergendo tra i ricercatori è una motivazione etico-politica che potrebbe sostituire la polemica meritocratica e anti-baronale con la quale fino a oggi è stata interpretata la crisi dell'università. Il loro progetto è di garantire l'esistenza di un'università pubblica in Italia, non accettarne la liquidazione e, infine, non essere ridotti nella parte di coloro che chiedono garanzie per la propria carriera rinunciando all'interesse generale.

L'assemblea di oggi a Roma tenterà di definire un calendario unitario di mobilitazione contro il ddl. Ci sono buone probabilità che la prima giornata di mobilitazione sia il 4 ottobre quando verranno convocate assemblee in tutte le facoltà e gli studenti che parteciperanno alle lezioni verranno informati sulle ragioni della protesta.



# Non aderiscono allo sciopero, espulsi da Federfarma

## La vertenza

Linea dura dell'associazione contro due farmacisti «crumiri»  
Le comunali fuori dalla protesta

### Marisa La Penna

Due farmacisti espulsi dalla Federfarma per non aver rispettato la protesta. E alcuni istituti bancari che revocano il fido a farmacisti. Sono le ultime novità sul fronte della questione farmacie in Campania in attesa di sapere se l'assistenza indiretta si allargherà a tutta la regione.

Intanto la «Inco.Farma», che raggruppa le farmacie comunali, in una nota ribadisce: «Le farmacie comunali gestite da Inco.Farma spa non aderiscono allo sciopero che sta interessando la provincia di Napoli, continuando a garantire il servizio di assistenza ai cittadini». L'intervento di Inco.Farma scaturisce dalla pubblicazione di notizie secondo le quali, appunto, anche le farmacie comunali non accettavano le prescrizioni dei medici di base, affiancandosi ai colleghi nella protesta contro la Regione.

E ieri Michele Di Iorio, presidente di Federfarma Napoli ha scritto al presidente di «Commercio e Finanza Spa» (e per conoscenza al presidente della Giunta Regionale, al prefetto e a tutti i titolari di farmacia). «Mi risulta che la società da lei diretta ha, in questi ultimi giorni, informato i titolari di farmacia suoi clienti di non poter più finanziarie le ri-

chieste presentate dagli stessi a causa della diffusamente nota inadempienza da parte della Regione relativamente ai pagamenti. Pur condividendo e facendo mie le sue preoccupazioni, consapevole della momentanea incapacità da parte di Regione ed asl di fare fronte ad obblighi convenzionali, la prego voler soprassedere da un'iniziativa che, impedendo ai titolari gli ordinari rifornimenti ed esponendo gli stessi a rischi giudiziari derivanti da insolvenze, costringerebbe questi ultimi a chiudere seppure momentaneamente il proprio esercizio con ulteriore pregiudizio dei livelli di servizio farmaceutico».

Riprende la nota di Di Iorio: «Le assicuro che sono in corso serrati contatti con lo staff della giunta per risolvere, in tempi compatibilmente brevi, una controversia annosa e resa oggi drammaticamente critica».

Intanto entra nel vivo il progetto congiunto tra Banco di Napoli e Mediofactoring finalizzato a fornire credito al settore delle farmacie. L'accordo, si legge in una nota, «mette a disposizione un plafond di 200 milioni di euro».

### Scenario

Le finanziarie  
revocano  
i fidi  
ai farmacisti,  
Di Iorio  
«Decisione  
gravissima»



**L'assessore Bresciani: onorare gli impegni****Edilizia  
sanitaria  
«Congelati»  
550 milioni**

Le polemiche sulla Finanziaria investono anche i (possibili) tagli all'edilizia sanitaria. Oltre all'attacco di Davide Boni, presidente del Consiglio regionale, al governatore Roberto Formigoni, ieri al Pirellone ci sono stati mal di pancia per il congelamento dei 550 milioni di euro destinati alla messa a norma delle strutture ospedaliere e alla realizzazione dell'ospedale dei bambini di Milano e al Dipartimento materno infantile di Varese. Denuncia il Pd con Sara Valmaggi: «I fondi rischiano di essere

persi per il mancato impegno della Regione». Ribatte l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani: «L'edilizia sanitaria non dovrà essere tagliata. Se non ci saranno nuove risorse, risponderemo in base agli obblighi del "patto". Gli impegni assunti andranno onorati con ineludibili finanziamenti. Saranno, invece, tagliate le spese che non danno vantaggi né diagnostici né terapeutici ai cittadini».

**S. Rav.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Consiglio di stato ribadisce un principio pro-consumatore

# Commercializzazione ko di fronte alla salute

DI FEDERICO UNNIA

**L**e norme in materia di sicurezza del consumatore contenute nel dlgs 74 del 1992, successivamente traslate nel codice del consumo corrispondono non solo a precise direttive comunitarie ma anche ad un principio come quello della tutela della salute, garantito come diritto fondamentale dalla costituzione. Nessun dubbio, quindi, che debba prevalere quest'ultimo rispetto alle esigenze economiche di commercializzazione di un prodotto, seppure la sua pubblicità sia stata assentita dal competente organo amministrativo. Infatti, il dovere di chiarezza nei confronti del consumatore, a livello di messaggio pubblicitario, non coincide con gli obblighi di avvertenza imposti ai produttori e ai venditori, in ordine alla potenziale pericolosità di determinate sostanze medicinali. È questo l'importante principio riaffermato dal Consiglio di stato sesta sezione, nella sentenza n. 04894/2010 (Pres. G. Ruoppolo, Est. M. Meschino) emessa il 6 luglio ma depositata lo scorso 27 luglio, con la quale è stato accolto il ricorso dell'autorità antitrust avverso una sentenza del Tar del Lazio che aveva ribaltato il provvedimento emesso dall'Agcm in primo grado contro una pubblicità di un integratore alimentare a base di estratti vegetali. Secondo il Tar del Lazio, il giudizio sulla decettività del messaggio era stato formulato basandosi solo sul parere rilasciato dall'Inran (Istituto di

ricerca degli alimenti e nutrizione) e non tenendo conto delle valutazioni rilasciate dal **ministero della salute** in sede di approvazione dell'etichettatura. Secondo il Consiglio di stato, la facoltà di non riportare controindicazioni sulle etichette degli integratori di fibra riguarda solo un profilo di attenzione sanitaria, inerente le caratteristiche intrinseche del prodotto. Il carattere innocuo di quest'ultimo, ove utilizzato in modo corretto, non tutela il consumatore in rapporto a messaggi pubblicitari, che tendono a indurre l'uso più ampio e allargato possibile del prodotto stesso, con dichiarata assenza di ogni effetto indesiderato.



**SALUTE**  
MEDICINA DOMANI

# PILLOLA BIOTECH

## Dal matrimonio chimica-biotecnologia nasceranno presto sette farmaci su dieci. Parola di esperto

COLLOQUIO CON KARL LUDWIG KLEY DI DANIELA MINERVA

**A** quasi trent'anni dal lancio del primo farmaco prodotto con l'ingegneria genetica, l'insulina, oggi i medicinali biotecnologici si contano a decine, hanno offerto soluzioni inedite contro patologie che vanno dai tumori alla sclerosi multipla, dall'artrite reumatoide ai deficit metabolici, e le proiezioni di mercato li vedono protagonisti assoluti degli anni a venire: secondo l'agenzia EvaluatePharma, saranno biotech sette dei dieci farmaci più venduti nel 2016. Per questo le multinazionali del farmaco hanno dato l'assalto alle compagnie, tradizionalmente piccole e agili, produttrici di brevetti bio: proprio di questi giorni è la guerra a Wall Street per aggiudicarsi l'ultima delle importanti biotech rimasta senza un patron Big, la Genzyme. Eppure, sul "British Medical Journal", Vittorio Bertelè, Roberta Joppi e Silvio Garattini, del Mario Negri di Milano, hanno firmato un'analisi impietosa fin dal titolo: "Delusione biotech". E sono in molti ormai a chiedersi da dove arriveranno le nuove importanti medicine di cui c'è bisogno.

Lo abbiamo chiesto a Karl Ludwig Kley, il Ceo di Merck KG, l'immagine stessa della vecchia e possente chimica farmaceutica europea, un mastodonte che odora di acido e fattura milioni con cristalli liquidi, materiali di rivestimento, polimeri in tutte le forme, ma che ha scalato le classifiche di Big Pharma grazie all'acquisizione della svizzera Serono che l'ha portata a essere nel giro di un anno leader nel mercato del biotech in Europa grazie a due farmaci importanti, l'oncologico erbitux, che genera 697 milioni di euro l'anno, e il rebif, attivo contro la sclerosi multipla, che vale 1,5 milioni.



**Il futuro è nel biotech?**

«No. E gli esempi ci sono: l'innovazione non viene solo dalle piccole startup biotech. Le grandi Pharma sono in una situazione in cui è sempre più difficile trovare prodotti. Il rischio legato alla ricerca e sviluppo di nuovi farmaci è enorme: pochissime molecole promettenti arrivano davvero sul mercato e portarcele costa attorno al miliardo di dollari. Per crescere, tante aziende cercano il modo di aggirare questo ostacolo e diversificano il core business: entrano nel mercato dei generici, dei farmaci da banco, dei prodotti per la diagnostica. Noi, invece, un punto di forza ce l'abbiamo in casa, ed è la proprio la chimica. C'è un punto di incontro tra il business model della chimica e quello della Pharma».

**Vale a dire?**

«Le aziende farmaceutiche spendono montagne di denaro per dare in outsourcing tutta una serie di fasi della produzione e sperimentazione dei farmaci. E impiegano

tempo e energie a mettere a punto questa fase del processo produttivo perché chi ha l'esperienza per fare quelle cose sono le industrie chimiche e ormai i linguaggi dei due business model sono diversissimi. Noi, invece, siamo la chimica e abbiamo anche un'esperienza di Pharma. In questo modo possiamo minimizzare costi e fasi di interi processi di produzione. Noi siamo l'unica azienda in grado di mettere insieme le esigenze di Pharma e le conoscenze della chimica. E questa combinazione, così fuori moda, è un modello di business vincente».

**Insomma, la tradizione non si abbandona?**

«Ne ho viste tante negli ultimi 30 anni! Entusiasmi poi finiti in una bolla di sapone. Questa è una delle tante hips: i mercati hanno spesso bisogno di una novità che presto si trasforma nella "verità rivelata", nella strada che si deve percorrere a tutti i costi. Ma il mondo non ha mai una sola dimensione, ci sono più dimensioni. I cambiamenti si verificano, ma non sono mai assolu-

ti. E io credo nella diversità del mondo e nella sua non prevedibilità. Per questo non si deve abbandonare nulla».

**Ma anche i vostri nuovi farmaci sono biotech.**

«In futuro chissà: prendiamo gli interferoni, il nostro nuovo trattamento della sclerosi multipla è stato una grande scoperta e una grande innovazione biotech. Ma ne abbiamo un altro in arrivo che sembra essere efficace quanto gli interferoni, ma ha un modo di somministrazione molto più comodo: così un prodotto della chimica finirà per essere migliore, per la comodità di somministrazione, di un biotech. Non solo, se guardo alla nostra pipeline oncologica: abbiamo in arrivo un vaccino biotech per il tumore del polmone e un prodotto chimico per cervello».

**Perché allora avete comprato Serono?**

«Massa critica e competenza. Serono è stata un trampolino di lancio nel biotech. Ma oggi abbiamo acquisito l'americana Millipore, un'azienda che produce nuovi materiali, equipment e diagnostica, e che aprirà una nuova pista di mercato verso questo settore, totalmente chimico. Come dicevo: differenziarsi. È la strada maestra in questo momento in Europa». ■

Karl Ludwig Kley.  
Sopra: i laboratori Merck in Germania

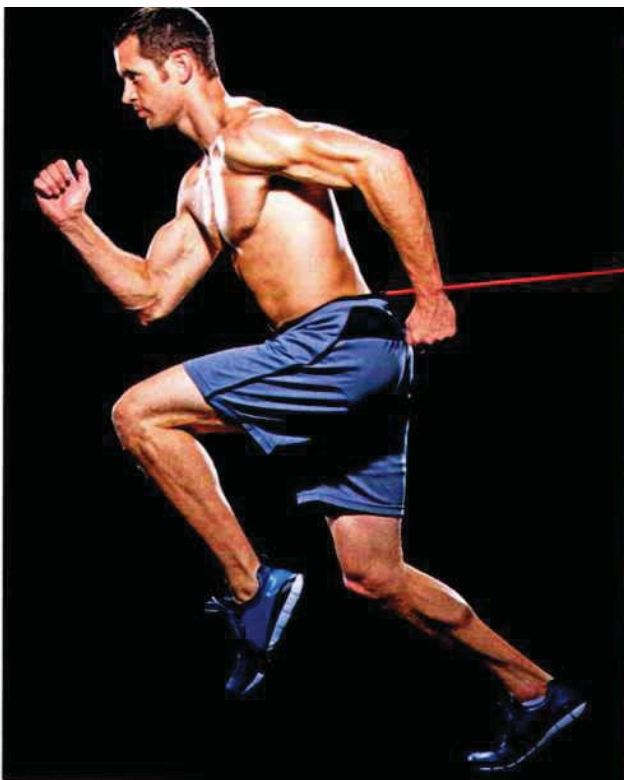


**ARTROSI DEL GINOCCHIO****BISTURI  
ADDIO**

DI AGNESE CODIGNOLA

**I** quaranta-cinquantenni che soffrono di artrosi del ginocchio non vogliono essere trattati come gli anziani, per i quali l'opzione principe molto spesso è la chirurgia, perché vogliono continuare a fare sport e avere la possibilità di muoversi in tutta libertà. Eppure una quota compresa tra il 25 e il 30 per cento delle persone tra i 45 e i 64 anni ha un'artrosi del ginocchio rilevabile con una radiografia. Per loro vanno quindi studiati programmi che considerino la chirurgia come l'estrema ratio. Questo il senso di una revisione pubblicata sul "Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgery" da Brian Feeley, dell'Università della California di San Francisco, che indica il da farsi.

L'artrosi del ginocchio, spiega l'esperto, non si manifesta quasi mai improvvisamente, ma di solito è un processo lento, degenerativo, che inizia a dare segni di sé quando è ancora possibile intervenire. I più giovani, quindi, ai primi dolori dovrebbero rivolgersi allo specialista, e iniziare con lui un iter di controlli e cure. Tra i rimedi non chirurgici più efficaci ci sono le iniezioni di acido ialuronico, il posizionamento di un tutore, la modifica di alcune



abitudini o la correzione di certe posture, uniti all'assunzione di antidolorifici quando necessario. Non esistono invece prove solide a sostegno di rimedi come l'agopuntura, la glucosammina o la condroitina. «L'importante», fa notare Feeley, «è che ogni trattamento sia personalizzato e calibrato in base ai sintomi, al tipo e al livello di attività fisica praticata, e che il paziente intraprenda un intero programma di verifica costante dell'andamento dell'artrosi, e non una cura che si preoccupi solo di risolvere la crisi dolorosa».

**LE REGOLE  
DI BRIAN**

A coloro che soffrono di artrosi del ginocchio ma vogliono rimanere attivi, Brian Feeley dà i seguenti consigli:

- 1.** Tenete sotto controllo la vostra situazione, cercando di capire il tipo di problema e le possibili soluzioni.
- 2.** Lavorate con il vostro medico per stabilire un programma a breve e uno a lunga scadenza, con lo scopo di alleviare i sintomi e, contemporaneamente, di mantenere il più a lungo possibile il ginocchio e tutto il vostro organismo in salute.
- 3.** Siate flessibili in merito alle vostre attività fisiche e non sottoponete il ginocchio allo stesso tipo di sforzo ogni giorno. In molti casi, modificare le abitudini e, per esempio, aggiungere un po' di nuoto o di bicicletta e togliere un po' di corsa può far diminuire in modo significativo il numero e la gravità dei sintomi. Provate sport nuovi, fatto che aiuta anche a tenere alto il morale.
- 4.** Non fatevi scrupoli e chiedete al medico tutto ciò che occorre sapere su vantaggi e limiti di ogni terapia. Scegliete un medico disponibile a parlare e a seguirvi nel tempo secondo una strategia terapeutica personalizzata.

# Ti vincerò, EMICRANIA

In molti casi il mal di testa si può prevenire. Con l'alimentazione, la regolazione delle luci, il movimento, i massaggi. E poi i farmaci. Studiati ad hoc per evitare le crisi. Ecco cosa stanno sperimentando i neurologi per aiutare i pazienti

DI AGNESE CODIGNOLA

**L**a notizia è di quelle che potrebbero cambiare la vita di milioni di persone, quel 15-20 per cento della popolazione dei paesi occidentali che tireranno un sospiro di sollievo nel sapere che il mal di testa si può prevenire. Non solo seguendo puntualmente alcune regole di buona alimentazione e stile di vita, ma, addirittura con dei farmaci ad hoc.

Lo dimostrano diversi studi apparsi nelle ultime settimane che da un lato confermano gli effetti positivi di diverse categorie di farmaci, e dall'altro dimostrano l'efficacia di molecole nuove che sembrano promettenti nel prevenire la malattia. La necessità di ricorrere a una terapia farmacologica preventiva può sembrare a prima vista un rimedio sproporzionato rispetto al disturbo, ma non lo è perché il mal di testa, in molti casi, diventa fortemente handicapante, impedisce a chi ne è colpito di vivere una vita normale e spinge all'assunzione sconsiderata di analgesici che finisce col cronicizzare la malattia. Secondo gli esperti, invece, il mal di testa, se si ripete ed è frequente, va affrontato con una profilassi adeguata. Che comincia, innanzitutto col comprenderne l'origine.

Perché se spesso il mal di testa è un disturbo passeggero, magari dovuto a cause ben identificabili e transitorie, il più delle volte, quando colpisce ciclicamente, è una vera e propria malattia che va compresa e gestita prima che vada fuori controllo. «Esistono criteri specifici per capire se si è in presenza di una forma che



Paziente sottoposta a risonanza magnetica. Sotto: Gennaro Bussone

tende a diventare cronica o che comunque è grave o se il disturbo si può risolvere con semplici modifiche dello stile di vita, agendo sui fattori scatenanti», chiarisce Tamara Pringsheim, del Dipartimento di neurologia dell'Università di Calgary, in Canada, autrice di una imponente rassegna degli studi fatti negli ultimi anni sull'azione preventiva dei farmaci, uscita sul "Canadian Medical Association Journal". Per valutare il mal di testa si considerano tre parametri: la durata, la frequenza e l'intensità di ogni attacco. E per questo serve una visita neurologica che fornisce al medico gli elementi per cercare di capire se il dolore è l'effetto secondario di qualche altra malattia o se non ha cause apparenti. Quando necessario, il neurologo prescrive esa-



mi strumentali come la Tac o la risonanza magnetica. «Chiediamo al paziente di iniziare subito a tenere un diario dettagliato. E, nella prima visita, non diamo mai farmaci. Anzi: è indispensabile chiedere al malato che smetta temporaneamente di assumere quelli cui è abituato, perché le terapie, spesso seguite in modo poco razionale, rendono la visione d'insieme più complicata e possono talvolta avere l'effetto paradossale di un aggravamento dei sintomi», chiarisce Gennaro Bussone, direttore del Centro per la Diagnosi e Cura delle Cefalee e delle Algie Cranio-Facciali dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano, tra i massimi esperti italiani della malattia.

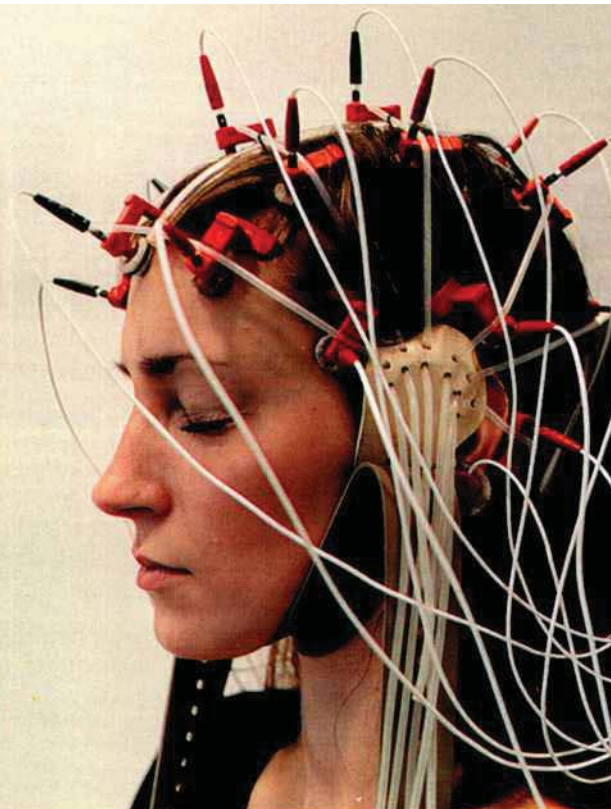
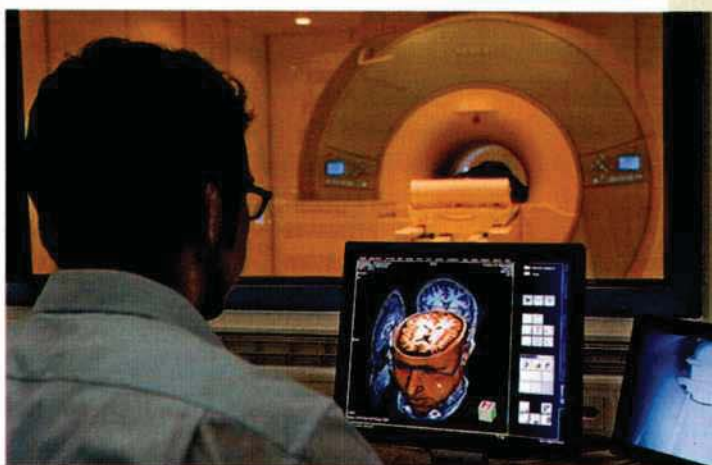
La prima mossa del bravo medico è quella di chiedere all'emicranico di correggere alcuni comportamenti a rischio: il modo di ▶

**Bisogna agire d'anticipo per evitare l'uso di troppi analgesici. Che sono dannosi**

## SALUTE

## Provaci col lettino

Per controllare il dolore e ridurre gli antidolorifici, un programma di assistenza psicologica e comportamentale può essere di grande aiuto. Lo mostra uno studio su 170 malati pubblicato sugli "Annals of Behavioral Medicine" da Elizabeth Seng, della Ohio University. Metà dei pazienti, in aggiunta ai farmaci, per quattro mesi ha ricevuto dimostrazioni delle tecniche di comportamento utili a controllare gli attacchi, e istruzioni e appoggio psicologico per replicarne l'impiego a casa, anche con l'aiuto di manuali e lezioni audioregistrate. Risultato: il breve intervento aveva effetti duraturi sulla fiducia dei malati nelle proprie risorse. I benefici non erano solo a livello psicologico, con un minor senso di impotenza e sconforto, ma anche sul dolore stesso, che veniva controllato meglio rispetto a chi ricorreva ai soli farmaci. E i vantaggi erano tanto più marcati in chi, agli inizi, era più sfiduciato riguardo alla propria capacità di controllare il male. **Giovanni Sabato**



Test neurologico. A sinistra: risonanza tridimensionale di un cervello. Sotto, nel box: pillole, cervello con emicrania, molecola della caffeina

mangiare, di dormire, di lavorare e così via. Il colloquio col neurologo e il diario forniscono i primi indizi: troppo caffè, luce sbagliata, alimentazione scorretta o cause di natura medica, come i difetti di circolazione; tutti elementi che diversi studi hanno indicato come fattori scatenanti e che devono essere modificati in maniera ben precisa (vedi box di pag 145).

Solo se gli sforzi sullo stile di vita non hanno avuto alcun esito, si deve pensare a una profilassi di tipo farmacologico. C'è chi, ancora, non vuole affidarsi a preparati non strettamente farmacologici come il magnesio. A volte il mal di testa è dovuto infatti a una carenza di magnesio, la cui assunzione può rivelarsi molto efficace; in ogni caso, è la scelta obbligata per le donne che cercano di concepire un bambino o che sono in gravidanza, perché è l'unica profilassi del tutto sicura per il feto. In alternativa al magnesio, sempre nell'ambito parafarmaceutico ci sono la riboflavina, il coenzima Q10 e il farfaraccio: in genere sono del tutto in-

portabile e apparentemente non prevenibile, e si palesa sempre il rischio di ricorrere agli analgesici, in dosi massicce e con grande frequenza, gli esperti non hanno dubbi sul fatto che è bene avviare una profilassi preventiva con i farmaci. Perché, come ha indicato il recentissimo lavoro della Pringsheim, le medicine che si sono dimostrate efficaci a fronte di effetti collaterali sostenibili, sono molte. Tra le più utilizzate ci sono i neuromodulatori, topiramato e acido valproico in testa. In alternativa, i neurologi ricorrono a diversi antidepressivi come l'amitriptilina, un farmaco vecchissimo ma efficace, soprattutto se usato a basso dosaggio rispetto all'impiego contro la depressione. Oltre ai farmaci che agiscono sul sistema nervoso, possono essere utili quelli che lavorano sulla pressione del sangue come i beta bloccanti (soprattutto il propranololo) e i calcio antagonisti (la flunarizina) o i sartani.

La scelta è ampia, ma non c'è una regola per decidere quale è il farmaco migliore per il

caso specifico. Restano solo di procedere per tentativi. Come spiega Pringsheim: «Lo dico sempre ai miei pazienti: trovare la terapia è come trovare il giusto modello di jeans, a volte richiede anni di approssimazioni alla situazione ideale, ma non è certo impossibile. In questo senso, contano di più le differenze tra un paziente e l'altro piuttosto che tra un mal di testa e l'altro». In ogni caso, prosegue la neurologa, per chi non vuole iniziare subito con un approccio aggressivo, il primo passaggio può essere quello dei preparati vitaminici o dei farmaci con minori effetti collaterali come gli antipertensivi, che sono però meno potenti.

Inizia dunque così un lungo percorso nel quale medico e paziente navigano a vista; e ci vogliono circa sei mesi per valutare i risultati ottenuti e decidere come procedere. «Una terapia», spiega ancora Bussone, «è considerata efficace se fa calare almeno della metà il numero, la frequenza e l'intensità delle crisi. Quando si è raggiunto questo obiettivo, la buona notizia è che si può tentare, sempre in maniera graduale, di uscire dalla terapia che ha funzionato. Per alcuni è possibile, mentre per altri alla diminuzione dei farmaci corrisponde un parallelo, nuovo aumento delle crisi, ed è quindi meglio proseguire con le cure». Talvolta accade che il farmaco scelto non funzioni, ma-





## IL NEURONE È ANDATO IN TILT

Dopo anni di discussioni gli esperti sembrano aver raggiunto un punto fermo: è nel cervello e in alcune sue anomalie che si anniderebbero i meccanismi che innescano il dolore. Va in questa direzione anche un importante studio appena presentato al congresso dell'American Headache Society dai neurologi dell'Università di San Francisco in collaborazione con i colleghi di quella di Monaco di Baviera. Gli esperti hanno dimostrato che esistono importanti anomalie nelle connessioni tra neuroni delle aree della corteccia uditiva, visiva e sensoriale, e che pertanto il problema potrebbe nascere da un'errata elaborazione degli stimoli che giungono dalla periferia. Ciò spiegherebbe perché il mal di testa è scatenato spesso da elementi quali la luce, il rumore, un certo alimento, una variazione ormonale e così via, perché tende a ricorrere nelle famiglie e perché chi soffre di cefalea è destinato a esserne vittima per tutta la vita. Allo stesso congresso, poi, sono stati riportati anche i dati che collegano una carenza cronica di sonno Rem a un aumento delle crisi in chi ne è già soggetto. I neurologi dell'Università del Missouri hanno dimostrato che una diminuzione cronica di sonno Rem è collegata a un significativo aumento del livello, nel sangue, di alcune proteine già note per essere fondamentali nell'avvio di una crisi. Alcune aziende stanno lavorando anche su queste proteine.

A. Cod.

gari perché non si è tenuto abbastanza conto di altre malattie o disturbi presenti. In quel caso, spiega ancora l'esperto, si ricomincia da capo con una nuova classe e così via, fino a trovare quella giusta. E l'arrivo in campo di nuovi prodotti amplia ancora le possibilità di individuare la profilassi giusta. Si tratta di molecole nuove, mirate a bloccare l'azione di un neurotrasmettitore, che si attiva durante il dolo-

re. Non solo: i suoi recettori sono presenti, oltretutto a livello centrale, in tutto il percorso del nervo trigemino, pesantemente coinvolto nell'insorgenza della cefalea, e nelle zone del sistema nervoso periferico associate al dolore e alla dilatazione dei vasi sanguigni, altro fenomeno fondamentale del mal di testa. L'obiettivo dei farmacologi è emettere a punto una molecola capace di bloccare l'azione di questo trasmetti-

tore in modo che esso non possa più avere alcun effetto stimolatorio.

Molte aziende ci stanno lavorando. E un farmaco chiamato Telgagapant sembra avvicinarsi a grandi passi alla clinica: l'ente regolatorio americano, la Fda, sta discutendo gli ultimi dettagli con l'azienda prima di approvarne l'introduzione in commercio. In uno studio pubblicato di recente su "Lancet", Lars Edvinsson e Mattias Linde, del dipartimento di Medicina interna dell'Università di Lund, in Svezia, hanno fatto il punto dei risultati già disponibili, concludendo che i dati sono promettenti.

Nelle sperimentazioni condotte finora, infatti, la molecola si è rivelata efficace e con minori effetti collaterali rispetto ai farmaci oggi più usati nella cura, i triptani (soprattutto meno vasocostrizione, principale handicap di questi ultimi). Restano ancora molti punti da chiarire, e nulla si sa sull'eventuale costo della terapia, ma secondo i neurologi svedesi è assai probabile che il Telgagapant sarà il capostipite di un'intera nuova classe di farmaci che potrebbero essere molto utili quantomeno a chi non risponde alle altre cure. ■

## SEI REGOLE D'ORO

Nella maggior parte dei casi ciò che aiuta in modo decisivo a prevenire gli attacchi sono lo stile di vita, l'alimentazione e il movimento. Ecco alcuni dei suggerimenti condivisi dagli esperti:

**TV, computer, monitor:** i primi dati si sono avuti negli adolescenti, che passano più tempo degli adulti tra videogames, computer e tv, ma ora il legame è confermato su tutte le fasce d'età: esporsi per troppe ore al giorno (dalle cinque in su) ai monitor può indurre cefalea ed emicrania. Ultimi arrivati tra i trigger, in ordine di tempo, sono i film in 3D e i lettori MP3. Il consiglio è quello di fare pause frequenti e di evitare gli eccessi.

### Illuminazione:

la luce - soprattutto artificiale - è uno dei fattori scatenanti più potenti. Gli specialisti suggeriscono che è possibile ricorrere a lampadine e sorgenti di luce di vario tipo che imitano in modo straordinario la luce naturale e che per questo sono meno pericolose per chi è fotofobico.

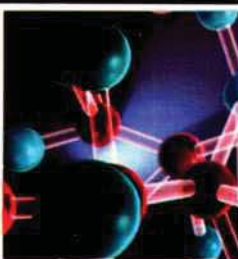
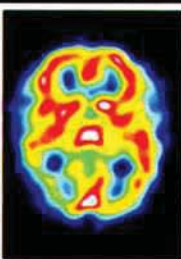
### Alimentazione:

la lista degli alimenti che possono scatenare un attacco è lunghissima: si va dal vino ai latticini, dal cioccolato al peperoncino, dal gelato agli insaccati e alle carni lavorate e a molto altro ancora. Se non si conosce ancora l'identità del colpevole, il consiglio è quello di tenere un diario

e verificare le associazioni sospette tra l'assunzione di un cibo e la crisi.

### Caffeina:

anche se la caffeina è presente in quasi tutti gli analgesici più popolari contro il mal di testa, a volte è lei stessa a indurre il dolore. Succede quando una persona ha una forma di dipendenza: i primi sintomi della necessità di una nuova assunzione comprendono stanchezza, irritabilità e cefalea. In questo senso, dunque, è vero che la caffeina fa passare il dolore, ma solo perché cura la dipendenza e riduce sintomi



da lei stessa indotti.

**Movimento:** in molti casi il mal di testa è causato anche da difetti di circolazione nei vasi della testa e non solo. Per ridurre intensità e frequenza delle crisi è sempre consigliata anche un'attività fisica regolare e gradita, che aiuti a migliorare la circolazione e l'ossigenazione del cervello. Molti studi, negli ultimi anni, hanno poi sancito l'efficacia dello yoga, del thai chi e di altre discipline che

uniscono i benefici sulla circolazione al rilassamento dallo stress, altro noto fattore scatenante.

**Massaggi:** recenti studi hanno dimostrato che i sintomi delle cefalee croniche migliorano dopo una seduta di massaggi da 30 minuti. Il beneficio si sente già dopo poche ore e dura a lungo, soprattutto se il massaggio è effettuato con regolarità una-due volte alla settimana.

**N**el 2000 ci sono stati 11 milioni di nuovi casi di cancro nel mondo. È stato stimato che nel 2025, seguendo l'incremento demografico, si arriverà a 25 milioni che diventeranno 30, tenendo conto dell'incremento dei fattori di rischio. Di questi il 70 per cento si concentrerà nei Paesi poveri, dove i tumori dovuti all'indigenza (collo dell'utero, fegato ed esofago) sono in forte incremento.

Nel 2030, il cancro risulterà la prima causa di morte, seguito dalle malattie ischemiche e dall'infarto, con un andamento profondamente differente tra i Paesi in via di sviluppo e quelli sviluppati. Nei primi risulteranno in crescita i decessi relativi a tutte le patologie tumorali ma, in particolare, le cause di morte fortemente in crescita saranno la conseguenza dei tumori ai polmoni, allo stomaco e al fegato.

Nei Paesi sviluppati invece le proiezioni evidenziano una mortalità sostanzialmente stabile nelle diverse patologie tumorali, con la sola eccezione in crescita nel caso dei tumori al colon e in calo significativo per i tumori al polmone. I casi di cancro negli Stati Uniti sono in calo e questo lo si deve ai progressi nelle terapie mediche, alle diagnosi precoci rese possibili da *screening* annuali sui tumori alla mammella, del colon-retto, e alla diminuzione dei fumatori. Diversamente, l'uso del tabacco è in aumento, specialmente nei Paesi in via di sviluppo, se si pensa che il 40 per cento di tutti i fumatori è oggi concentrato fra la Cina e l'India.

Il tasso di sopravvivenza dopo una diagnosi di cancro al seno delle donne del Gambia è del 12 per cento, contro l'80 per cento delle donne della Corea del Sud. E in caso di tumore al collo dell'utero, in Uganda il 13 per cento delle pazienti ha una sopravvivenza di 5 anni, mentre per le donne di Singapore la speranza di vita è 5 volte più elevata.

## TUMORI, MALATTIA SEMPRE PIÙ DA PAESI POVERI

di DOMENICO RIBATTI\*

Gli agenti infettivi sono fra le cause più rilevanti e specifiche nell'insorgenza di diversi tumori maligni accertati nei diversi Paesi del mondo. I principali agenti infettivi già precedentemente classificati come cancerogeni per gli esseri umani comprendono il virus dell'epatite B e C, l'herpes virus associato al sarcoma di Kaposi, l'HIV-1, il virus di Epstein-Barr, il papilloma virus umano e l'*helicobacter pylori*. La percentuale dei tumori maligni attribuiti ad agenti infettivi è più alta nei Paesi in via di sviluppo, mentre è significativamente più bassa nei Paesi sviluppati a causa della più alta prevalenza di infezione primaria

con gli agenti infettivi coinvolti e assenza di programmi di *screening*.

Il maggiore rischio di infezione da *helicobacter pylori* sembra essere associato a scarse condizioni igieniche e questo ne ha facilitato la diffusione nei Paesi sottosviluppati. Il cancro del collo dell'utero risulta particolarmente frequente nei Paesi in via di sviluppo, dove rappresenta la maggiore causa di morte nella donna tra i 35 e i 45 anni. L'impiego del vaccino è estremamente importante, eppure le grandi multinazionali del farmaco hanno stabilito un prezzo di 500 euro per la somministrazione, che può essere sostenuto solo dal 5 per cento della popolazione mondiale.

La malattia potrebbe essere evitata nel 40 per cento dei casi puntando sulla prevenzione, che è realmente possibile solo nei Paesi sviluppati. Così sta diventando sempre di più la malattia dei Paesi sottosviluppati, nei quali sta letteralmente esplodendo. Oltre ai tumori legati alla povertà si aggiungono anche le forme legate allo stile di vita occidentale. E in Paesi dove mancano i mezzi per la diagnosi precoce, per la prevenzione e per le terapie, questo è un dramma di grandi proporzioni.

\* Dipartimento di Anatomia Umana e Istologia, Università di Bari



# Bioterapia, una strada per sfidare il cancro

Decolla, grazie alla ricerca italiana, la sperimentazione di un nuovo anticorpo per la cura del melanoma che potenzia le difese immunitarie

di Antonio Caperna

MILANO - Potenziare le difese immunitarie dell'organismo per vincere il tumore. E' la bioterapia e rappresenta una nuova arma a disposizione di medici e pazienti, che verrà sperimentata contro il melanoma. La ricerca è condotta dal NIBIT, il Network Italiano per la Bioterapia dei Tumori, costituito nel 2004 con la finalità di riunire in rete i più importanti centri italiani che si occupano di questo tipo di trattamento, ed è realizzata grazie alla partnership con Bristol-Myers Squibb (BMS). Lo studio 'NIBIT M1' coinvolge 8 centri italiani e utilizzerà ipilimumab, un nuovo anticorpo monoclonale, associandolo al chemioterapico fote-mustina. È la prima volta al mondo che viene realizzata una sperimentazione di questo tipo, una via tutta italiana contro questo tumore della pelle, che conta ogni anno settemila nuovi casi in Italia. «Finora ipilimumab è stato studiato prevalentemente in monoterapia con ottimi risultati - spiega il prof. Michele Maio, direttore dell'Immunoterapia Oncologica del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena - Istituto Toscano Tumori e coordinatore dello studio - Le potenzialità di questa nuova molecola sono enormi e la stiamo utilizzando anche nel cancro della prosta-



**La nuova molecola viene utilizzata, oltre che nei casi di melanoma, anche per i tumori della prostata e del polmone**

LEUCO Salute 19 settembre 2010

**Ricerca, Premio Nexus in gastroenterologia**

**Asenapina per il disturbo bipolare**

**Qualificazioni per il diabete**

**Bioterapia, una strada per sfidare il cancro**

UNIVERSITA' DI MEDICINA PUBBLICA ALL'ESTERO

PER INFORMAZIONI: [www.univmedpub.it](http://www.univmedpub.it)

VIENI A SVILUPPARE IL TUO FUTURO

ta e del polmone. Dal 4 giugno scorso BMS l'ha resa disponibile per uso compassionevole per i pazienti affetti da melanoma anche in Italia. Quanto già emerso dai trial internazionali evidenzia che siamo di fronte al primo significativo passo in avanti nella lotta contro questa neoplasia. Il nostro studio arruolerà 84 pazienti colpiti da melanoma in fase metastatica, includendo sia quelli mai trattati prima sia quelli già sottoposti in precedenza a una terapia». L'immunoterapia rappresenta una forma di bioterapia: quest'ultima comprende tutti quei trattamenti che inducono modificazioni nel nostro organi-

simo per favorire una forte reazione contro il tumore, senza distruggere direttamente le cellule malate. «NIBIT M1 è il primo studio clinico al mondo destinato a valutare in maniera prospettica nuovi criteri di risposta clinica, quelli caratteristici dell'immunoterapia. Un approccio che nei prossimi 5 anni potrà cambiare in maniera significativa le modalità di valutazione della efficacia delle terapie biologiche in oncologia», aggiunge Giorgio Parmiani, presidente del NIBIT e direttore dell'Unità di Immuno-Bioterapia del Melanoma e Tumori Solidi dell'Istituto Scientifico Fondazione San Raffaele.