

SANITA'

Lotta al cancro no dei medici al risparmio ad ogni costo

● **ROMA.** «Il diritto del paziente malato di cancro di ricevere le cure migliori non può essere compromesso in nome del risparmio ad ogni costo che ne mina sicurezza ed efficacia. Si controllino, piuttosto, le varie componenti del sistema. Dei 25 miliardi spesi per la cura, per esempio, 3 sono assorbiti dai farmaci oncologici. Ma, al termine delle procedure amministrative, solo il 25% di questo ammontare viene rimborsato dalle case farmaceutiche alle aziende ospedaliere con il sistema del "risk sharing". L'allarme viene dall'associazione degli oncologi medici italiani (Aiom, presieduta dal prof. Carmelo Iacomo).

«In Italia, ogni anno, 250mila persone - ha detto il prof. Francesco Schittulli, presidente della Lega Italiana Tumori e chirurgo senologo, oncologo, nella sua lezione magistrale tenuta, a Roma, all'Accademia di storia dell'arte sanitaria - sono colpite da tumore. Una cifra che, purtroppo è in continuo aumento e che annulla i pur evidenti progressi nella terapia (circa 6

tumori su 10, oggi, guariscono e, in alcuni casi come il cancro mammario, si sfiora la cifra di 8 su 10). Oltre 80mila vite umane si potrebbero salvare. La crisi può essere risolta prevalentemente dalla prevenzione (identificazione e controllo dei fattori di rischio, anticipazione diagnostica, controlli periodici) che il 48,5% della popolazione non esegue e dalla conoscenza diffusa a tutti i livelli».

«Sulla malattia tumorale - ha proseguito Schittulli - pesano pregiudizi e miti da sfatare: non è male "incurabile", non è contagioso, non tutte le radiazioni ne sono causa, il trattamento va diversificato per persona e tipo di malattia, la vera cura non consiste in rimedi naturali e diete, gli interventi e le biopsie non favoriscono le metastasi, il cancro non è mortale se diagnosticato in tempo e curato secondo regola».

«Il cancro mammario - ha detto ancora Schittulli a Genova, nella lezione al master universitario riservato a specialisti dirigenti in ruolo delle unità senologiche o di chirurgia generale - colpisce, ogni anno, 40mila italiane (25% sotto i 40 anni di età) e ne uccide 10mila. Potrebbe essere controllato fino al dominio definitivo e totale se fossero utilizzate tutte le conoscenze, la diffusione delle informazioni corrette e le strategie di prevenzione tra le quali anche la chemio prevenzione e gli screening mammografici per le quali la Lilt si è impegnata in primo piano».

Nicola Simonetti



Medicina e ricerca L'iniziativa per favorire lo scambio di informazioni

La rete dei cervelli in fuga per far crescere anche l'Italia

Progetto di Fazio. Il trapiantologo: non invidio chi rimane

Nuove generazioni

Schifano dall'Inghilterra: «Il sistema sta cambiando ma i risultati li vedranno le prossime generazioni»

ROMA — Tornare in patria, non tornano. Un po' perché se ne sono andati disillusi da un «sistema bacato», un po' perché all'estero hanno fatto una carriera eccellente. Ma anche «i cervelli in fuga» hanno un cuore che batte per l'Italia. Ed è per questo che in cento hanno già accolto l'appello del **ministero della Salute** per creare una rete, un network che permetta di mettere le loro competenze al servizio anche di chi è rimasto. Ed eventualmente di qualche progetto scientifico *made in Italy*.

Oggi e domani a Cernobbio ne discuteranno tra di loro, su invito del **ministro della Salute Ferruccio Fazio**.

Manca un censimento degli espatriati, appena avviato dal governo. Secondo Vito Campe, capo del centro di ipertensione e nefrologia alla università di Los Angeles, da 36 anni in California, presidente della Fondazione Issnaf impegnata per costruire un ponte tra Italia e resto del mondo, solo in Usa sono presenti almeno 10-15 mila nostri cervelli, non si sa quanti in pianta stabile. Quasi tutti in posizioni di alto livello.

Antonello Bonci, 54 anni, riminese, è il direttore scientifico dell'Istituto nazionale americano sulle droghe, Washington, 80 milioni di dollari da gestire all'anno. «Quando sono stato assunto dopo aver vinto un concorso vero, trasparente, mi hanno chiesto "quanto ti serve per il tuo progetto". Tornerei di corsa a casa. Ma a quali condizioni? Negli Stati Uniti chi sbaglia paga. In Italia se non funzioni puoi mantenere a vita il tuo posto. Il principio della responsabilità è sconosciuto».

Più ottimista Fabrizio Schifano, padovano, 54 anni, da 10 in Inghilterra, università di Hertfordshire, dove si occupa

di nuove droghe e coordina 600 persone, appassionato di canto: «Il sistema sta cambiando, ma i risultati li vedranno le prossime generazioni, quella di mio figlio, per esempio, che studia medicina alla Cattolica di Roma ed è entrato senza spinte. In Inghilterra non importa chi sei e di che colore hai la pelle, ma quanto vali. Ogni 5 anni c'è un riesame di valutazione e se sei bocciato perdi fondi e posto. Ecco, io voglio credere che anche da noi funzionerà così».

Non ci sarà, ma solo per motivi di lavoro, Paolo Paoletti, 59 anni, capo della ricerca e dello sviluppo di uno dei maggiori gruppi farmaceutici del settore oncologico, che ha inventato, sperimentato e messo in uso uno dei sei medicinali più innovativi del settore, che vale ben due miliardi di dollari di fatturato. Con amarezza evidente si sfoga: «Sono andato via nel '97 dopo aver perso un concorso per professore associato all'università di Pisa. Avevo 280 pubblicazioni sulle migliori riviste mondiali. Venne nominato un candidato con un curriculum ridicolo. Giurai che non mi avrebbero più visto. Ho scelto una carriera nel privato. Tutto quello che ho realizzato in Usa avrei potuto farlo dove sono nato. Ma il sistema è bacato. Peccato perché quanto a genialità non siamo secondi a nessuno».

Tra gli invitati a Cernobbio Gabriella Gobbi, 44 anni, psicofarmacologa all'università McGill di Montreal, campo di studio gli antidepressivi: «Quando sei giovane non accetti compromessi. E sono fuggita. Soffrivo, non sapevo adattarmi a regole antimeritocratiche. Il genio italiano è superiore ma non ha futuro in una realtà dove manca il rispetto per il sapere umano e la conoscenza». Crede nel network, nella rete progettata dal **ministero della Salute** e finanziata con 80 milioni che verranno assegnati a progetti di squadra. Lo considera un punto di partenza.

«Non mi considero un cervello in fuga, faccio il medico e

non lo scienziato. Ma non fa differenza perché mi reputo vittima di un sistema avariato», si presta come testimonial di altre difficoltà Gregorio Maldini, trapiantologo a Honolulu, figlio di Sergio, lo scrittore che ha vinto il Campiello nel 1992: «Sono partito a 29 anni dopo averne sprecati cinque alla Sapienza. Non invidio chi è rimasto».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TUTTA SALUTE

di MABEL BOCCHI



Bimbi obesi già anziani L'infarto è più probabile

I bimbi obesi hanno le arterie dei quarantenni. A comunicarlo uno studio canadese del *Hospital Children British Columbia* di Vancouver che, dopo avere esaminato con gli ultrasuoni i vasi sanguigni di 63 tredicenni obesi, confrontando le loro aorte con quelle di 55 bambini normopeso, ha scoperto che nei bimbi sovrappeso l'aorta è quasi del tutto simile a quella degli adulti con problemi di aterosclerosi, la malattia caratterizzata dall'indurimento arterioso che segnala il rischio di infarto e ictus. Colesterolo e pressione arteriosa si sono rivelati quasi nella norma: sono, quindi, proprio i problemi circolatori la spia silenziosa del rischio futuro di cardiopatie.

Non esagerate col sale: il cuore ne può soffrire

Uno studio australiano realizzato dall'Università del Queensland, dopo avere esaminato le strategie già attivate da vari Stati per il controllo della quantità di sale presente nei cibi, ha definito indispensabile varare delle leggi che impongano alle aziende alimentari di limitarne il contenuto. Un'iniziativa che ridurrebbe del 20% le malattie cardiovascolari. Precedenti ricerche hanno dimostrato che a un incremento di sale nella dieta quotidiana di 5 grammi corrisponde un aumento del rischio di ictus e patologie cardiovascolari del 22,9% e del 17,1%. Gli adulti dovrebbero consumarne non più di 6 grammi al giorno, circa l'equivalente di un cucchiaino.

Se fate una Tac all'anno cala il rischio di cancro

Prevenire è sempre meglio che curare: uno studio del National Cancer Institute americano rivela che, tra fumatori ed ex fumatori, una TAC all'anno riduce del 20 per cento il rischio di decesso per cancro ai polmoni. Secondo il *New York Times*, la scoperta è un passo avanti decisivo nella diagnosi del cancro e potrebbe salvare migliaia di vite all'anno. Per tre volte in altrettanti anni 53 mila fumatori ed ex fumatori tra i 55 e i 74 anni sono stati sottoposti a esami a raggi X oppure a scansioni Tac. Dopo cinque anni, sono state 354 le morti per tumore ai polmoni tra i pazienti sottoposti ad esami Tac, contro le 442 tra quelli sottoposti ai raggi X.



Non sprecare

Antonio Galdo



**Uso e abuso di farmaci:
la sindrome da pillola
è un record tutto italiano**

Tra i record che abbiamo in Italia c'è anche quello del consumo di farmaci, con una spesa media pro capite di 524 dollari. Che cosa alimenta questa corsa alla pillola? Innanzitutto la pressione dell'industria farmaceutica (25 miliardi di euro all'anno di fatturato) che utilizza tutte le armi a disposizione per aumentare la domanda. Si moltiplicano così le iniziative di marketing sia sulle singole malattie sia sui nuovi prodotti per curarle: per una sola patologia si arriva fino a 60 giornate nazionali dedicate all'argomento e 300 locali. Celebriamo perfino la giornata per la prevenzione degli attacchi di panico. Una macchina infernale di notizie, dati e sollecitazioni all'acquisto, messa a punto con l'obiettivo di sollecitare gli acquisti anche quando non sono necessari. Il secondo anello debole della catena è quello dei medici, molto generosi quando si tratta di scrivere prescrizioni: si contano 7,3 ricette a cittadino. Tanto alla fine il conto lo paga il Servizio sanitario nazionale con una spesa complessiva pari a 4 miliardi di euro all'anno. Diverse indagini della magistratura hanno individuato la rete di questa «fabbrica dei farmaci» con alleanze strette tra i produttori, gli informatori scientifici (i venditori) e i medici. Rompere il meccanismo è molto complicato, anche perché il terzo anello riguarda i nostri stili di vita, le nostre abitudini quotidiane in materia di pillole. Pensate: gettiamo nella spazzatura qualcosa come un miliardo di medicine l'anno, con un costo di 650 milioni di euro. Una follia. L'uso e l'abuso dei farmaci è confermato dal «vizio» degli italiani di avere medicinali sempre a disposizione in casa, negli armadietti, come se la malattia fosse costantemente in agguato. Il 65% delle famiglie conserva, infatti, tra le 10 e le 20 confezioni di medicine, non curandosi di controllare le scadenze. Salvo poi accorgersi che il farmaco ha concluso il suo ciclo vitale

e quindi può finire nel cestino dei rifiuti.

La sindrome della pillola, purtroppo, è in forte crescita. Da un lato le ricerche della medicina e della genetica hanno allargato l'area delle patologie, creandone alcune che non possono definirsi tali; dall'altro versante l'aumento medio dell'età della popolazione comporta automaticamente una crescita della domanda di farmaci. Possiamo fare qualcosa per spezzare la catena degli sprechi? Sicuramente sì. Innanzitutto scegliere medici responsabili, e non dei semplici dispensatori di medicinali. Un noto boss dell'industria farmaceutica americana un giorno confessò pubblicamente: «Il nostro sogno è quello di produrre farmaci per le persone sane». In secondo luogo, gli acquisti delle medicine vanno fatti con parsimonia e secondo le prescrizioni: le scorte sono inutili. Infine, attenzione alle scadenze: se sono troppo ravvicinate, è meglio cambiare confezione. In ogni caso ciascun consumatore di pillole dovrebbe convincersi che questa spesa è coperta dalla Stato, ma alla fine, attraverso le tasse, la paghiamo noi cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Aids rimane un'emergenza

di Françoise Barré-Sinoussi*

Oggi, almeno nei Paesi industrializzati, l'Aids non fa più così paura. Non si trasmette quasi più da madre a figlio, e il tasso di mortalità legato alla malattia è sceso di oltre l'80% così come, in proporzione, si è ridotta la progressione dell'infezione da asintomatica ad Aids conclamato. Questo grazie alle terapie combinate antiretrovirali (Art-Anti-Retroviral Therapy) che, pur non consentendo la guarigione, permettono di tenere sotto controllo l'infezione da Hiv.

Ma abbassare la guardia è un errore. Perché nonostante questi successi l'Aids è ancora un'emergenza. Sono 7.500 i nuovi casi ogni giorno, 33,4 milioni quelli stimati nel mondo, 2,7 milioni le nuove infezioni e 2 milioni i morti ogni anno (dati 2008). Mortalità e incidenza sono drammatiche in particolare nei Paesi dove le terapie antiretrovirali non sono diffuse: ad esempio l'Africa sub-sahariana, che da sola detiene il 67% dei casi mondiali. Qui, il 40% delle persone che necessita di un trattamento non lo riceve. Facendo una media tra mondo industrializzato e Paesi in via di sviluppo, per ogni 2 pazienti curati ci sono 5 nuove infezioni. È necessario che i Paesi più ricchi si impegnino per rendere accessibili a tutti le cure, in modo da evitare che il fronte dell'infezione si allarghi e ci travolga, vanificando i risultati ottenuti con le terapie.

Il pericolo del contagio non va sottovalutato. È un errore che ha portato in tutti i questi anni ad avere un tasso di nuovi infetti sempre stabile, anche nei Paesi industrializzati. Più del 50% delle persone infette non sa di esserlo, e costituisce una seria minaccia per la propagazione del virus. Fondamentale quindi incentivare il test per l'Hiv: l'accesso precoce alle terapie consente di tenere il virus sotto controllo e diminuisce il rischio di trasmissione. Un messaggio che deve essere accolto in primo luogo dal mondo politico, affinché si impegni in campagne di informazione e prevenzione.

Fino a quando non sarà disponibile un vaccino, infatti, l'unico modo per arginare l'Aids è impedire la diffusione del virus con l'educazione e la modificazione dei comportamenti a rischio: primi fra tutti i rapporti sessuali, che rappresentano oggi il principale mezzo di contagio (in Italia il 74%). Alle armi già da tempo a nostra disposizione — preservativo ed educazione comportamentale con i partner — si aggiungono altre strade esplorate dalla ricerca: i gel microbicidi (uno di questi ha dimostrato di ridurre del 39% il rischio di contagio) e l'utilizzo sistematico della terapia antiretrovirale per diminuire la carica virale e, di conseguenza, il rischio di trasmissione.

Fondamentale anche il ritorno alla ricerca di base. Il fallimento dell'ultima sperimentazione clinica di un vaccino preventivo ha fatto emergere la necessità, per noi scienziati, di tornare in laboratorio. Solo comprendendo meglio i meccanismi di funzionamento del sistema immunitario, infatti, potremo attivare risposte protettive contro l'Hiv. Recenti risultati hanno identificato alcuni rifugi dove l'Hiv si nasconde, suggerendo nuovi bersagli. La sfida, ora, è tradurre queste conoscenze in una strategia terapeutica.

* Premio Nobel per la Medicina nel 2008 per la scoperta del virus Hiv



Una prenotazione su due non segue la procedura

Controllo Il call center della Regione non ha tutte le agende di Asl e ospedali

I numeri

Le prestazioni fornite

si fermano al 45%

Ma lo standard è 70%

Daniele Di Mario
d.dimario@iltempo.it

■ Il Recup, il centro unico di prenotazione sanitaria regionale, ha a disposizione appena la metà delle agende degli ospedali di Roma e del Lazio, come testimoniano i dati sulle prestazioni fornite dalle strutture sanitarie pubbliche. Insomma, se le liste d'attesa si allungano a vista d'occhio e per fare un esame occorre aspettare anche dieci mesi, un motivo c'è. E la colpa non è certo del Recup.

I dati, a tal proposito, parlano chiaro. Al 31 maggio 2010, al San Filippo Neri solo il 41,58% delle prestazioni effettuate è stato fornito attraverso la prenotazione al Recup. Alla Asl RmA il dato si attesta sul 42,82%; alla Asl RmB sul 41,06%. Alla Asm RmC invece le prestazioni effettuate tramite Recup sono il 46,69% sul totale; alla RmD il 41,96%; alla RmE il 33,12%; alla RmF il 23,99%, alla RmG il 32,10%; alla RmH, infine, il 29,47%. Per quanto riguarda invece policlinici e aziende ospedaliere, all'Umberto I il 45,12% delle prestazioni è stato fornito attraverso prenotazione Recup; al Sant'Andrea il 44,07%; a Tor Vergata il

65,41%.

Che fine fanno il resto delle prestazioni? Vengono gestite internamente da aziende sanitarie e aziende ospedaliere, ma non per eseguire esami nei casi di pronto soccorso o di degenza ospedaliera. Per farla breve, oltre la metà delle prestazioni sanitarie viene effettuata in «registrazione diretta», come si dice in gergo. In pratica, si tratta di forzature alla prassi regolare: la Regione, infatti, prevede che il servizio unico di prenotazione gestisca direttamente almeno il 70% delle agende. Il presidente del Gruppo Darco che gestisce il Recup, Maurizio Marotta, fa spallucce: «Gestiamo appena la metà delle agende delle strutture pubbliche. Certo, siamo molto lontani da quell'obiettivo del 70% che la Regione si è più volte prefissata. Per quanto riguarda invece le agende dei privati, noi non le gestiamo, se non in casi limitatissimi. Tecnicamente sarebbe possibile, ma, nonostante tanti proclami, ancora non se ne è fatto nulla».

Ma c'è di più. Se prendiamo in

considerazione solo il rapporto tra le percentuali prenotate dal Recup e quelle totali effettuate attraverso la prenotazione nei Cup aziendali (comprendendo anche le registrazioni dirette e le agende esclusive) sia attraverso, la percentuale si riduce ulteriormente: 12,11% al San Filippo Neri; 29,15% alla RmA, 30,09% alla RmB; 35,08 alla RmC; 33,83% alla RmD; 11,49% alla RmE; 14,24% alla RmF; 21,15% alla RmG; 15,05% alla RmH; 8,54% all'Umberto I; 17,10% al Sant'Andrea; 33,38% a Tor Vergata. Da questo conteggio vengono escluse le prestazioni del laboratorio analisi. Insomma, i dati parlano chiaro: se per fare una visita si aspettano in media otto-dieci mesi un motivo c'è.

Il **ministero della Salute**, inoltre, prevede che le visite specialistiche vengano erogate entro 30 giorni, mentre gli esami diagnostici strumentali entro 60 giorni. Ma praticamente nessuno rispetta il diktat ministeriale: la scadenza dei 30 giorni è rispettata mediamente nel 10% dei casi; quella di 60 giorni invece



è rispettata mediamente nel 25% dei casi.

«Il servizio Recup - attacca il segretario provinciale Uil-Fpl Paolo Dominici - lamenta da tempo la mancanza di idonei punti di riferimento per il suo miglior funzionamento. Sembra essere venuta amancare la figura di riferimento di direzione politica regionale, in grado di sovrintendere al funzionamento e di rapportarsi con le direzioni generali. Il mancato controllo sulle aziende ha avuto come

conseguenza un rallentamento del processo di trasparenza sulle agende. Di fatto più del 50% delle prestazioni che vengono erogate attualmente risultano essere effettuate con accettazione

diretta e senza prenotazione. Ciò significa che né il Recup e spesso neppure il Cup aziendale dispongono in trasparenza delle agende di prestazioni con un grande riflesso negativo sui tempi di attesa che vengono attualmente registrati per effettuare una prestazione sanitaria. I tempi si allungano sempre di più e molte agende vengono addirittura chiuse, non si prenotano cioè più esami. Prova ne sono i tempi di attesa che fanno registrare un dato tendenzialmente in aumento dei giorni di attesa per effettuare sia visite specialistiche che prestazioni diagnostiche. Il piano del Governo per le liste di attesa approvato dalla conferenza Stato Regioni di fatto rischia di produrre un grandissimo vantaggio per tutti i medici che per snellire i tempi di attesa chiederanno di operare in regime di intramoenia».

Secondo la Uil-Fpl per uscire dalla crisi servono scelte drastiche e coraggiose: l'inserimento nel Recup delle agende dei privati classificati e accreditati; l'unificazione dei Cup aziendali al Recup; l'aumento dell'offerta da parte anche delle strutture sanitarie pubbliche, dall'attuale 35/40% ad almeno il 70% delle proprie agende.

42**Per cento**

Prestazioni effettuate al San Filippo Neri con la procedura standard (Recup)

55**Per cento**

Prestazioni sanitarie effettuate in modalità «registrazione diretta» all'Umberto I

30**Giorni**

Termine entro il quale le prestazioni specialistiche devono essere erogate

TRAPIANTI

Diminuiscono in Italia le donazioni di organi

Ignazio Mormino

■ L'Italia è al secondo posto in Europa, dopo la Spagna. Purtroppo mentre cresce la domanda di trapianti si deve registrare un calo delle donazioni (- 6 per cento, quest'anno, rispetto al 2009). Il professor Franco Filippini, direttore del dipartimento di trapiantologia epatica dell'Università di Pisa, ha affrontato questo delicato argomento in un libro («Santi o schiavi», B. C. Dalai) presentato nei giorni scorsi a Milano. Bisogna ridisegnare - ha detto - l'intero progetto, rafforzando i contatti fra i reparti di rianimazione e le unità di trapianto. Bisogna inoltre raggiungere un'uniformità di direttive su tutto il territorio. Anche in quest'aerea clinica, infatti l'Italia è sconnessa: ci sono regioni «virtuose» (la Toscana è primatista) ed altre che ar-

rancano. Non si può ragionevolmente affermare che i trapianti d'organo siano pericolosi. Grazie al perfezionamento delle tecniche chirurgiche e all'impiego della ciclosporina, i casi di rigetto non arrivano al 10 per cento e le équipe italiane - oggi - vantano statistiche che, in molti casi, eguagliano quelle di Houston.

Nel libro di Filippini (coautori Paolo De Simone e Davide Ghinolfi) c'è la storia della pratica trapianto-

logica e ci sono alcune date che appartengono all'evoluzione sociale più che alla medicina: 1952, primo trapianto di rene; 1963, primo trapianto di fegato; 1967, primo trapianto di cuore. C'è un'altra data fonda-

mentale: 1968. Nel corso di quell'anno, una commissione di scienziati americani parlò per la prima volta di «morte cerebrale». L'Università di Harvard sentenziò che gli organi di individui dichiarati cerebralmente morti potevano essere prelevati e impiantati in altri soggetti. Quella svolta - accettata dalla comunità scientifica - moltiplicò il numero di trapianti eseguiti in tutto il mondo. I dati ufficiali rivelano che solo quest'anno in Italia, sono stati impiantati 2160 organi, tutti da donatore cadavere. La precisazione è necessaria perché da qualche anno (più negli USA che in Europa) si ricorre alla «donazione da vivente», e non sempre si tratta di consanguinei. Coloro che offrono un organo del loro corpo non ad un singolo malato ma alla collettività (senza contropartite economiche) vengono denominati «samaritani». Questo richiamo al Vangelo è stato approvato dal Comitato nazionale di Bioetica il 23 aprile di quest'anno ma la legge relativa è precedente. Nei primi 9 mesi di quest'anno in Italia sono stati eseguiti 84 trapianti di rene e 9 di fegato da donatore vivente. In lista d'attesa vi sono 9453 italiani.



PROGRESSO

Il numero di trapianti eseguiti in tutto il mondo si moltiplicò a partire dal 1968



Gloria Sacconi Jotti

Sono sempre di più le ricercatrici all'Istituto Superiore di Sanità

Nel mondo scientifico i ricercatori, e quindi anche le donne (e non solo quelle ai vertici), devono avere radici solide. Le radici sono le pubblicazioni scientifiche, a cui si arriva lavorando, studiando e sottoponendo ogni volta a giudizio il proprio lavoro. Il lavoro deve essere verificabile, l'esperimento ripetibile ed il risultato riproducibile. Per quelle che avanzano quindi difficile ipotizzare facili scorciatoie, almeno nella maggior parte dei casi. Dispiace anzi che siano ancora troppo poche, anche se qualcosa sta cambiando. Prendiamo in esame la ricerca biomedica e sanitaria nel più grande Istituto di ricerca sanitaria pubblico, l'Istituto Superiore di Sanità (Iss), organo tecnico scientifico del Servizio sanitario nazionale. Correva l'anno 2000 e l'istituto cambiava volto. Da semplice organo tecnico diventava ente autonomo di ricerca, continuando ad essere il riferimento scientifico del **ministero della Salute**. A guidare il cambiamento

Enrico Garaci, che traduce la riforma dell'ente in una riorganizzazione complessiva in dipartimenti e centri nazionali. Da allora il numero delle donne a capo delle strutture dell'Iss si è triplicato. A Luciana Gramiccioni, allora unico direttore donna a capo di un dipartimento, se ne sono aggiunte tre: Stefania Salmaso, che dirige il centro di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps), Domenica Taruscio il centro nazionale malattie rare e Barbara Ensoli il centro nazionale Aids. Loredana Musmeci ha

sostituito la Gramiccioni a capo del dipartimento ambiente. Ma chi sono queste donne al timone? Stefania Salmaso, epidemiologa, esperta nella sorveglianza delle malattie infettive è autrice di circa 280 pubblicazioni, ha partecipato da protagonista ad uno studio sui nuovi vaccini antipertosse, che ha cambiato la prevenzione. Ricopre incarichi e collabora con gli European center disease di Stoccolma, l'Emea, l'Aifa, è membro del team di

lavoro dell'Oms per la sicurezza dei vaccini. «La specializzazione in statistica sanitaria e gli studi compiuti a Londra ed in altri Centri, hanno disegnato il mio futuro, legandolo alle malattie infettive ed alla prevenzione. Con la direzione del Cnesps, mi occupo della prevenzione e dell'epidemiologia anche per patologie, come il cancro, quelle dell'area cardiovascolare ed il diabete».

gloriasj@unipr.it



Cervelli "fuggiti", una rete li avvicina all'Italia

ROMA - I cervelli italiani volati in altri Stati dove fare ricerca è più facile rispetto al proprio Paese non sono perduti: possono fare qualcosa per l'Italia, contribuendo allo sviluppo della ricerca nazionale, basta mettersi "in rete" coi cervelli che ancora vi risiedono. Per questo, 100 delle menti nazionali più fruttuose della ricerca biomedica nei più prestigiosi centri del mondo, sono state chiamate in patria, dal **Ministero della Salute**, in occasione della Prima Conferenza Nazionale sulla Ricerca Sanitaria, in programma domani e martedì a Villa Erba a Cernobbio.

I "Cento" provengono dal National Cancer Institute di Bethesda, dalla Johns Hopkins University a Baltimora, dal Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, solo per citare alcune strutture degli Stati Uniti. Ma la caccia si è rivolta anche

all'Europa e all'Est del mondo. Per far collaborare tra loro i selezionati dal **Ministero della Salute** e gli scienziati italiani è stato creato l'Italian Network for Health Research, nome inglese ma consistenza italiana. Una vera e propria rete che sarà presentata nella prima giornata di lavori, alla quale parteciperanno i ministri della Salute e dell'Istruzione, **Ferruccio Fazio** e Maria Stella Gelmini. «Ci proponiamo di creare collaborazione che facciano sentire il ricercatore italiano all'estero non dimenticato - spiega il ministro Fazio - e che permettano al sistema Italia di arricchirsi delle competenze di questi nuovi emigranti». Sul piatto c'è anche una dotazione finanziaria, 10 milioni di euro, «per il finanziamento di progetti e collaborazioni». Il Network può essere letto anche come una mano tesa agli scienziati italiani affinché ritornino, qualora se ne creassero le condizioni.



SANITÀ

«Scegliete aziende affermate»

Farmaci generici: l'altolà degli esperti



Anche in Trentino si cerca di spingere il consumo di farmaci generici, al posto dei più blasonati. Attenzione, però, perché secondo alcuni esperti, che ieri si sono confrontati a Trento, non sempre il generico è uguale in tutto e per tutto al prodotto «di marca». Tra i produttori c'è chi fa il furbo.

P. TODESCO

A PAGINA 13



Convegno organizzato dalla società italiana di medicina generale

I FARMACI EQUIVALENTI

I farmaci generici o equivalenti sono quelli non più coperti da brevetto o certificato di protezione complementare

COSA DICE LA LEGGE

Il farmaco generico deve essere, in base alla legge, «bioequivalente» alla specialità medicinale registrata.

EQUIVALENZA TRA FARMACI

Bioequivalenz a attesta che i due farmaci, registrato e generico, hanno lo stesso comportamento terapeutico

IL PROGETTO DELL'AZIENDA

L'Azienda, nel distretto Alto Garda e Giudicarie, ha avviato un progetto per l'aumento di utilizzo dei generici.



L'OBBLIGO IN FARMACIA

Una legge del 2001 ha previsto l'obbligo per il farmacista di informare il cittadino sull'esistenza di farmaci «equivalenti», più economici.



FARMACI NON SOSTITUIBILI

Quando il medico ritiene che il paziente debba usare proprio e solo la specialità farmaceutica scritta sulla ricetta, deve scrivere «farmaco non sostituibile».

«Farmaci generici, qualche neo c'è»
Medici e farmacisti a confronto su medicine, efficacia e costi

PATRIZIA TODESCO

Anche in Trentino, così come in tutta Italia, è in atto un'azione di sensibilizzazione per aumentare il consumo di farmaci equivalenti a scapito di quelli di «marca». Si stima infatti che, mediamente, una famiglia italiana, utilizzando solo i farmaci equivalenti, potrebbe risparmiare circa 60 euro l'anno. A volte il cliente della farmacia che preferisce il farmaco di marca deve pagare solo poche decine di centesimi in più. Altre volte la differenza è di parecchi euro. Ma davvero non fa differenza per il paziente scegliere tra il generico e il farmaco brevettato? Chi ha partecipato ieri mattina al convegno organizzato dalla Simg, la società italiana di medi-

cina generale, è uscito dall'incontro con molti dubbi sull'effettiva bontà di tutti questi prodotti in commercio. Ad insinuarli è stato soprattutto il professor **Corrado Blandizzi**, farmacologo e docente all'università di Pisa, che ha sottolineato come il farmaco di marca non possa dirsi uguale all'equivalente e soprattutto che gli equivalenti (per un prodotto ve ne sono anche trenta) siano diversi per qualità tra di loro. «I problemi sono due. Da un lato, come farmacologo, io eccepisco che i criteri della bioequivalenza, ossia quelli su cui si fonda la possibilità di mettere in commercio un farmaco generico, possano essere applicati indistintamente a tutti i tipi di farmaco. Per alcune categorie bisognerebbe studiare la bioequivalenza con sistemi di-

versi. Non con una singola dose, una volta sola e su un volontario sano. Nella gran parte dei casi possono andare bene gli attuali criteri, ma non per tutti». Secondo Blandizzi, dunque, que-



sto genererebbe un primo problema. «Ossia che per certi farmaci sono i criteri di bioequivalenza ad essere criticabili». Altro punto, ancora più grave, è che qualcuno farebbe il furbo mettendo in commercio medicinali non conformi al documento sulla base del quale l'Aifa ha dato l'autorizzazione. «Alcuni prodotti sono lontani mille miglia da quel quadretto che viene fuori dalla lettura del dossier presentato all'Aifa - conferma il farmacologo - . Sul mercato circola merce diversa e potenzialmente pericolosa. L'Aifa ha già chiuso dei centri di produzione ma non può controllare ogni giorno tutti. Alcuni siti sono esterni alla nostra nazione. E poi non si tratta solo di controllare il sito di produzione della pasticcina, ad esempio, ma anche dei tanti prodotti chimici che la compongono e che spesso arrivano da Cina, India, paesi del Terzo Mondo». E di fronte a questi «orrori» come deve comportarsi il medico di medicina generale chiamato a prescrivere un farmaco? Blandizzi ha sottolineato il ruolo importante dei medici proprio nel controllo dell'efficacia e di eventuali effetti collaterali dei farmaci e ha consigliato, nel caso di pazienti con fattori di rischio gravi, ove possibile, di evitare sostituzioni con prodotti medicinali alternativi e in caso di sostituzione con prodotto generico di titolare la dose e monitorare la risposta.

Sulla problematicità della gestione dei farmaci equivalenti si è espresso anche il presidente dei farmacisti trentini, **Bruno Bizzaro**. «Oggi, per uno stesso farmaco di marca esistono anche 30 equivalenti - spiega - e per esigenze di magazzino non possiamo ovvia-

mente tenerli tutti in farmacia anche perché spesso hanno anche una scadenza inferiore. Sarebbe opportuno scegliere sempre equivalenti di aziende affermate sul mercato e per i medici che optano per l'equivalente il consiglio è di indicare sulla ricetta solo il nome del principio attivo».

In Italia e in Trentino sono in atto parecchie iniziative per incentivare la prescrizione e l'uso di farmaci generici. L'Azienda sanitaria trentina, ad esempio, ha da qualche mese attivato un progetto nella zona dell'Alto Garda e della Rendena che ha coinvolto 55 medici di medicina generale.

«I farmaci equivalenti definiti in termini di appropriatezza da una linea guida validata, rappresentano una scelta prescrittiva dal punto di vista etico e deontologico», ha sottolineato il presidente dell'ordine dei medici **Giuseppe Zumiani** ricordando anche che le grandi industrie farmaceutiche hanno da sempre lavorato a stretto contatto con i medici essendo loro stesse «produttrici» di scienza e conoscenze. «Ora il mercato del farmaco equivalente sposterà molti equilibri e noi dobbiamo preoccuparci che parte del risparmio della spesa venga investita per la nostra formazione come effettivamente hanno sempre fatto le grandi industrie che inevitabilmente vedranno frenare la loro crescita». **Riccardo Roni**, direttore del servizio farmaceutico dell'Azienda sanitaria, ha infine ricordato come «i farmaci equivalenti rendano economicamente sostenibile l'accesso di un numero sempre crescente di cittadini alla prevenzione farmacologica degli eventi cardiovascolari».

Il farmacista



«Meglio scegliere equivalenti di aziende affermate sul mercato»

Bruno Bizzaro

IL PROBLEMA

Quelle scatole poi iriconoscibili

Tra i vari problemi sollevati ieri dai tanti medici di medicina generale presenti in sala c'era anche quella della riconoscibilità, da parte dei pazienti, dei farmaci generici dopo l'acquisto.

Soprattutto per gli anziani, da sempre abituati ad acquistare quel tipo di farmaco dal nome noto, acquistarne uno dove il nome è il principio attivo e la confezione diversa crea spesso confusione.

| SALUTE |

Gli oncologi: «I tagli alla sanità minano le cure per i pazienti»

ROMA - Tuona la voce di Umberto Veronesi nella Sala degli Arazzi al Quirinale: «Dal cancro si guarisce sempre di più. La mortalità sta diminuendo in maniera sensibile per la maggior parte dei tumori». Il presidente Napolitano è in prima fila. E' questa la forza che anima la Giornata della ricerca sul cancro, promossa dall'Airc e dalla raccolta di fondi che si sta svolgendo attraverso diverse trasmissioni Rai. «Questo declino - aggiunge Veronesi - continuerà imperterrito, e anche più forte, nei prossimi anni». Grazie alla ricerca (oggi incontri con il pubblico in diverse città, a Roma appuntamento "Cure con la ricerca" con lo stesso Veronesi al Maxxi alle 10,30), alla diagnostica per immagini e dell'uso delle nanotecnologie in medicina. «Avendo sempre presente che la tecnologia non disumanizzi la medicina, cancellando il rapporto fondamentale fra medico e paziente». Oggi e domani negli stadi di serie A e B il mondo del calcio inviterà i tifosi a sostenere la ricerca sul cancro con un sms (45508).

Seno, polmone, prostata e colon-retto sono gli organi più colpiti da tumori in Italia secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità. Il tumore del colon-retto - come hanno ricordato gli specialisti dell'Associazione italiana di oncologia medica a Roma per il loro congresso nazionale - sta diventando la neoplasia più frequente tra gli uomini e la seconda nelle donne. In Italia colpisce 78 persone ogni centomila abitanti, per un totale di oltre 47.500 nuovi casi all'anno. «La mortalità per tumore al seno è in netta riduzione - aggiungono gli oncologi -. Se preso in tempo quando le dimensioni sono inferiori a 1-2cm e il tumore non ha invaso altri tessuti, le speranze di guarigione con le attuali terapie sono molto elevate, anche raggiungendo il 95%». Proprio gli oncologi lanciano l'allarme: «Pensare solo a far quadrare i bilanci delle aziende sanitarie e ottenere risparmi fa rischiare di compromettere la qualità delle cure per i pazienti oncologici». «Esistono segnali - fa sapere Carmelo Iacono presidente Aiom - che fanno presagire una progressiva e preoccupante involuzione del sistema».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Airc, fondi per la ricerca

RACCOLTA FONDI PER LA RICERCA AIRC

Veronesi: «Cresce il numero dei tumori che possono essere guariti»



La tecnica

A Pavia operazioni al seno senza lasciare cicatrici

PAVIA — Cicatrici invisibili e la mano del chirurgo guidata da un video: nell'operazione effettuata al San Matteo di Pavia, per la prima volta in Europa, è stato asportato un tumore al seno ed è stata ricostruita in simultanea la mammella con l'impiego di una protesi. «Chirurgia mini invasiva videoassistita»: questa è la tecnica utilizzata e impiegata finora solo «da chirurghi giapponesi e i cinesi» hanno spiegato i medici di Pavia. L'intervento, su una donna di 45 anni, è stato realizzato dall'équipe guidata da Adele Sgarella. La paziente è stata dimessa dopo soli tre giorni. «Abbiamo istituito l'ambulatorio delle donne ad alto rischio al Policlinico — ha detto Sgarella — qui s'inizierà un percorso con test genetici che permettono di identificare le donne che svilupperanno il cancro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Manduria Operazione di varici alla gamba rinviata dopo il taglio

L'aiuto non c'è, chirurgo «richiude»

Una donna affetta da fastidiose vene varicose che era già entrata in sala operatoria per toglierle, è stata operata a metà e rimandata in reparto dopo il taglio per mancanza di medici chirurgi. E' successo l'altro ieri mattina all'ospedale Marianna Giannuzzi di Manduria. I protagonisti del clamoroso caso di malasania sono il chirurgo tarantino specialista in patologie vascolari, Giancarlo Donnola, e una sua paziente, G.S., sessantatreenne di Sava, obesa, affetta da varici della vena safena interna. Dopo l'anestesia e una lunga attesa con il campo operatorio pron-

to, il medico chirurgo ha praticato con il bisturi un taglio sulla coscia della donna lungo una decina di centimetri. Era quello l'inizio di un intervento neanche tanto delicato che sarebbe durato circa un'ora se non fosse accaduto l'imprevedibile: vedendo che nessuno dei suoi colleghi si era presentato per aiutarlo, il dottore ha suturato la ferita e si è tolto i guanti rispedendo la signora in corsia. «Se ne parla un altro giorno», ha detto sotto la mascherina mentre si sfilava

i guanti di lattice e si toglieva il camice verde. L'orologio segnava le quattordici in punto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

