# Rassegna del 13/11/2009

COSMOPOLITAN - Decodifica i segnali del corpo - ... 4
COSMOPOLITAN - E' arrivata la biopillola - ... 5

Mensile | Cosmopolitan | 01-DIC-2009
Diffusione: 237.635 | Lettori: 600.000 | Direttore: Anna Bogoni | da pag. 182

# Decodifica i segnali del corpo

## Imparara a cogliere al volo i segnali causati da squilibri ormonali e infezioni: se li riconosci subito, guarisci più in fretta

**Da brava custode della tua salute intima, sei solita ascoltare il tuo organismo a caccia di disagi insoliti.** «È l'atteggiamento corretto: diversi disturbi fanno emergere i primi sintomi anche in zone diverse dall'area genitale, come la pelle e le vie urinarie. Se te ne accorgi in tempo puoi sradicare più velocemente il problema», spiega il ginecologo Giancarlo Balzano.

**S.O.S. PELLE** Peli sottili che all'improvviso crescono in zone insolite, come il mento e l'areola dei capezzoli, o baffetti "ingestibili". E pelle grassa e acne che accompagnano irregolarità mestruali e disturbi dell'umore.

**PUÒ ESSERE** La cosiddetta sindrome dell'ovaio policistico: le ovaie arrivano a produrre quantità eccessive di ormoni maschili, come il testosterone, che interferiscono con l'ovulazione, fino a formare tante piccole cisti ovariche o a causare un vero e proprio blocco del ciclo.

**COSA FARE** Dopo il dosaggio ormonale e l'ecografia, il ginecologo ti può prescrivere una pillola a base di antiandrogeni ed estroprogesticini per regolare il ciclo ricendo i sintomi (peli e acne inclusi). Aiuto naturale: Rubus idaeus, da usare per due mesi alle dosi indicate dal medico.

**S.O.S. PRURITI** Hai forti bruciori quando fai la pipì a cui seguono arrossamenti e prurito in zona vaginale.

**PUÒ ESSERE** Disagio a urinare unito a puntini rossi e pizzicore possono segnalare un'infezione batterica causata dalla Clamidia. Ma se oltre al prurito hai arrossamenti diffusi e perdite biancastre simili a latte cagliato, può trattarsi di Candida, l'infiammazione dovuta a un fungo.

**COSA FARE** Entrambe si scoprono con il tampone vaginale. Per debellare la Clamidia servono antibiotici ad hoc da assumere per una settimana. La Candida, invece, si attenua con cure locali (ovuli o creme, in base a quanto deciderà il ginecologo) a base di farmaci antimicotici.

Mensile

Cosmopolitan

01-DIC-2009

Diffusione: 237.635 Lettori: 600.000 Direttore: Anna Bogoni

da pag. 182

**È ARRIVATA LA BIOPILLOLA** Già disponibile in Italia, Klaira contiene estradiolo valerato, un estrogeno naturale derivato da quello prodotto dal nostro corpo (e non più "sintetico"). Che viene abbinato a un progestinico, in un mix che la rende molto tollerabile e riduce l'impatto sul fegato e la circolazione.

Quotidiano Milano
Il Sole 24 ORE
13-NOV-2009
Diffusione: 347.568 Lettori: 1.149.000 Direttore: Gianni Riotta da pag. 25

**Salute.** Le stime dell'Istituto superiore

# Con l'influenza A 1,5 milioni di malati

**Manuela Perrone**
ROMA

La pandemia galoppa, i vaccini molto meno. Sono 1,52 milioni gli italiani messi a letto dall'influenza A dal 19 ottobre all'8 novembre: soltanto la settimana scorsa i nuovi casi sono stati 736mila, pari a 12,27 per mille assistiti dai medici sentinella della rete di sorveglianza Influnet. Un'impennata che potrebbe far anticipare di 15 giorni il picco previsto per metà dicembre: la pandemia ha già abbondantemente sorpassato il clou epidemico raggiunto da tutte le precedenti influenze stagionali tranne quella del 2004-2005. I bambini si confermano i più suscettibili: il virus A/H1N1 ha colpito 36,4 under 14 ogni mille assistiti. Continuano ad aumentare gli accessi al pronto soccorso per sindromi respiratorie e le vendite di antivirali, antibiotici e analgesici.

**LO SCENARIO EPIDEMICO**
In crescita la diffusione del virus. Vaccinato soltanto il 3% delle categorie a rischio
I decessi saliti a quota 44

L'aggiornamento settimanale arrivato ieri dal Centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità registra anche, di contro, la lenta avanzata dei vaccini. All'8 novembre risultavano immunizzate 147.698 persone (149mila, secondo il dato ministeriale di ieri): l'8,48% degli operatori sanitari, il 3,67% delle donne al secondo o al terzo mese di gravidanza e l'1,99% delle forze dell'ordine. In tutto, appena il 3% delle categorie a rischio si è vaccinato.

Salgono invece a 44 i decessi legati al virus: confermate altre cinque vittime, tutte con malattie pregresse, tra cui un 16enne tetraplegico nel ferrarese. Il viceministro alla Salute, Ferruccio Fazio, invita a prendere questi numeri con lucidità: «La mortalità del virus è pari a un quarantesimo dell'influenza stagionale. Si tratta di una malattia leggera». Fazio segnala inoltre il cambiamento nella "geografia" del virus: rallentato in Campania, ha ora alzato la testa nelle Marche, in Emilia, Lazio e Abruzzo.

Sono 132 i pazienti che hanno bisogno di assistenza respiratoria. A Siena una donna incinta al sesto mese è stata sottoposta a cesareo. Per il viceministro, «il vaccino è lo strumento principe per eradicare l'infezione». Il direttore generale dell'Agenzia del farmaco, Guido Rasi, e il presidente dell'Iss, Enrico Garaci, ribadiscono che è «testato e sicuro». L'invito a non esitare è giunto anche da Giacomo Milillo, segretario dei medici di famiglia della Fimmg, da Gabriele Peperoni, segretario della Federazione degli Ordini dei medici e da Giuseppe Mele, presidente dei pediatri della Fimp, sentiti in audizione dalla commissione Affari sociali della Camera. Ieri è scattata la quarta distribuzione di vaccini per 649.256 dosi: circa 3 milioni di dosi il totale consegnato finora alle Regioni.

Intanto gli Stati Uniti aggiornano i dati sull'epidemia: da aprile 22 milioni di malati, 3.900 morti e 98mila ricoveri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quotidiano Milano | Avvenire | 13-NOV-2009
Diffusione: 103.486 | Lettori: 255.000 | Direttore: Marco Tarquinio | da pag. 14

# Cagliari, l'ospedale diventa centro sperimentale

**ricerca**

## Inaugurata l'unità clinica in cui verranno testate nuove molecole

DAL NOSTRO INVIATO
A CAGLIARI
ENRICO NEGROTTI

Sperimentare nuove molecole nella speranza che diventino farmaci, offrendo la possibilità a gruppi di ricercatori e piccole imprese di sviluppare i loro brevetti, ed effettuare test clinici su volontari sani e su pazienti oncologici. Sono le attività di Fase1, la società totalmente partecipata dalla Regione Sardegna, di cui ieri è stata inaugurata l'Unità di ricerca clinica, che ha sede in 300 metri quadri presso l'ospedale Brotzu di Cagliari, alla presenza delle autorità regionali e del presidente dell'Istituto superiore di sanità, Enrico Garaci, del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco Guido Rasi, del presidente di Farmindustria Sergio Dompè e di quello di Assobiotec, Roberto Gradnik.

«Il nostro scopo – spiega Giovanni Biggio, presidente del comitato scientifico di Fase1 nonché della Società italiana di Neuropsicofarmacologia – è quello di attrarre l'interesse delle multinazionali a fare sperimentazione clinica di fase 1 (la verifica di tossicità) in Sardegna, un'attività poco sviluppata in Italia. La società è nata meno di due anni fa per volontà della giunta Soru e altrettanto sostenuta ora da quella Cappellacci». Un altro obiettivo, che la rende pressoché unica in un centro pubblico, è lo stanziamento di fondi regionali per sviluppare molecole nei test preclinici per arrivare alla sperimentazione clinica di fase 1: «C'è un comitato scientifico che valuta le molecoleche vengono proposte – aggiunge Biggio – e stabilisce quelle meritevoli di ulteriori studi: ora sono 5 i prodotti presi in esame». Il «ritorno» per Fase1, ha spiegato l'amministratore Francesco Marcheschi. consiste nel «ricevere royalties dal futuro utilizzo del farmaco, che possono scendere in proporzione all'impegno delle aziende a portare opportunità produttive in Sardegna. Fino a oggi lo sviluppo di Fase1, che è parte del parco tecnologico regionale Solaris di Pula, è costato alla Regione 7 milioni di euro; è già previsto un ulteriore stanziamento di 4,3 milioni per il 2010». E da gennaio prenderà il via la sperimentazione di una molecola di Novartis. «Obiettivo - aggiunge Biggio - è reinvestire eventuali introiti nella ricerca, costituendo quindi un volano di sviluppo».

Enrico Garaci ha parlato di «evento epocale: si tratta di una sorta di venture capital pubblica, che finanzia progetti di valore industriale.

In Italia i brevetti ci sono ma restano nei cassetti. Si tratta di avviare anche da noi quella sinergia tra finanza, accademia e industria, che in altri Paesi è ben sviluppata». Sergio Dompè ha ricordato che tra il 2000 e il 2008 c'è stata una crescita continua di sperimentazioni cliniche nel nostro Paese: «Quella di fase 1, la più importante, è passata dallo 0,9 al 5,4%». A dirigere l'Unità di ricerca clinica (analoghi reparti sono a Verona, Pisa, Chieti e Catania) è Giampaolo Pilleri, già primario di Medicina interna al Brotzu. Finora sono stati arruolati un'ottantina di volontari sani.

Quotidiano Milano
Il Sole 24 ORE
13-NOV-2009
Diffusione: 347.568 Lettori: 1.149.000 Direttore: Gianni Riotta da pag. 25

Analisi dello Studio Ambrosetti

# Regioni in ordine sparso sulla spesa per la sanità

MILANO

Il sistema sanitario italiano resta pieno di contraddizioni. La spesa farmaceutica convenzionata, ad esempio è scesa dai 204 euro pro capite del 2001 ai 188,5 dello scorso anno. Il tutto mentre l'export italiano di medicinali è passato dal 10% del 1991 all'attuale 53% e le aziende del made in Italy hanno ricominciato a fare shopping sui mercati esteri.

Al contrario, il totale delle spese correnti per la sanità è cresciuto dai 1.310 euro a testa del 2001 ai 1.824 del 2008.

Ancora una volta il problema è quello dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, tenendo presente che non si può pensare di dotare una piccola regione di uno schieramento sanitario come può avere, ma è solo un esempio, un'area metropolitana che magari ha più abitanti dell'intera Finlandia.

Questi argomenti sono stati discussi nei giorni scorsi a Cernobbio in un seminario organizzato da The European House Ambrosetti dove è stata presentata una ricerca ad hoc che mette in evidenza i tanti dualismi dell'Italia.

Il messaggio emerso dall'incontro è chiaro: alla sanità serve un cambiamento radicale per mettere in pratica il federalismo fiscale. E questo perché c'è l'assoluta necessità, nel Paese che ha la popolazione più anziana d'Europa, di rendere sostenibile il sistema sanitario a fronte di una domanda di salute in costante aumento.

L'incontro è stato anche l'occasione per denunciare le troppe disparità esistenti – sia in termini di costo sia di qualità del servizio – nell'accesso alle terapie e ai programmi di prevenzione.

Una sanità a macchia di leopardo, quindi, quella italiana – secondo i risultati dell'indagine – dove convivono poli di eccellenza a fianco di sacche della cosiddetta "malasanità". Preoccupa inoltre la grande disparità tuttora esistente tra le varie regioni italiane in termini di prevenzione delle patologie, accesso alle terapie innovative, gestione e controllo della spesa ospedaliera.

**F. V.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Settimanale Roma | L'Espresso | 19-NOV-2009
Diffusione: 395.695 | Lettori: 2.385.000 | Direttore: Daniela Hamaui | da pag. 78

# Il governo ha UNA BRUTTA INFLUENZA

## Pazienti abbandonati. Vaccini quasi introvabili. Nessuna strategia. Sulla pandemia le autorità hanno improvvisato. E i problemi veri iniziano adesso

DI IGNAZIO MARINO *

Studi medici super affollati, pronto soccorso presi d'assalto, esperti, o presunti tali, che in televisione consigliano tutto e l'esatto contrario... C'è ben poco di imprevisto in questa fase della pandemia per il virus dell'influenza A, H1N1. Ma, purtroppo, se molto si sapeva poco si è fatto per cercare di organizzare con congruo anticipo le risposte. Il governo, infatti, invece di pianificare ogni azione nel dettaglio e verificare che ogni regione mettesse in campo un piano di emergenza contro l'influenza, ha preferito per molti mesi assumere lo stesso atteggiamento che ha adottato sulla crisi economica: negare, minimizzare, sostenere che in Italia le conseguenze sarebbero state contenute, che il virus è poco pericoloso e molto mediatico.

Ignazio Marino. Sopra, da sinistra: laboratorio di ricerca sull'H1N1; il Cardarelli di Napoli; vaccinazioni in una Asl di Milano

Alcuni aspetti sono veri, come il tasso di mortalità che è certamente inferiore rispetto all'influenza stagionale, ma viviamo in un mondo globale dove tutto ciò che avviene all'estero ci contagia, nel bene e nel male, e bisogna che prima o poi anche il nostro governo lo riconosca. E così, invece di lavorare 24 ore su 24 per organizzare piani sanitari di emergenza in tutte le regioni italiane, l'unità di crisi istituita dal governo, durante l'estate se ne stava tranquilla ad attendere il virus sotto l'ombrellone.

Ora i nodi vengono al pettine e la confusione regna sovrana. Il vaccino prima di tutto: è pericoloso oppure no? Senz'altro no, o meglio: i vantaggi che si possono ottenere dalla vaccinazione sono molto maggiori rispetto ai rischi, assai remoti, che si potrebbero eventualmente incontrare con la vaccinazione.

Eppure oggi molti medici di famiglia e molti pediatri si rifiutano di somministrare il vaccino avvalorando in qualche modo l'idea che sia pericoloso. Un comportamento a dir poco esagerato ed anche molto discutibile. I medici prima degli altri dovrebbero vaccinarsi perché, stando a contatto con i malati tutto il giorno, rischiano di essere loro stessi veicolo di diffusione del virus, inoltre, non somministrando il vaccino ai pazienti che ne avrebbero beneficio li espongono ad un rischio facilmente evitabile.

Ma i medici non sono tutti informati allo stesso modo, non tutti hanno il tem-

Foto: CGE - Agf, Fotogramma (2), V. La Verde - Agf, Corbis

Settimanale Roma | L'Espresso | 19-NOV-2009
Diffusione: 395.695 | Lettori: 2.385.000 | Direttore: Daniela Hamaui | da pag. 78

po di leggere gli studi scientifici e di aggiornarsi: proprio per questa ragione non è logico affidare al singolo la decisione se somministrare o no il vaccino contro l'influenza A, H1N1. Servirebbe invece un decreto del ministero che valga per tutt'Italia non lasciando alle singole regioni l'autonomia nelle decisioni, dato che la pandemia non è vincolata dai confini regionali. E poi serve la collaborazione degli ordini dei medici che, a loro volta, possono rappresentare un valido strumento per la diffusione di informazioni e per rassicurare i medici sulla corretta strategia da adottare.

Certo, tutto questo a condizione che i vaccini siano disponibili e che i cittadini sappiano a chi rivolgersi. A oggi non c'è, o se c'è non viene rispettato, un calendario preciso per la distribuzione effettiva dei vaccini nelle varie regioni d'Italia; la Croce Rossa si occupa di consegnare i vaccini ma poi entrano in gioco le singole realtà locali. Così, come era prevedibile, capita che in Piemonte le dosi siano arrivate e distribuite già da due settimane mentre in Campania non ci si è preoccupati di nulla fino a quando non si sono registrati i primi decessi. È vero che, come sostiene il viceministro Fazio, le regioni sono sovrane ma di fronte all'emergenza dovrebbe prevalere l'articolo 120 della Costituzione: «Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica».

Si poteva immaginare che in alcune aree dove l'organizzazione della sanità fa acqua da tutte le parti, la campagna di vaccinazione non sarebbe proceduta con celerità ed efficienza, per questo pensare di rafforzare queste regioni con un commissario speciale inviato dal governo, proprio per fronteggiare l'emergenza sanitaria, sarebbe stata una strategia azzeccata. Se in Campania, fino al 7 novembre, si sono registrati undici morti collegabili al virus H1N1 e in Lombardia, a parità di incidenza del virus e con il doppio della popolazione, solo cin- ▸

## Che cosa c'è nel vaccino

Una cosa è certa: se si chiamasse "merluzzene" farebbe meno paura. Il richiamo ai pescecani, invece, rende ancora più minaccioso lo squalene contenuto nel vaccino contro la pandemia influenzale. Ma è una paura del tutto ingiustificata: «Lo squalene è stato usato in tutto il mondo, dal 1974, in oltre 45 milioni di dosi di vaccini contro l'influenza stagionale, di cui aumenta l'efficacia», spiega Giovanni Rezza, dell'Istituto superiore di sanità. Ed è lo stesso contenuto nel vaccino contro il papilloma virus che viene caldamente consigliato a tutte le ragazzine. «Lo studio che negli anni Novanta lo aveva indicato come possibile responsabile della cosiddetta "sindrome da Guerra del Golfo" è stato poi ampiamente smentito», puntualizza Giuseppe Remuzzi, dell'Istituto Mario Negri di Bergamo. Secondo gli esperti neppure i timori che il vaccino possa scatenare la paralisi temporanea di Guillain Barré sono fondati. Tutt'al più provoca un po' di gonfiore e arrossamento nel punto in cui viene fatta l'iniezione. La Food and Drog Administration statunitense tuttavia non si è ancora lasciata convincere, per cui Oltreoceano i vaccini contro l'influenza A, così come quelli distribuiti ogni autunno, a rischio di essere meno efficaci non contengono le sostanze messe a punto in Europa. L'Agenzia europea per il farmaco, invece, per ottenere una maggiore protezione, ha puntato su due prodotti, Focetria di Novartis e Pandemrix di Glaxo SmithKline, entrambi adiuvati. Niente di così innovativo: in pratica, una versione pandemica di quelli somministrati ogni inverno

agli anziani. Poiché però il virus H1N1 colpisce soprattutto i più giovani, la campagna vaccinale è diretta alle persone sotto i 65 anni di età, la cui risposta a questo tipo di vaccino era finora poco nota. «I dati che stanno arrivando dagli studi in corso», commenta Remuzzi, «sono però molto rassicuranti anche riguardo ai bambini: finora non si sono registrate reazioni pericolose».

È la paura piuttosto a fare brutti scherzi. Qualcuno sta infatti cercando di procurarsi il terzo vaccino approvato in Europa: Celvapan, di Baxter, l'unico al di qua ▸

Settimanale Roma | L'Espresso | 19-NOV-2009
Diffusione: 395.695 | Lettori: 2.385.000 | Direttore: Daniela Hamaui | da pag. 78

Ferruccio Fazio. A destra: pronto soccorso pediatrico. Sotto: un laboratorio

que morti non possiamo parlare di coincidenze e non mi pare nemmeno il caso di trincerarsi dietro ai formalismi amministrativi quando di mezzo c'è la salute dei cittadini. Misure uniformi, indicate dal governo, dovrebbero riguardare anche gli asili e le scuole in modo da non lasciare alle singole amministrazioni la responsabilità di deciderne la chiusura.

Oltre agli aspetti organizzativi, altri dubbi restano aperti: si è scelto di vaccinare per prime le persone considerate a rischio, ma, in una seconda fase, si dovranno vaccinare anche tutti coloro che sono nati dopo il 1977? Chi è nato dopo quell'anno, infatti, non ha avuto modo di entrare in contatto con il virus H1N1 che è circolato nel pianeta l'ultima volta trentadue anni fa ed è quindi più esposto degli altri. Purtroppo non è stato possibile vaccinarsi prima del picco influenzale ma sarebbe senz'altro opportuno farlo in un secondo tempo, per prevenire un eventuale secondo picco di diffusione del virus.

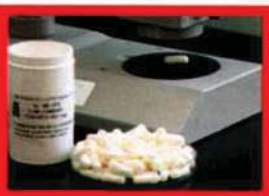
C'è anche un altro grande rischio, ovvero che il virus possa mutare, diventare più aggressivo e potenzialmente molto più mortale. Allora chiedo: qual è la strategia di chi governa il paese di fronte a questa ipotesi? Una volta passato il picco influenzale si dirà semplicemente: "chi vuole si vaccina"? E i medici? Alcuni continueranno a somministrare i vaccini e altri no? Quali risposte chiare e nette si vogliono dare a una popolazione lasciata per ora nel limbo dell'incertezza? Il ministero organizzi una campagna vaccinale di massa, senza esitazioni o dubbi, e spedisca a vaccinarsi tutti i cittadini italiani al di sotto dei trentadue anni. Magari non affidando a Topo Gigio il compito di convincerli che si tratta di una cosa seria.

Le istituzioni internazionali, prima fra tutte l'Organizzazione mondiale della sanità non sono tanto preoccupate per il tasso di mortalità collegato a questo virus quando piuttosto per l'elevato numero di persone che si ammalano e per il fatto che in molti, dopo aver contratto l'influenza A, potrebbero finire a letto con l'influenza stagionale e correre per la seconda volta i rischi delle complicanze.

Un'altra preoccupazione, ancora più grave, riguarda la possibilità che in futuro il virus H1N1 possa ricombinarsi con il virus dell'aviaria e allora saranno guai dal momento che la mortalità potrebbe raggiungere il 30 per cento dei casi, vale a dire decine di milioni di morti in tutto il pianeta.

Tutto sta nel cercare di limitare i danni e allora oggi, non domani, dobbiamo preoccuparci anche di cosa accadrà l'anno prossimo. Un recente studio pubblicato sulla rivista "British Medical Journal", lascia sperare che il vaccino contro l'influenza stagionale possa essere efficace anche per diminuire la mortalità legata al virus H1N1. Anche per questo non va diminuita ma piuttosto incoraggiata la somministrazione dei vaccini tradizionali che, invece, quest'anno in Italia poche persone hanno richiesto. Siamo nel mezzo della pandemia ma, oltre all'emergenza, è necessario fissare alcuni punti chiari per il futuro: creare una task force nazionale che intervenga direttamente a supporto di quelle regioni che non sono all'altezza di affrontare da sole le emergenze; pianificare la vaccinazione sistematica delle persone nate dopo il 1977; intensificare ed estendere la vaccinazione per virus dell'influenza stagionale, rendere trasparente l'informazione ai cittadini. Più penseremo a proteggere la popolazione, meno rischi correremo in termini di salute pubblica e di organizzazione della sanità.

** Presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale*



dell'Atlantico che non contiene adiuvante. A meno di casi particolari valutati dal medico, non è affatto una buona idea. Si tratta infatti di un prodotto, questo sì, del tutto sperimentale, coltivato per la prima volta su cellule di rene di scimmia invece che su uova di gallina, approvato in fretta e furia per rispondere alla pandemia e mai utilizzato su larga scala. Ma se l'influenza è così leggera, perché c'è bisogno del vaccino? «Per i medici e il personale addetto ai servizi essenziali si tratta soprattutto di senso di responsabilità nei confronti dei cittadini che hanno bisogno della loro opera», risponde Rezza. Senza contare che vaccinando queste figure professionali, sempre a contatto col pubblico, si può interrompere la catena del contagio, proteggendo chi rischia di più. È questa la logica con cui si inviteranno alla vaccinazione anche i bambini e i ragazzi sani, soprattutto per evitare che portino a casa il virus a nonni e neonati. «Le donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza invece devono assolutamente farsi vaccinare», raccomanda Remuzzi, «non solo per proteggere loro stesse, a rischio soprattutto se obese, ma anche i nascituri, che non potranno essere vaccinati fino ai sei mesi di età». Lo stesso vale per i piccoli sani, ma nati prematuri, come la bambina deceduta a Napoli e i malati cronici, soprattutto se immunodepressi o con disturbi al cuore o ai polmoni: a parte coloro che hanno più di 65 anni, esclusi per ora dalla campagna vaccinale dal momento che le loro probabilità di ammalarsi sono remote, per le persone esposte a complicazioni gravi la bilancia che soppesa rischi e benefici pende a favore della vaccinazione.

Roberta Villa

Foto: Cuccaro - Imagoeconomica, Fotogramma, CGE - Agf

# Il biotech non teme la nuova sanità Usa

## La maggiore pressione sui prezzi dei farmaci dovrebbe essere quasi totalmente compensata dall'aumento del bacino di potenziali pazienti

La riforma di Barack Obama sulla sanità Usa non dovrebbe far paura alle biotech. Parola di BB Biotech. Secondo l'analisi del fondo d'investimento svizzero specializzato nel settore, infatti, se la riforma diventerà legge, una volta implementata «non rappresenterà quel rischio che all'inizio si sarebbe potuto pensare». Almeno sul fronte delle biotecnologie, che anche in campo farmaceutico rappresenteranno sempre più «il vero motore dell'innovazione».

La rivoluzione sanitaria in discussione Oltreoceano, punta a estendere entro il 2019 la copertura sanitaria a 36 milioni di americani oggi scoperti, nonché a ridurre i costi del sistema sanitario statunitense (il più caro al mondo con una spesa pubblica pari al 16,2% del Pil, destinata a crescere al 20,3% nel 2018) senza gravare sul bilancio pubblico. Per valutarne il possibile impatto sul settore biotecnologico, BB Biotech (tre su cinque partecipazioni strategiche in aziende americane, con una componente dollaro che pesa sul 60% del portafoglio della società) ha preso a modello il gruppo Celgene, di cui detiene il 16,4 per cento. «Analizzando tutti i vari fattori, risulta che la prevedibile maggiore pressione sui prezzi dei farmaci - ha spiegato il responsabile management BB Biotech, Daniel Koller - sarà quasi completamente compensata dall'aumento del bacino di potenziali pazienti. Su un'ipotetica bilancia i due elementi dovrebbero pareggiarsi. Anzi, per alcune aziende potrebbero intravedersi addirittura dei vantaggi». Secondo Koller, quindi, «nonostante la riforma sanitaria, l'innovazione nella ricerca e nello sviluppo non verrà messa in discussione». Convinzione supportata anche dal fatto che lo stesso Obama ha più volte ribadito l'intenzione di sostenere la ricerca. E il budget dedicato è stato aumentato del 30% e oggi ammonta a 40 miliardi di dollari. E in ogni caso il capitolo farmaci riguarda solo un 20% della riforma Usa. **G.Sc.**

Trichet: «Lotta alla disoccupazione»

Geithner vuole un dollaro forte

Quotidiano Milano
CORRIERE DELLA SERA
13-NOV-2009
Diffusione: 680.130 Lettori: 2.722.000 Direttore: Ferruccio de Bortoli da pag. 6

# Fondi alla ricerca legati al merito Una riserva del 7%

## *Gelmini: chiamata diretta contro la fuga di cervelli*

**Consigli snelli**

Maggiore autonomia finanziaria e veri e propri business plan per gli enti di ricerca. Un «tetto» ai vertici: da 3 a 5 consiglieri

**Il sì del Cnr**

Il decreto «si muove nella linea di razionalizzazione e semplificazione del sistema che condividiamo», dice il presidente del Cnr, Luciano Maiani

ROMA — Dopo l'università, gli enti di ricerca. La Gelmini prescrive la sua terapia alle comunità scientifiche impegnate nell'ampliamento dei confini della conoscenza: fine delle nomine «politiche», autonomia e responsabilità. Vale a dire: enti che redigono i propri statuti, pianificazione triennale dell'attività, attraverso veri e propri business-plan, partecipazione al capitale di rischio, possibilità di chiamare «cervelli», organi di gestione più snelli. Il Consiglio dei ministri ha approvato il decreto legislativo di riordino degli enti di ricerca. Il provvedimento, da subito operativo, discende da una legge delega del governo Prodi. «Grazie al decreto — ha affermato il ministro Mariastella Gelmini — riusciremo a snellire gli enti di ricerca, a renderli meno burocratici e più vicini alle esigenze del mondo produttivo». «Abbiamo messo mano anche all'organizzazione interna per garantire nomine quanto più possibile lontane da logiche politiche. E come già fatto per l'università distribuiremo risorse sulla base del merito, riservando già dal primo anno il 7 per cento dei fondi ai progetti speciali». Positivi i primi commenti delle comunità scientifiche. «Molti punti apprezzabili e qualche criticità», commenta il presidente del Cnr, Luciano Maiani. «Principi condivisibili» per il presidente dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (Infn), Roberto Petronzi. Per il presidente dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (Ingv), Enzo Boschi, è giusto puntare sulla valutazione. L'opposizione sospende il giudizio.

Ecco le principali novità del decreto. Come per l'università compare un numero, il 7, che segna in percentuale la quantità di risorse destinate agli enti da distribuire sulla base di criteri meritocratici. La quota, che servirà sin dal primo anno a finanziare progetti speciali, potrebbe aumentare in futuro. Gli enti potranno assumere per chiamata diretta ricercatori italiani o stranieri che abbiano conseguito risultati eccezionali. Le «chiamate» non potranno superare il 3 per cento del personale. Secondo il ministero questa è una «una risposta concreta alla fuga dei cervelli».

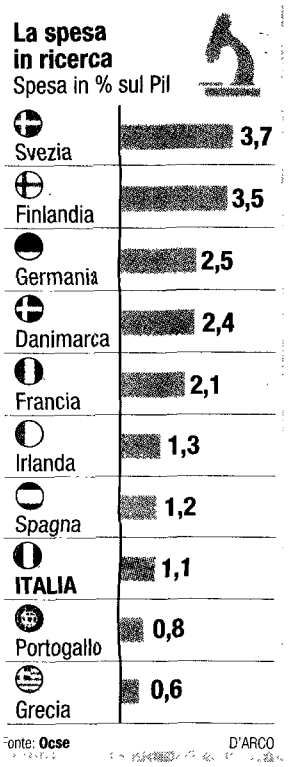
In arrivo nuovi strumenti di finanziamento. Gli enti potranno promuovere fondi di investimento pubblici o privati per realizzare progetti di trasferimento tecnologico, raccogliendo capitali speculativi. Potranno inoltre realizzare società di applicazione industriale che partono da attività di ricerca anche in collaborazione con il sistema universitario. I piani e gli investimenti dovranno essere coerenti con il Programma Nazionale della Ricerca, che diventa quindi lo strumento guida. Gli enti saranno chiamati a andare avanti non giorno per giorno, ma concentrando le risorse su progetti strategici: la pianificazione diventa triennale, con veri e propri business-plan della ricerca che evidenziano costi, ricavi e risultati attesi. Gli organi di amministrazione e gestione saranno più snelli. Sono previsti cinque componenti per Agenzia Spaziale Italiana (Asi), Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr), Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (Infn), Istituto Nazionale di Astrofisica (Inaf) e Istituto Nazionale di Geofisica e

Quotidiano Milano
CORRIERE DELLA SERA
13-NOV-2009
Diffusione: 680.130 Lettori: 2.722.000 Direttore: Ferruccio de Bortoli da pag. 6

Vulcanologia (Ingv). Previsti tre componenti per gli altri enti. La selezione dei presidenti e dei componenti dei consigli di amministrazione avverrà attraverso una procedura pubblica, con candidature esaminate da un comitato di esperti di livello nazionale e internazionale.

**Giulio Benedetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quotidiano Roma | la Repubblica | 13-NOV-2009
Diffusione: 627.157 | Lettori: 2.991.000 | Direttore: Ezio Mauro | da pag. 33

# La depressione non è più invincibile nuovi farmaci e hi-tech ci tirano su

**Efficaci stimolatori, diagnosi precoce e terapie avanzate "Ma la pillola della felicità non esiste"**

VERA SCHIAVAZZI

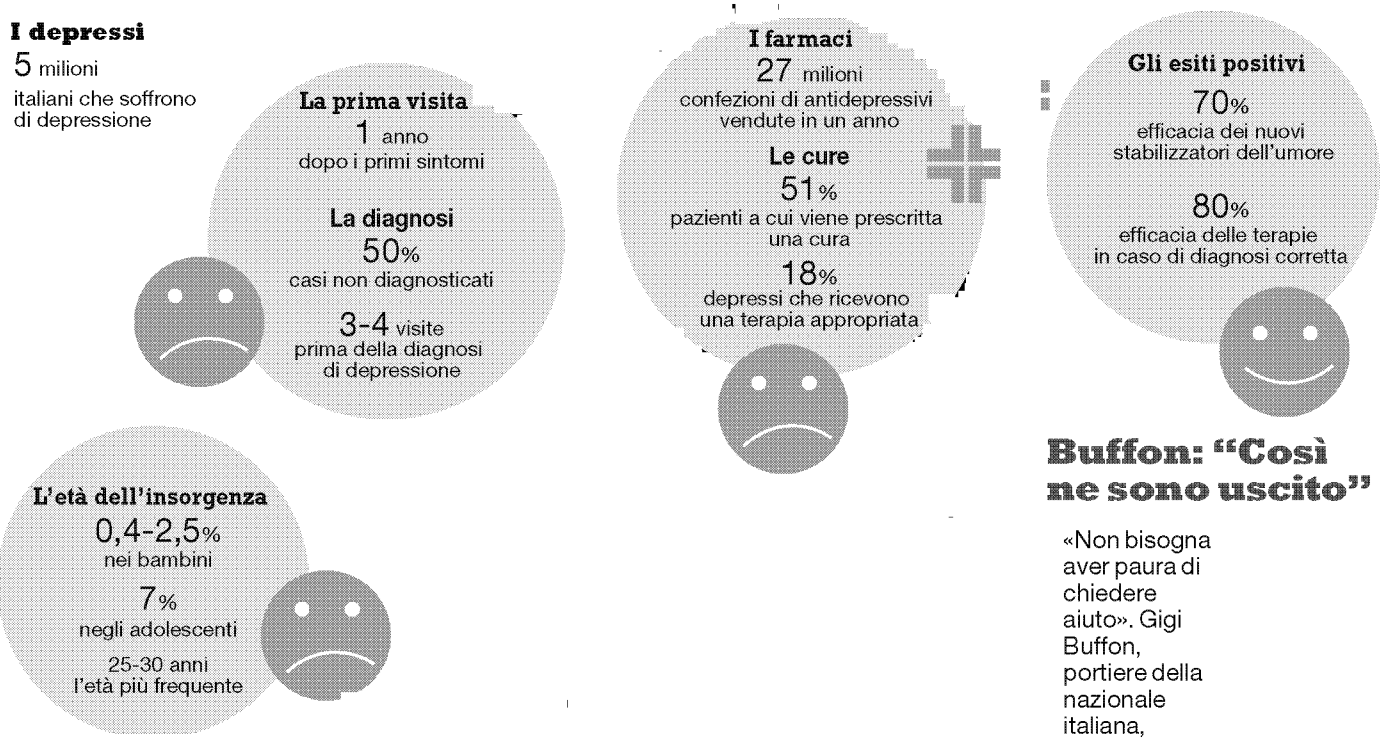
DIAGNOSI precoce e appropriata. Stimolazione magnetica intracranica. Stimolatori elettrici per il nervo vago. Terapia della luce. Privazione del sonno. Se i farmaci — ormai efficaci nel 70 per cento delle depressioni "severe" — non funzionano, ci sono altre terapie diverse da quelle psicologiche per cercare di proteggere i pazienti da se stessi. «Quando ho letto che Robert Enke, il portiere tedesco suicida, era assistito da uno psicologo, ho avuto un brivido, pur non potendo sapere se era proprio così», confessa Laura Bellodi, una delle psichiatre italiane più note tra chi si occupa di ansia, depressione, disturbi ossessivi. E il suicidio del portiere tedesco diventa così l'occasione per un nuovo dibattito tra medici sulle armi delle quali la scienza dispone oggi per salvare chi, una o più volte durante la sua vita, incontra la depressione.

Due i problemi principali con i quali gli psichiatri, in prima linea nella cura dei pazienti più gravi, si scontrano ogni giorno nei servizi pubblici (dove oggi è in cura l'1,5% della popolazione italiana) o negli studi privati. Il primo, paradossalmente, è rappresentato proprio da farmaci sempre più efficaci, dall'antico litio, di nuovo di moda, ai più recenti stabilizzatori dell'umore, nati per combattere l'epilessia e ora utilizzati con efficacia soprattutto nella terapia del disturbo bipolare (pazienti nei quali ai momenti di depressione se ne alternano altri che assomigliano all'euforia). «Chi li utilizza, proprio come chi deve curare la propria ipertensione o altri disturbi cronici deve continuare a farlo spesso, per periodi molto lunghi — spiega Filippo Bogetto, direttore della clinica di Psichiatria universitaria delle Molinette di Torino dove si sperimenta lo stimolatore per i pazienti che non rispondono ai farmaci — La sfida è proprio lì: convincere il paziente che si sente meglio a non sospendere la cura». Conferma Bellodi: «L'assunzione regolare dei farmaci evita a molti pazienti le ricadute e rappresenta un'efficace terapia di mantenimento. Chi continua a prenderli seguendo le prescrizioni si risparmia uno o più episodi che talora, purtroppo, possono essere anche molto gravi». E chi non risponde ai farmaci? «La garanzia totale non esiste. Oggi però disponiamo di molte risposte che, anche senza evocare terapie da noi assai impopolari come l'elettrochoc, possono essere utili: stimolazione magnetica, luce, privazione del sonno». E Vittorio Lingiardi, docente alla Sapienza di Roma, psichiatra e psicoterapeuta, aggiunge: «La prescrizione sta sempre all'interno di una relazione terapeutica. Non possediamo ancora la pillola della felicità, farmaci e psicoterapia devono andare insieme». E

Quotidiano Roma | la Repubblica | 13-NOV-2009
Diffusione: 627.157 | Lettori: 2.991.000 | Direttore: Ezio Mauro | da pag. 33

dall'Australia arriva un'altra notizia: per il Commonwealth Scientific Research Organization chi si sottopone a una dieta (e non è già colpito da una depressione maggiore) potrebbe avere un calo d'umore, a causa del taglio sui carboidrati come pasta e pane. Forse è per questo che gli italiani restano, almeno in questo campo, in fondo alle classifiche negative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA




## Buffon: "Così ne sono uscito"

«Non bisogna aver paura di chiedere aiuto». Gigi Buffon, portiere della nazionale italiana, all'indomani della tragedia del collega tedesco racconta il suo periodo di depressione, nel 2004, e di come ne è uscito: «Sono momenti terribili ma non bisogna aver paura a parlarne a chi ti è vicino. E io l'ho fatto»

Quotidiano Milano
il Giornale
13-NOV-2009
Diffusione: 220.083 Lettori: 623.000 Direttore: Vittorio Feltri da pag. 42

Gloria Saccani Jotti

# Nasce a Verona una fondazione per lo studio delle malattie del pancreas

*Malati & malattie*

La Fondazione Italiana - onlus - per la ricerca sulle malattie del pancreas (FIMP) è stata fondata dai ricercatori responsabili per lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neoplastiche ed infiammatorie del pancreas, che operano nella università ed azienda ospedaliera di Verona. Obiettivi l'informazione ed i servizi umanitari ai pazienti affetti da tali malattie ed alle loro famiglie, ma anche lo sviluppo della ricerca e la formazione. Incontriamo il professor Paolo Pederzoli, ordinario di chirurgia presso l'università di Verona. «Sin dall'insediamento a metà degli anni '70, la sede universitaria della Facoltà di medicina a Verona fu pioniera dell'approccio diagnostico e terapeutico al pancreas. L'Unità operativa di chirurgia B da me diretta ricovera più di 1200 pazienti l'anno in una struttura di 40 posti letto. L'indice di attrazione extra-regionale è superiore al 70 per cento. Sette su dieci ricoverati sono sottoposti ad intervento chirurgico. Tra gli interventi le resezioni pancreatiche maggiori che superano le 250 unità-anno, facendo di Verona il 1° Centro Nazionale per pazienti resecati e tra i primi tre nel mondo con risultati paragonabili a quelli della Mayo Clinic, del John Hopkins Hospital e del Memorial-Sloan Kettering Centre di New York. A questi numeri si devono aggiungere circa altri 2500 pazienti che ogni anno vengono valutati presso il nostro centro in regime di day hospital. Da non sottovalutare come il dato epidemiologico storico sul tumore esocrino del pancreas sia di circa 7500 nuovi casi all'anno in Italia». L'attività è di tipo multidisciplinare e ciò ha determinato la nascita di numerose linee di ricerca alle quali ci si applica (in particolare sulle neoplasie eso-endocrine), non solo cliniche, ma soprattutto di base, facendo sì che Verona sia oggi frequentata da ricercatori provenienti da tutto il mondo. «La valenza internazionale del binomio Pancreas–Verona – continua Pederzoli - è testimoniata dalle numerosissime pubblicazioni scientifiche su prestigiose riviste del settore e dagli incarichi nazionali ed internazionali che i ricercatori veronesi coprono. Naturalmente ciò richiede sforzi economici sempre più importanti e finalizzati non solo all'acquisto di macchinari sofisticati, ma anche all'erogazione di borse di studio, dottorati di ricerca e ruoli per i giovani ricercatori.

gloriasj@unipr.it

Si sviluppa a Taranto la cardiologia

Quotidiano Milano
il Giornale
13-NOV-2009
Diffusione: 220.083 Lettori: 623.000 Direttore: Vittorio Feltri da pag. 42

UNIVERSITÀ - INDUSTRIA

# Ricerche avanzate tutte italiane per combattere il morbo di Crohn

Luisa Romagnoni

Anche in Italia vi sono Centri di eccellenza in grado di ottenere risultati scientifici e clinici di rilevanza internazionale. Risale all'inizio del Duemila l'avvio della collaborazione scientifica della società farmaceutica italiana Giuliani con il professor Francesco Pallone, direttore del Centro di gastroenterologia del Policlinico universitario Tor Vergata. Questo Centro di eccellenza romano si distingue per la diagnosi e cura delle malattie infiammatorie croniche intestinali (Crohn e rettocolite ulcerosa), per la diagnosi e cura della celiachia e delle malattie dello stomaco, per la prevenzione, diagnosi e terapia dei tumori del colon e del retto, ed un'area per l'endoscopia operativa e d'urgenza.

**RICERCA**
**Il farmaco, somministrabile per via orale, sarà presto sperimentato sull'uomo**

In questo Centro un gruppo di ricercatori, coordinati dal professor Giovanni Monteleone, ha rivolto particolare interesse agli studi di fisiologia e pato-biologia dell'immunità mucosale intestinale nell'uomo. In questa area questo team di ricercatori ha pubblicato numerosi lavori scientifici sulle più qualificate riviste internazionali, tra cui «Nature», che hanno consentito di sviluppare farmaci innovativi per la cura del morbo di Crohn.

La molecola messa a punto da questo team ha già ottenuto l'autorizzazione per la sperimentazione sull'uomo da parte dell' Istituto Superiore di Sanità.

«Il nuovo farmaco, denominato oligonucleotide antisenso per Smad7, la cui sperimentazione clinica nell' uomo è prevista per il 2010, rappresenta - afferma il professor Monteleone - una innovazione assoluta di rilevanza mondiale per la cura del Crohn in quanto siamo riusciti a realizzare per la prima volta una formulazione orale in compresse di un antisenso. Ora ci aspettiamo anche sui pazienti l'efficacia già dimostrata in tutti i modelli sperimentali».

«Nel mondo sono oltre tre milioni i pazienti che potranno avere grandi benefici dall'impiego di questo nuovo farmaco che rappresenta il primo frutto della collaborazione con il Centro di eccellenza di Tor Vergata. Stiamo già sviluppando un secondo farmaco, un anticorpo monoclonale anti-IL21, per la cura sia del morbo di Crohn sia della psoriasi. Mi auguro che la collaborazione pubblico-privato da noi attuata per creare innovazione possa essere un modello seguito da altri imprenditori farmaceutici italiani e possa ripercuotersi positivamente sulle esportazioni del Sistema Italia», precisa il dottor Germano Mario Giuliani, giovane presidente della società farmaceutica di famiglia, nata nel 1896 a Milano.

Si sviluppa a Taranto la cardiologia

Quotidiano Milano
il Giornale
13-NOV-2009
Diffusione: 220.083 Lettori: 623.000 Direttore: Vittorio Feltri da pag. 42

LA PREVENZIONE È LA VERA SOLUZIONE PER COMBATTERE LA CHIUSURA DELLE CORONARIE

# Si sviluppa a Taranto la cardiologia

*Nel 2008 sono state eseguite 1800 procedure, 775 le angioplastiche, di cui 229 primarie*
*L'ultima frontiera è la cura del paziente diabetico con le sue alterazioni del microcircolo*

Luigi Cucchi

Anche nel Mezzogiorno cresce la cardiologia interventista. A Taranto la Casa di cura Villa Verde, un centro accreditato presso il servizio sanitario nazionale, ha una struttura cardiologica con sedici specialisti, diretta dal catanese dottor Concetto La Rosa. Parte integrante di questo reparto è il laboratorio di emodinamica, attivo 24 ore su 24, con quattro cardiologi interventisti coordinati dal dottor Luigi My. Nel 2008 sono state eseguite 1800 procedure. Le angioplastiche sono state 775, di cui 229 primarie, cioè con infarto in corso. Più del 30 per cento dell'attività è quindi svolta in urgenza, molti i casi complicati, provenienti da un bacino di 600mila abitanti.

Luigi My, nato a Grottaglie (Taranto) nel 1955, si è laureato a Pisa nel 1980 e si è specializzato a Bari nel 1987. Ha partecipato attivamente alla sensibilizzazione dei medici alla necessità di interventi precoci per tutti i cardiopatici che presentano sospetto di ischemia.

«La cardiopatia ischemica - ricorda - è ancora oggi la prima causa di morte nei Paesi occidentali. L'aumento della vita media ha portato alla crescita di questi malati: oggi la frequenza più elevata delle cardiopatie è tra i 50 ed i 60 anni, ma si interviene anche su soggetti infartuati a 35 anni e su pazienti con 80-85 anni, che dopo l'intervento di angioplastica tornano in piena efficienza. Sul grande anziano un tempo non si interveniva, oggi lo si fa sempre».

In Puglia si sta realizzando una rete per rendere sempre più efficaci gli interventi di emergenza sui cardiopatici. «Abbiamo contribuito a sensibilizzare tutto il mondo medico sull'importanza della cardiologia interventistica e sui risultati concreti che si possono ottenere. Quando vi è un infarto - precisa il dottor My - si deve intervenire entro 120 minuti, prima cioè che si manifestino danni ischemici irreversibili. Le coronarie andrebbero riaperte prima che si arrivi alla loro chiusura, evitando così di dover intervenire su un paziente già debilitato, spesso in stato di choc. La vera soluzione è rappresentata dalla prevenzione: si deve cioè evitare il formarsi della placca aterosclerotica all'interno delle arterie adottando uno stile di vita corretto: il fumo va abolito, l'alimentazione deve essere tale da evitare il sovrappeso e ancor più l'obesità. La vita sedentaria non aiuta certo l'equilibrio psicofisico. Tanti sono i fattori che sommandosi fanno crescere in modo drammatico il rischio cardiovascolare globale».

In Italia ogni anno si eseguono 260mila coronarografie e 130mila angioplastiche, di cui 23mila in presenza di infarto miocardico. Sono interventi che consentono di evitare quelli cardiochirurgici tradizionali. Da alcuni mesi, tra i primi al mondo, i cardiologi interventisti italiani eseguono anche interventi per la sostituzione delle valvole aortiche, sempre attraverso un catetere e senza circolazione extracorporea.

Nelle sale di emodinamica si curano numerose altre patologie: si interviene sulle carotidi che minacciano l'occlusione e si ottengono risultati eccellenti, si curano le arterie renali ristrette e le occlusioni che colpiscono gli arti inferiori manifestando patologie come la claudicatio intermittens o mal della vetrina perché costringe i pazienti che accusano forti dolori agli arti inferiori a prolungate soste davanti alle vetrine, aspettando che il dolore passi. L'ultima frontiera dei cardiologi interventisti è rappresentata dalla cura del piede diabetico. L'intervento riesce a ripristinare la funzionalità del microcircolo degli arti inferiori, evitando in tal modo la gangrena e l'amputazione che ogni anno si rende necessaria per 15mila malati.

Il paziente diabetico è ad alto rischio di chiusura delle coronarie e va trattato con particolare attenzione, anche per evitare la trombosi tardiva. «Quando la coronaria si è particolarmente ristretta ed in più punti può risultare preferibile l'intervento chirurgico tradizionale, cioè il by pass aorto-coronarico». La cardiologia interventista si prepara a nuove sfide. Si stanno sperimentando nuovi stent riassorbibili la cui efficacia non è ancora stata scientificamente dimostrata. Un fermento di ricerche e sperimentazioni in un'area della medicina che si è sviluppata solo negli anni '80 - '90 e che ha contribuito in modo determinante all'aumento dell'età media e soprattutto al miglioramento della qualità della vita.

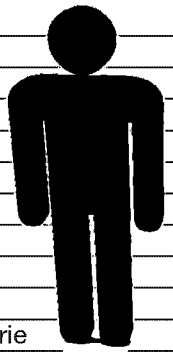
Quotidiano GAZZETTA DI MODENA 13-NOV-2009
Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Claudio Salvaneschi da pag. 16

# Tumori: nuove cure, più facile guarire

## *I dati del Registro. Federico: l'Ausl ci deve 225mila euro*

In tabella sono riportati per uomini e donne quali sono i tumori che uccidono di più in provincia di Modena

**LA MORTALITA'***



•*Uomini*

| | |
|---|---|
| Polmone | 29.4% |
| Colon e Retto | 11,0% |
| Prostata | 8.2% |
| Stomaco | 7.7% |
| Fegato | 6.1% |
| Pancreas | 5.8% |
| Vescica | 5.2% |
| Leucemie | 3.6% |
| Linfomi | 3.1% |
| VADS | 3.0% |
| Rene e vie urinarie | 2.6% |
| Encefalo e altro SCN | 2.2% |
| Mieloma | 1.3% |
| Esofago | 1.1% |
| Altri | 9.6% |

•*Donne*

| | |
|---|---|
| Mammella | 17.2% |
| Polmone | 11.8% |
| Colon e Retto | 11.3% |
| Pancreas | 7.9% |
| Stomaco | 6.2% |
| Ovaio | 5.2% |
| Leucemie | 4.5% |
| Fegato | 4.1% |
| Linfomi | 3.1% |
| Encefalo e altro SNC | 2.6% |
| Rene e vie urinarie | 2.4% |
| Mieloma | 2.4% |
| Vescica | 1.6% |
| Melanoma | 1.2% |
| VADS | 1.1% |
| Corpo dell'utero | 0.9% |
| Altri | 16.5% |

di Gabriele Casagrande

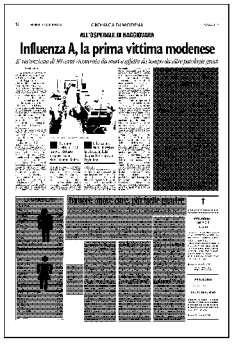
"Dal registro tumori della provincia di Modena emergono due dati: un continuo lieve aumento di tutti i tumori sia negli uomini che nelle donne, ma non drammatico in termini percentuali, e un miglioramento della curabilità di queste malattie rispetto già a solo sei anni fa, la probabilità di guarigione è cresciuto del 5-6%: è confortante". Lo ha detto il dott. Massimo Federico alla presentazione del volume "I tumori nelle province di Parma, Reggio e Modena" al Centro oncologico modenese.

Le neoplasie più frequenti tra i maschi sono rappresentate da quelle della prostata (20%), del polmone (15,1%), del colon retto (14,4%) e della vescica (10,1%). Nelle femmine, la neoplasia più frequente è quella della mammella (28,9%), del colon-retto (12,5%), del polmone (6,3%) e della tiroide (5,8%). "Quest'ultima continua a diventare un problema di cui qualcuno si dovrà prima o poi occupare. E' da ricordare inoltre l'aumento dei melanomi per le donne - spiega Federico - In generale, calano i tumori allo stomaco sia per le donne che per gli uomini e calano i tumori alla prostata dopo l'abbuffata di fine anni'90 e dei primi anni 2000".

Prima di presentare i dati contenuti nel nuovo registro, Federico cita l'Ausl: "Nel giugno 2007, il dottor Caroli comunicò che era stato siglato un accordo per il trasferimento del registro nell'Ausl: per noi fu una grande soddisfazione, ci avrebbe permesso di risolvere il problema del precariato del personale. Abbiamo scritto quattro richieste e ad oggi non abbiamo ricevuto nessun riscontro: i debiti accumulati dall'Ausl nei nostri confronti ammontano a 225mila euro, tutta una serie di costi che da cinque anni sono cresciuti. Ci aspettiamo che l'Ausl torni a porre attenzione a questo tema".

Analizzando i dati contenuti nella nuova pubblicazione del Registro tumori di Modena, Federico passa in rassegna l'indagine sulla mortalità: "Sono stati registrati 5000 decessi, questo è un trend stazionario - spiega il professore - Per i maschi, tra le neoplasie mortali più frequenti c'è il tumore al polmone, ma la tendenza è in calo. Per le donne, il tumore alla mammella è la prima causa, polmone e retto la seconda. I tumori del polmone calano tra gli uomini, ma aumentano tra le donne, la differenza si ormai dimezzata. Mettendo insieme questi dati emerge che la sopravvivenza a 5 anni per chi si è ammalato nel periodo 2004-2007 è migliorata: siamo passati dal 56% al 63% circa, c'è stata una riduzione del rischio del 18%. Questo è lo specchio della combinazione tra diagnosi precoce e curabilità della malattia".

Stefano Cencetti, direttore generale del Policlinico ha apprezzato il lavoro svolto: "Questi dati rappresentano metà regione perché, se aggiungiamo anche gli abitanti di Piacenza, raggiungiamo un milione e seicentomila persone. Siamo quindi su un'area molto vasta e stiamo lavorando per condividere tutta una serie di risorse con le provincie dell'area Emilia-nord: ben venga la condivisione delle conoscenze e dell'informazione su questa vasta area. La sopravvivenza aumenta e questo significa che aumentano le esigenze dei cittadini e di conseguenza i costi, un dato di fatto con cui siamo lieti di confrontarci, ma tutti gli anni ci crea problemi, soprattutto a livello di programmazione finanziaria. Con le patologie tumorali sta aumentando a dismisura la sopravvivenza: significa pensare a una nuova fase di sviluppo e di riorganizzazione di oncologia".


Influenza A, la prima vittima modenese

IL MATTINO NAPOLI
13-NOV-2009
Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Virman Cusenza da pag. 35

LA PREVENZIONE

# Tumore alla prostata, al Pascale una nuova tecnica diagnostica

*Il marcatore Pca3, più attendibile del Psa, viene evidenziato con la risonanza magnetica*

**DAVIDE CERBONE**

Ogni anno più di 1500 persone varcano questa soglia con la stessa inquietudine: il loro spettro si chiama tumore alla prostata. Una paura che per fortuna nel 60% dei casi viene scongiurata. Per evitare a questi pazienti l'esperienza invasiva della biopsia e vincere le resistenze che portano molti uomini a sottrarsi ai controlli, i ricercatori dell'istituto Pascale hanno escogitato una nuova e più raffinata tecnica diagnostica, basata sulla valutazione di un marcatore (il Pca3) che si è dimostrato fortemente associato ai carcinomi prostatici e dunque ben più efficace del Psa, comunemente usato per individuare queste patologie.

A rivelare la presenza del Pca3 è la risonanza magnetica funzionale, modernissimo esame che solo l'Istituto dei tumori di Napoli, tra le strutture pubbliche campane, può vantare. Già testato su 250 pazienti, lo studio condotto dall'urologo Sisto Perdonà viene aperto ora a mille volontari (circa 20 a settimana) oltre i 45 anni e con un Psa compreso tra 2,5 e 10ng/ml, che verranno visitati gratuitamente da un urologo e avviati al nuovo percorso diagnostico. Per accedervi, è possibile da oggi prenotare una visita al numero 081-5903261 (ore 9-13 e 14-16,30).

La sperimentazione, presentata dal direttore generale del Pascale Tonino Pedicini, durerà due anni e sarà finanziata con 310 milioni dal Ministero della Salute e dalla Regione. L'iter che dovrà validare la ricerca prevede quattro indagini: risonanza, test del Pca3, ecografia e agobiopsia prostatica. Le ultime due, tuttavia, serviranno solo come «prova del nove». Dopo la fase sperimentale, appurata l'attendibilità del nuovo marcatore, si potrà infatti fare a meno della biopsia. Le visite inizieranno a gennaio e gli esiti saranno comunicati ai pazienti entro tre settimane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riabilitazione senza fondi, scatta la serrata

Quotidiano | LA PREALPINA | 13-NOV-2009
Diffusione: n.d. | Lettori: n.d. | Direttore: Giancarlo Angeleri | da pag. 19

# Tumori della pelle: da oggi si fa prevenzione nel reparto oncologico

S'inaugura oggi, con l'accesso dei primi venti pazienti, l'ambulatorio di prevenzione dei tumori della pelle, ospitato nel reparto legnanese di oncologia e gestito dalla delegazione locale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il sodalizio presieduto dal dottor Flavio Giranzani compie, dunque, un nuovo passo avanti in direzione della prevenzione, grazie alla sinergia con l'Azienda Ospedaliera e, nello specifico, con l'Unità Operativa diretta dal dottor Sergio Fava, con la quale i volontari collaborano ormai da anni. E' proprio il primario a sottolineare l'importanza di questa iniziativa: «La prevenzione è l'arma più efficace in assoluto per il melanoma, che è il più frequente tumore della pelle. Se scoperto in tempo, ossia quando lo spessore è inferiore al millimetro, s'interviene chirurgicamente e il problema è risolto, senza la necessità della chemioterapia. Se invece lo si trascura, i rischi sono ben più elevati». Soddisfazione anche da parte della dottoressa Carla Dotti, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera.Venti, si diceva, le persone che nel pomeriggio, dalle 15 alle 18, saranno visitate dalla dottoressa Cristina Masnada, la dermatologa che da anni collabora con l'ospedale e che avrà la responsabilità medica del nuovo ambulatorio. A gestire gli appuntamenti saranno invece le volontarie della Lega Tumori, raggiungibili per le prenotazioni tutte le mattine dalle 9 alle 12 al numero 0331/449.922. Per la giornata di oggi, l'agenda è già completa e lo stesso vale per tutto il mese di dicembre: come ha precisato la dottoressa Dotti, «si vedrà d'intensificare l'attività in base al numero delle richieste». Le volontarie della Lega Tumori ricordano che le visite non sono sottoposte a un ticket.

**Cristina Masetti**

«Il delitto al night non resterà impunito»