

Rassegna del 03/09/2010

IO E IL MIO BAMBINO - Bebè in cantiere. La procreazione assistita - ...	1
IO E IL MIO BAMBINO - Centri nascita: arriva la pagella - Sandrucci Chiara	2
IO E IL MIO BAMBINO - E' nato: le misure per la tua sicurezza - Sandrucci Chiara	5

× BEBÈ IN CANTIERE

La procreazione assistita

Nel corso degli ultimi quattro anni, l'età media delle donne che fanno ricorso alla procreazione assistita è aumentata di 12 mesi. È quanto emerge dai dati raccolti da ProCrea, il maggiore centro svizzero per il trattamento dell'infertilità.

"L'età media delle donne che si rivolgono al nostro centro era di 36,39 nel 2006 ed è stata di 37,31 l'anno scorso", spiega Michael Jemec, specialista di medicina della riproduzione di ProCrea. "Un dato preoccupante, perché è proprio l'età della donna uno dei principali fattori in grado di diminuire le possibilità di gravidanza". **L'età dell'aspirante mamma non influisce soltanto sulla capacità di concepire spontaneamente, ma anche sul tasso di riuscita degli interventi di fecondazione assistita.** In base alle statistiche fornite dal centro svizzero,

la probabilità che si instauri una gravidanza impiantando embrioni freschi, non precedentemente congelati, è del 50% se l'aspirante madre ha meno di 30 anni, del 44% se la sua età è compresa tra i 31 e i 34 anni, del 39% a 35 o 36 anni, del 28% dai 37 ai 39 anni. Tra i 40 e i 42 anni si riduce al 17% e dai 43 anni al 4%. Con l'avanzare dell'età della donna non aumenta solo il rischio di complicazioni in gravidanza, ma peggiora anche la qualità degli ovociti e diminuisce quindi la loro fertilità. Lo dimostra il fatto che gli interventi di procreazione assistita con il ricorso a ovociti di una donatrice giovane, nei Paesi in cui la legge lo consente, hanno maggiori probabilità di riuscita rispetto all'utilizzo di ovociti di una donatrice di età più avanzata, indipendentemente dall'età dell'aspirante mamma che li riceve.

attualità
IL PUNTO

di Chiara Sandrucci

Consulenza di

Secondo Guaschino
direttore del Dipartimento
di Ostetricia e Ginecologia
del Burlo Garofolo di Trieste

Ciro Guarino
direttore della UOC
di Ostetricia e Ginecologia
presso il presidio Ospedaliero
"San Leonardo"
di Castellammare di Stabia
(Napoli)

Giorgio Vittori
presidente della SIGO,
Società Italiana
di Ginecologia e Ostetricia

Miriam Guana
presidente della FncO,
la Federazione Nazionale
dei Collegi Ostetriche

Centri nascita: arriva la pagella

Nella scelta della struttura in cui dare alla luce il bambino, è importante che i genitori tengano conto di diversi fattori, tutti importanti indicatori di qualità

La proporzione sembra data per scontata: più ce ne sono, peggiore è la qualità dell'assistenza, tanto che il tasso dei cesarei è stato individuato dal ministero della Salute come l'indicatore più significativo per misurare la qualità dei punti nascita italiani. L'operazione trasparenza lanciata lo scorso aprile ha bocciato la Campania e promosso con lode il Friuli-Venezia Giulia. Ma in una pagella che si rispetti non possono mancare anche le altre materie. Non solo cesarei, dunque, ma anche il rispetto della fisiologia, la tutela della sicurezza, l'informazione, il supporto e l'accompagnamento dati alle mamme. Tutti elementi da prendere in considerazione quando si sceglie l'ospedale in cui partorire. Perché possono variare non solo da regione a regione, ma anche e soprattutto tra punti nascita a pochi chilometri di distanza tra loro.

OPERAZIONE TRASPARENZA

Lanciata lo scorso aprile, l'Operazione Trasparenza del ministero della Salute è partita con la pubblicazione di un primo gruppo di 34 indicatori di qualità per i diversi settori della sanità. Il compito è stato affidato alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che li ha elaborati per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati. Lo ha fatto a livello regionale, Asl per Asl, Azienda ospedaliera per Azienda ospedaliera.

◉ **Si tratta soltanto di una prima analisi, in vista di un più ampio sistema di valutazione della performance della sani-**

tà italiana. Esami di screening, degenza media, tempi di attesa e, per il percorso nascita, il cesareo. "È un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma. L'OMS stima che i cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali", si legge nel report pubblicato. Ovvero, un sistema sanitario è buono se cerca di ridurli al minimo. La media interregionale italiana è risultata essere 36,9%. Ma in Friuli Venezia Giulia o nella Provincia Autonoma di Trento è del 23%, mentre in Sicilia la quota sale al 52,78% e in Campania si arriva al 61,88%. Alla pagina dedicata sul sito del ministero (www.salute.gov.it), cliccando sulla propria regione, si ottengono i tassi dei cesarei suddivisi per punti nascita o per Asl.

"BUONI E CATTIVI", SEMPRE GLI STESSI

◉ **"Il parto è meglio in Friuli", titolava un quotidiano all'indomani della pubblicazione dei dati del ministero. Già, perché a Trieste e dintorni i cesarei non superano il 23%.** "La nostra regione si è sempre contraddistinta per il più basso tasso di cesarei in Italia perché c'è una forte tradizione ostetrica, all'insegna del rispetto della fisiologia", spiega Secondo Guaschino, direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia del Burlo Garofolo di Trieste. "Anche per le mamme triestine è così: da parte loro il cesareo è considerato una soluzione solo in caso di necessità, mentre in altre zone d'Italia, al contrario, molte donne lo richiedono". **Questioni di cultura, dun-** ➔

attualità
CENTRI
NASCITA

que, ma anche di un'organizzazione che permette o meno una nascita naturale.

◉ Dello stesso avviso è **Ciro Guarino, direttore della UOC di Ostetricia e Ginecologia presso il presidio Ospedaliero "San Leonardo" di Castellammare di Stabia (Napoli)**, che in 5 anni ha ridotto i cesarei dal 52,7% al 17,5%. "Al sud le donne sono male informate, pensano ancora che l'intervento chirurgico sia più sicuro, mentre è ormai dimostrato che per il bambino e per la mamma il rischio di complicanze è maggiore in caso di cesareo, così come, del resto, confermano anche i nostri dati. Ma di certo rivestono un ruolo importante anche gli aspetti organizzativi delle strutture sanitarie: ad esempio al sud è ancora troppo ristretto il numero di punti nascita che offrono l'analgesia, così come è ancor più esiguo il numero dei centri (solo tre) dove si può effettuare il parto in acqua", spiega Guarino. "In Campania poi c'è un rilevante numero di cliniche private che ricorrono al cesareo fino all'80% dei casi e che chiaramente incidono sulla media regionale". L'autore del miracolo a Castellammare fa però anche notare che "i primi dati del ministero considerano tutti i cesarei effettuati, mentre se si escludono quelli ripetuti – secondo dati di recente resi pubblici dall'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – la Campania non avrebbe più la maglia nera, ma le sue performance sarebbero migliori di Abruzzo, Sicilia, Calabria e Puglia".

IL CESAREO È LA PUNTA DELL'ICEBERG

◉ "Condivido in pieno la decisione del ministero di rendere



pubblici questi dati, che fotografano una certa situazione, ma il parametro del cesareo dovrebbe servire a mobilitare risorse per destinarle alle realtà che ne hanno più bisogno: per esempio, verificando se vengono soddisfatti gli standard assistenziali o se l'équipe è completa", commenta **Giorgio Vittori, presidente della SIGO, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia**. "La questione è che l'obiettivo della salute materno-infantile è un bene comune e dovrebbe diventare prioritario per i direttori generali delle aziende sanitarie, mentre oggi ancora non è così. Anche perché la salute materno infantile è penalizzata dal punto di vista economico: le tariffe di rimborso in ostetricia e ginecologia si sono ridotte rispetto ad altri interventi, mentre doveva accadere il contrario. La trasparenza va bene, ma ci vuole anche più impegno".

◉ **L'elevato tasso di cesarei, insomma, è soltanto l'elemento più evidente di un fenomeno complesso**. Le performance di ogni

struttura dovrebbero essere rese note in una Carta dei Servizi, da appendere alla porta dei punti nascita o da consultare on line (come accade in Gran Bretagna, www.birthchoiceuk.com).

"Invece oggi una mamma italiana non ha ancora accesso alle informazioni necessarie per scegliere il punto nascita che ritiene più adatto alle proprie esigenze", afferma **Miriam Guana, presidente della Fnco, la Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche**. "A parte il cesareo, il problema è che non esistono dati epidemiologici a livello nazionale raggruppati per temi, ad esempio la percentuale media di episiotomie, e reperire quelli dei singoli ospedali non è facile". Il "Viaggio nelle maternità" che viene pubblicato tutti i mesi su "Io e il mio Bambino", ogni volta con un reportage in un ospedale diverso, cerca di colmare questo vuoto informativo, prendendo in considerazione, oltre alla percentuale di cesarei, molti altri indicatori di qualità.

Sono tanti i parametri che vanno valutati in pagella

IN PRIMIS, LA SICUREZZA

◉ “La valutazione di un ospedale avviene ancora con il passaparola, ma nel terzo millennio dovrebbero poter essere accessibili tutti i parametri. In primis, quelli relativi alla sicurezza della sala parto: le donne hanno diritto al meglio che c'è a disposizione”, afferma il presidente dei ginecologi italiani Giorgio Vittori. E su questo punto non si può sorvolare.

◉ “Qualità significa prima di tutto sicurezza, perché poterla tutelare al massimo è la condizione senza la quale non si può offrire un parto il più possibile naturale: gli operatori devono poter assistere in tranquillità al travaglio sapendo che, in caso di necessità, hanno tutti i mezzi tecnologici e organizzativi per intervenire con efficacia”, aggiunge Secondo Guaschino. È chiaro che, laddove non esistono sufficienti garanzie di sicurezza, al minimo problema si preferisce intervenire in modo farmaco-



logico e operativo fino al cesareo. Da verificare, ad esempio, la presenza della sala operatoria attigua alla sala parto. Ma non solo.

“Deve esistere una guardia ostetrica composta da due medici e un'ostetrica, in modo da poter fronteggiare in maniera tempestiva eventuali emergenze, così come la guardia anestesilogica e neonatologica deve essere garantita 24 ore su 24”, osserva Ciro Guarino. “Aspetti, questi, che invece spesso non sono soddisfatti nelle cliniche private o negli ospedali di primo livello”.

GLI ALTRI INDICATORI DI QUALITÀ

◉ Anche se non è quantificabile in cifre, il rispetto della fisiologia del travaglio e del parto è l'altro aspetto importante da considerare, accanto alla sicurezza. “La buona prassi prevede la promozione di percorsi dedicati alla tutela della fisiologia, gestiti dalle ostetriche, mentre solo le gravidanze patologiche andrebbero seguite diversamente. Così accade in Francia, Gran Bretagna, Olanda e Svezia, perché è dimostrato che questo ha effetti positivi sugli esiti del parto e sulla riduzione di procedure considerate inutili”, afferma la presidente delle ostetriche Miriam Guana.

“Anche l'offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita, oggi seguiti solo dal 40-50% delle donne, è un altro fattore di qualità, così come la continuità delle cure nel percorso nascita, l'informazione data sulla diagnosi prenatale, l'offerta di analgesia farmacologica e non, la percentuale di episiotomie, dei travagli indotti, dei travagli di prova dopo un precedente cesareo, dei parti operativi, la presenza o meno del rooming-in, il tasso di allattamento al seno alla dimissione, senza trascurare la possibilità di donare il sangue cordonale”.

Dove cercare le “performance” del tuo punto nascita

■ A livello nazionale non esiste un archivio, ma alcune Regioni hanno iniziato a pubblicare regolarmente i dati relativi ai propri punti nascita. Merito dei Rapporti CeDAP (Certificati di Assistenza al Parto) che dal 2002 ogni anno vanno compilati e inviati al ministero. Gli approfondimenti regionali, e in certi casi delle singole Asl, sono consultabili sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, www.epicentro.iss.it, alla voce Grandi Temi. Basta cliccare su Salute Materno Infantile per ritrovare i dati di Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Toscana, Trento. Ma non sempre si trovano le performance per ciascun ospedale. Il Piemonte ha pubblicato un'indagine simile, ormai 3 anni fa, reperibile sul sito www.regione.piemonte.it, con i dati suddivisi per punto nascita. Con un pizzico di fortuna, la ricerca si può tentare anche con le parole chiave “percorso nascita” più il nome della Regione o della Provincia. Altrimenti ci si può indirizzare direttamente al sito dell'azienda ospedaliera prescelta o, ancora, provare a chiedere informazioni alle ostetriche in occasione dei corsi di accompagnamento.

mamma
DOPOPARTO

di Chiara Sandrucci

Consulenza di



Maria Grazia Frigo
anestesista responsabile
Dipartimento Materno
Infantile all'Ospedale
Fatebenefratelli Isola
Tiberina di Roma



Giorgio Vittori
presidente SIGO, Società
Italiana di Ginecologia
e Ostetricia

È nato: le misure per la tua **sicurezza**

Tutto è andato bene, ma per cautela, e per legge, in ogni punto nascita la mamma viene tenuta in osservazione due ore

Si chiama quarta fase del travaglio o prima fase del puerperio: il bebè è nato, la placenta è stata espulsa, ma per due ore (lo dice la legge) la mamma deve restare in osservazione. Una precauzione volta a scongiurare eventi come l'emorragia post parto, che ha un'incidenza tra l'1 e il 5% sul totale dei parti (nella stragrande maggioranza dei casi risolta comunque con successo) e che rappresenta la principale complicazione materna legata al momento della nascita. In Italia i numeri sono rassicuranti: secondo un'analisi di recente pubblicata sulla rivista scientifica "Lancet", le nostre sale parto sono le più sicure al mondo. Ma il dato potrebbe essere sovrastimato e recenti episodi di cronaca hanno richiamato l'attenzione sulla sicurezza nell'immediato dopo parto.

COSA SUCCEDDE A PARTO CONCLUSO

Con la fase di secondamento, cioè l'espulsione della placenta (la terza fase del travaglio), il parto può dirsi concluso.

I campanelli d'allarme

■ È raro dover tornare in ospedale, una volta dimesse: in genere, le eventuali complicazioni si presentano nei primissimi giorni, quelli in cui si resta ricoverate. Oltre all'emorragia, può accadere che siano stati ritenuti frammenti di placenta (con possibili infezioni) o che, ma molto di rado, si presentino fenomeni tromboembolici, cioè l'occlusione delle arterie (un rischio peraltro presente già in gravidanza per le modificazioni cardiocircolatorie). Per questo, durante la permanenza in ospedale viene misurata ogni giorno la febbre e a volte si consigliano le calze elastiche (che aiutano la circolazione sanguigna). A casa, comunque, è bene prestare attenzione ad alcuni campanelli d'allarme: in caso di febbre o profonda stanchezza e vertigini, meglio una visita di controllo.

● **A quel punto, l'organismo materno è programmato per "richiudere le porte":** avviene cioè uno straordinario processo di emostasi naturale (arresto dell'emorragia) che interrompe il sanguinamento seguito al distacco della placenta. Fino a un istante prima dell'espulsione, infatti, la placenta era collegata all'utero tramite un fitto "letto vascolare" che garantiva l'intenso scambio di sangue tra l'organismo materno e il bebè.

● **Dal momento in cui non serve più, l'utero si comprime e si contrae,** "strozzando" le bocche vascolari aperte e formando il cosiddetto globo uterino (tutto l'utero assume la forma di una palla, dura come la roccia).

● **In questo processo è comunque naturale una certa perdita di sangue,** fino a 500 ml dopo un parto vaginale e fino a 1000 ml dopo un cesareo. Nel frattempo, la placenta viene esaminata dagli operatori, che la stendono su un vassoio: è come un grappolo d'uva a cui non deve mancare neanche un acino.

● **Due ore di osservazione è il tempo previsto per legge, ma in realtà la formazione del globo uterino è quasi istantanea** dopo l'espulsione della placenta. "È il tempo necessario per controllare che tutti questi meccanismi fisiologici avvengano alla perfezione: l'ostetrica quindi verificherà di tanto in tanto la presenza del globo uterino, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa della neomamma", spiega Giorgio Vittori, presidente della SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), "e rileverà l'entità del flusso ematico, cioè l'inizio delle normali lochiazioni, ovvero le perdite - che dureranno poi fino a tre settimane dopo il parto - con cui l'utero si ripulisce per tornare alle dimensioni e alle funzionalità normali".



◉ **In queste prime due ore, che si trascorrono su un lettino in prossimità della sala parto**, è opportuno che il bebè rimanga a contatto di pelle con la mamma fino ad attaccarsi spontaneamente al seno. L'attacco precoce serve anche a mantenere l'utero contratto, perché la suzione favorisce il rilascio di ossitocina. Il papà può restare con loro e condividere questa prima fondamentale intimità con il nuovo arrivato. Al termine delle due ore, la mamma viene trasferita nella camera di degenza.

QUALI SONO I POSSIBILI PERICOLI

Può accadere però che l'utero all'inizio si contragga e poi si rilasci all'improvviso, a causa della presenza di frammenti di placenta che ne impediscono la chiusura, o per cicatrici

(dovute ad esempio a precedenti cesarei) o per fibromi che ostacolano la formazione del globo di sicurezza.

◉ **In questi casi la normale perdita di sangue non si arresta e provoca la cosiddetta emorragia postparto**, dovuta nel 90% dei casi proprio all'atonìa uterina (cioè l'assenza di tono dell'utero, che è rilasciato).

◉ **Le mamme a rischio per problemi di coagulazione del sangue, invece, necessitano di una terapia apposita**. Nel loro caso, infatti, è alterato l'equilibrio dinamico tra le varie componenti del sangue che

permette una pronta e corretta formazione del coagulo.

◉ **“L'emorragia postparto è un evento insidioso, perché l'aumento del volume plasmatico avvenuto in gravidanza può confondere i segnali”**, osserva Maria Grazia Frigo, specialista in ginecologia e in anestesia del Fatebenefratelli – Isola Tiberina di Roma. In questo caso bisogna agire velocemente: i protocolli prevedono l'uso di farmaci e di manovre che mantengano l'utero contratto. Si controlla che il sanguinamento non sia dovuto a lacerazioni. E, se si sospetta la presenza di residui placentari, si procede con il raschiamento. Nei casi più gravi, si risolve con la legatura di diverse arterie o l'asportazione dell'utero (isterectomia). Oggi si sta diffondendo anche in Italia una tecnica che utilizza il “balloon”, una sorta di palloncino introdotto ➔

Il rischio più frequente

appena dopo la nascita

è l'emorragia postparto

mamma

È NATO: SICUREZZA
IN SALA PARTO

Dopo la partoanalgesia

■ In Italia la partoanalgesia viene offerta nel 16% dei punti nascita. "Se ben condotta, questa tecnica non espone ad alcun rischio in più nel postparto: i dosaggi oggi utilizzati non riducono il tono uterino, come invece poteva accadere con un'anestesia generale", precisa Maria Grazia Frigo, che al Fatebenefratelli - Isola Tiberina di Roma gestisce l'86% dei parti in analgesia. "Anzi, può addirittura comportare vantaggi, visto che il catetere rimane inserito fino all'ultimo e può essere utilizzato ancora, se si dovesse rendere necessaria una revisione della cavità uterina evitando così la totale". L'unico handicap del postparto è l'eventuale cefalea, che però compare soltanto nello 0,5% dei casi e non comporta alcuna sequela importante. In ogni caso, nelle due ore del postparto i controlli sono gli stessi che di effettuano per un parto senza analgesia.

nell'utero che, gonfiandosi, comprime la zona sanguinante, per tentare di bloccare l'emorragia e preservare così la fertilità della neomamma.

COME SI PREVIENE L'EMORRAGIA

● "Poiché l'emorragia postparto è relativamente frequente, occorre puntare sulla prevenzione", sottolinea l'esperta. "Per questo, oggi si dovrebbe preferire una gestione attiva del terzo stadio del travaglio (il secondamento)". Secondo le evidenze emerse dalla revisione sistematica Cochrane del 2003, questo tipo di protocollo può ridurre del 40-50% l'incidenza di emorragia: invece che attendere i tempi della natura, si facilita il secondamento (con la trazione gentile del cordone ombelicale).

● Avvenuta l'espulsione della placenta, a tutte le mamme si esegue un'iniezione intramuscolare di ossitocina (o altri farmaci) e si controlla il tono uterino massaggiandolo. Per individuare invece chi ha difetti di coagulazione, è previsto lo screening con il prelievo delle 32 settimane, che misura i valori PT (tempo di protrombina), aPTT (tempo di tromboplastina parziale attivata), fibrinogeno e antitrombina III: tutti fattori che rappresentano la capacità dell'organismo di bloccare in tempo perdite di sangue. ◆

Dopo il cesareo

Essendo un intervento chirurgico, si considera normale una perdita di sangue doppia rispetto a un parto vaginale (fino a 1000 ml contro un massimo di 500 ml). "Nel cesareo, la placenta viene asportata manualmente attraverso la breccia uterina, subito dopo l'estrazione del bambino; poi l'utero, anche in questo caso, reagisce formando il globo di sicurezza", spiega Maria Grazia Frigo. "Ma il taglio espone a più rischi di emorragia, soprattutto se è ripetuto, in quanto la cicatrice precedente può determinare alterazioni dell'architettura anatomica dell'utero, con impianto della placenta più profondo nello spessore della parete stessa (accretismo) e con difficoltà di secondamento che possono limitare la capacità dell'utero di contrarsi bene". Anche l'anestesia perimidollare (spinale, peridurale o una combinazione), usata per eseguire il cesareo (la mamma rimane sveglia), pur avendo ridotto in maniera drastica i rischi rispetto all'anestesia generale, richiede, sia durante l'intervento, sia nella fase post-operatoria, un attento monitoraggio dei parametri materni. Nelle prime due ore, la neomamma resta collegata al monitor, che controlla i parametri vitali (pressione, frequenza cardiaca e ossigenazione) nonché la minzione, attraverso il catetere vescicale, e le perdite ematiche. L'esperta sottolinea inoltre l'assenza di qualunque interferenza tra i farmaci dell'anestesia perimidollare e la contrattilità uterina, diversamente da quanto accadeva un tempo con i gas dell'anestesia generale, che "rilasciavano" l'utero, determinando un maggior rischio emorragico.

Rassegna del 03/09/2010

GIOIA - Amore sicuro! Anche in viaggio - Melis Gianna	1
GIOIA - Se la prima volta è deludente - Graziottin Alessandra	2

**AMORE SICURO!
ANCHE IN VIAGGIO**

Si chiama *Travelsex!* ed è una guida di educazione sessuale da viaggio per teenager (e non). Un vero bigino che, nel capitolo sull'Italia, spiega per esempio come risolvere un'emergenza dove le farmacie, i medici e i consultori familiari sono difficili da trovare. I capitoli dedicati al resto del mondo illustrano invece il panorama culturale, sociale e sanitario di ogni Paese rispetto alla sessualità, con la traduzione di frasi utili come "non possiamo fare l'amore senza preservativo" o "dove posso trovare una farmacia?". *Travelsex!* (Giunti editore), costa 5,90 euro, ed è realizzata in collaborazione con la campagna (www.sceglitu.it) della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (www.sigo.it). *Gianna Melis*



Diamo i numeri

Far l'amore per la prima volta, oggi, è più "facile" di ieri, nel senso che la disponibilità all'intimità fisica è maggiore e più precoce, nei ragazzi come nelle ragazze. Ma non è detto che questo renda l'esperienza più soddisfacente che in passato. In Italia, secondo recenti ricerche, a **16** anni ha già avuto un rapporto completo il **50-60** per cento delle ragazze e l'**80** per cento dei ragazzi: il **30-40** per cento delle giovani lo fa perché si sente sinceramente innamorata, il **15-20** per cento per semplice curiosità, il **25** per cento per accontentare lui, e il **5-8** per cento - triste ma vero - per interesse, ossia per ottenere denaro, regali o vantaggi d'altro tipo. La "prima volta" è quindi un'esperienza che nasce da motivazioni molto diverse e non è automaticamente felice.

UNA "PORTA" CHE NON È UGUALE PER TUTTE

In genere la lacerazione dell'imene durante il primo rapporto provoca un variabile grado di dolore e una piccola perdita di sangue. A volte, invece, l'imene è "compiacente", ossia così elastico da distendersi senza lacerarsi: una situazione potenzialmente critica, se la ragazza vive in un ambiente che, per i più svariati motivi, fa della verginità fisica un valore non negoziabile. Più raramente infine l'imene è spesso e rigido: la penetrazione è impossibile e per avere rapporti occorre un intervento di imenotomia.

GINECOLOGIA & VITA DI ALESSANDRA GRAZIOTTIN*

SE LA PRIMA VOLTA È DELUDENTE

Ho 16 anni e il mese scorso, al mare, ho conosciuto un ragazzo fantastico con il quale ho avuto il mio primo rapporto completo. Era tanto che aspettavo questo momento... ma non ho provato assolutamente niente! Né dolore, né piacere, nulla. Non immagina quanto ci sia rimasta male! Come è possibile una cosa del genere? Le mie amiche non mi avevano mai detto che era così deludente! Sono io che non ci so fare, o è lui che non è stato capace di farmi provare nemmeno un briciolo di piacere?».

Mara G. (Piacenza)

Cara Mara, capisco la tua amarezza: la delusione che provi è comune alla maggioranza delle ragazze! In un recente studio americano, ben il 61 per cento delle ragazze e il 34 per cento dei ragazzi, intervistati dopo la prima volta, diceva: «È meglio in tv». L'aspettativa è altissima per tutte le ragazze, eppure l'orgasmo durante il primo rapporto completo è raggiunto da meno del 15 per cento di loro: un'eccezione, più che una regola! Per un altro 25-30 per cento l'esperienza non è «né bella né brutta». E per ben il 25 per cento, come per te, rappresenta una delusione, secondo una ricerca italiana. Solo per il 35-40 per cento delle adolescenti la prima volta è davvero una bella esperienza, indipendentemente dal piacere fisico, per la felicità che provano a donarsi a un ragazzo amato e desiderato. La tua delusione è quindi comune a tante altre ragazze come te! «Ma perché è così comune non provare niente?», ti chiederai. Il motivo è semplice: la sensibilità vaginale non è automatica, né innata, ma richiede una buona capacità di ascoltare le sensazioni fisiche e di usare in modo consapevole i muscoli che circondano la vagina, per aumentare il piacere di entrambi. La prima volta è quasi impossibile essere già bravissime in questa "tecnica": ci vuole un po' di esperienza, tenendo sempre presente che tutto riesce più facile quando il desiderio fisico è intenso e il rapporto nasce da un sentimento d'amore autentico e profondo. Anche il dolore che si dovrebbe provare con la prima penetrazione, a causa della lacerazione dell'imene, può essere molto diverso da ragazza a ragazza, o del tutto assente, come è successo a te. Se il rapporto è molto desiderato e l'eccitazione è al massimo, il dolore si stempera facilmente nel piacere e viene subito dimenticato, un po' come succede a una donna dopo un parto doloroso: la gioia è tale che il male passa presto. Se il rapporto invece è forzato, quando non ci si sente pronte, se non c'è eccitazione, il dolore può essere anche molto forte, per motivi fisici e soprattutto emotivi. Per quasi un terzo delle ragazze, infine, la prima volta non dà dolore, né perdite di sangue, perché il petting può provocare gradualmente una dilatazione dell'imene, che così diventa capace di accogliere la penetrazione senza evidenti lacerazioni.

In sintesi, cara Mara, guarda al futuro con ottimismo: anche una sessualità felice richiede tempo e pazienza. Se ami quel ragazzo, saprete scoprire il "vostro" personalissimo modo di sentirvi appagati.

Cosa fare per farlo sereno

Perché il primo rapporto sia davvero un'emozione indimenticabile occorre:

- viverlo possibilmente con un ragazzo di cui si sia innamorate;
- stare alla larga da alcol o droghe, per non trovarsi forzate a un passo per cui non si è pronte;
- proteggersi con un contraccettivo ormonale e il profilattico.

* Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia medica ospedale San Raffaele Resnati di Milano (www.alessandragraziottin.it).
Inviare le vostre lettere per Alessandra Graziottin all'indirizzo di posta elettronica (gioiaposta@hachette.it).

— | **MEDICINA** | —

Sla, Alzheimer e distrofia: prime speranze di cura

Passi avanti da tre nuovi studi, due con italiani

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), distrofia muscolare di Duchenne e morbo d'Alzheimer. Tre malattie diverse, ma ugualmente incurabili a cui la ricerca sta cercando di dare una risposta. Ora tre nuovi studi, di cui due a partecipazione italiana, fanno ben sperare per il futuro di migliaia di malati in tutto il mondo.

Lo studio sulla Sla ha permesso di identificare un gene chiave nello sviluppo della sua forma sporadica, quella che colpisce il 90% dei pazienti. Il gruppo di ricercatori, fra cui camici dell'Istituto auxologico di Milano, dell'Università Statale e del Centro Dino Ferrari del capoluogo lombardo, ha completato la raccolta del Dna di 2 mila malati italiani per poter scattare una «fotografia genetica» dei pazienti della Penisola. Lo studio, pubblicato su *Lancet Neurology*, ha sfruttato la tecnica Genome-Wide (GWA), in grado di analizzare quasi un milione di varianti genetiche differenti in una popolazione di malati. «Lo studio di GWA - spiega Vincenzo Silani, direttore del Dipartimento di neuroscienze dell'auxologico di Milano - ha permesso di identificare una regione localizzata sul cromosoma '9q21' quale responsabile, oltre che della forma sporadica, anche della Sla associata a demenza fronto-temporale familiare. Infatti, nella regione identificata sono localizzati alcuni geni conosciuti che ora necessitano di essere studiati con sequenziamento per la possibilità di essere responsabili della malattia».

Lo studio sulla distrofia muscolare di Duchenne ha invece permesso di smascherare il comportamento subdolo della distrofina, una proteina che manca nei malati. Irene Bozzoni, professore ordina-

rio di Biologia molecolare alla Sapienza Università di Roma che ha guidato lo studio (pub-

blicato su *Cell Metabolism*), ha scoperto che la funzione della distrofina nella cellula è più complessa di quella ipotizzata finora.

Prima i ricercatori pensavano che la distrofina svolgesse un ruolo puramente meccanico, ovvero che la sua assenza rendesse la membrana più fragile a ogni contrazione e più permeabile a fattori tossici esterni. Con il tempo questo fenomeno porta alla morte delle fibre muscolari e di conseguenza all'instaurarsi di un processo infiammatorio cronico, che a poco a poco sostituisce il muscolo con vere e proprie cicatrici di tessuto fibroso incapaci di contrarsi. Quello che invece ha dimostrato lo studio, finanziato da Telethon e Parent

Project Onlus, è che, accanto a questo ruolo strutturale, la distrofina ha anche una funzione più sofisticata, cioè quella di controllare l'attività di altri geni che hanno un ruolo rilevante nello sviluppo della malattia.

Del tutto inaspettati i risultati del terzo studio condotto dalla Rockefeller University di New York e pubblicato sulla rivista *Nature*. Un farmaco che ha salvato molte vite dai tumori, il Gleevec, sembra in grado di inibire la formazione di quei velenosi «ammassi proteici», le placche beta-amiloidi, che invadono il cervello dei pazienti affetti dall'Alzheimer. La scoper-

ta, firmata dal Nobel per la Medicina Paul Greengard, potrebbe aprire la strada a una classe di farmaci efficace contro l'Alzheimer.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SCOPERTO IL COMPORTAMENTO DELLA DISTROFINA

Alla Sapienza di Roma lo studio sulla proteina Duemila malati di Sla "fotografati" a Milano

SLA

5.000

I malati in Italia di sclerosi laterale amiotrofica

DISTROFIAE

5.000

I malati di distrofia muscolare di Duchenne

ALZHEIMER

500 mila

Soffrono di Alzheimer in Italia



Sanità. I sindacati chiedono chiarimenti

Certificati medici online: ad agosto 255mila invii

■ Nuovi dati e nuovo battibecco fra sindacati e Funzione pubblica sui certificati di malattia online. Ieri Palazzo Vidoni ha diffuso i risultati dell'ultimo monitoraggio sulle connessioni dei camici bianchi, spiegando che il pin è arrivato al 70% dei medici di famiglia e al 25% degli ospedalieri. Il traffico di certificati telematici, ha aggiunto il ministero guidato da Renato Brunetta, «è aumentato in modo rilevante»: a fine agosto i certificati trasmessi online hanno sfiorato i 255mila, con un aumento del 70% rispetto ai 150mila accumulati fino a luglio. Il cuore di questa performance è in Lombardia, perché la regione ha

utilizzato una rete propria e ha totalizzato da sola quasi 166mila certificati, ma secondo la Funzione pubblica «segnali importanti» arrivano anche dalle altre regioni.

La Fp-Cgil, per bocca del segretario nazionale dei medici Massimo Cozza, ha però parlato di «flop», e l'Anaa Assomed ha scritto al ministro della Salute, Ferruccio Fazio, e a Brunetta chiedendo un incontro urgente. Per metà settembre il ministero aveva infatti annunciato il termine del periodo di «collaudo», e l'avvio delle sanzioni per chi rimane affezionato alla carta.

G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NUOVA SANITÀ IN CALABRIA

**«Taglierò gli sprechi»
Proiettili a Scopelliti**

di **T. MONTESANO** a pagina 11

La sfida del governatore calabrese

«Sistemo la sanità e in cambio ricevo proiettili»

Giuseppe Scopelliti vittima di continue minacce: «La prossima settimana chiuderò circa 18 ospedali inefficienti»

::: TOMMASO MONTESANO
ROMA

■ ■ ■ «Vogliono colpire la nuova Calabria, ma non mi fermeranno». Giuseppe Scopelliti, presidente della Regione Calabria, è in automobile. Sta andando dal prefetto di Reggio Calabria per fare il punto della situazione dopo le quattro lettere minatorie, di cui una contenente due proiettili, ricevute a palazzo Alemanni, a Catanzaro, sede della giunta regionale. Oggi sarà il turno di Roberto Maroni, ministro dell'Interno, atteso in Calabria. «È una giornata particolare, ma era prevedibile: noi il principio della legalità l'abbiamo messo in pratica, non ci siamo limitati a dichiararlo».

Non sembra sorpreso da quanto accaduto.

«Da sindaco di Reggio Calabria ho ricevuto decine di lettere minatorie. In una terra come la Calabria è normale diventare dei bersagli. Oltre a me, sono arrivati proiettili al presidente del consiglio regionale, Francesco Taralico, alla mia vice, Antonella Stasi, e al marito. È un'azione per destabilizzare».

Da parte di chi?

«Da chi non vuole la nostra azione di riforme, di innovazione, in questa benedetta terra».

La 'ndrangheta?

«In Calabria non c'è solo la criminalità organizzata. Tutti si nascondono dietro la 'ndrangheta, ma il vero problema non è questo».

E qual è?

«Della 'ndrangheta sappiamo quasi tutto. E la combattiamo. La vera piaga sono gli affarismi, la famosa borghesia mafiosa. Che è trasversale».

A cosa sta pensando?

«Al comparto della sanità, ad esempio, dove mi appresto a compiere scelte di rottura. Abbiamo cominciato ad aggredire un sistema che ha eroso risorse

ingenti e continueremo. Gli italiani devono sapere che in campo sanitario la Calabria ha una perdita di 400 milioni di euro l'anno a fronte di un finanziamento di tre miliardi».

In cosa consistono queste scelte di rottura?

«La prossima settimana presenterò un piano di intervento con il quale chiuderò circa diciotto ospedali, di cui una parte sarà riconvertita. Inizieremo da ottobre».

Perché li chiude?

«Sono ospedali inefficienti: non producono attivo, costituiscono un rischio per la sicurezza e non hanno sale operatorie adeguate. Ci sono posti dove spendiamo 140mila euro a parto».

Come si arriva a una cifra così?

«Semplice: se quella struttura fa 200 parti all'anno, considerando il costo del personale il calcolo è presto fatto. Per non parlare delle

strutture che sono costate 500mila euro per interventi di ristrutturazione o 623 euro al giorno a posto letto. Basta con questi privilegi. Meglio pochi ospedali, ma di qualità».

In questo ha stretto un patto d'acciaio con Giulio Tremonti, il ministro dell'Economia inflessibile con le Regioni in rosso.

«Non c'è dubbio. L'ultima volta che ci siamo incontrati mi ha detto: "La tua è una missione impossibile, ma se ci riuscirai...". Gli rispondo che ce la faremo: dimostreremo che anche qui si possono centrare gli obiettivi».

Che ne pensa di chi issa la bandiera della legalità?

«C'è chi fa chiacchiere e chi i fatti.

I mafiosi non hanno paura delle parole. Io sono quindici anni che combatto per le istituzioni dando segnali di legalità. A partire dagli sgomberi degli edifici abusivi e dalla bonifica dei marciapiedi dalle occupazioni illegali di suolo pubblico. A Reggio Calabria, quando governava il centrosinistra, non è mai stato presentato un bando per il piano regolatore della città. Noi come centrodestra lo stiamo facendo».

In Calabria, oltre che governatore, lei è anche coordinatore regionale del PdL. Ci crede ad una ricomposizione con il gruppo di Gianfranco Fini?

«Più che altro lo sogno».

Anche lei aspetta l'intervento del presidente della Camera alla festa di Mirabello?

«Mi auguro che non faccia il partito perché sarebbe un gravissimo errore. Spero ancora nella ricomposizione, anche se non è pensabile che un governo sia logorato da rappresentanti della sua stessa maggioranza. Chi non condivide il programma deve fare altre scelte».

Lei la sua l'ha fatta.

«Io non resto nel Popolo della Libertà, come ha scritto qualche giornale locale: io sono del PdL. È diverso».

::: I DATI

IL PESO

Quello sanitario è il capitolo di bilancio più pesante delle Regioni, che spesso sono in rosso proprio perché non riescono a far quadrare i conti. La Calabria, denuncia il suo governatore, ha perdite annue di 400 milioni di euro a fronte di un finanziamento di 3 miliardi.

COMMISSARIAMENTI

Nel 2009, il governo ha deciso di commissariare Molise e Campania, affidando la gestione ai rispettivi governatori per sistemare i conti in materia sanitaria.

ALLARME ROSSO

Oltre alle difficoltà di Lazio, Campania, Calabria, Molise e Sicilia, recentemente è emerso anche il buco della Puglia. Che nel 2009 ha accumulato un debito superiore ai 500 milioni di euro.

LA BATTAGLIA

Anche in Piemonte il neogovernatore Roberto Cota ha parlato di buchi nella sanità, innescando una polemica con l'ex presidente pd Mercedes Bresso.





UOMINI DI MAGGIORANZA

Qui sopra, il governatore della Calabria e coordinatore regionale del PdL Giuseppe Scopelliti. A destra, il ministro Giulio Tremonti (Fotogramma)

Commercio. Alle parafarmacie un giro d'affari da 146 milioni **Pag. 23**

Consumi. Dopo il boom iniziale i punti vendita si sono assestati su poco meno di 3mila unità con 146 milioni di fatturato

Parafarmacie avanti adagio

Nei prossimi anni il business potrebbe crescere fino al 10% del mercato

NO AI VINCOLI

Devito (Liberi farmacisti): il ddl è un nuovo tentativo che mira a contenere il nostro sviluppo e garantire gli esercizi esistenti

I FARMACISTI

Racca (Federfarma): dietro alla logica di mercato si celano interessi che nulla hanno a che vedere con il servizio al cittadino

Sara Todaro

ROMA

■ Circa 3mila punti vendita tra corner ed esercizi di vicinato per 146 milioni di fatturato: il pianeta delle parafarmacie è tutto qui. E nelle sue pieghe si nascondono non solo alcuni giovani laureati che hanno cercato di darsi un futuro e un'occupazione, ma anche almeno un migliaio di farmacisti titolari di presidi convenzionati con il Ssn che hanno colto l'occasione per ampliare il giro d'affari nel territorio.

È in difesa di questo variegato universo che ieri è sceso ancora una volta in campo l'Antitrust, presa visione di uno dei tanti Ddl all'esame della commissione Igiene e sanità del Senato, impegnato da un biennio nella difficile mediazione tra chi vorrebbe spuntare le unghie alla liberazione voluta a suo tempo da Bersani e chi vorrebbe ampliarla.

A conti fatti, però, la realtà sta dando ragione a chi fin dall'inizio sdrammatizzava alcune previsioni catastrofiche sull'effetto del secondo canale di vendita per i farmaci da banco. Non c'è stato nessun pericoloso boom dei consumi - i fatturati del comparto automedicazione sono rimasti "ingessati" a quota 2.200 milioni di euro (36 euro di spesa procapite a cittadino) - e il grosso del giro d'affari del settore automedicazione, circa 1.845 milioni, è rimasto saldamente agganciato al bancone delle oltre 17mila farmacie convenzionate con il Servizio sanitario pubblico.

«Dopo il primo exploit la crescita è stata inferiore ai pronostici - conferma Simone Nucci, responsabile Healthcare di Nielsen Consumer Italia - In base ai dati aggiornati a marzo, nell'arco di un triennio l'universo dei punti di vendita dei farmaci da banco

ha visto l'ingresso di 2.394 parafarmacie e 273 corner, che rappresentano il 13,5% dei punti vendita totali e gestiscono circa l'8% dei volumi». In entrambi i casi «la curva delle aperture - aggiunge Nucci - ripida nei primi mesi post decreto, oggi è praticamente piatta». Salvo brusche novità sul fronte normativo, insomma, grandi novità non dovrebbero essercene. «L'assetto dei canali di vendita sembra aver raggiunto la sua forma ultima: nei prossimi anni, a fattori invariati, i nuovi canali dovrebbero arrivare a valere al massimo un 10% dei volumi di mercato», è il pronostico di Stefano Galli, managing director di Nielsen Italia.

Considerazioni che - all'indomani della presa di posizione del Garante della concorrenza - non rasserenano più di tanto i principali attori coinvolti nella saga delle parafarmacie, "venditori" e produttori.

«Stiamo attenti che dietro a certe spinte verso il mercato non ci siano interessi commerciali che non hanno granché a che vedere con l'interesse per il servizio reso ai cittadini», avverte Annarosa Racca, presidente uscente di Federfarma. Convinta che il faro della professione debba rimanere «la proprietà e la pianta organica» e fortemente contraria a qualsiasi "sanatoria" degli esercizi di vicinato. «Si facciano i concorsi - chiede Racca - e si mettano paletti fermi al riassorbimento tout court dei punti vendita già in funzione».

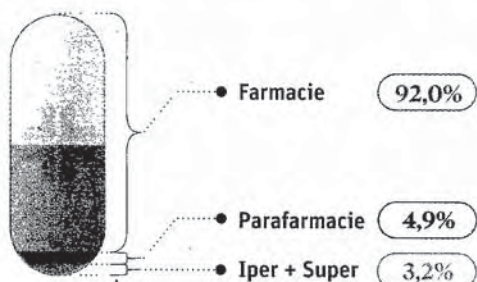
Sulla stessa lunghezza d'onda il presidente della Fofi (Ordini dei farmacisti), Andrea Mandelli: «Il Garante si è soffermato su uno solo dei Ddl all'esame del Senato e su un aspetto che ha poco a che vedere con la pianta organica delle farmacie pro-

priamente dette, che sono un presidio del servizio sanitario e non un esercizio commerciale. Senza parlare del fatto che l'istituto della pianta organica ha superato il vaglio della Corte di Giustizia Europea, la quale ha ribadito che il farmaco non è una merce e la sua dispensazione non può essere regolata dalla mera logica di mercato».

Su quest'ultimo punto, sono pronti ad allinearsi anche i produttori del settore. «I medicinali non sono e non saranno mai assimilabili a un prodotto di consumo», dichiara da sempre Sergio Daniotti (Anifa-Federchimica) convinto che «la giusta ricerca di un continuo miglioramento del sistema distributivo non deve mai prescindere dal rispetto di un requisito irrinunciabile previsto dall'attuale sistema a tutela della salute dei cittadini: la presenza del farmacista all'atto della dispensazione dei farmaci».

A festeggiare l'intervento del garante è il presidente dei Liberi farmacisti, Vincenzo Devito, già sul piede di guerra contro il ddl che ha messo in allarme l'Antitrust, bollato come «un nuovo tentativo che mira a contingentare anche le parafarmacie in una sorta di pianta organica - strumento che ha già fallito l'obiettivo di garantire una distribuzione capillare delle farmacie in Italia - e che cela soltanto l'interesse a proteggere i livelli di reddito e corporativi degli esercizi esistenti».





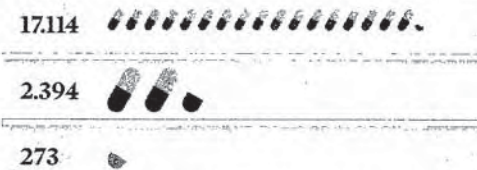
FATTURATO (mil. di euro)



ASSORTIMENTO TRATTATO



UNIVERSO



VENDITA CONFEZIONI (medie settimanali x pdv)



PREZZO MEDIO IN CONFEZIONE (in euro)



Fonte: Nielsen Market Track*Healthcare dati aggiornati a marzo 2010

Corte dei conti. Il quadro di aziende sanitarie e ospedali

Debiti Asl a quota 50 miliardi

Roberto Turno
ROMA

Ha toccato quota 47 miliardi, quasi la metà dei fondi destinati ogni anno alla tutela della salute pubblica, l'indebitamento di Asl e ospedali nel 2008. Ma nel 2009 è destinato a sfondare nuovamente il muro dei 50 miliardi. Con una voce che più di tutte preme sulle casse in sofferenza delle aziende sanitarie: il debito verso i fornitori, che con 30,7 miliardi vale il 65% del totale. E con una classifica che vede al top dell'esposizione Lazio e Campania, strozzate da 8,9 e 6,8 miliardi di debiti: in queste due regioni ogni cittadino è in rosso per 1,589 e 1,178 euro, con una media nazionale comunque ragguardevole che vale 796 euro a testa per ogni italiano.

La pietra filosofale del federalismo fiscale, considerato troppo facilmente la panacea di tutti mali finanziari del servizio sanitario nazionale, dovrà scontrarsi anche con la soluzione agli annosi problemi di cassa e di trasferimento dei fondi, e non solo di cattive amministrazioni, che affliggono la gestione della tutela della salute. E la Corte dei conti lancia un allarme in piena regola: «L'indebitamento degli enti sanitari - afferma nella relazione sulla gestione finanziaria 2009 di regioni e province autonome - rappresenta uno degli indicatori dai quali desumere elementi di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio». Soprattutto perché, afferma la magistratura contabile, le difficoltà di cassa delle aziende sanitarie pubbliche hanno provocato da una parte un poderoso allungamento dei tempi di rimborso dei fornitori (anche 800 giorni solo in Calabria per i prodotti biomedicali), con tutto ciò che ne consegue in termini di interessi. Ma dall'altra hanno causato anche l'allungamento dei tempi di pagamento dei debiti a breve termine, al ricorso sempre più frequente alle anticipazioni di tesoreria e alle cartolarizzazioni: soluzioni, mette in guardia la Corte dei conti, «che comportano un aggravio di oneri, quanto meno in termini di interessi, e che riversano sugli esercizi futuri le difficoltà attua-

li». Come dire che il futuro è già ipotecato dal rosso di oggi.

L'analisi della Corte dei conti è impietosa. L'indebitamento degli enti Ssn - ricostruito dallo stato patrimoniale delle aziende sanitarie - è distinto in tre maxi categorie: i debiti verso i fornitori (30,7 miliardi nel 2008), i mutui (1,46 miliardi), altre tipologie di indebitamento che vanno dai debiti verso gli enti tesoreria a eventuali operazioni finanziarie per debiti verso i fornitori (14,99 miliardi). Nel 2008, nonostante tutto, il risultato è stato migliore per 8 miliardi dopo il balzo record a quota 55 miliardi del 2007. Ma attenzione, avverte la Corte dei conti: è stato solo un fuoco di paglia, perché nel 2009 l'indebitamento è destinato a crescere come dimostrano i primi dati disponibili. Nelle regioni a statuto speciale si segnalano già incrementi del debito fino al 17,5% e fra quelle a statuto ordinario si avvertono aumenti spesso in doppia cifra e decrementi solo in Basilicata, Marche e Lombardia. In Campania l'indebitamento sarebbe schizzato all'insù ancora di 1 miliardo. La quota 50 miliardi di debiti, insomma, sarà sfondata.

La fotografia

L'indebitamento di Asl e ospedali nel 2008. **Miliardi di euro**

Debiti verso i fornitori	30,731
Debiti per mutui	1,468
Altri debiti	14,992
Totale	47,194

Fonte: Corte dei conti, agosto 2010

I PIÙ LETTI

www.ilsole24ore.com/norme

- 1] Più tutele per marchi e brevetti
- 2] Istruzioni per l'uso di Unico
- 3] Un conto dedicato agli appalti
- 4] I figli devono vedere il papà



RICERCATORI D'ECCELLENZA **GIANVITO MARTINO**

CON LE MIE CELLULE VOGLIO TENERE LA MENTE IN FORMA

DI CHIARA PALMERINI



P. G. CRELLI

FESTIVAL
GIANVITO MARTINO SARÀ
AL FESTIVAL DELLA MENTE DI
SARZANA, DAL 3 AL 5 SETTEMBRE.
SOTTO, IL SUO ULTIMO SAGGIO:
«IDENTITÀ E MUTAMENTO»,
EDIZIONI SAN RAFFAELE,
205 PAGINE, 19,50 EURO.



«MA NON SI PUÒ EVITARE?»
Che c'è da dire su di me? Sono una persona normale». Gianvito Martino si schermisce perché all'intervistatrice interessano non solo le sue ricerche sulle cellule staminali del cervello ma anche qualche dettaglio su di lui. Le ritrosie proseguono con il fotografo. «Mettermi in posa con il camice non se ne

parla proprio». Ma anche senza divisa bianca e con una biografia del tutto regolare (studi in medicina e specializzazione a Pavia, un paio d'anni di esperienza all'estero, il ritorno al San Raffaele di Milano, dove lavora dal 1992) questo «quasi cinquantenne» originario di Bergamo, dove vive con moglie e due figli, non è proprio normale nel panorama della ricerca scientifica accademica italiana.

Non solo ha percorso una rispettabile carriera scientifica, riconosciuta all'estero con incarichi in svariate società scientifiche, e culminata due anni fa nella nomina a direttore della divisione di neuroscienze del San Raffaele. Ha anche una voglia genuina, non troppo comune in Italia, di «informare e formare» la gente, come dice lui, su quello che davvero si combina nei laboratori. E su come distinguere, specialmente quando si va a toccare la salute, le tante frottole su presunte cure miracolose dalla realtà.

Il 3 settembre Martino è al Festival della mente di Sarzana a parlare di «uso e manutenzione del cervello» («evento già esaurito, faccio il bis come a teatro, lo stesso giorno»). Il 5 esce il suo terzo libro, *Identità e mutamento - La biologia in bilico* (Editrice San Raffaele). Mentre dal 1° al 17 ottobre sarà all'8ª edizione di Bergamo scienza, evento di divulgazio-

ne tra i più popolari in Italia, di cui è tra i fondatori.

Le cellule staminali cerebrali sono la specialità di Martino. Anni fa sembrava che potesse essere la cura per ogni male, si parlava di iniettarle nel cervello contro morbo di Parkinson o di Alzheimer, poi è calato il silenzio. Delusione? «Bene non essere più sotto i riflettori, fa lavorare meglio e non crea competizioni assurde. Però è paradossale che si dica "non serve, non funziona" proprio ora che in tutto il mondo sono iniziate le prime importanti sperimentazioni sull'uomo per alcune gravi malattie cerebrali, dalla sclerosi laterale amiotrofica ai traumi spinali. Nella sperimentazione scientifica, per capire come vanno le cose, servono tempo, rigore e trasparenza dei risultati».

Che cosa prevede il futuro? «Non sono un profeta, ma in pochi anni sono state fatte scoperte straordinarie. Ora sappiamo che è ingenuo pensare di sfruttare le staminali semplicemente trapiantandole dove c'è un danno. Queste cellule svolgono molte altre funzioni, sono come pacemaker che regolano in diversi modi il funzionamento del cervello».

Staminali al posto di brain training o papaia? «Magari un giorno sì. In ogni caso, per mantenere in forma il cervello basta usarlo». ■

RISCOSSA ANTICANCRO

Nuovi prodotti in grado di curare forme particolari, ricerche sull'origine genetica, terapie mirate per ogni singolo paziente. Con risultati positivi. Così comincia a concretizzarsi la speranza di sconfiggere i tumori

DI DANIELA MINERVA

Q

uando soltanto il 10 per cento dei farmaci che promettono di curare una malattia riesce a farlo davvero, e ci vuole più di un miliardo di dollari per sviluppare una medicina mentre i malati aumentano al ritmo di 25 milioni l'anno, vuol di-

re che qualcosa non va. E quando il colmo dell'entusiasmo alla massima assise mondiale dell'oncologia è riservato a un farmaco che sembra ridurre la massa di un tipo di tumore del polmone che colpisce al massimo 40 mila malati nel mondo intero, mentre la malattia ne uccide oltre un milione e mezzo l'anno, vuol dire che la ricerca di nuove armi contro il cancro è al centro di un terremoto tanto devastante quanto difficile da decifrare.

Eppure, proprio in questo contesto così drammatico, forse gli scienziati cominciano a vedere la luce. Perché mettendo insieme tutte le notizie che arrivano dal fronte caldo della ricerca oncologica, si disegna una rivoluzione senza precedenti. Diversa, però, da quella annunciata dieci anni fa con l'arrivo di una nuova generazione di armi, più intelligenti, contro il cancro capaci di colpirlo nei processi genetici che lo formano. Un'eccitazione incontenibile ha scosso la comunità scientifica: troviamo le alterazioni genetiche che danno origine al cancro, cerchiamo dei farmaci che le colpiscono e avremo vinto la guerra, è stato lo spirito di questi anni. E qualche proiettile magico è arrivato davvero: il Glivec, soprattutto, che cura con una pillola la quasi totalità dei malati della altrimenti letale leucemia mieloide cronica, ma anche altri, magari meno precisi ma attivissimi contro i tumori del seno, del colon, del rene, del polmone.

Poi, una valanga di sorprese. Perché il terremoto non si è fermato. Un'immensa mole di dati sulla biochimica dei tumori si è accumulata parallelamente alle relative delusioni sulle performance dei miracolosi far-

maci biologici che funzionano, sì, a volte, in certi specifici casi.

E perché i tumori sono sempre più furbi di noi: un conto era puntare su farmaci velenosi e distruttivi come la chemioterapia che spazzano via (a volte) le neoplasie senza che sia chiaro il perché, un conto è pensare di colpire il nemico al suo formarsi. Nel cercare di farlo, i bioscienziati hanno scoperto un numero sempre maggiore di eventi molecolari coinvolti nella genesi di ogni neoplasia, una miriade di proteine, enzimi, chinasi, roba dal nome impronunciabile ma dal sicuro significato: ogni volta che pensiamo di aver colpito il tumore al cuore, spuntano uno, dieci, mille nuovi focolai della cancerogenesi. E le aziende si danno un gran da fare e spendono miliardi per disegnare un proiettile per ognuno di loro. Ma poi quei proiettili hanno un'efficacia limitata, deludono, sono difficili da usare in clinica. In un caos difficile da sbrogliare per i medici abituati all'oncologia del secolo scorso. Eppure, dopo anni di Babele, all'improvviso sembra chiarirsi il quadro. E si scopre che sbagliava chi credeva che si potesse sostituire la vecchia chemioterapia con una nuova generazione di farmaci senza scaraventare all'aria l'intero castello dell'oncologia.

I primi a farlo, a cambiare il paradigma, o meglio il modello di business, sono stati quelli di Novartis Oncology: sono loro che si sono trovati in mano il Glivec. Una pillola delle meraviglie che colpisce l'unica anomalia genetica responsabile di una specifica leucemia, la mieloide cronica. Un target, un farmaco. I pazienti tornavano alla vita e l'azienda poteva spuntare prezzi ▶

da capogiro perché l'alternativa per quei malati era grama. Ovvio che un colpo di fortuna di questo tipo cambia la testa di un'azienda. Come spiega il presidente Herve Hoppenot: «Non possiamo più pensare a un tumore sulla base dell'organo colpito: il cancro è una molteplicità di malattie e la sede dove si manifesta non basta a dirci quale malattia abbiamo di fronte. Dobbiamo capire cosa essa sia: cosa è accaduto di anormale che ha condotto la cellula a diventare cancro e a proliferare. Quindi dobbiamo capire con la diagnosi molecolare l'identikit genetico del tumore che abbiamo davanti e colpirlo costruendo un farmaco su misura. Per lo specifico gruppo di pazienti che condividono quel set di anomalie».

Se Novartis cavalca il nuovo modello, oggi la novità è diventata mainstream. Pensiamo a un gene che gli scienziati chiamano *Idh1*, associato al cancro del colon nel 2006: oggi si sa è mutato anche nel 12 per cento dei malati di un tumore del cervello (glioblastoma multiforme) e nell'8 di quelli di leucemia mieloide acuta. E c'è già un'azienda, la Agios Pharmaceuticals, che sta cercando un farmaco che lo neutralizzi. E questo potrebbe non avere niente a che fare con la sede del tumore.

Come fa, ad esempio, un nuovo farmaco di Astra Zeneca presentato con grande atten-



zione da "The Lancet", l'olaparib, che sembra efficace contro i tumori delle donne portatrici di mutazioni ai geni *Brca1* e *Brca2*, noti perché indicano una predisposizione ai cancri del seno e dell'ovaio. Li porta solo il 5 per cento dei milioni di donne colpite al seno, ma per loro, come per il 10 per cento di quelle colpite all'ovaio, l'olaparib potrebbe essere la soluzione, stando a quanto riferisce Andrew Tutt del King's College di Londra.

Con questo spirito si capisce anche l'entusiasmo con cui è stato accolto dalla massima assise mondiale di oncologia, l'Asco, il crizotinib di Pfizer, un farmaco capace di ridurre la massa di un tumore con una specifica mutazione genetica. Il test ha dimostrato che la neoplasia si riduce, ma che ad avere questa mutazione è soltanto il 3-5 per



cento dei malati di tumore del polmone a piccole cellule, che a loro volta sono il 70 per cento delle persone colpite a questo organo. Insomma, una parte davvero piccola dei milioni di malati nel mondo. Eppure, la sperimentazione, ancorché in fase iniziale, è stata presentata all'Asco in sessione plenaria, onore riservato ai migliori. E persino il ricercatore, il dottor Yun-Jue Band dello University College of Medicine del-

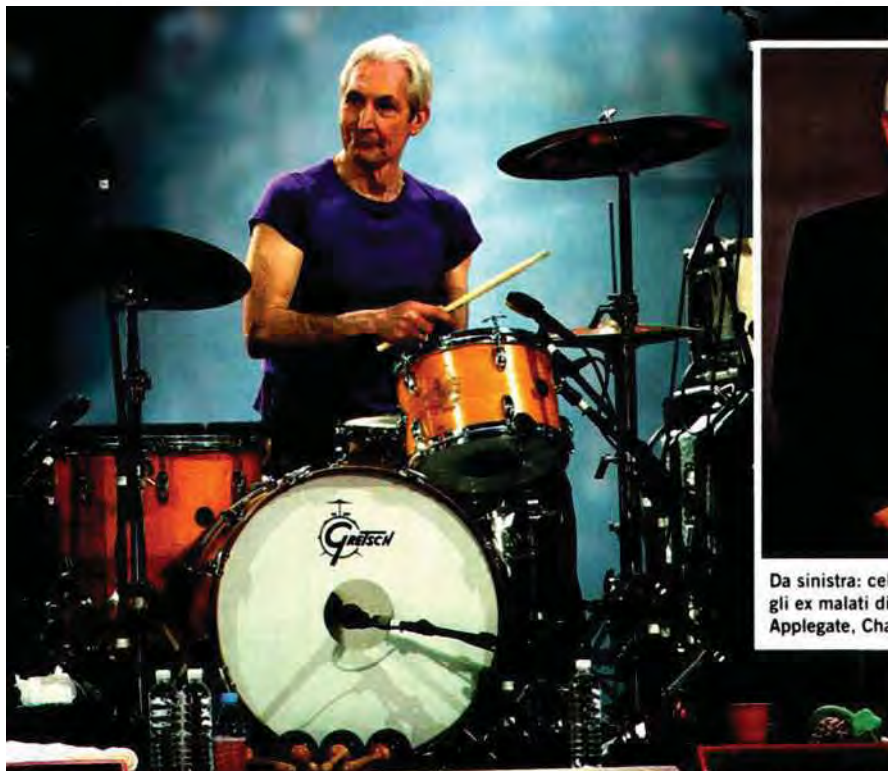
Uniti contro il male del secolo

Paesi che partecipano al Cancer Genome Project e i tipi di cancro di cui stanno decifrando il Dna



L'International Cancer Genome Project, si prefigge di sequenziare almeno 500 pazienti per 50 diversi tipi di tumore. Ne fanno parte 11 paesi (tra i quali l'Italia), ognuno dei quali svolgerà una parte del lavoro, e in esso sono confluiti altri progetti simili ma più limitati. L'iniziativa avrà costi enormi: si stima non meno di 20 milioni di dollari per tipo di tumore.

a cura di Agnese Codignola



Da sinistra: cellule di tumore al seno; gli ex malati di tumore Christina Applegate, Charlie Watts e Colin Powell

l'Università di Seul, nel salire quegli ambiziosissimi gradini sembrava non crederci. Ma il farmaco funziona, e il tumore regredisce nell'80 per cento dei pazienti coinvolti nella sperimentazione, e quindi malati da tempo e non sensibili alle altre terapie.

Mentre, complessivamente, il cancro del polmone uccide il 52,5 per cento di chi viene colpito, con punte dell'80 per cento quando non viene colto in fase iniziale. È il nuovo paradigma in azione: un tumore senza terapie efficaci (fatta salva la chirur-

gia in fase iniziale), una mutazione presente in un piccolo gruppo di malati, un farmaco che la colpisce e per quel piccolo gruppo è la salvezza. Perciò Pfizer ha deciso di chiederne l'autorizzazione alla Fda in tempi rapidissimi, senza aspettare l'esito delle altre fasi della sperimentazione.

Così cambia anche la ricerca: non più grandi studi, costosi e lunghi, ma, scoperta la mutazione, si prova il farmaco di-

rettamente sulla specifica popolazione di pazienti che ce l'ha. Grandi benefici per pochi malati: è una visione scientificamente molto solida, ma è anche un modello di business che consente di portare più rapidamente farmaci in clinica e di spuntare prezzi più alti perché i malati sono pochi e il prodotto estremamente efficace. Per le aziende è la via d'uscita praticabile allo stallo che stanno vivendo ora. «Noi stiamo sviluppando una biblioteca che contiene ▶

Ma attenti alla spesa ospedaliera

di Livio Garattini e Gianluigi Casadei*

Glivec, Herceptin, Avastin: sono solo i più noti tra gli ormai molti farmaci oncologici di nuova generazione introdotti nelle terapie anticancro nel nostro paese. Tutti caratterizzati da un costo molto alto che ha spinto le autorità sanitarie a prendere misure capaci di assicurare che siano usati al meglio ed evitare che si utilizzino in pazienti che non ne beneficiano, con evidente e gravissimo danno per il budget della sanità. Per questo, dal 2006 i farmaci oncologici ad alto costo sono sottoposti a monitoraggio mediante un registro web-based, il Registro Farmaci Oncologici sottoposti a Monitoraggio, al quale è affidata la verifica dell'appropriatezza d'uso di questi farmaci, spesso impiegati in indicazioni non autorizzate (off-label). Lo stesso controllo vale per l'applicazione dei contratti d'esito che, sempre dal 2006, l'Agenzia

italiana del farmaco (Aifa) stipula per la definizione di prezzo e rimborsabilità di alcuni farmaci (complessivamente 19 fino ad oggi). Questi contratti, più noti come risk-sharing e payment-by-result, prevedono che il Ssn si impegni a remunerare il produttore solo qualora il farmaco risulti efficace nel singolo paziente trattato, sulla base di parametri obiettivi o indicativi di una risposta terapeutica. È ovvio che il produttore crede "per definizione" nell'efficacia del farmaco, avendo investito in studi clinici per la sua registrazione; a fronte del rischio, ottiene il prezzo richiesto e tempi piuttosto rapidi per commercializzarlo. Da parte sua, il Ssn si assume l'onere di accertare, paziente per paziente, gli esiti: il Registro è appunto lo strumento per farlo. Nella pratica, il produttore vende

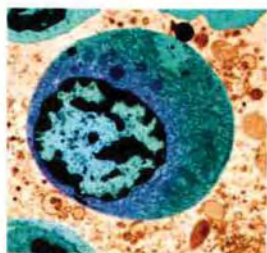
il farmaco a prezzo pieno ad ogni azienda ospedaliera-Asl che, a sua volta, se vuole ottenere un rimborso, deve richiedere una nota di credito per ogni insuccesso terapeutico. È evidente che ogni mancato controllo di un singolo esito porta implicitamente a computare il trattamento come successo e a remunerarlo come tale. Essendo una parte significativa del disavanzo fatto registrare dalla spesa ospedaliera nel biennio 2008-09 (circa 2,4 miliardi) imputabile ai nuovi oncologici ad alto costo, è legittimo chiedersi se i contratti di esito e il Registro si siano rivelati efficaci per monitorare l'appropriatezza della spesa. Ma visitando il sito Aifa si scopre il sistema è stato avviato solamente nel novembre del 2009, con la cosiddetta "fase di allineamento" delle procedure che indicano come

condizione necessaria la compilazione delle schede di monitoraggio per ogni paziente; apparentemente un'ovvietà, ma quante sono le schede di fatto compilate e ultimate? In occasione del convegno "Economia del Farmaco" tenuto nello scorso maggio alcune informazioni sono state rese note: in totale i pazienti registrati sarebbero circa 95 mila, nella stragrande maggioranza giusti per i trattamenti in questione. Interessante notare come un quinto delle registrazioni sia attribuibile alla Lombardia: la regione richiede sistematicamente di inserire i pazienti nel registro come requisito indispensabile per il rimborso dei farmaci alle proprie aziende sanitarie e agli enti convenzionati. A livello nazionale, però, emerge che il 25 per cento del totale dei centri clinici non ha di fatto inserito alcun paziente: forse piccoli centri, ma pur sempre abilitati a somministrare terapie oncologiche ad alto costo per ▶

tutti i potenziali farmaci con nuovi meccanismi d'azione mirati a specifici bersagli che sappiamo essere all'origine del cancro, per poi andare a vedere quale di questi farmaci si combina con lo specifico meccanismo che ha indotto il tumore in un certo paziente», spiega Hoppenot.

Ma non basta. Se la scoperta di questi anni è che la cancerogenesi è dovuta a mille eventi molecolari, una volta trovati proiettili giusti per i bersagli da colpire, serve un passo in avanti. «L'obiettivo è di disegnare il farmaco con le molecole che abbiamo a disposizione sapendo quali mutazioni sono in gioco e cercando tra le nostre molecole quelle giuste per colpire le mutazioni in gioco», conclude il presidente di Novartis Oncology, che sta lanciando un farmaco l'anno basato su questa filosofia.

E mette nero su bianco quella che sembra oggi la prospettiva scientifica più incredibile ma anche più affascinante: in futuro la cura di ogni tumore dovrà partire dal profilo genetico della neoplasia del singolo paziente, che fornisce le ragioni della proliferazione tumorale e quindi i bersagli molecolari da colpire. Trovati i bersagli si



tratterà di costruire dei cocktail con le molecole che possono colpire quei target.

«Tropo spesso i benefici clinici dei farmaci mirati sono stati modesti, quando non deludenti. E oggi abbiamo capito il perché: una cellula decide se proliferare, restare immobile, differenziarsi o morire sulla base delle istruzioni fornite da una rete di segnali. L'insieme di queste informazioni genetiche può sopraffare l'intervento di un singolo farmaco», spiega Arthur D. Levinson, presidente di Genentech, che ha scoperto farmaci biologici importanti come Herceptin e Avastin. Per concludere

La nuova strategia unisce ai farmaci lo studio della metamorfosi del male



che ora si tratta di «combinare farmaci per amplificare l'efficacia dei singoli agenti e prevenire la nascita di resistenze».

zando per vendere agli ospedali quella che chiamano la «soluzione» del problema, ovvero il farmaco insieme ai kit diagnostici, agli strumenti per monitorare l'andamento della malattia e a tutto ciò che permette alla struttura e al medico di usarlo e combinarlo al meglio. Per loro è una questione vitale: o si cambia l'oncologia o si muore.

Ma i reparti ospedalieri sono pronti? Dall'articolo di Livio Garattini (vedi pag. 137) sembrerebbe di no. Ma siamo al punto di svolta. E tocca prendere al volo la grande occasione che la rivoluzione genomica offre. Accettando l'idea che in oncologia di questi tempi serve dinamismo e propensione a cambiare le regole. Perché, sussurrano un po' perplessi i clinici nel guado: «Il cancro cambia faccia nello stesso momento in cui parliamo». ■

Insomma, il nuovo corso della cura del cancro impone di avere in mano una grande quantità di farmaci ad hoc per lo straordinario numero di eventi cancerogeni svelati dalla biologia molecolare. Ma questo funziona se si cambia l'intera impostazione dei centri di cura: le aziende si stanno attrezzando

I laboratori di ricerca dell'Istituto Mario Negri di Milano. In alto: cellule cancerose della tiroide



conto del Ssn. I dati ufficiali e ufficiosi che siamo riusciti a reperire non forniscono comunque alcuna indicazione su quale sia la percentuale dei 95 mila pazienti registrati per i quali è stato verificato l'esito del trattamento e se tale esito sia stato giudicato positivo o negativo in base ai contratti negoziati con i produttori. In altre parole, non abbiamo alcuna stima dei presunti risparmi a favore del Ssn; e molte autorità regionali non sembrano avere

nemmeno accesso agli esiti, a conoscenza dei quali sono solamente le singole aziende sanitarie che hanno acquistato i farmaci.

La situazione sembra preoccupante: come mai gli enti territoriali finanziariamente responsabili del deficit della spesa farmaceutica ospedaliera non sono in grado di verificare direttamente l'applicazione dei contratti d'esito da parte delle proprie aziende sanitarie? In definitiva, chi

controlla l'applicazione dei contratti? Certamente non spetta alle aziende farmaceutiche: sarebbe come chiedere alla volpe di far da guardia alle galline nel pollaio. Il compito della verifica non può che spettare agli acquirenti.

Va detto, comunque, che uno dei principali problemi dei contratti d'esito è costituito dalla affidabilità dei parametri di risposta nella realtà clinica. Il «British Medical Journal» ha recentemente pubblicato un ampio dibattito sul costo-efficacia reale dei trattamenti per la sclerosi multipla dispensati dal Servizio sanitario inglese attraverso contratti di risk sharing. Una possibile conclusione

è che i contratti d'esito siano stati un «fallimento assai costoso, forse un classico contratto finanziario prezzo-volume avrebbe portato a risultati economici più favorevoli». Indipendentemente da questo giudizio è interessante notare che le autorità sanitarie inglesi si sono davvero fatte carico di verificare i risultati del risk sharing, in termini sia di benefici per i pazienti che di costi per il servizio pubblico. Sarebbe bene che questa attività di verifica sistematica dei benefici e dei costi possa essere condotta anche nel nostro Ssn: per sapere se e quanto i contratti d'esito siano uno strumento utile per la nostra sanità, è indispensabile disporre di un rapporto aggiornato sul loro stato di salute.

*Cesav, Istituto Mario Negri

Tumori L'attrice: diagnosi in ritardo, stava male da mesi

L'accusa della Zeta-Jones: Michael vittima di malasana

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEWYORK — Il tumore alla gola di Michael Douglas? Un caso di malasana americana style. A denunciarlo, senza mezzi termini, è la moglie dell'attore, Catherine Zeta-Jones, che in un'intervista al settimanale *People* si è detta «furiosa» per la tardiva diagnosi fatta dai medici al marito. «Michael ha sofferto per mesi di mal di gola e d'orecchie ma, nonostante ciò, il cancro gli è stato diagnosticato solo due settimane fa», ha dichiarato la star di *Chicago*, da 10 anni moglie di Douglas, da cui ha avuto due figli, Dylan e Carys, di 10 e 7 anni.

La tesi è stata confermata dallo stesso attore, premio Oscar per *Wall Street*, che per mesi avrebbe tentato, invano, di trovare una risposta ai suoi persistenti problemi di salute («gola secca e dolente — ha spiegato lui stesso a *People* — e voce roca») scoprendo poi di avere un tumore in stato avanzato che, secondo la mo-

**Coppia**

Catherine Zeta-Jones e Michael Douglas sono sposati da dieci anni. Hanno due figli, Dylan di 10 anni e Carys di 7 (Afp)

glie, «avrebbe dovuto essere diagnosticato molto tempo prima».

All'inizio di agosto, un medico si è finalmente deciso a prescrivergli una serie di test. Solo il risultato della biopsia ha rivelato con precisione la natura del suo male.

Anche se il tumore è in uno stadio avanzato (fase 4), e ha le dimensioni di una noce, lui resta «fiducioso» perché con le cure adeguate ha l'80% di probabilità di guarigione. Douglas ha appena terminato la prima settimana di radioterapia, la cui durata complessi-

va prevista è di due mesi, e il primo ciclo di chemioterapia.

«Il tumore è fermo nella parte alta del collo e quindi le probabilità di guarigione sono migliori», ha dichiarato Douglas, mostrandosi più clemente della moglie nei confronti dell'establishment medico «perché — ha detto — i tumori talvolta sono difficili da individuare». Nell'intervista a *People* la Zeta-Jones descrive il suo dolore nel vedere il marito «debole e affaticato» in un lettino d'ospedale.

Alessandra Farkas

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Neurologia

Staminali per il cervello

COLLOQUIO CON GIANVITO MARTINO DI TIZIANA MORICONI

Avviare una produzione "in serie" di cellule staminali adulte del cervello per poi usarle in pazienti colpiti da sclerosi multipla, ischemie cerebrali o con traumi spinali. Per la terapia la strada è ancora lunga, ma intanto a Milano, alla neonata Bmw Research Unit dell'Unità di Neuroimmunologia dell'Istituto San Raffaele, il primo passo è stato fatto. A dirigere il nuovo laboratorio è Gianvito Martino, neurologo che da anni studia la riparazione del tessuto nervoso ospite al Festival della Mente di Sarzana per presentare il suo libro "Identità e mutamento", in uscita con le Edizioni San Raffaele.

Professor Martino, qual è il punto di partenza?

«Abbiamo scoperto che iniettando nel sangue o direttamente nel tessuto danneggiato delle neurosfere, cioè gruppi di cellule staminali nervose adulte, queste riescono ad arrestare l'infiammazione e a stimolare la riparazione del danno. Finora abbiamo dimostrato che questo meccanismo può funzionare in topi e scimmie».

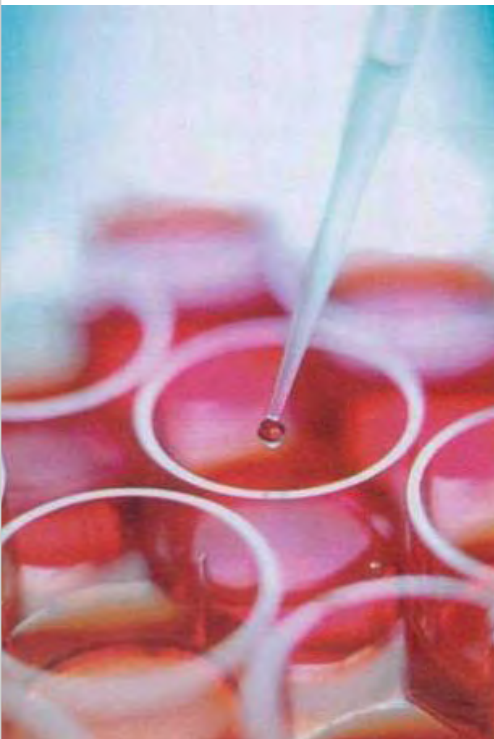
Il prossimo passo è dunque l'essere umano?

«Ovviamente il nostro obiettivo è arrivare a trattare pazienti affetti da malattie come la sclerosi multipla, o vittime di traumi spinali. In entrambi i casi vi è infatti

un processo infiammatorio che distrugge il tessuto nervoso. I dati pre-clinici che abbiamo prodotto finora sono sufficienti per passare alla fase successiva. Ora il punto è produrre cellule staminali in serie, visto che per un trapianto si parla di miliardi di cellule, che devono rispettare le linee guida europee. Per ora abbiamo sviluppato un sistema di produzione e lo stiamo testando. E abbiamo avviato una collaborazione con lo spin off del San Raffaele MolMed, una società di biotecnologie. Si parla di due milioni di euro di investimento per avere cellule da iniettare, in futuro, in 4-5 pazienti».

È possibile dare un'idea dei tempi?

«Nel 2003, quando abbiamo prodotto i primi risultati, ci siamo dati dieci anni di tempo per cominciare una sperimentazione. Nessuno di noi frena, ma si tratta di affrontare metodologie completamente nuove e le cellule staminali comportano dei rischi, come quello di sviluppare in cellule tumorali, quindi dovranno essere testate nuovamente. Credo che la strada intrapresa sia quella giusta, ma occorreranno decenni per arrivare a una terapia efficace e sicura».



Il cancro UCCIDE IL SUD

QUEI TUMORI MOLTIPLICATI DAL MERCATO

Nel 2025 saranno 30 milioni le nuove neoplasie nel pianeta, l'80% concentrate nel sud del mondo. Ne spiega il motivo

Franco Cavalli, oncologo, esponente socialista svizzero, che in Nicaragua (con la ong Aiuto Medico al Centro America) cura i bambini leucemici con livelli di guarigione prossimi al primo mondo



BAMBINI
LEUCEMICI
NELLA CORSIA
DI UN OSPEDALE
/FOTO AP
SOTTO,
L'ONCOLOGO
SVIZZERO
ITALIANO
FRANCO CAVALLI

Gianni Beretta

BELLINZONA

È una figura sfaccettata quella di Franco Cavalli, oncologo svizzero-italiano di fama internazionale nonché esponente del Partito Socialista, di cui è stato prima capogruppo al parlamento a Berna e successivamente segretario nazionale. Franco ci è particolarmente caro visto che, fra le altre cose, è stato (oltre vent'anni fa) fra i promotori de *il manifesto* nel Ticino, dove convinse distributori ed edicolanti a diffonderlo a cambio che, per un certo tempo, si assumesse (lui e alcuni altri intrepidi) l'onere delle copie invendute.

Franco Cavalli oggi è in pensione. Ma è attivo quanto e più di prima. È nella terna di presidenza dell'Unione internazionale contro il cancro (Uicc); anima la rivista *Prospettive socialiste* della sinistra socialista ticinese (dove ha sollevato una controversia interrogandosi sull'opportunità che il Partito socialista seguiti a co-governare con le altre forze politiche nazionali); ed è tra i fondatori di Amca, Aiuto medico al Centro America, una ong che da 25 anni opera nella salute materno-infantile in Nicaragua (soprattutto nel campo dei tumori) e, con diffe-



renti modalità, a Cuba. Di volontariato e di lotta al cancro nel mondo abbiamo parlato con lui alla vigilia della festa per il XXV° di Amca che si terrà domani a Giubiasco.

«Il risultato più significativo - racconta Cavalli - lo abbiamo ottenuto all'ospedale pediatrico «La Mascota» di Managua dove abbiamo sviluppato (in collaborazione con il reparto di ematologia dell'ospedale di Monza) un progetto di cura delle leucemie infantili che in vent'anni ha portato le guarigioni dal 10-15% a quasi il 60% (rispetto all'80% dei paesi ricchi). A tal punto che la Uicc ha preso la Mascota come modello da estendere in altri 16 paesi del Sud del mondo. Nell'85 avevamo anche lanciato, all'ospedale gineco-ostetrico Bertha Calderon, un piano per la diagnosi precoce del tumore dell'utero (pap-test) che se preso in tempo è facilmente guaribile. Promuovemmo fra l'altro il servizio di radioterapia, contribuendo alla costruzione di una nuova installazione dotata di bunker. Ma la sconfitta dei sandinisti nel 1990 ci costrinse ad abbandonare il progetto, perché la destra era interessata solo alle cliniche private. Alla Mascota invece riuscimmo a proseguire la collaborazione senza interruzioni. Mentre oggi, col governo attuale (di Daniel Ortega, ndr) pur ben lontano da quello rivoluzionario di un tempo ma sempre interessato alla salute pubblica, abbiamo rilanciato la prevenzione e cura del cancro del collo dell'utero; tanto che, dove montammo il bunker, ora sta sorgendo quello che un giorno sarà l'Istituto nazionale dei tumori nicaraguense.

Ottenere risultati duraturi è la sfida di sempre di ogni attività di volontariato e cooperazione. Il primario oncologo de La Mascota, Fulgencio Baez, assicura che, pur con prevedibili difficoltà, ora potrebbero continuare anche da soli. Come ci siete arrivati.

Credo sia decisivo innanzitutto lavorare e pianificare a lunga scadenza. Certo all'inizio tendevamo a inviare volontari talvolta troppo giovani; o a trasferire le nostre tecnologie non tenendo nel debito conto le peculiarità locali. Ma poi via via, grazie anche a interscambi nella formazione, di qua e di là dell'Atlantico, si è instaurato una sostanziale relazione alla pari tra operatori, in una cornice di totale rispetto. Senza contare quello che noi stessi abbiamo appreso. Determinante

si è rivelato infine il rapporto con le autorità sanitarie del Nicaragua, che poco a poco hanno partecipato con proprie risorse ai progetti, fino a inglobarli nelle politiche nazionali.

Per l'appunto, dalla tua postazione della Uicc, quali sono oggi le politiche di lotta al cancro nei paesi del Sud del mondo?

Le politiche neo-liberali degli ultimi vent'anni, adottate dalle oligarchie locali, hanno praticamente demolito la sanità pubblica di questi paesi. Di conse-

guenza oggi essi sono molto meno attrezzati ad affrontare il problema tumori, i cui piani di intervento necessitano di tempi lunghi. Nell'anno duemila ci sono stati 11 milioni di nuovi casi di cancro nel mondo. Nel 2025, solo seguendo l'incremento demografico, saranno 25 milioni. Se si considera poi la crescita dei fattori di rischio si arriverà a 30 milioni. Di questi l'80% si concentrerà nei paesi poveri, dove ai tumori dovuti all'indigenza (collo dell'utero, fegato, esofago) si aggiungeranno quelli dovuti alla "mcdonaldizzazione" delle abitudini alimentari (seno, polmoni, prostata, intestino).

Come si muove allora la Uicc?

L'Unione internazionale contro il cancro (nata 75 anni fa in Svizzera, ndr) è un'organizzazione mantello che rag-

gruppa 330 entità nel mondo; ed è l'unica a coordinare a livello planetario la lotta contro i tumori in tutti i suoi aspetti: diagnosi, prevenzione, trattamento, ricerca, cure palliative... Fino al 1989 solo la Uicc convocava ogni quattro anni un incontro mondiale sul tema. Poi si sono moltiplicati i congressi internazionali, concentrati quasi esclusivamente sulla ricerca (e finanziati dalle grandi ditte farmaceutiche statunitensi). Per questo la Uicc da alcuni anni ha deciso di riorientare strategicamente la propria attenzione sui problemi socio-sanitari, epidemiologici e di prevenzione nella lotta ai tumori. Cercando per esempio di sensibilizzare il G8 che dovrebbe forse cominciare ad occuparsene, visto che il cancro uccide oggi più che la tubercolosi, l'Aids e la malaria messi assieme.

La questione dei farmaci dovrebbe essere decisiva in tal senso.

Da quando le amministrazioni repubblicane Usa hanno sancito il principio secondo cui le ditte farmaceutiche (quelle statunitensi controllano il 60% del mercato dei farmaci tumorali) sono libere di

fare il prezzo che vogliono, i bilanci sanitari dei paesi ricchi sono andati in tilt. Figuriamoci quelli del sud del mondo. Un esempio recente e scandaloso per tutti: il vaccino contro il virus del papilloma che provoca i tumori al collo dell'utero. Il suo impiego sarebbe decisivo nelle nazioni povere (dove è il tumore più diffuso) mentre è superfluo nei paesi benestanti dove ci sono adeguate condizioni d'igiene e le donne si sottopongono in massa al pap-test. Invece, come sempre succede, le grandi aziende del farmaco hanno stabilito un prezzo di 500 euro (per le tre somministrazioni necessarie del vaccino) che può essere pagato solo dal 5% della popolazione mondiale; dichiarando apertamente che non erano interessate a venderlo a dieci volte meno coprendo l'intero fabbisogno del pianeta. Obama promise che avrebbe messo un tetto al costo dei farmaci. E alla sua elezione le azioni delle aziende del farmaco caddero. Ma per ora...

Qual è la situazione della lotta contro il cancro nei colossi asiatici come l'India e la Cina.

L'India sta un po' meno peggio della Cina in questo settore, perché mantiene qualche grande istituzione pubblica (o mista) nelle grandi città. In Cina invece le strutture sanitarie pubbliche (salvo i servizi di emergenza e le aree rurali, che non contano) sono state praticamente smantellate. Del 6% del Pil che la Cina occupa per la salute solo l'1% viene dallo stato; il resto dai privati ricchi. Di conseguenza oggi in Cina gli oncologi trattano esclusivamente chi può pagare. Tant'è che le condizioni sanitarie (pur non precipitate come nella ex Urss) non hanno registrato alcun miglioramento con il boom economico. Ora però è stato nominato ministro della sanità proprio un oncologo che intenderebbe dare una svolta. Vorrei segnalare invece il pur piccolo Vietnam che ha mantenuto un sistema sanitario di base efficiente tanto che noi della Uicc possiamo sostenere e dispiegare lì, con risultati tangibili, le campagne di prevenzione contro la diffusione dei tumori.

Come si possono far tornare i conti di una sanità pubblica efficiente e uguale per tutti con le continue conquiste della scienza medica che non possono che determinare una crescita dei costi?

Il discorso è molto complesso. Ma una cosa è stata abbondantemente dimostrata: quanto più la sanità viene privatizzata, tanto più costa e diventa discriminatoria. Pensiamo soltanto al

sistema sanitario Usa, pur corretto da Obama, o all'abbandono pressoché totale in ogni dove della ricerca farmaceutica pubblica.



Mastectomia**Salvate il seno sano**

Negli Stati Uniti tra il 1998 e il 2003 il numero di donne colpite da un tumore al seno che si sono sottoposte alla mastectomia della mammella sana a scopo preventivo è aumentato del 150 per cento: un dato che spaventa, perché l'intervento, in realtà, è utile solo a pochissime donne. Per dimostrarlo con i numeri, gli oncologi dell'MD Anderson Cancer Center di Houston hanno analizzato che cosa era accaduto a oltre 107 mila donne malate e operate, tra le quali ve ne erano quasi 9 mila a cui era stata asportata anche la mammella

sana. Il risultato, riportato sul "Journal of the National Cancer Institute", è stato che le uniche ad avere un vantaggio di sopravvivenza (del 4,8 per cento in cinque anni) sono state quelle con meno di 50 anni, un tumore in fase molto iniziale e non sensibile agli estrogeni. Per le ultrasessantenni, invece, non c'è stato alcun beneficio. In attesa di dati ancora più dettagliati (per esempio sulle donne che hanno casi in famiglia), il consiglio - per medici e pazienti - è quello di discutere a fondo i rischi e i benefici reali e dimostrati prima di compiere una scelta così drastica.

A. Cod.

