

# Allarme Aids, in crescita le infezioni

**La ricerca** 2.558 nuovi casi nel 2009  
«Servono campagne di informazione»

**Paolo Mainiero**

**C**resce il rischio Aids. A lanciare l'allarme è Guglielmo Borgia, ordinario di Malattie infettive all'università Federico II di Napoli e responsabile e coordinatore scientifico del centro di riferimento Aids della Campania. «Il sistema di sorveglianza attivo in 17 Regioni e Province ha evidenziato 2.588 nuove infezioni da Hiv nel 2009. I dati suggeriscono una incidenza annua di nuove infezioni pari a 6 per 100.000 abitanti. Su queste basi si ipotizza che si verifichino circa 5.000 - 8.000 casi di nuove infezioni ogni anno. L'incidenza più bassa è in Calabria, la più alta in Emilia Romagna. In Campania l'andamento è stabile. Nel 2009 quasi una persona su tre a cui è stata posta diagnosi di infezione da Hiv è di nazionalità straniera. L'aumento di nuove infezioni potrebbe preludere a una riattivazione dell'epidemia». Dall'inizio dell'epidemia, in Campania, sono stati notificati 2.414 casi di Aids, prevalentemente tra Napoli e provincia. Il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, però, è attivo solo da pochi mesi.

Borgia sottolinea anche i dati del centro operativo Aids dell'Iss. «L'età media della diagnosi di infezione - dice - è passata da 26 anni per i maschi e 24 per le femmine nel 1985 a, rispet-

tivamente, 39 e 36 anni nel 2009. Parallelamente, si è osservato anche un cambiamento nelle categorie a rischio di infezione: la percentuale di tossicodipendenti si è ridotta dal 74,6% del 1985 al 5,4% nel 2009, mentre i casi dovuti a trasmissione sessuale, sia omo che etero, nello stesso periodo, sono passati dal 7,8% al 79%». Un altro dato importante riguarda le nuove diagnosi di infezione. «Un terzo delle persone viene diagnosticato in fase avanzata di malattia, già con una notevole compromissione del sistema immunitario, e quindi può beneficiare poco delle terapie farmacologiche». Tale fenomeno (cosiddetto late presenter) è causato da un abbassamento della guardia nella popolazione che ritiene superato il problema. «Occorrono campagne di informazioni per capire che l'Aids non è finito, anzi che è in aumento e che le persone che hanno avuto comportamenti a rischio dovrebbero eseguire un banale test, la ricerca degli anticorpi anti-Hiv». Come conseguenza di una diagnosi tardiva, due terzi delle persone con diagnosi di Aids dal 1996 ad oggi non ha usufruito dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi. «In Italia, con un'incidenza medio-alta di nuove diagnosi, l'epidemia da Hiv - spiega Borgia - rappresenta ancora un'emergenza sanitaria e sociale che richiede costanti interventi di prevenzione a partire dai giovani nelle scuole».



# Influenza, al via la stagione dei vaccini

**L'autunno** Un milione di dosi in Campania per prevenire l'australiana  
**La denuncia dei pediatri:** «Scarsa copertura vaccinale sui bambini a rischio»

## Sul web

**Le categorie sensibili: diabetici cardiopatici malati oncologici e anziani**

**Luisa Maradei**

**C**hiamatela australiana o con un altro nome, come ogni anno, l'influenza stagionale metterà a letto una buona quantità di italiani con febbre alta, tosse, raffreddore e dolori muscolari già a dicembre, con picchi tra gennaio e febbraio. E come ogni anno, ci si prepara in questi giorni, a contrastarla in tutta Italia con ampie campagne di vaccinazione rivolte soprattutto alle categorie a rischio: diabetici, cardiopatici, malati oncologici, bambini con patologie croniche e ultrasessantacinquenni. Da fine ottobre i vaccini sono disponibili anche in Campania come spiega Renato Pizzuti, direttore dell'Osservatorio epidemiologico regionale, che invita le categorie a rischio a rivolgersi ai propri medici di famiglia o ai centri vaccinali per potersi vaccinare gratuitamente. Tutti gli altri potranno comunque acquistare a proprie spese il vaccino antinfluenzale in farmacia e farsi aiuta-

re dal medico di famiglia per la somministrazione. «Meglio rivolgersi sempre ai medici ed evitare una vaccinazione faldate», precisa Pizzuti perché i vaccini, per quanto sicuri, potrebbero sempre generare singole reazioni individuali.

La Soresa ha acquistato per la Campania oltre un milione di dosi di vaccino che serviranno soprattutto a vaccinare gli ultrasessantacinquenni. «Sono loro che traggono i maggiori benefici dalla vaccinazione - spiega Pizzuti - Lo scorso anno ne abbiamo vaccinati 900mila e da una decina d'anni, la curva dei soggetti che decidono di vaccinarsi è sempre cresciuta, subendo una battuta d'arresto solo dopo la pandemia causata dall'H1N1 che ha fatto perdere un po' di credibilità alle campagne vaccinali».

Un'altra categoria della popolazione da vaccinare sono i bambini. «Ma non tutti, solo quelli che hanno superato il sesto mese di vita e sono affetti da patologie croniche, problemi respiratori, cardiaci ed ematologici» spiega Antonio Corra, pediatra all'ospedale Annunziata di Napoli. «Purtroppo proprio su questi bambini a rischio riscontriamo una scarsa copertura vaccinale - continua Corra - per motivi culturali e per una scarsa conoscenza delle complicazioni che possono insorgere da un'influenza stagionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SANITÀ**

SILVIA SPERANDIO

**I pendolari della salute portano 800 milioni**

**L'**eccellenza ospedaliera fa bene alla salute, ma non solo. Sfiora i 770 milioni di euro, il maxi credito che il Pirellone ha maturato con le altre regioni italiane per i pazienti che sono venuti a curarsi negli ospedali lombardi nel 2010. Persone, tante, circa 170mila, arrivate soprattutto dal Sud per affrontare problemi importanti, che riguardano in particolare l'area cardio cerebro-vascolare, quella oncologica e l'ortopedia. Numerosi i pazienti in "fuga" dalla sanità di Sicilia, Puglia, Calabria, Campania. In termini finanziari, l'intero Meridione ha arricchito il piatto della bilancia lombarda

con oltre 315 milioni, quasi la metà del credito complessivo accumulato. Senza contare il Lazio, che da solo pesa per 26 milioni.

Il trend è in crescita tendenziale del 3%, secondo i dati della direzione generale sanità che il Sole 24 Ore Lombardia è in grado di anticipare. In termini tecnici si chiama "mobilità" il fenomeno dei viaggi della speranza che porta molti italiani a emigrare in altre aree del Paese per garantirsi migliori cure. In primis in Lombardia, visto che la regione, anche nel 2010, si conferma al primo posto.

Servizio > pagina 7

# L'oro dei pendolari della salute

Per i pazienti in arrivo dalle altre regioni il Pirellone ha un credito di 770 milioni

**SANITÀ**

I CONTI DELLA MOBILITÀ

**315 milioni**

Dal Sud. È quanto devono dare al Pirellone le regioni meridionali

**Perché venire qui.** Le persone ricorrono alle strutture lombarde per problemi cardiovascolari, oncologici e ortopedici



**Carlo Lucchina**

DIRETTORE GEN. SANITÀ

**Trend in crescita.** La mobilità è in aumento di oltre il 3%, dopo il calo del 2009 stiamo riprendendo il trend di due anni fa



**Luciano Bresciani**

ASSESSORE SANITÀ

**I più attrattivi.** Questi dati confermano che il modello lombardo resta il più attrattivo sia per la qualità di cure, sia per l'altissima tecnologia

**MILANO**

Silvia Sperandio

■ L'eccellenza ospedaliera rende, e non soltanto in termini di salute. Sfiora infatti i 770 milioni di euro, il maxi credito che il Pirellone ha maturato con le altre regioni italiane per i pazienti che sono venuti a farsi curare negli ospedali lombardi nel 2010. Una cifra in crescita tendenziale di oltre il 3%, secondo i dati forniti

dalla direzione generale della sanità, che il Sole 24 Ore Lombardia è in grado di anticipare.

Persone, tante, circa 170mila, arrivate soprattutto dal Sud per affrontare problemi di salute importanti, che riguardano in particolare l'area cardio cerebro-vascolare, quella oncologica e l'ortopedia. Numerosi i pazienti in "fuga" dalla sanità di Sicilia, Puglia, Calabria: in termini finanziari, i ricoveri

nelle strutture lombarde provenienti da queste tre regioni

hanno portato nelle casse del Pirellone, rispettivamente, quasi 91 milioni, 60 e 57 milio-



ni. Senza contare la Campania, a quota 53 (si veda il grafico in pagina).

**I viaggi della speranza**

In generale, l'intero Meridione ha arricchito il piatto della bilancia lombarda con oltre 315,3 milioni, quasi la metà del credito complessivo accumulato lo scorso anno. E il dato non comprende la regione Lazio, che da sola pesa per 26 milioni di euro.

In termini tecnici si chiama "mobilità", il pendolarismo della salute, che porta molti italiani a emigrare in altre aree del Paese per garantirsi migliori cure nei centri di eccellenza. In primis in Lombardia, visto che la regione, anche nel 2010, si conferma in assoluto al primo posto per i viaggi della speranza, seguita a distanza dall'Emilia-Romagna (555 milioni di crediti).

«La mobilità è in aumento, stiamo riprendendo il trend di due anni fa - annuncia il direttore generale della sanità, Carlo Lucchina -. E riguarda soprattutto le patologie più importanti. È chiaro che una persona non si sposta dalla Sicilia per un'appendicite: da noi si viene, ad esempio, per un intervento di stent o comunque per un'operazione complessa».

**Saldo in super attivo**

Anche i cittadini lombardi, però, ricorrono agli ospedali extraregionali: è il caso di alcune aree di confine, dove si privilegiano i centri più facilmente raggiungibili per motivi logistici e di viabilità. Così, scopriamo che la sanità lombarda versa più di 87 milioni all'Emilia-Romagna, 65 al Veneto e 64 al Piemonte. E lo stesso accade all'inverso, con moltissimi piemontesi ed emiliani che usufruiscono delle strutture lombarde: per il 2010 il Piemonte dovrà versare alla Lombardia quasi 136 milioni, l'Emilia-Romagna più di 99.

«Da sempre molti piemontesi ed emiliani delle zone di confine vengono a curarsi da noi, ma accade anche l'inverso - dice Lucchina -: chi vive a Mantova, ad esempio, raggiunge più comodamente gli ospedali emiliani. L'unica regione con cui abbiamo un saldo passivo è il Veneto: per chi abita a est di Brescia o sul Lago di Garda è sicuramente più agevole farsi curare a Verona e a Padova».

Tirando le somme, per tutti i ricoveri extraconfine dei cittadini lombardi, il Pirellone deve versare alle altre regioni oltre 316,7 milioni.

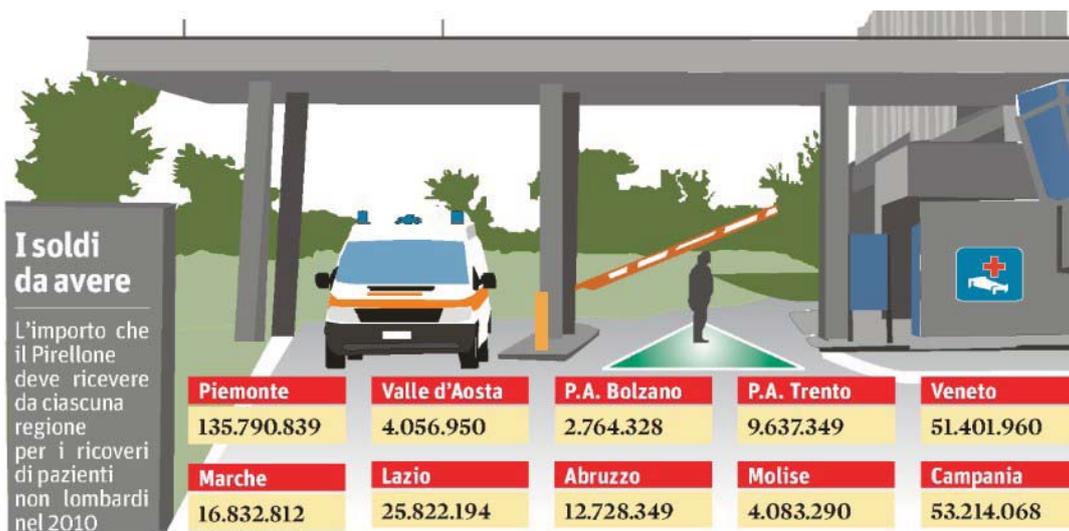
Da qui si può calcolare anche il saldo: sottraendo questa cifra dal maxi credito, vediamo che alla Lombardia resta un saldo di 452,6 milioni, un super attivo che è anche il più alto in Italia. Per intendersi, quello dell'Emilia-Romagna è pari a 344 milioni, mentre una regione del Sud come la Campania registra un saldo negativo da record, ben 298,3 milioni.

«Nonostante le difficoltà economiche - dichiara l'assessore regionale alla Sanità, Luciano Bresciani - questi dati confermano che il modello lombardo resta il più attrattivo sia per la qualità delle cure erogate, sia per l'altissima tecnologia utilizzata».

Un business notevole, si potrebbe infine pensare. Però bisogna anche considerare che le prestazioni rivolte ai non lombardi sono generalmente complesse e, dunque, costose per il sistema sanitario lombardo. I rimborsi effettuati tra le regioni per le "fughe" di pazienti vengono effettuati in base a una "tariffa unica convenzionale" (Tuc), una sorta di parametro comune individuato per le compensazioni della mobilità. E questo non sempre tiene conto della complessità.

*silvia.sperandio24ore.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fonte: Regione Lombardia

<b>Friuli-V.G.</b>	<b>Liguria</b>	<b>Emilia-R.</b>	<b>Toscana</b>	<b>Umbria</b>
8.762.048	57.963.276	99.180.155	35.333.168	6.484.540
<b>Puglia</b>	<b>Basilicata</b>	<b>Calabria</b>	<b>Sicilia</b>	<b>Sardegna</b>
59.855.295	10.479.077	57.255.096	90.619.683	27.108.330

**SALUTE**

**Tumori, 7 ragazzi su 10 non sono informati**

● Il 71% dei giovani non ha mai ricevuto informazioni sui tumori, solo il 17% ne ha parlato in famiglia, il 12% a scuola. E quindi ignorano i fattori di rischio, da fumo e alcol fino alla sedentarietà. Lo dice l'Associazione italiana di Oncologia medica.



**I NUMERI**

**40 %**

**PREVENZIONE**  
Gli europei che, pur essendo soggetti a rischio, non fanno nulla per prevenire l'ictus

**71 %**

**GIOVANI**  
I giovani che non hanno mai ricevuto nessun tipo di nozione sulla prevenzione del tumore

**94 %**

**TUMORE**  
Gli studenti che chiedono l'oncologo in classe e un decalogo dei fattori di rischio



# Come sarà la guerra totale al cancro

## E anche la prevenzione diventerà "scientifica"

### L'OBIETTIVO

Identificare le mutazioni che avviano la cellula verso la malignità

### IL «DATABASE»

Frutto della collaborazione internazionale, velocizzerà le sperimentazioni dei team

MARIA INES COLNAGHI

**L**a ricerca sul cancro ha un obiettivo di lungo corso e un altro che si spera di raggiungere in tempi brevi: il primo è la guarigione della malattia (o, come sarebbe meglio dire, delle malattie, poiché ogni forma di tumore ha le proprie cause e la propria storia), mentre il secondo è la cronicizzazione del male, in modo che il paziente possa convivere il più a lungo possibile e con una buona qualità di vita.

La svolta che ha accelerato i tempi di questi obiettivi è avvenuta con la decodifica del Genoma e la scoperta che le cause del cancro sono racchiuse nel DNA. In 10 anni, da quando è stato pubblicato per intero, sono stati fatti passi da gigante, in gran parte dovuti allo sviluppo tecnologico che oggi consente di leggere una sequenza genica in poche ore, mentre appena alcuni anni fa ci volevano mesi.

Rimane adesso un grande lavoro da compiere, al quale contribuiscono gruppi di ricerca di tutti i Paesi, compresa l'Italia: distinguere le mutazioni chiave che avviano la cellula verso la malignità dalle altre che, pur presenti nel tumore, non sono le dirette responsabili del suo sviluppo. Entrambe sono comunque sfruttabili come bersagli contro i quali dirigere i nuovi farmaci. I dati ottenuti confluiranno tutti in un grande «database» di libero accesso, riservato al genoma del cancro e simile a quello dedicato al Genoma umano, affinché si evitino duplicazioni del lavoro. È anche importante identificare - e siamo già sulla buona strada - i geni mutati comuni a più forme di cancro, perché le terapie (già oggi ma ancora di più in futu-

ro) possono prescindere dall'organo nel quale la massa si è formata e basarsi soprattutto sulle caratteristiche molecolari.

È ormai chiaro che non esiste, né mai esisterà, un'unica cura per il cancro: non si troverà un farmaco capace di eliminare le mille forme che questo male può assumere. Questo rende la ricerca ancora più necessaria e impegnativa: la selezione dei filoni più promettenti è una vera sfida, che si gioca a livello internazionale. Nessuna nazione può prescindere, nella scelta dei progetti meritevoli di sostegno, dalla conoscenza di ciò che avviene nel resto del mondo. Quella contro il cancro, infatti, è una battaglia su scala globale e proprio questa caratteristica la rende efficace. E, come spesso accade in medicina, può sempre emergere di colpo la scoperta che sparglia le carte e che orienta le speranze in una direzione piuttosto che in un'altra. Per questo è importante, come fa l'Airc - l'associazione italiana per la ricerca sul cancro - e come fanno le maggiori istituzioni e «charities» del mondo, puntare, per la selezione dei migliori, su comitati di esperti internazionali, indipendenti e autorevoli, in grado di avere una visione d'insieme di come procede la scienza.

La ricerca di base, che fornisce gli elementi di conoscenza su cui sviluppare in seguito le applicazioni pratiche, costituirà sempre la fonte di innovazione senza la quale non può esistere progresso. Fortunatamente viviamo in un'epoca in cui, grazie alla tecnologia, i tempi di realizzazione concreta di una scoperta, dal banco al letto del malato, si sono notevolmente accorciati. Per questo l'Airc ha investito i fondi provenienti dal meccanismo del 5 per mille in proget-

ti di ricerca traslazionale: ce ne sono alcuni che puntano allo sviluppo, nel giro di 5 anni, di nuove terapie, mentre altri puntano ad anticipare i tempi della diagnosi attraverso la messa a punto di test diagnostici che utilizzano le tecniche di «imaging», ma soprattutto i marcatori biomolecolari presenti nel sangue. È nell'ambito della diagnosi precoce che si gioca infatti la partita della cronicizzazione. Solo se la malattia è identificata in fase precoce, prima che possa dare luogo a metastasi, può essere guarita e, anche quando ciò non è possibile, la rapidità di intervento consente di mantenere in vita il malato per molti anni, in molti casi fino quasi a raggiungere l'aspettativa di vita media.

Perché una strategia di diagnosi precoce sia efficace bisogna, però, che sia facilmente applicabile a un grande numero di persone e che abbia un costo ridotto: proprio per questo la medicina molecolare, che si basa sull'identificazione di sostanze presenti nel sangue e nei tessuti fin dagli esordi del cancro - come le proteine e i microRNA prodotti dalle cellule mutate -, è lo strumento che ha permesso la svolta e dal quale ci aspettiamo a breve risultati importanti.

E, infine, non si deve dimenticare che il cancro è una malattia legata agli stili di vita: in futuro si punterà a una prevenzione basata su prove scientifiche sempre più solide, grazie alla combinazione tra epidemiologia classica, che studiava la relazione tra abitudini di vita e comparsa della malattia, e l'oncologia molecolare, che consentirà di scoprire se determinate persone sono portatrici di caratteristiche genetiche che le mettono più a rischio di altre.

■ **Lotta al cancro**

*Sempre in aumento  
chi guarisce  
Ma i tagli possono  
azzerare i progressi*

GUERRIERIA PAGINA **13**

**MALATTIA  
E SOCIETÀ**

**Ammalati in crescita, ma 6 su 10 sopravvivono oltre i cinque anni. Prima indagine nazionale Censis, in**

**collaborazione con Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia)**

# Lotta contro il cancro Sempre più successi

*Però i tagli previsti  
rischiano di azzerare  
un decennio  
di grandi risultati*

DA ROMA ALESSIA GUERRIERI

**S**oddisfatti delle terapie che consentono di tornare prima ad una vita "normale", i pazienti oncologici italiani bocchiano invece i servizi sociali e ora temono che la crisi comprometta l'accesso universale ai farmaci innovativi (e più costosi): si paventa il rischio, insomma, che la logica del risanamento economico prevalga anche sulla salute. A far paura agli oltre 2 milioni e 200mila cittadini che in Italia si son visti nella propria vita diagnosticare un cancro non è tanto il male oscuro, ma tutto quello che li aspetta al di fuori dell'ambito clinico. Nel nostro Paese, è vero, ci si ammala di più che in passato, ma certo si muore di meno, con il 57% di casi che superano i cinque anni di vita e 800mila anche i dieci anni. La strada dei malati è comunque in salita per le forti disparità dei trattamenti medici lungo lo Stivale, per l'assenza quasi totale di supporto psicologico alla persona ed il peso della cura per lo più scaricato sulla famiglia, o meglio sulle donne di casa. "Ad Alta voce", la prima indagine nazionale Censis, in collaborazione con Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) e Roche su mille pazienti e 700 *caregiver*, raccoglie le opinioni e le aspettative degli italiani, ma dà anche buoni spunti per correggere le falle dell'ingranaggio. E il messaggio per le istituzioni è che i

malati non chiedono solo farmaci, bensì un sistema sociale all'altezza, a cominciare dal welfare, che in Italia - dice lo studio - «o è familiare oppure non è». Terapie più efficaci, uno straordinario spirito d'adattamento dei pazienti e l'aiuto decisivo di parenti ed amici. È questo il mosaico di risorse del sistema italiano per combattere il tumore, un mix che consente al malato di riaffacciarsi alla quotidianità già dopo 4 mesi (un decennio fa occorreavano in media 17 mesi). Il 77% degli italiani promuove i servizi sanitari, ma a non superare l'esame per più della metà dei pazienti sono le opportunità sociali e territoriali (come l'assistenza domiciliare considerata inadeguata per il 42%), così come il supporto economico (il 50% lo reputa insufficiente). La sanità, in sostanza, è ancora buona anche se tut-



to dipende da dove si va a bussare, visto che il 66% nota disparità di opportunità terapeutiche ed il 21% è costretto a rivolgersi a strutture fuori regione (per lo più verso il Nord). Nel percorso di riabilitazione, però, la famiglia continua ad essere lasciata a se stessa; otto pazienti su dieci infatti vengono assistiti in casa da parenti, nel 56% dei casi sono mogli o figlie ad offrire un lavoro misconosciuto e complesso. Il 66% dei *caregiver*, poi, convivono con il malato, spesso non più autosufficiente, ed un terzo delle "badanti di casa" ha più di 65 anni.

Gli italiani sanno dunque reagire bene alle sfide del dopo-cura per una patologia, come il tumore, che è «sempre più di massa, per il numero di persone coinvolte - spiega Giuseppe De Rita, presidente del Censis - e per gli ambiti toccati, che vanno molto oltre il sanitario, con i servizi sociali, il mondo del lavoro, le tutele». Per il futuro occorre così, aggiunge, non spezzare la linea che passa attraverso cure più efficaci e «risposte concrete della comunità».

Se le prestazioni in ospedale sono ancora accettabili, le paure dei pazienti per il domani, però, sono la fine della parità nell'accesso alle terapie di ultima generazione (30%) e le lunghe liste di attesa (40%); due preoccupazioni che si trasformano in macigni sul cuore del malato, soprattutto in vista delle difficoltà del bilancio pubblico. Tra le priorità auspicabili, infatti, ci sono cure più mirate e con meno effetti collaterali disponibili su tutto il territorio nazionale (73%) oltre che più attenzione ai risvolti psicologici (32%) del degente e di chi gli sta accanto.

## TUMORI

### CREATO UN FARMACO INTELLIGENTE ACCESO DALLA LUCE

La luce accende la speranza nella lotta ai tumori: infatti è stata testata con successo (per ora su animali) una terapia farmacologica mirata attivata dalla luce. Il farmaco, si legge sulla rivista *Nature Medicine*, è mirato e poco tossico perché si attacca esclusivamente alla superficie delle cellule malate e poi viene attivato da un fascio di luce infrarossa sparata dall'esterno. In questo modo le cellule sane vengono risparmiate. Il risultato è dell'equipe di Hisataka Kobayashi del National Cancer Institute di Bethesda (Usa). Gli esperti hanno preso un anticorpo specifico del cancro in esame (carcinoma a cellule squamose), il quale si appiccica solo sulle cellule malate lasciando indisturbate quelle sane limitrofe. All'anticorpo hanno attaccato il farmaco attivabile dalla luce, la molecola "Ir700". La terapia funziona così: si inietta la coppia "farmaco-anticorpo" che si dirige dritta al cancro; poi con la luce si attiva Ir700. Negli studi preliminari su topi cui era stato impiantato un carcinoma il farmaco acceso dalla luce ha ridotto considerevolmente il volume del tumore. Ma le sperimentazioni sono ancora agli inizi.



# Ma la metà dei malati perde il posto

**Del 41% che aveva un'attività al momento della diagnosi appena il 22% non ha subito cambiamenti lavorativi e di reddito: il 10% si è dimesso e il 2,3% è stato licenziato**

DA ROMA

**S**i torna a star bene prima e diminuiscono le ricadute, ma troppo spesso il cancro si scontra con il lavoro. La medicina fa passi da gigante, un po' meno il mondo occupazionale, che in dieci anni ha "estromesso", volontariamente o meno, 274mila malati oncologici. Dimissioni o licenziamento poco importa, la malattia cronica sembra essere percepita da alcuni datori di lavoro come un prezzo da far pagare allo sventurato paziente (se già la malattia non bastasse). Del 41% che aveva un'attività al momento della diagnosi, appena il 22% infatti non ha subito cambiamenti lavorativi e di reddito. Due persone su dieci, inoltre, hanno addirittura dovuto lasciare l'occupazione, il 10% si è dimesso, il 2,3% è stato licenziato, l'10% ha rinunciato alla carriera. Un numero che solo negli ultimi cinque anni ha toccato 85mila, di cui una fetta consistente è rosa.

In tempi di crisi, così, il cancro fa tremare anche il portafoglio, visto che in media l'80% dei malati ha sperimentato l'impatto della patologia sulla propria professione ed il timo-

re è che il contesto economico attuale possa peggiorare ulteriormente il suo peso sul budget di famiglia. Stessa musica per chi si occupa della cura di un parente malato, visto che nella maggior parte dei casi (72%) ha dovuto cambiare mestiere o ridurre l'orario d'ufficio, ha diminuito il suo rendimento (21%), ha moltiplicato le assenze (53% dei *caregiver*) e nel 6% dei casi ha persino perso il posto. Non potendo più lavorare, non aiutano i sostegni economici statali che vengono considerati da molti pazienti insufficienti, una percentuale che tocca il 60% nel centro Italia, e che costringono a dover chiedere un aiuto monetario a parenti o amici (13%).

Il farraginoso sistema di reinserimento sociale e lavorativo complica il già delicato momento psicologico del paziente, portando stati di ansia (46%), paura e depressione (32%), sfiducia (54%), sensazioni di fragilità (57%), le principali problematiche di lungo corso dopo una prognosi infausta. Con un sistema che troppo raramente fa rete, è soprattutto il lavoro gratuito a colmare il gap nella presa in carico globale. «Ancora una volta - precisa difatti Francesco De Lorenzo, presidente Favò - è il volontariato oncologico a supplire alle gravi carenze delle istituzioni, non soltanto con servizi mirati, come il supporto psicologico, ma anche attraverso la sollecitazione e l'ottenimento di norme legislative per la tutela sul lavoro».

**Alessia Guerrieri**



**Gli effetti del tumore****L'80% dei malati cambia lavoro**

Sociologia (Censis), volontariato (Favo), industria (Roche). Insieme per fotografare la situazione tumore in Italia: oggi fa più paura. Circa 8 malati di cancro su 10 hanno subito un peggioramento, economico e lavorativo. Compresa la perdita del posto. E uno su tre teme che i tagli limitino la disponibilità delle cure anticancro innovative. E' quanto emerso dalla maxi-indagine Censis su oltre mille malati e 700 caregiver.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Nanotech: si affina un'arma decisiva

STEFANO RIZZATO

La ricerca si fa in team allargati. Meglio se tra specialisti di discipline diverse. «L'integrazione dei saperi è diventato l'unico modo per fare progressi, nella lotta contro il cancro e in altri campi», spiega Pierfrancesco Tassone, ricercatore e medico all'Università Magna Graecia di Catanzaro. Una ricetta messa in pratica ogni giorno: lui coordina infatti sette team, impegnati a trovare una cura per il mieloma multiplo e la leucemia linfatica cronica, due neoplasie ematologiche oggi incurabili.

Un progetto ambizioso, avviato a fine 2010 grazie ai fondi del 5 per mille dell'Airc. «La nostra storia - continua Tassone - dimostra come a volte sia facile aggregarsi intorno a un'idea. Quando ho proposto ad altri sei centri di collaborare e unire esperienze e competenze, ho incontrato grande entusiasmo». Nasce così un «dream team» di 78 ricercatori, divisi tra l'università di Catanzaro, che coordina i lavori, quelle di Ferrara, Genova, Milano e Torino, l'Idi di Roma e l'Ospedale di Cosenza. Da Nord a Sud, con un obiettivo comune: «Stiamo lavorando sui microRna, una classe di molecole che rappresentano l'ultima frontiera della medicina - spiega Tassone -. Si è scoperto che i microRna hanno un ruolo importante nella proliferazione cellulare e possono contribuire oppure opporsi alla crescita di un tumore. Per questo sperimentiamo sequenze di acidi nucleici in grado di inibire i microRna pro-tumorali o di ripristinare l'azione di quelli antitumorali. Ma esistono oltre mille tipi diversi di molecole e occorre trovare quelle giuste».

Un contributo fondamentale arriva dallo sviluppo delle nanotecnologie. «La difficoltà - rileva - è sempre stata quella di raggiungere il tumore e le nanomolecole risultano molto più ef-

ficaci. È qui che si vede l'importanza di una squadra con specialisti di discipline diverse: la sintesi dei farmaci sarebbe impossibile senza la collaborazione tra un biologo molecolare, un farmacologo e un nanotecnologo».

Nonostante l'impegno di coordinatore, Tassone non ha mai smesso i panni del medico. «In oncologia, ricerca e clinica si alimentano a vicenda. Guai se restassero due mondi separati! I pazienti sono una fonte inesauribile di idee e informazioni per i laboratori». In termini tecnici si chiama metodo traslazionale: per comprenderlo basta una visita al polo oncologico del campus di Germaneto, dove Tassone lavora. «Laboratori, ospedale e ambulatori sono collegati e lavorano a stretto contatto, secondo un modello voluto dal fondatore dell'ateneo, Salvatore Venuta, che è stato il mio maestro. E pensare che all'epoca nessuno ancora parlava di approccio traslazionale!».

Punto dolente, in questa Calabria che funziona, resta la difficoltà di coinvolgere le aziende nella ricerca. «Sarebbe fantastico portare qui il modello californiano - ammette - ma l'Italia sembra paralizzata dalla paura di investire e il collegamento tra industria e laboratori per ora è utopia».

Intanto, però, il progetto finanziato dall'Airc dà l'opportunità a molti giovani di lanciarsi verso le nuove frontiere dell'oncologia. «Fanno parte del gruppo anche dei dottorandi, che possono fare ricerca a un livello degno delle migliori università americane. Ai miei tempi, quando scelsi di dedicarmi alla ricerca full time - racconta Tassone - fui quasi obbligato a spostarmi negli Usa. Allora mancavano certe competenze, le risorse tecnologiche ed economiche. Oggi c'è l'Airc: altrimenti, fare ricerca oncologica in Italia sarebbe impossibile».



Non solo insonnia e cattivo umore, stare in auto danneggia i neuroni  
Sotto accusa i fumi degli incolonnamenti: sono loro la causa dei disturbi

# Traffico

## Troppi decibel e stress è ingorgo nel cervello

**Sui legami tra code e stati d'animo è nata una branca di studi: la "Traffic Psychology"**

DAL NOSTRO INVIATO  
ANGELO AQUARO

**N**ON bastavano le autostrade, le tangenziali e le vie delle nostre città: il traffico congestionato anche il nostro cervello. Più si allunga la fila e più a rischio sono i nostri neuroni. Più restiamo intrappolati e più vacilla non solo la nostra intelligenza ma la nostra stabilità emozionale. Non è soltanto una questione di stress. Chilometri di ricerche già dimostrano quello che tutti noi proviamo quando ci ritroviamo imbottigliati: il calo d'umore, lo scatto di rabbia inversamente proporzionale a quello dell'acceleratore, i freni inibitori che si allentano in maniera direttamente proporzionale al colpo di piede sui pedali.

Uno studio dell'Università di Dortmund, Germania, ha indagato sugli effetti che sul cervello ha il traffico notturno in particolare: scoprendo come influisce, e negativamente, sulla capacità della qualità di prendere sonno. Ma anche il rumore di auto e camion

è sotto accusa: dice una ricerca della Danish Cancer Society che basterebbero 60 decibel, cioè molto meno dei 90 su cui viaggia il traffico pesante, per aumentare la possibilità d'infarto negli over 65. Lo studio del traffico ha portato perfino allo sviluppo di una nuova branca della psicologia, la "Traffic psychology" appunto, che si propone di studiare le interrelazioni tra incolonnamento e umore, oltre che a realizzare dei modelli di comportamento ritagliati sulle nostre performance negli ingorghi.

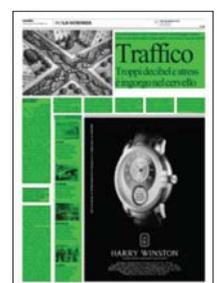
Adesso, però, gli studiosi puntano il dito direttamente sul tubo di scappamento: proprio i fumi del traffico sarebbero la causa maggiore di tutti i guai per il nostro cervello. Quelle particelle di anidride carbonica, ritenute già responsabili di malattie del cuore e difficoltà di respirazione, sarebbero anche all'origine degli intasamenti nelle vie del cervello. Le conclusioni raccolte dal *Wall Street Journal* sono più che allarmanti. Respirare nel traffico per appena 30 minuti intensifica l'attività elettrica nelle regioni del cervello che sovrintendono al comportamento, alla personalità e ai processi di decisioni. Un gruppo di scienziati olandesi ha scoperto che respirare l'aria del traffico in città per 90 giorni

influenzerebbe i geni dell'invecchiamento. E due team dell'Harvard e della Columbia University sono giunti alla stessa conclusione: i fumi del traffico possono lasciare un'impronta nel genoma dei neonati.

L'incidenza degli ingorghi sul cervello — dal puro stress psicologico, responsabile di ulteriori deficit, all'assalto alle sinapsi — non può che non inquietare la nostra civiltà auto-dipendente. Il dato che riguarda gli automobilisti costretti sulle 10 autostrade più intasate d'America potrebbe benissimo valere per le nostre tangenziali: ogni anno si finisce per spendere incolonnati una media di 140 ore, che è più o meno il tempo che si trascorre in ufficio in un mese. Che fare?

Nel bollettino degli ingorghi c'è, fortunatamente, anche una buona notizia. La riduzione dei problemi passa proprio per la velocizzazione del traffico. Un esperimento nel New Jersey ha dimostrato che l'introduzione dei caselli automatici e altre agevolazioni hanno aumentato la velocità delle auto e diminuito (fino all'11 per cento) la percentuale dei disturbi. Insomma il traffico congestionerà anche il cervello: basterebbe usare un po' di cervello per decongestionare il traffico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I punti****GLI STUDI**

L'inquinamento da traffico ha effetti negativi su cervello e memoria. Lo dimostrano diverse ricerche tanto che è nata la branca di studi "Traffic psychology".

**IL CAMPIONE**

Lo studio ha analizzato 7.500 donne esposte al traffico in 22 Stati. Restano incerte le conseguenze biologiche e comportamentali.

**IMBOTTIGLIATI**

Gli automobilisti che percorrono abitualmente le dieci strade più trafficate degli Stati Uniti trascorrono in media 140 ore l'anno imbottigliati negli ingorghi.

**LO STRESS**

Respirare fumi da traffico anche solo per 30 minuti può causare stress, intensificando l'attività di aree del cervello responsabili del comportamento.

## Un diabetico su due non segue le cure: serve una rete di supporto e controllo

**ROMA.** Una persona su due con il diabete non segue il trattamento e questo aumenta il rischio di ricovero. Si stima, infatti, che in ospedale il 20% dei pazienti sia affetto da questa patologia che in Italia riguarda 3 milioni di persone, cui va aggiunto un altro milione di malati inconsapevoli. Alla luce di questi dati, gli esperti riuniti a Roma per la prima Conferenza nazionale sul diabete, hanno evidenziato la necessità di creare una rete di controllo tra chi eroga prestazioni sanitarie specifiche. Il diabete è «una pandemia in grado di minare le risorse economiche di molti paesi - si legge nel documento sottoscritto dal Comitato nazionale per i diritti della persona con diabete e dell'Associazione diabete Italia -

ed essendoci pazienti con diverso grado di complessità è necessario un coordinamento». «L'attuale situazione è molto lontana da quella che abbiamo proposto in un documento, che sarà presentato alla commissione Sanità del Senato domani. I punti critici - sottolinea Umberto Valentini, presidente di Diabete Italia - sono la formazione delle persone diabetiche all'autogestione, un uso appropriato delle risorse sanitarie e l'attuazione della prevenzione primaria». Il documento propone la formazione dei volontari, l'assistenza omogenea nei Centri diabetologici e la creazione di un Dipartimento in ogni Asl, oltre alla messa in rete delle banche dati cliniche e amministrative».

**La proposta avanzata nel corso della prima conferenza nazionale svoltasi a Roma**



**FARMACI SPERIMENTALI** IN AUMENTO LE PERSONE CHE CERCANO DI ENTRARE NEL GIRO DEI TEST

# Cavie umane in Svizzera per sfuggire alla crisi

**Paola Pioppi**  
 ■ COMO

**LE DOMANDE**, semplici e dirette, rimbalzano sui forum di tutta Italia: «Ciao, qualcuno di voi sa come posso fare la cavia per i farmaci in Svizzera?». Le risposte arrivano a pioggia, alcune sono allarmistiche. Altre, invece, sono precise e forniscono modalità indirizzi e limitazioni. Sembra una possibilità alla portata di tutti, qualche esame del sangue e compensi che possono superare il migliaio di euro per tre giorni di permanenza in laboratorio. Negli ultimi mesi, le richieste sono in leggero aumento, e arrivano ormai anche dal Meridione, anche se non hanno alcuna speranza di venire accettate.

Nessuno, formalmente, viene pagato. Le aziende del farmaco precisano che si tratta di rimborsi spese. Al di là della forma, il possibile guadagno attira sempre più l'attenzione di chi vuole arrotondare i bilanci, ma le selezioni consentono a pochissimi di accedere all'indirizzo utilizzato da aziende e agenzie del farmaco svizzere. Si parla di gruppi da sei volontari ripetuti, e di permanenze standard di tre giorni, che possono prolungarsi per sperimentazioni complesse. I candidati devo essere rigorosamente residenti in Svizzera o in Lombardia, ma non oltre le zone di confine. «Motivi di sicurezza», spiegano i responsabili. In altre parole, se gli

effetti collaterali o indesiderati si manifestano a esperimento ormai chiuso, il soggetto deve facilmente essere reperibile e raggiungibile. Le regole da rispettare sono tante, e tutte tassative. Riguardano anche il target richiesto di volta in volta, ma il giro dei volontari che accedono ai test è ormai stabile e radicato da anni. Una sorta di fidelizzazione. «Ultimamente — spiegano da oltre confine — arrivano sempre più richieste, ma non è certo un'attività con cui ci si arricchisca. Dobbiamo per forza riconoscere un rimborso, perché da noi nessuno si offre volontario per la scienza».

**TRA I REQUISITI** per diventare una cavia, quello più importante è l'affidabilità, la capacità di attenersi alle regole, relative anche all'alimentazione. Chi sgarra viene subito scoperto, al primo dei numerosi prelievi del sangue. Arrivare al numero minimo di soggetti non è sempre facile: per alcuni particolari test, si tende qualche volta a ricontattare ex cavie che si sono ormai allontanate da questa attività, ma che nei laboratori sono ancora ricordate come persone serie. Ogni test coinvolge complessivamente dalle 24 alle 48 persone, con costi sostenuti interamente dalla casa farmaceutica. Alla fine si viene pagati in contanti, con un compenso proporzionato se si sospende prima della fine del ciclo. Passare all'ufficio cambio prima di tornare in Italia, è un classico.

## I VOLONTARI

**1.500** → Gli svizzeri o gli italiani della fascia di confine che partecipano ai test

**150** → Le cavie «professioniste»

**30 anni** → L'età media delle cavie, con punte massime di 45

**40%** → Donne

**60%** → Uomini

**500-2.400 €** → Il compenso per un test

**5.000 €** → Il guadagno massimo annuale

**3** → I test a cui ogni cavia può essere sottoposta in un anno

**6** → Il numero minimo di volontari necessari per un test

**150** → I farmaci testati ogni anno

**3.000** → I test richiesti complessivamente

R.d.C.

