

## Rassegna del 25/01/2010

---

SETTIMANALE DIPIÙ - In sala parto l'uomo è solo di ostacolo alla donna - Varotti  
Tommaso

1

La stupefacente e innovativa scoperta fatta in un centro di ricerca londinese

# IN SALA PARTO L'UOMO E' SOLO DI OSTACOLO ALLA DONNA

La sua presenza crea uno sfasamento ormonale che non aiuta la partoriente

di Tommaso Varotti

Manchester (Gran Bretagna),  
gennaio

**A**bbiamo scoperto che la presenza in sala parto del marito o del compagno della donna che sta per mettere al mondo un figlio può ostacolare la buona riuscita del parto stesso. La ragione di questo va cercata nel fatto che le donne sono biologicamente predisposte a partorire da sole o, al limite, accompagnate da un'altra donna: la presenza di terze persone di sesso maschile influenza negativamente la produzione degli ormoni che danno l'avvio al processo della nascita. Pertanto, la ricerca scientifica demolisce la credenza sociologica e psicologica per cui l'uomo deve essere per forza presente al momento della nascita del proprio figlio e smentisce quindi che possa avere un ruolo attivo e positivo in quel delicato momento».

Lo afferma uno scienziato francese, Michel Odent, direttore del Primal Health Research Center di Londra: un istituto di ricerca che ha come scopo lo studio delle conseguenze del parto e dei primi istanti di vita sullo sviluppo fisico e psicologico degli individui. Ma procediamo con ordine e, guidati dalle parole di Odent, vediamo in che cosa consiste questa rivoluzione scientifica presentata nel recente congresso internazionale tenutosi a Manchester, in Gran Bretagna, presso il Royal College of Midwives.

«La presenza in sala parto del marito o del compagno di una donna non è necessaria. Anzi, a volte può rivelarsi addirittura controproducente», ha dichiarato il dottor Odent, tra lo stupore generale. Ma qual è il motivo scientifico per cui un uomo non dovrebbe essere presente in sala parto? «Per rispondere devo rifarmi alle ricerche di an-



Gli articoli  
di scienza  
di "Dipiù"

**«E' FONTE DI STRESS»** Illustriamo la ricerca sull'effetto che ha la presenza del partner nel momento del parto, tra i più delicati nella vita di una donna, con l'immagine di una partoriente affiancata dal proprio compagno. «Nel profondo della sua mente, la donna avverte la presenza maschile in sala parto come se fosse quella di un estraneo e questo è fonte di stress per lei», dice Michel Odent, lo scienziato che ha diretto lo studio.

tropologia, cioè la scienza che studia le abitudini umane. Esse spiegano come, fin dalla Preistoria, le donne mettevano al mondo i figli di notte, al sicuro dai predatori diurni, e in solitudine o al limite accompagnate da un'altra donna. Ebbene, io ritengo che questa esigenza dettata dall'istinto non può essere totalmente scomparsa nelle donne».

Il genere umano, però, nel frattempo si è evoluto e le abitudini sono cambiate: nessuna donna, potendo scegliere, partorirebbe da sola nell'oscurità di una caverna... «Sicuramente è così: infatti nessuno chiede di tornare a quell'epoca», è l'opinione del dottor Odent. «Tuttavia ogni donna ha l'esigenza di sentirsi rispettata in un momento in cui è più fragile, sia da un punto di vista fisico sia psicologico. La presenza di un uomo determina invece un conflitto con questo istinto e, a mio avviso, il più delle volte è fonte di stress e non di aiuto: nel profondo della sua mente, la donna avverte la presenza maschile come se fosse quella di un estraneo».

Ma davvero possiamo ritenere

che il marito o il compagno sia un estraneo? «Purtroppo, da un punto di vista biologico, è così. I dati ne forniscono la prova: da quando si è deciso di fare assistere i mariti al parto, sono statisticamente aumentati i tempi medi di lunghezza del travaglio e il ricorso ai parti cesarei. Eppure il cesareo dovrebbe essere l'eccezione e non la regola: ciò significa che la presenza degli uomini è controproducente e andrebbe limitata».

Ma in quale modo la presenza di un uomo agisce negativamente? «Scientificamente parlando», risponde il dottor Odent «il meccanismo biologico del parto è avviato da un ormone, l'ossitocina, che provoca le contrazioni dell'utero. Ma la presenza di persone che sono considerate estranee determina la produzione di un altro ormone, il cortisolo, che diminuisce l'azione dell'ossitocina. Ci sono anche valutazioni di carattere psicologico che spiegano le ragioni di questo sfasamento ormonale e delle conseguenti difficoltà per la madre».

Quali sono queste ragioni? «Ai

papà, negli ultimi venti anni, è stato imposto culturalmente di assistere ai parti, facendoli sentire in colpa se non avessero diviso con la compagna questa esperienza», spiega lo scienziato francese, che aggiunge: «Questa, però, è una forzatura, quasi una violenza: quante volte abbiamo visto papà svenire alla vista del sangue? Ebbene, immaginiamo che cosa può provare una partoriente nel vedere il proprio compagno svenire. Non è d'aiuto per lei: anzi, è fonte di preoccupazione. Lo stesso vale per i padri che, invece di assistere la moglie in quel momento cruciale, la filmano con la videocamera. Una donna, quando sta partorendo, non ha alcun interesse a essere ripresa mentre, seminuda e sfinita per la fatica, vive una delle esperienze più delicate della sua esistenza».

## I padri non devono autoinvitarsi

Come dovrebbero comportarsi dunque i papà? «Prima di tutto», sottolinea il ricercatore francese «non si devono autoinvitare: se la compagna o la moglie desidera veramente la loro presenza, è un buon punto di partenza. In sala parto il padre del bambino non deve intralciare il lavoro degli altri, minimizzare la sofferenza della futura madre, manifestare preoccupazione che potrebbe trasmettere a lei con effetti negativi e, infine, deve accettare in partenza il fatto che vedrà la moglie o la compagna soffrire e che non potrà alleviare il suo dolore. Queste sono le condizioni indispensabili perché un papà possa assistere al parto: altrimenti, consiglio di lasciare che la donna viva la propria esperienza al riparo da stress, da curiosità fuori luogo e situazioni che possono in qualche modo ostacolare uno dei momenti più importanti della sua intera vita».

Tommaso Varotti

## Biotecnologie la nicchia italiana

**G**abriele Cerrone ha 37 anni e viene da Frosinone. Come tanti ragazzi di buona famiglia e ottima volontà, andò a New York per un master in *business administration* alla prestigiosa Stern School della Nyu. E dopo la *graduation cum laude* entrò alla banca d'investimenti Oppenheimer, dove rapidamente arrivò a diventare *senior vice president for investments*. L'Italia a quel punto sembrava quanto di più lontano dai suoi pensieri.

► segue a pagina 25

# La ricerca italiana scopre il business Il modello vincente è quello americano

All'improvviso, grazie allo sviluppo delle biotecnologie, dopo anni di torpore un insperato attivismo da entrambi i lati dell'oceano valorizza i talenti delle università: finanziari di New York e docenti di Perugia uniti nel rilancio

EUGENIO OCCORSIO

*segue dalla prima*

Invece l'ha ritrovata passando dalla più improbabile delle vie, la ricerca scientifica. «Nel 2003 mi sono messo in proprio a New York creando Biovitas, un incubatore di aziende *biotech*, e ho scoperto che nel mio paese ci sono delle punte di eccellenza straordinarie. Con una delle nostre società, la TrovaGene, per esempio, abbiamo brevettato e commercializzato un test per la leucemia acuta elaborato da Brunangelo Fallini, docente di ematologia all'Università di Perugia, che è diventato il numero uno nel suo mercato. Oggi passo molto del mio tempo in giro per l'Italia cercando intelligenze scientifiche da valorizzare in termini industriali. Dall'Italia viene parte della ricerca alla base di altre nostre società come la Siga Pharma che vende al governo Usa un farmaco antivaiolo, o la Synergy Pharma che sta brevettando una pillola contro la stitichezza: l'abbiamo quotata al Nasdaq nel luglio 2008 per 30 milioni di dollari, oggi ne vale 450».

È la via di salvezza per la ricerca italiana, a partire da *biotech*: trasformare le scoperte scientifiche in successi commerciali. Un pas-

saggio che può essere compiuto solo con solide alleanze internazionali e mentalità globale: ora il salto di qualità miracolosamente si sta compiendo grazie a iniziative provenienti da questa o dall'altra parte dell'oceano. «Il *gap* non è mai stato nelle persone, semmai nelle strutture: ci sono punte di eccellenza straordinarie ma i ricercatori spesso avevano il limite di uno scarso spirito imprenditoriale, un

**Il segreto è vendere a Big Pharma appena si è sviluppata una molecola "attiva"**

ostacolo che lentamente si sta superando», sintetizza Francesco Micheli, finanziere di lungo corso che per primo con la sua Genextra, società di partecipazioni creata nel 2004, ha scoperto le potenzialità del *biotech* italiano, «grazie al mio amico Umberto Veronesi che tuttora presiede il comitato scientifico del gruppo».

Ecco il modo più sano per superare le mille difficoltà della ricerca italiana. «Il nostro paese è pieno di cervelli, io ne conosco tantissimi ma ogni volta mi chiedo come fanno a sopravvivere», accusa Tommaso Treu, astrofisico laureato a Pisa oggi professore associato al-

l'università di Santa Barbara, California. «I cassetti dei laboratori sono pieni di ottime idee e grandi scoperte che troppo spesso non si riesce a valorizzare», aggiunge Carlo Pincelli, docente di dermatologia all'università di Modena. Lui la sua parte la sta facendo: «Con la mia collega biologa Alessandra Marconi abbiamo creato uno *spin-off* biotecnologico, PinCell, con il quale abbiamo due brevetti. Ora c'è l'interessamento di diverse multinazionali e speriamo di venderne almeno uno per finanziare la prosecuzione della ricerca. Non siamo i soli: alla nostra università conosco almeno una decina di *spin-off*».

Ma anche senza creare aziende, si può valorizzare il contenuto delle scoperte posizionandosi sul mercato internazionale della ricerca. «Il nostro laboratorio è diventato un punto di riferimento, abbiamo ricerche congiunte con le



università di Yale e di Cincinnati, il Nih di Bethesda, laboratori in Germania e Francia», racconta Mauro Picardo, direttore del reparto di fisiopatologia cutanea dell'Ifo (Isti-

tuti fisioterapici ospedalieri), inserito nella rete delle istituzioni pubbliche di ricovero e cura a carattere scientifico. Gli studi del professore si concentrano sui metaboliti, una branca della biologia cellulare. «Abbiamo sviluppato una piattaforma di farmacologia preclinica e le aziende di tutto il mondo ci danno da analizzare e mettere in coltura cellule e molecole. Un lavoro che ci permette di sviluppare le ricerche e contribuire al loro finanziamento».

L'importante è creare il circuito virtuoso, aziende-università e Italia-estero: è la *brain circulation*, «un concetto più moderno del *brain drain*», dice Antonio Iavarone, lo scienziato che sta cercando di creare un ponte fra la Columbia di New York e le università del Mezzogiorno. «Esportare così tanti cervelli potrebbe essere un elemento di ricchezza del sistema, il guaio è che si va all'estero perché le nostre imprese non sono in grado di assorbire le intelligenze», conferma Fernando D'Aniello, segretario dell'Associazione dottori di ricerca italiani che venerdì porterà la sua ricetta a Torino al convegno "Cervelli in fuga" di Gamma Donna. «Nelle nostre società - riflette Micheli - coinvolgiamo i ricercatori nel progetto economico e cerchiamo partner internazionali: dalla Dac impegnata sui farmaci

antitumore alla Congenia specializzata nelle molecole anti-invecchiamento, fino alla Intercept che lavora sulle malattie metaboliche basandosi sulle ricerche di Roberto Pellicciari a Perugia. Ma vorrei citare anche il professor Lorenzo Tallarigo, che dopo una brillante carriera universitaria in America ha deciso di venire a lavorare con noi come amministratore delegato dell'intero gruppo. Della serie, a volte ritornano».

La visione manageriale si inter-

seca continuamente con quella scientifica. «Io faccio due lavori, il ricercatore e l'imprenditore, anzi tre perché ho anche i pazienti», dice Pincelli. «Se vesti i panni di investitore, imprenditore e ricercatore, e i conti tornano, capisci il linguaggio delle componenti che creano il valore d'impresa *biotech*», conferma Roberto Testi, docente all'Università di Roma Tor Vergata, in procinto di varare una *virtual company* a Palo Alto in California. E Cerrone racconta: «Ora puntiamo a vendere la Synergy a una multinazionale (il modello classico del *biotech* è che Big Pharma entra quando esiste una molecola sviluppata e l'avvia alla trasformazione in farmaco, ndr). In Borsa vale 450 milioni ma puntiamo a venderla molto meglio: la Ironwoods, una nostra concorrente che fa un farmaco simile, sta per andare al Nasdaq a 1,5 miliardi». Affari e medicina si incrociano sulla rotta Italia-Usa, e se i primi sono leciti la seconda ha tutto da guadagnarci.

Decreto firmato dal commissario straordinario, ma la Giunta è contraria. Dovrà essere discusso al tavolo Stato-Regioni

# Spunta il ticket sul pronto soccorso

Sanità in rosso, ecco il piano di Guzzanti: tagli e sacrifici. Tariffe per i casi meno gravi

Si chiama "Proseguimento piano di rientro 2007-2009 - Programmi operativi per il 2010". Racchiude una serie di interventi, anche dolorosi, ipotizzati da Guzzanti, il commissario nominato dal Governo per la Sanità del Lazio per ridurre il disavanzo. Viene ipotizzata, al termine di una verifica nel primo trimestre dell'anno, una compartecipazione, vale a dire il ticket, per i casi meno gravi del pronto soccorso e per i farmaci, anche per gli esenti. Il piano è al vaglio del tavolo tecnico con il governo. La giunta regionale ha fatto sapere di non essere d'accordo con questi provvedimenti ipotizzati.

Evangelisti all'interno

Il documento ora dovrà essere approvato dalla conferenza Stato-Regioni: da sanare un probabile disavanzo di 1.350 milioni

## I CONTI IN ROSSO

Prevista la compartecipazione dei pazienti alle spese per il Pronto Soccorso e per i farmaci anche per gli esenti. Blocco del turn-over per un altro anno

# Taglio dei posti letto e nuovi ticket: ecco il piano Guzzanti per la Sanità

Il commissario firma il nuovo decreto, la Giunta regionale è contraria

di MAURO EVANGELISTI

Per fare tornare i conti della sanità del Lazio sono ipotizzati i sacrifici più disparati: un altro anno di blocco del turn-over, con la previsione di ridurre di almeno 1.100 unità il numero dei dipendenti delle Asl nel 2010; la compartecipazione (vale a dire il paziente paga) per i casi meno gravi al pronto soccorso; la compartecipazione (idem) per l'acquisto dei farmaci anche per gli esenti; un tetto alle convenzioni con la sanità privata; riduzione dei posti letto e, parallelamente, creazione di 1.000 posti per le residenze sanitarie assistenziali; ma anche provvedimenti più banali, come tagli drastici alla possibilità dei dipendenti di fare telefonate, all'uso di internet e riduzione dei buoni pasti. Si chiama "Proseguimento del piano di rientro 2007/2009 - Programmi operativi per l'anno 2010" e porta la firma del commissario nominato dal Governo, Elio Guzzanti, che ha varato il decreto nelle settimane scorse. «Ma non è

condiviso dalla giunta regionale», precisano dalla Regione. Si tratta di un programma generico, l'applicazione pratica dipenderà dai passaggi nel tavolo tecnico con il Governo. E dal nuovo presidente della Regione. Ma sono ipotesi di provvedimenti con i quali il futuro governatore dovrà, al di là delle promesse elettorali, confrontarsi seriamente.

Stiamo parlando del passato della sanità laziale, di quello che nel programma operativo viene definito «disastro finanziario del sistema sanitario regionale», del proseguimento del piano di rientro nell'ambito anche del patto per la salute siglato fra Stato e Regioni per la parte che riguarda le regioni commissariate. Come il Lazio. Guzzanti, che ha preso il posto di Marrazzo nel ruolo di commissario, ha messo nero su bianco una serie di provvedimenti molto

duri, necessari allo sblocco dei trasferimenti da parte del Governo legati, appunto, al raggiungimento di una serie di

obiettivi di risparmio. Si legge nel piano: «I costi della produzione del servizio sanitario regionale nel 2008 sono stati di 11.127 milioni di euro, comprensivi degli ammortamenti, con un disavanzo pari a circa 1.700 milioni di euro». In sintesi: l'ipotesi (ancora da confermare) è che il 2009 abbia comporta-

to un disavanzo di 1.350 milioni di euro. C'è ancora molto da tagliare per raggiungere l'obiettivo prefissato per il 2012: disavanzo a 536 milioni di euro.

Nel piano si ricorda: «Al momento la Regione non è nelle condizioni di far fronte ai propri impegni a causa della indisponibilità di risorse ancora trasferite dallo Stato, essenzialmente per il non assolvimento di alcuni adempimenti, rilevati per gli anni 2006-2008 nella sede congiun-

ta del tavolo è del comitato». Sintesi:

il taglio dei posti letto sarà inevitabile. Ma rileggiamo alcuni stralci del piano.

Per il personale, blocco del turn-over, chi se ne va non sarà sostituito. Nel 2009 in questo

modo si sono tagliate 1.400 unità, per il 2010 «si può programmare una riduzione di ulteriori 1.100 unità», con un risparmio di 30 milioni di euro. Confermata l'adozione del piano di riordino della rete ospedaliera per il 15 aprile (dunque taglio dei posti letto, 1.700, ma per allora il commissario dovrebbe essere il nuovo governatore del Lazio).



Ai direttori generali sarà chiesta «da riduzione di un ulteriore 10 per cento delle unità operative e quindi degli incarichi di direzione e responsabilità, nonché delle posizioni organizzative di coordinamento». Mobilità per il personale inidoneo (ad esempio, l'infermiere che non può fare i turni notturni sarà trasferito ad altri incarichi); verifica delle mansioni non corrispondenti alle qualifiche (in pratica ognuno tornerà a fare il lavoro corrispondente al proprio profilo professionale), «verifica del servizio mensa e dei buoni pa-

sto, della compatibilità con le risorse finanziarie disponibili» e in base agli orari di lavoro (in sintesi, tagli). Le forbici del commissario riguarderanno le consulenze che andranno ridotte dal 20 (quelle non sanitarie) al 10 per cento (sanitarie).

**Spesa farmaceutica** Il Lazio, per la spesa farmaceutica convenzionata, è passato da 1,5 miliardi a 1,2, ma resta fra le prime regioni in termini di consumi. I problemi: incremento delle prescrizioni, aumento degli esenti, aumento del consumo dei farmaci più costosi. Fra i provvedimenti previsti: budget di distretto, responsabilizzazione delle Asl,

e soprattutto - misura dolorosa - «eventuale introduzione della quota di compartecipazione, seppur minima, sulla prescrizione, a carico degli esenti». In sintesi: anche gli esenti dovranno pagare un ticket e ci saranno comunque iniziative di controllo sulle esenzioni. Sul fronte della spesa farmaceutica ospedaliera, invece, si punterà a una riduzione nel 2010 di 13 milioni di euro.

Il piano parla

**I DIPENDENTI DELLE ASL**

*Per il 2010 si prevede che scenderanno di altre 1.100 unità*

**TETTO ALLE CONVENZIONI CON I PRIVATI**

*Si ridefiniranno contratti e tariffe Rigidi protocolli con gli ospedali*

espressamente di «definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle tariffe». In pratica: si andrà a colpire anche i privati. Per la sanità privata accreditata, spunta l'ipotesi dell'introduzione della compartecipazione (il paziente paga) «secondo i codici di accesso», nei pronto soccorso. Attenzione, però: in un passaggio successivo il piano ipotizza, dopo una verifica nel primo trimestre 2010, la compartecipazione per gli accessi al pronto soccorso anche nella sanità pubblica.

Un passaggio molto delicato è quello che riguarda la stipula dei protocolli di intesa con le università, attualmente scaduti per Umberto I, S.Andrea, Gemelli, Tor Vergata. Il commissario è perentorio: dovranno essere rispettati negli accordi i limiti massimi delle risorse disponibili nel 2010. Sul fronte del riassetto della rete ospedaliera, che significa tagli e chiusura di ospedali, Guzzanti rimanda al limite di 3,3 posti letto per mille abitanti da raggiungere. E si parla apertamente di «riconversione dei piccoli ospedali e accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti e potenziamento della rete dei servizi territoriali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I PRINCIPALI INTERVENTI PREVISTI**



**SPESA FARMACEUTICA**

Il piano del commissario ipotizza, dopo una prima verifica trimestrale, l'introduzione di una compartecipazione (ticket) per la spesa farmaceutica e specialisti, anche per gli esenti.



**PRONTO SOCCORSO**

S'ipotizza, sempre al termine di una verifica nel primo trimestre dell'andamento della spesa, l'introduzione di una compartecipazione per chi va al pronto soccorso (casi meno gravi).

**BLOCCO TURN-OVER**



Confermato il blocco del turn-over dei dipendenti anche nel 2010: questo porterà a una riduzione di almeno 1.100 unità nelle Aziende sanitarie del Lazio, dopo le 1.400 già tagliate nel 2009.

**IL DISAVANZO**

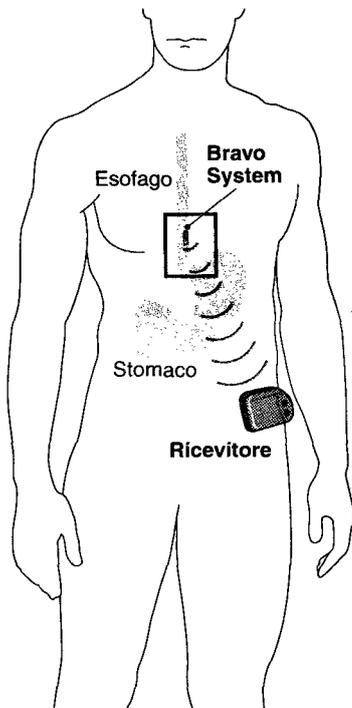


Nel 2009 è stato (calcolo provvisorio) di 1 miliardo 350 milioni di euro; l'obiettivo è di farlo scendere sotto il miliardo nel 2010 per poi arrivare all'obiettivo di 536 milioni nel 2012.

# La capsula "wireless" per l'endoscopia

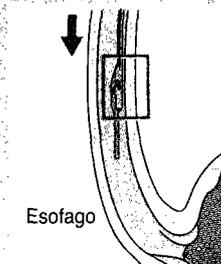
## Parte da Israele la rivoluzione diagnostica

Schizzano fatturato, utile e quotazione in Borsa della Given Imaging di Yoqneam vicino Tel Aviv dopo l'invenzione di una tecnologia che permette di fare a meno delle fastidiose analisi con il "sondino" che scende attraverso il tubo digerente

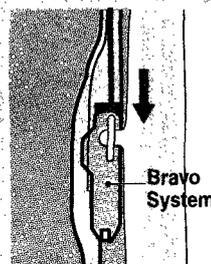


Nel disegno, una delle tecnologie brevettate dalla Given Imaging per gli esami endoscopici; a destra il Mit di Boston dove venne l'idea all'israeliano Gavriel Iddan

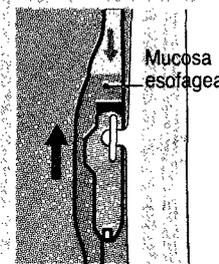
### Come funziona il "Bravo System"



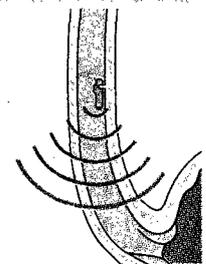
**FASE 1**  
La capsula viene posizionata nell'esofago



**FASE 2**  
La capsula viene attaccata alla parete dell'esofago



**FASE 3**  
Viene introdotta la mucosa esofagea nella capsula. Dopodichè si rimuove il cavo di trasmissione

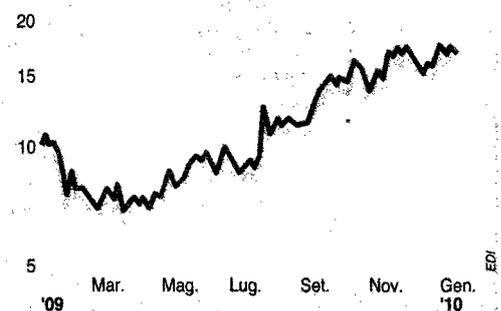


**FASE 4**  
I dati sul pH vengono trasmessi al ricevitore



### Given Imaging in Borsa

Dollari al Nasdaq



### PATRIZIA FELETIG

#### Tel Aviv

**M**iniaturizzare: è la parola d'ordine nella diagnosi medica visti i grandi vantaggi che può presentare. In medicina si fanno notare i progressi nei settori della gastroscopia e della colonscopia: gli esami si conducono non più con le fastidiosissime sondine endoscopiche ma con pillole dotate di microscopiche telecamere che dopo aver fatto il loro lavoro di *reportage* sono espulse dall'organismo. Un settore che muove grossi investimenti così come grandi sono le potenzialità di mercato se si pensa ai problemi che si superano. Capofila nel mondo è l'israeliana Given Imaging, un gruppo da 36,2 milioni di dollari di fatturato nel terzo trimestre 2009 (+13% sullo stesso periodo

dell'anno scorso) e 3,8 milioni di utile netto (+82%). Nei primi nove mesi dell'anno le vendite hanno raggiunto i 101,7 milioni (+11%) e l'utile netto i 9 milioni (+48%).

L'azienda sta facendo passi da gigante nelle videocapsule. L'ultima nata è una pillola endoscopica delle dimensioni di un antibiotico (11mm di diametro, 30 di lunghezza e 4 grammi di peso). Racchiude in un involucro speciale resistente ai succhi gastrici, un gioiello di elettronica meccanica miniaturizzata. Gli elementi, tutti in materiali biocompatibili, sono un sensore di immagini, un sistema di illuminazione a Led, due batterie (autonomia di 8 ore sufficienti per coprire l'intero percorso), telecamera, trasmettitore, antenna. La capsula viene deglutita e trasmette segnali video alle antenne in una cintura indossata dal paziente all'altezza

dell'addome. Dopo una ventina di minuti raggiunge il tratto gastrointestinale e al termine delle 8 ore di registrazione, durante le quali il paziente conduce le normali attività facendosi persino uno spuntino, il ricevitore viene riconsegnato e i dati sono scaricati su un computer. Con uno speciale software vengono restituiti in immagini su monitor per la lettura e refertazione. Intanto, entro 24 ore, la capsula viene evacuata per vie naturali.

Il videoclip da capsula endoscopica rivoluziona le invasive metodiche convenzionali di *screening* dell'apparato digerente (alcune da svolgere con anestesia totale) e esplora sezioni poco accessibili. Con l'endoscopia tradizionale la qualità non ottimale delle riprese e l'incompleto angolo di visualizzazione limitavano

l'affidabilità nella diagnosi. Con l'arrivo delle videocapsule di seconda generazione, si è ampliata la visuale fino a quasi 360° delle pareti grazie al raddoppio delle telecamere e fonti luminose. Si sono aggiunte funzionalità intelligenti per modulare la frequenza delle immagini: da ferma cattura 4 immagini al secondo, in movimento 35 (per un totale di circa 600mila fotogrammi). L'inventore è Gavriel Iddan, un ingegnere



ottico israeliano con esperienza nei missili teleguidati, che ha maturato l'idea durante un anno sabbatico all'Mit di Boston, incal-

zato da un vicino gastroenterologo. Vent'anni di ricerche: nel 1998 il primo prototipo testato su suini e tre anni dopo l'approvazione della Fda e uso clinico.

Nasce Given Imaging che sviluppa via via una linea di *pillcam* monouso per rilevazioni endoscopiche mirate: esofago, intestino tenue, colon-retto. Negli stabilimenti eicentrici di ricerca di Yoqneam in Israele, si producono anche Agile, una pillola di controllo della pervietà intestinale, e Bravo, un sistema "misto": c'è una capsula telemetrica che misura le variazioni del Ph-endoesofageo (fattore acido) carat-

teristico delle diffusissime malattie da reflusso gastro-esofageo (di qui le potenzialità immense di mercato mondiale). Il sistema

utilizza solo un piccolo strumento, una specie di tubicino con una pinzetta in fondo, per fissare la capsula alla parete dell'esofago e prelevare minuscoli campioni di tessuto.

In pochissimi minuti il tubicino viene ritirato e la capsula comincia a trasmettere le sue immagini all'apparecchio fissato (esternamente) alla vita del paziente. Lo fa per molte ore, dopodiché viene espulsa per vie fisiologiche.

Concorrenti dell'azienda

israeliana sono la videocapsula MiroCam prodotta a Seoul da IntroMedic, Sakaya sviluppata dai laboratori RF System di Nagano e quella della Olympus Medical Systems del noto marchio di fotocamere e obiettivi. L'evoluzione delle pillole-robot avviene anche in Italia nei laboratori Crim della Sant'Anna dove nell'ambito del progetto europeo Vector (10 milioni di euro), si stanno realizzando delle capsule multifunzionali che, muovendosi dall'esofago al retto, oltre alla diagnosi, intervengono, nello stadio di tumore pre-maligno, con terapie localizzate teleguidate da una *console* esterna.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Telecamera,  
sistema di  
illuminazione,  
trasmettitori:  
tutto in  
una capsula**

LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

# Il lunedì negato a Ignazio Marino



L'episodio che ha coinvolto Ignazio Marino, il senatore-chirurgo lascia uno strascico amaro. Riassumo i fatti: nella primavera del 2009 Marino, che ha continuato anche dopo il rientro dall'America ad operare, nel campo dei trapianti di fegato, riceve la visita del direttore generale del più grande ospedale di Bologna, il Sant'Orsola, Augusto Cavina, venuto appositamente a Roma per caldeggiare l'offerta a Marino di un contratto per eseguire i trapianti nella struttura bolognese. Marino è ben contento, ha molti pazienti ed avere una collocazione stabile dove operare è importante. Ricevendo uno stipendio da parlamentare non vuole, però, alcun compenso dai malati, ma solo un rimborso spese dall'amministrazione di 2000 euro lordi per trapianto. La sua attività si svolgerà solo il lunedì, quando il Senato è chiuso.

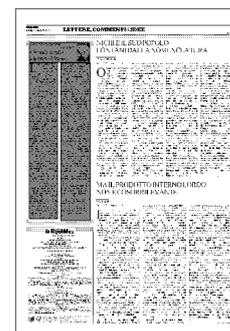
Dopo poco il contratto gli arriva con decorso dal 22 giugno. In quel periodo, con la proclamazione delle primarie Pd, matura in Marino l'idea di parteciparvi, nella illusione, più o meno motivata, di rappresentare, tra Bersani e Franceschini, quella società civile, a parole tanto corteggiata.

Preso dagli adempimenti elettorali e dalla formazione della sua lista, trascura per qualche settimana di firmare il contratto, cosa che, peraltro fa a metà agosto, scusandosi per il ritardo. A questo punto, però, il direttore generale ci ripensa, scopre all'improvviso che deve ristrutturare le sale operatorie, che non c'è più posto neppure il lunedì, che Marino è meglio ripassì nel 2011. A questo punto Marino si preoccupa dei suoi malati di cancro al fegato che non possono attendere e cerca altri posti dove operare. A chi gli chiede cosa è successo, risponde: «I dirigenti sanitari emiliani hanno cambiato idea. Sul perché non ho una risposta». Risposta che viene da una inchiesta già in corso della procura di Bologna sulla sanità, dove emergono intercettazioni a bizzeffe sul fatto che lo sgambetto a Marino sarebbe scattato come ritorsione alla sua decisione di candidarsi contro i due big emiliani, Bersani e

Franceschini. Naturalmente ora tutti negano e si stracciano le vesti. È anche credibile che i due leader non ne sapessero nulla, ma in un contesto a forte controllo politico come l'Emilia, il potente e bravissimo assessore alla Sanità, Giovanni Bissoni, che aveva sponsorizzato la vicenda all'inizio, poteva ignorarne l'esito disdicevole? E perché non è intervenuto subito per scongiurarlo, quando sarebbe bastata una sua telefonata per far riaprire quella sala chirurgica il lunedì mattina? A pensar male si fa peccato ma si indovina, ed io penso tutto il male possibile su questa storia sulla base di una esperienza, la lunga battaglia perduta per impedire la discrezionalità degli assessori e dei direttori generali nelle nomine dei primari negli ospedali, snodo cruciale per allontanare la politica dalla gestione quotidiana della sanità pubblica. La proposta di un rigoroso concorso con classifica rigida su suggerimento del sottoscritto ad un seminario di Italianieuropei era stato approvato anche da Livia Turco, quando era ministro. Non se ne fece nulla proprio per l'opposizione, in primo luogo dell'assessore dell'Emilia, seguito da altri suoi colleghi. Ora, è vero che Bissoni, assieme all'assessore della Toscana (oggi candidato governatore) Rossi, vanta giustamente la migliore struttura sanitaria italiana, ma reputo sbagliato ritenere che questo dipenda da uno stretto controllo politico su tutto e su tutti. È stato un disastro che i migliori assessori si siano opposti a una riforma meritocratica. L'Italia non si ferma a Bologna e Firenze. Basta pensare a cosa è accaduto alla Sanità in altre regioni di sinistra, a partire da Puglia, Calabria e Campania. L'episodio Marino s'inserisce in questa atmosfera.

P.S. Il senatore-chirurgo ha ora ripresentato una legge che introduce concorsi severi per la nomina dei primari. La Finocchiaro e 60 parlamentari l'hanno firmata. Bersani si è detto d'accordo. Speriamo sia la volta buona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il programma nazionale RICERCA, COSA MANCA AL PIANO DI RILANCIO

di SILVIO GARATTINI

**D**OPO molti proclami, riunioni, tavoli di lavoro, gruppi di studio e pubblicazioni apocriefe, finalmente è disponibile sul sito del Ministero che si occupa anche di ricerca il Programma nazionale della Ricerca (Pnr). Si tratta di un documento corposo, ma leggibile in tempi ragionevoli. La prima sensazione è quella di un piano che si occupa puntualmente dei vari aspetti della ricerca scientifica, ma ignora completamente alcuni problemi fondamentali dalla cui soluzione dipende il futuro della ricerca italiana assieme a quello dei Paesi con cui siamo in competizione e al tempo stesso in collaborazione nell'ambito dell'Unione Europea. Per venire al sodo, manca una discussione su chi governa la ricerca scientifica in Italia. Non esiste una mappa di tutti gli enti pubblici che finanziano la ricerca: sono molti, ma non identificati, a partire dai vari Ministeri per arrivare alle Regioni e in qualche caso perfino alle Province e ai Comuni. Come è possibile fare un Pnr senza sapere quanto spende ciascuna delle citate strutture e con quali finalità e con quali metodi? Qual è la sede in cui le varie esigenze settoriali di ricerca si integrano e vengono coordinate? Il Pnr dice solo timidamente che potrebbe essere il Miur, ma sono tutti d'accordo?

Forse la sede più adatta potrebbe essere la Presidenza del Consiglio che si serve del Miur per gli aspetti amministrativi. Manca completamente una netta separazione fra la politica della ricerca e l'attuazione della ricerca. La prima do-

vrebbe indicare – e qualche tentativo molto generico in questo senso è presente nel Pnr – quali sono le priorità di ricerca per il Paese, facendo delle scelte che sono di stretta natura politica e allocando le necessarie risorse in modo dettagliato e cioè quanto è disponibile per ogni priorità. Un lavoro non indifferente che richiede analisi accurate di ciò che offre la ricerca italiana di quali siano le richieste delle attività produttive, dall'agricoltura all'industria. La fase attuativa non può essere affidata a strutture burocratiche; deve essere realizzata da tecnici esperti. In altre parole come suggerito dal gruppo 2003 ([www.lascienzainrete.it](http://www.lascienzainrete.it)) è necessaria la realizzazione di una Agenzia italiana per la ricerca scientifica (Airs) che non deve essere un altro carrozzone, ma una struttura agile e poco costosa in cui vengano "comandati" ricercatori pubblici che abbiano mostrato capacità scientifiche e manageriali.

Spetta all'Airs recepire le priorità proposte dal Governo, traducendole in bandi di concorso con tutto il corollario di accesso generalizzato, peer review, monitoraggio e finanziamento realizzando quello che il Pnr definisce come ricerca di base, generata dai ricercatori, ricerca traslazionale o finalizzata a ricerca industriale. Senza questa struttura è impossibile oggi mettere in pratica tutti i vari livelli di governance elaborati dal Pnr, come pure sembra impossibile interagire a livello europeo.

Le varie sfaccettature della ricerca europea che includono non solo i bandi per i progetti di ricerca (Fp7) ma anche i programmi di collaborazione per le infrastrutture (Esfri), i programmi comuni (Jcp) e quelli limitati a pochi Paesi (Era-Net) per citare alcuni esempi, non potranno vedere un'adeguata presenza della ricerca italiana senza la realizzazione di strutture come l'Airs. Basti ricordare che l'Italia paga il 13,5 per cento dei programmi e recupera solo il 9 per cento, secondo quanto riporta lo stesso Pnr.

L'Italia è in grande difficoltà per quanto riguarda la ricerca e il Pnr non risparmia un'analisi critica, anche se l'utilizzo delle percentuali non permette di capire la gravità della situazione che verrebbe resa più evidente riportando le cifre assolute e normalizzandole per il Pil o per milioni di abitanti. L'orgoglio spesso sottolineato ricordando che la spesa pubblica per la ricerca in Italia è comparabile a quella degli altri Paesi europei, essendo



intorno allo 0,55 per cento del Pil (conto lo 0,65 della media dei Paesi europei, ma l'uno per cento dei Paesi più "virtuosi") non è sostenibile dei dati di fatto.

Anzitutto il Pil dei Paesi con il livello di popolazione analogo all'Italia è ben superiore a quello italiano; in secondo luogo circa lo 0,10 per cento del Pil (la differenza con la media dei Paesi europei) non è una cifra insignificante, superando largamente il miliardo di euro; e in terzo luogo non è sostenibile che il 50 per cento della spesa universitaria sia destinato alla ricerca e quindi vada incluso nello 0,55 per cento citato più sopra. Infatti la stragrande maggioranza della spesa universitaria serve per pagare stipendi. Inoltre bisogna distinguere tra allocazioni ed effettivi stanziamenti: basti pensare che solo una parte degli scarsi finanziamenti del Miur riguardanti il 2008 e il 2009 viene distribuita in questi giorni!

Il Pnr permette di registrare alla fine una sorpresa non certo piacevole. In tutto il testo si fa appello a una mitica tabella n. 2 che dovrebbe darci un'idea di quali sono le risorse effettive che il Pnr attribuisce in frazioni percentuali alle singole azioni a favore della ricerca. Il problema è che la tabella 2 non c'è... è ancora da definire!

**EMIGRAZIONE E RICERCA/L'INCHIESTA**

Dal Mezzogiorno d'Italia parte il 38% dei laureati con il massimo dei voti  
**Cervelli in fuga dal Sud al Centro-Nord**

di VALENTINA ARCOVIO

**A**BBANDONANO amici e famiglia per trovare fortuna lontani dalla propria terra. Non sono solo scienziati in fuga all'estero, ma cervelli brillanti che lasciano il Sud Italia per realizzare i loro progetti al Centro o al Nord. Un flusso migratorio che va avanti ormai da decenni e che nessun piano speciale per il Sud è riuscito a fermare. Sono tanti, forse troppi: tra il 1997 e il 2008 hanno lasciato



il meridione in 700 mila; ben 122 mila si sono trasferiti nel Centro-Nord contro un flusso di rientro di sole 60 mila persone. Stando al rapporto dell'Associazione per lo sviluppo del Mezzogiorno (Svimez) a trasferirsi sarebbero soprattutto laureati. «Questo flusso migratorio - spiega Luca Bianchi, vicepresidente di Svimez - riguarda soprattutto laureati in materie scientifiche che non hanno possibilità di lavoro nella loro terra». Ingegneri, biologi, medici, genetisti, tutti con un'unica possibilità di fare carriera: lasciare il Sud.

L'articolo a pag. 7

IL FOCUS SUI RICERCATORI A PAG. 7

**L'INCHIESTA**

Le regioni con maggiore flusso migratorio sono Campania, Puglia e Sicilia. Perché nel Meridione gli investimenti per ricerca e sviluppo restano bassissimi

**La ricerca al Sud si "impantana", cervelli in fuga verso il Centro-Nord**

Prima partiva un laureato su 4, ora il 38%. La Gelmini: devono tornare

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - Abbandonano amici e famiglia per trovare fortuna lontani dalla propria terra. Non sono solo scienziati in fuga all'estero, ma cervelli brillanti che lasciano il Sud Italia per realizzare i loro progetti al Centro o al Nord. Un flusso migratorio che va avanti ormai da decenni e che nessun piano speciale per il Sud è riuscito a fermare. Sono tanti, forse troppi: tra il 1997 e il 2008 hanno lasciato il meridione in 700 mila; ben 122 mila si sono trasferiti nel Centro-Nord contro un flusso di rientro di sole 60 mila persone. Stando al rapporto dell'Associazione per lo sviluppo del Mezzogiorno (Svimez) a trasferirsi sarebbero perlopiù laureati. Nel 2008 han-

no abbandonato il Nord ben 173 mila giovani qualificati, la metà dei quali ora ha un lavoro di alto livello. «Questo flusso migratorio - spiega Luca Bianchi, vicepresidente di Svimez - riguarda soprattutto laureati in materie scientifiche che non hanno possibilità di lavoro nella loro terra». Ingegneri, biologi, medici, genetisti, tutti con curricula diversi ma con un'unica possibilità di fare carriera: lasciare il Sud. L'87% di questi "fuggiaschi" ha lasciato tre regioni: Campania, Puglia e Sicilia. E la tendenza è in continua crescita. Se nel 2004 partiva il 25% dei laureati meridionali con il massimo dei voti, tre anni dopo la quota è salita al 38%. Il perché è presto detto. Basta guardare i dati dell'ultima rilevazione Istat suel inve-

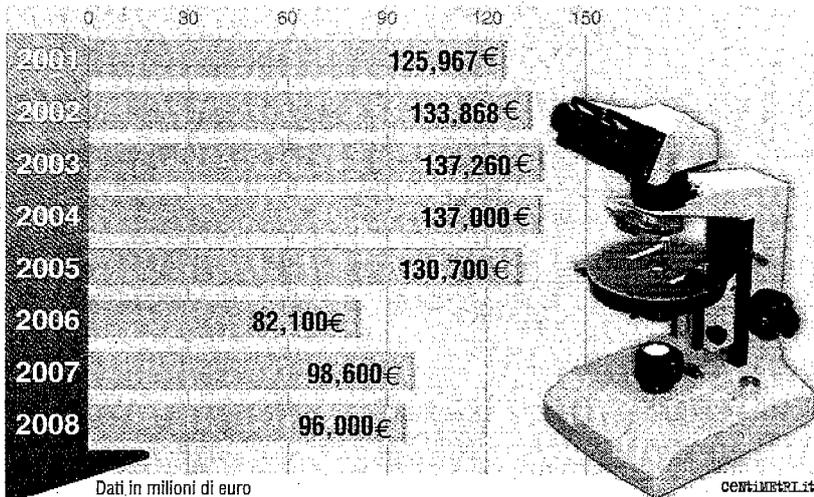
stimenti in Ricerca & Sviluppo. Sui 18.231 milioni di euro spesi dall'Italia, il Nord-Ovest è responsabile del 36,8%, seguito dal Centro con il 23,5%, dal Nord-est con 22,1% e dal Mezzogiorno con solo il 17,6%. Le Regioni più virtuose, che da sole danno conto del 49,2% della spesa nazionale per R&S, sono Piemonte, Lombardia e Lazio. Merito, soprattutto, del contributo delle imprese, assenti al Sud. «Nel Meridione la ricerca - spiega Bianchi - è finanziata per circa l'80 per cento da fondi pubblici, europei e nazionali. Solo un restante 20 per cento è finanziato da privati». Questo significa che, in tempo di crisi e tagli, le risorse che il Sud investe nei cervelli sono davvero scarse. Lo sa bene il ministro dell'Istruzione Maria-

stella Gelmini: «Ci impegneremo per il Mezzogiorno - ha promesso - affinché i grandi cervelli del Sud possano dare un contributo alla loro terra». Eppure, dopo anni di finanziamenti speciali, e ora un piano apposito per il rilancio del Sud, la situazione non è cambiata. «Se non si inverte la tendenza - conclude Bianchi - è possibile che il Sud in futuro non riesca a svilupparsi per mancanza di personale qualificato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Finanziamenti alla ricerca di base



### LA PAROLA CHIAVE

#### FUGA DEI CERVELLI

Indica il fenomeno di emigrazione di persone di talento dalla propria terra. In genere viene utilizzata quando si parla di "fuga" degli scienziati all'estero, ma viene usata anche per indicare lo spostamento all'interno dello stesso paese. In Italia, è un problema che riguarda il Sud, abbandonato dai giovani più brillanti.

#### BIANCHI (SVIMEZ)

*«Va invertita la tendenza per garantire futuro al Sud»*

## LA SENTENZA BIANCHI

# DOPING E SPORT UN FLAGELLO SOTTOVALUTATO

di GIUSEPPE TOTI

**L**a sentenza di giovedì scorso, con la quale il body builder Federico Focherini è stato condannato - in primo grado - a sei anni di reclusione per avere ceduto sostanze anabolizzanti e provocato la morte nel 2004 della fidanzata Claudia Bianchi, trentaquattrenne campionessa romana di body building, ha riaperto (solo per qualche giorno) i riflettori sulla realtà del doping e il mondo delle palestre. L'uso sconsiderato e il commercio di questi farmaci rappresentano da molti anni uno dei fenomeni sociali maggiormente in espansione e tra i più sottovalutati: a Roma, in Italia, nel mondo intero. A essere inghiottiti da questo gorgo disumano e a rischiare la vita - fino a perderla, in qualche caso, com'è accaduto a Claudia Bianchi - sono soprattutto giovani e giovanissimi (in alcuni sport vengono dopati a 13-14 anni) e frequentatori di palestre col mito del corpo scultoreo ma devastati dall'ignoranza e dall'incoscienza. Nessuna disciplina sportiva è risparmiata da questo flagello. E il business che da esso deriva - per le case **farmaceutiche**, per il personale medico e paramedico e per le organizzazioni criminali - ha assunto dimensioni inimmaginabili.

Davanti a questo scenario, in cui gli atleti finiscono con l'esere trattati come cavie, il mondo civile - salvo rare eccezioni - continua a girare la testa dall'altra parte. Resta indifferente il mondo politico (la legge 376 in vigore dal 2000 ha bisogno di essere ritoccata e migliorata); le istituzioni sportive fingono di combattere il fenomeno, salvo poi coprirlo e/o alimentarlo nell'interesse «supremo» delle vittorie e del potere; la comunità scientifica tollera personaggi, situazioni e scandali che ne infangano sempre di più il prestigio; il mondo dei media (giornali e tivù) non indaga, non approfondisce ma si «preoccupa» soprattutto di celebrare imprese truccate e campioni fasulli.

Roma è tra le città che vivono una particolare deriva sportivo-culturale, e necessita di interventi immediati. Le inchieste della magistratura ordinaria e i processi sono importantissimi, ma non bastano. Esiste un'urgenza della prevenzione che non è più procrastinabile. Bisogna partire dalla scuola, sin dalla più tenera età, con un'informazione sistematica e capillare che passi attraverso insegnanti davvero preparati. Bisogna coinvolgere le famiglie, dove sempre più spesso troviamo padri e madri che impongono ai figli l'utilizzo criminale di certe sostanze. E poi costruire una classe di medici e di dirigenti sportivi totalmente nuova. Che porti con sé, come valore primario, il rispetto per la salute di chi ama fare sport.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Leucemie

# Tumori infantili: il caso italiano

di Giuseppe Masera\*

**N**ell'ultimo mese sette bambini abitanti a Milano vengono ricoverati al San Gerardo di Monza. Diagnosi: leucemia linfoblastica acuta (LLA). In più: 3 di loro frequentano la stessa scuola elementare (ma vi si sono trasferiti da poco). Che cosa sta succedendo? C'è da preoccuparsi per questa anomala "epidemia"? Cerchiamo di analizzare questi dati con obiettività.

La LLA è la forma tumorale più frequente in età pediatrica (colpisce le cellule linfatiche nel midollo osseo ed in altre sedi al di fuori del midollo); è, in termini assoluti, molto rara, e guaribile in oltre l'85% dei casi, in Italia come nei migliori centri del mondo. Presso l'ospedale San Gerardo di Monza esiste un centro di Ematologia pediatrica di eccellenza, leader a livello nazionale e internazionale. Ogni anno si ammalano in Italia di tumore 1.500-1.600 bambini in età 0-14 anni, con un'incidenza di 176 nuovi casi per milione di bambini (1-2% di tutti i tumori diagnosticati ogni anno in Italia). Le leucemie sono il 35% dei tumori pediatrici (550 casi/anno) e la LLA è l'80% di tutte le leucemie (440 casi/anno).

Ma c'è un dato che richiama l'attenzione di chi ha a cuore la salute dei nostri bambini: in Italia l'incidenza dei tumori infantili è in aumento del 2% ogni anno, mentre in Europa l'incremento è dell'1,1% e negli Stati Uniti dello 0,6% (Rapporto Associazione Italiana Registri Tumori, AIRTUM). Morale: in Italia i nostri bambini si ammalano di più rispetto a quelli dei principali Paesi europei, verosimilmente perché l'ambiente che abbiamo creato reca seri problemi alla loro salute, non solo per quanto riguarda i tumori.

Quali sono le cause dei tumori? E' possibile individuare uno o più fattori "killer", da scovare e possibilmente eliminare? Purtroppo no. I tumori pediatrici, in particolare la LLA, si verificano perché una serie di lesioni al Dna concorre nell'arco di un tempo non breve (per lo più alcuni anni) a creare cellule (del sangue o di altri organi) che iniziano a proliferare in modo non controllato. Questi fattori, che possono agire già durante la vita fetale, sono molteplici e già da alcuni anni ritenuti probabilmente responsabili nel favorire l'insorgenza dei tumori. Ne elenchiamo alcuni: il benzene, i campi elettromagnetici, la radioattività, il radon (gas presente nel sottosuolo), certe infezioni virali. Ma un concetto deve essere ben chiaro: tutti questi fattori fanno aumentare il rischio, ma nessuno di loro può essere ritenuto responsabile, da solo, di quel singolo caso di tumore.

Concludendo: la Asl di Milano ha rapidamente attivato un gruppo di lavoro, coordinato dall'epidemiologo Luigi Bisanti, che procederà alle indagini più rigorose, che non saranno limitate alla scuola di origine, ma anche alle aree di residenza. Augurandoci che questa dolorosa vicenda richiami l'attenzione non solo a Milano ma anche in tutta Italia, perché vengano attivate iniziative concrete di tutela dell'ambiente, per un maggior rispetto della salute di tutti e in particolare dei nostri bambini.

\*Clinica Pediatrica dell'Università di Milano-Bicocca, A.O. San Gerardo, Monza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Diagnosi Si affina la capacità di indagine della pillola che permette di fotografare l'intestino dall'interno La nuova video-capsula ha una vista d'aquila

## Impiego limitato

L'esame con la pillola videocamera è promettente, ma è ancora poco più che sperimentale, utilizzato in un numero limitato di strutture

Non si sa se basta un poco di zucchero per mandarla giù, viste le non irrisorie dimensioni. Di certo, però, la pillola-videocamera sembra sulla buona strada per essere usata spesso, per la serenità di chi inorridisce al pensiero dell'endoscopia. Perché basta inghiottirla: "navigando" nel nostro apparato digerente la video-capsula scatta fotografie, scovando polipi e tumori con una sensibilità che sta man mano migliorando, avvicinandosi a quella della colonscopia tradizionale.

Lo hanno spiegato gli esperti riuniti nei giorni scorsi a Tarquinia per il primo congresso mondiale interamente dedicato a questo mini-speleologo dell'intestino, dove è stata anche presentata la seconda generazione dello strumento.

L'esterno non cambia molto, ma ora la capsula riesce a vedere quasi a 360 gradi attorno a sé. «E se la video-capsula si muove lentamente registra 4 immagini al secondo; quando va più veloce, ad esempio in alcuni tratti del colon, è programmata per catturare 35 fotografie al secondo, così non si rischia di perdere dettagli — spiega Guido Costamagna, direttore dell'Unità di endoscopia digestiva chirurgica del Policlinico Gemelli di Roma e presidente della Società europea di endoscopia digestiva —. Sono migliorate anche la luminosità, la capacità di misurazione di eventuali polipi e la fase di preparazione all'esame, che serve a pulire l'intestino». Accorgimenti che dovrebbero aumentare non poco la capacità diagnostica: le video-capsule di vecchia generazione per il colon, disponibili dal 2008, trovavano le lesioni in circa il 70% dei casi. «La nuova potrebbe arrivare al 90%, stando ai dati di uno studio israeliano — interviene Cristiano Spada, endoscopista al Gemelli, fra gli organizzatori del congresso —. Il nostro centro sta coordinando una sperimentazione europea

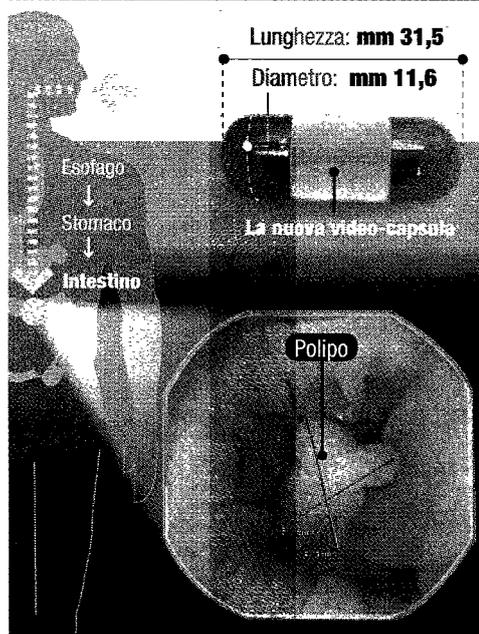
della video-capsula di seconda generazione, che dovrebbe arrivare all'uso clinico dopo l'estate: i risultati preliminari sono incoraggianti».

Tuttora l'esame con la video-capsula è un test di nicchia, poco più che sperimentale: la capsula per indagare l'intestino tenue, arrivata nel 2000, è usata in una decina di centri in tutta Italia e in un numero assai limitato di pazienti. Non è solo questione di costi: il prezzo dello strumento è di circa 450 euro; non riuscire a visualizzare bene il colon è stato finora il vero scoglio, ma la nuova video-capsula dovrebbe superarlo. «A oggi, il test si usa nell'intestino tenue quando c'è un sanguinamento intestinale e gastroscopia e colonscopia hanno dato risultati negativi; inoltre, può essere utile nelle malattie infiammatorie croniche intestinali e nella celiachia — spiega Costamagna —. La capsula adatta all'analisi del colon si sceglie quando il paziente non può o non vuole fare la coloscopia, o se questa è stata incompleta. Il nostro vero obiettivo è migliorare sensibilità e maneggevolezza dello strumento per usarlo come screening per il tumore al colon, a cui sottoporsi a casa propria semplicemente inghiottendo la capsula. E per il futuro sono allo studio capsule con batterie ricaricabili o governabili dall'esterno, in grado di prelevare piccoli campioni di liquidi, fare biopsie o trasportare farmaci dove serve». Insomma, non più "solo" un occhio indiscreto, ma un mini-medico dell'apparato digerente.

**Elena Meli**

## L'OCCHIO INDISCRETO

Ecco la video-capsula di seconda generazione per esaminare l'intestino; sotto, l'immagine di un polipo intestinale individuato dallo strumento



IRVINGI ALI & S



# «Body scanner, nessun rischio per la salute»

## Fazio

**Il ministro della Salute ha presentato le linee guida del Piano oncologico 2010-2012. Ogni anno 250mila nuovi malati**

DA ROMA PAOLA SIMONETTI

**P**er l'incidenza dei tumori in Italia non sono certo i body scanner da installare negli aeroporti a preoccupare il ministro della Salute Ferruccio Fazio: «Non rappresentano un reale rischio - ha assicurato -. La strada intrapresa in tal senso sarà portata avanti con assoluta tranquillità dei cittadini». Quel che serve al nostro Paese per vincere la battaglia con il cancro secondo lui, è invece nelle linee di indirizzo tracciate dal Piano oncologico 2010-2012 presentato ieri dallo stesso ministro. Un documento, ancora da sottoporre alle Regioni, che vede la sua ossatura nella costruzione di una Rete oncologica nazionale e in una fotografia precisa dello stato della sanità di settore, ma anche della strada da intraprendere con lungimiranza per rilanciare l'Italia, «un Paese pieno di eccellenze da promuovere, per mantenere competitività e sviluppo» ha sottolineato Fazio. Il tutto in uno scenario che ha visto però 250mila nuovi casi di malattie neoplastiche ogni anno e che nel solo 2010 si stima ne farà registrare 2 milioni.

Binario cruciale su cui incamminarsi, dovrà essere l'innovazione a tutto tondo, con particolare attenzione all'incattivazione di tecnologie d'avanguardia, nuovi farmaci, terapie "intelligenti" (radioterapia, diagnostica molecolare, medicina rigenerativa) e ricerca clinica, a cui dovrà essere resa vita più facile con uno

snellimento dei protocolli burocratici, ma che dovrà contemplare anche fondi da indirizzare verso scambi internazionali. Atto primario per il ministero, il rinnovamento di tutte le attrezzature diagnostiche e terapeutiche (di cui è stata già realizzata una capillare mappatura); strategia efficace questa, secondo il Ministro, per «livellare le differenze geografiche e contenere la mobilità sanitaria a cui troppi cittadini sono ancora costretti, anche in una stessa regione». Un primo bilancio di spesa preventivabile per questa sorta di "rottamazione" parla, a detta di Fazio, di 500 milioni necessari solo per gli interventi più urgenti.

Ma grande risalto il Piano lo dà anche e soprattutto alla prevenzione, «con uno sguardo - ha fatto notare il Ministro - che rende l'idea dell'innovazione a cui vogliamo riferirci. Ora infatti la si concepisce divisa in tre fasi, primaria (modificazione degli stili di vita), secondaria (realizzazione di screening), terziaria (controllo delle complicanze e contenimento delle recidive)». Scatto di novità per questo nuovo documento, anche la voce relativa al percorso del malato oncologico nel Servizio sanitario nazionale, con un occhio di riguardo all'anziano: il polso della situazione attuale di passaggio da una fase all'altra del paziente, rivela, per il ministro, «criticità e bisogni di sistema nella prospettiva di garantire una continuità terapeutica e assistenziale dopo la dimissione ospedaliera, e la possibilità di fruizione di medicinali all'avanguardia, cure palliative, ma anche mirata riabilitazione». A pesare però sull'ingranaggio sanitario italiano restano le famigerate liste d'attesa, a cui Fazio intende assestare un colpo decisivo: «Un piano già pronto e che presenteremo presto, prevede che siano diversificate per grado di urgenza», ha spiegato.



# Il piano del governo Lotta ai tumori rottamazione per i macchinari

## Cinquecento milioni per gli incentivi Fazio: stop alla «fuga» degli ammalati

**AnnaMaria Asprone**

Avrà «due gambe» ben salde su cui poggiarsi per affrontare nel modo migliore tutti i problemi dei malati oncologici. Così il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha definito ieri nel corso di una conferenza stampa, il piano oncologico nazionale, di cui ha illustrato le linee generali. L'intento è quello di far diventare l'Italia «un punto di riferimento per l'oncologia di tutta l'area mediterranea». Dunque, prevenzione, riduzione delle differenze tra le aree del paese e rinnovo della tecnologia al centro del piano oncologico nazionale 2010-2012: sono questi i punti prioritari del piano. E, per realizzare questi obiettivi c'è necessità di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più all'avanguardia. Ma è anche necessario, secondo Fazio ridurre gli sprechi e rottamare i vecchi macchinari per far spazio a nuove tecnologie. Questo insieme alla prevenzione e alla continuità assistenziale, garantirà a tutti i pazienti oncologici l'accesso alla migliore assistenza e fermerà la migrazione sanitaria che dal Sud porta i malati a curarsi a Nord.

Una priorità, quella di un'assistenza qualificata per i malati oncologici, che tuttavia in Campania già trova concreta attuazione nell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori, Fondazione Pascale, tra i primi cinque centri oncologici (insieme con gli istituti di Milano, Roma, Genova e Laviano) più qualificati d'Italia, con strutture all'avanguardia e punte di eccellenza. Ma, tornando al piano presentato dal ministro della Salute per il prossimo triennio ecco le no-

vità più importanti: non più una sola infinita lista di attesa, con l'inevitabile dilatazione di tempi, ma più liste a seconda dell'urgenza. «Dividendo le liste - ha spiegato infatti Fazio - in base all'urgenza, con l'indicazione della priorità per l'esame richiesto». Quindi ad esempio una mammografia, come esame di prevenzione sarà meno urgente di una diagnosi di un nodulo. Ma non solo. Un altro obiettivo sarà «far parlare tra loro i Cup (Centri unici di prenotazione) regionali» grazie ad un Cup nazionale, per razionalizzare e coordinare le prenotazioni regionali evitando prenotazioni doppie. Fondamentale sarà anche la costruzione di una rete oncologica nazionale, oltre che neurologica e cardiologica, per una raccolta dei dati sulle prestazioni, sulla qualità e sugli out di ogni Centro per identificare le più efficienti e quelle in cui occorre intervenire per migliorare i servizi. Il Piano, ha spiegato Fazio, illustra le linee verso cui la lotta all'oncologia dovrà indirizzarsi, ma le strategie attuative dovranno essere poi concordate con le Regioni, a cui sarà sottoposto il Piano per l'approvazione. La copertura delle spese, ha spiegato Fazio, avverrà attraverso fondi già stanziati, come quelli per l'ex articolo 20. Un intervento che dovrebbe richiedere circa 500 milioni di euro. Il piano prevede anche il potenziamento e l'incentivazione di studi e finanziamenti internazionali per migliorare la competitività dell'Italia nella ricerca e nell'assistenza oncologica in cui, ha sottolineato Fazio, «il nostro Paese è già un punto di riferimento in Europa».



# Pedicini: per il Pascale acceleratori lineari

## Intervista

**T**ra le eccellenze che collocano l'Italia tra le nazioni leader, nel settore dell'oncologia, c'è senz'altro l'Istituto per lo studio e la cura dei tumori, Fondazione Pascale, di cui Tonino Pedicini, da 25 anni oncologo clinico, è da quattro mesi, direttore generale.

### Direttore, cosa pensa del piano del ministro Fazio?

«Non può che trovarmi favorevole. Soprattutto se si considera che la prima regola del nostro istituto, è proprio l'innovazione».

### Quindi da voi è un obiettivo già raggiunto?

«Il miglioramento delle



tecnologie ci impegna costantemente, anche se i costi sono alti. Siamo indirizzati verso l'acquisto di un sistema di radiocirurgia "ciberknife", il robot radiochirurgo in grado di controllare le neoplasie dove la radioterapia e la chirurgia tradizionali non è utilizzabile».

### E oltre al bisturi cibernetico?

«Da poco abbiamo una modernissima Tac a 64 slide e 2

mammografi digitali. Da un mese nel reparto del professor D'Aiuto c'è una risonanza magnetica nucleare dedicata esclusivamente alla mammella che si chiama "Aurora" ed è la prima in Europa».

### Quali gli obiettivi per il 2010?

«Per il 2010 il completamento della radiologia oncologica con nuovi acceleratori lineari. Ne abbiamo tre vecchi e uno rinnovato, ma non bastano».

### E con quali costi?

«Dieci milioni di euro. Quindi ben venga il piano di Fazio se ci concederà incentivi per la rottamazione. Vuol dire che se sarà possibile doneremo le apparecchiature rottamate».

**a.m.a.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



→ **Presentato** il piano triennale: Cup unico nazionale per le prenotazioni, priorità alle urgenze

→ **Risorse** il ministro non ne ha parlato. Critiche le associazioni dei malati

# Tumori, il piano di Fazio è senza soldi

**Rottamazione per i macchinari vecchi, Cup nazionale per le prenotazioni privilegiando le urgenze. Sono i punti cardine del piano triennale contro i tumori presentato ieri da Fazio carente su un punto: le risorse.**

**EMANUELE PERUGINI**

ROMA  
politica@unita.it

Rottamazione dei macchinari per la diagnosi e la terapia contro i tumori, impegno a ridurre le liste di attesa, sforzo per ridurre le differenze tra le diverse regioni, ma nessun impegno finanziario per raggiungere questi obiettivi. Sono questi, in

estrema sintesi i punti principali del nuovo piano triennale contro i tumori anticipato ieri dal ministro per la salute Fazio. Il documento riprende il precedente piano oncologico nazionale e che ne aggiorna i contenuti e gli obiettivi. Per essere adottato dovrà prima passare al vaglio delle Regioni.

Nel 2006 si sono contati 168mila decessi per tumori, pari al 30% di tutti i decessi. Il tumore è la seconda causa di morte, prima nel caso degli adulti. Sempre nel 2006 oltre 761mila i ricoveri, il 9,3% del numero totale di ricoveri. Di cancro ci si ammala soprattutto al nord, un triste primato che conta in queste regioni il 48% dei casi registrati, contro il 26% del cen-

tro e il 15% delle isole. «Gli obiettivi più rilevanti del Piano - ha spiegato il ministro - consistono da una parte nella possibilità di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e dall'altra nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse». Proprio per ridurre questo gap il ministro lancerà due diverse iniziative: la prima è una campagna di rottamazione delle macchine attualmente impiegate. La seconda è la modifica del sistema delle prenotazioni con la realizzazione di un Cup nazionale per razionalizzare e coordinare le prenotazioni su base re-

gionale e l'adozione di nuovi criteri per le liste di attesa basati sulle urgenze. Perplesso sul piano presentato il Tribunale dei Diritti del malato. Soprattutto per quanto riguarda la dotazione finanziaria che accompagnerà il provvedimento a cui Fazio non ha fatto alcun cenno.

«Naturalmente - ha spiegato Teresa Petrangolini, segretario generale di Cittadinanzattiva-Tribunale diritti del malato - siamo felici ogni volta che si predispongono un piano pluriennale per la gestione di un'emergenza sanitaria, anche se adesso aspettiamo di vederne con maggior precisione i contenuti e di capire se sarà accompagnato da adeguate risorse finanziarie». ♦

