

Rassegna del 19/01/2010

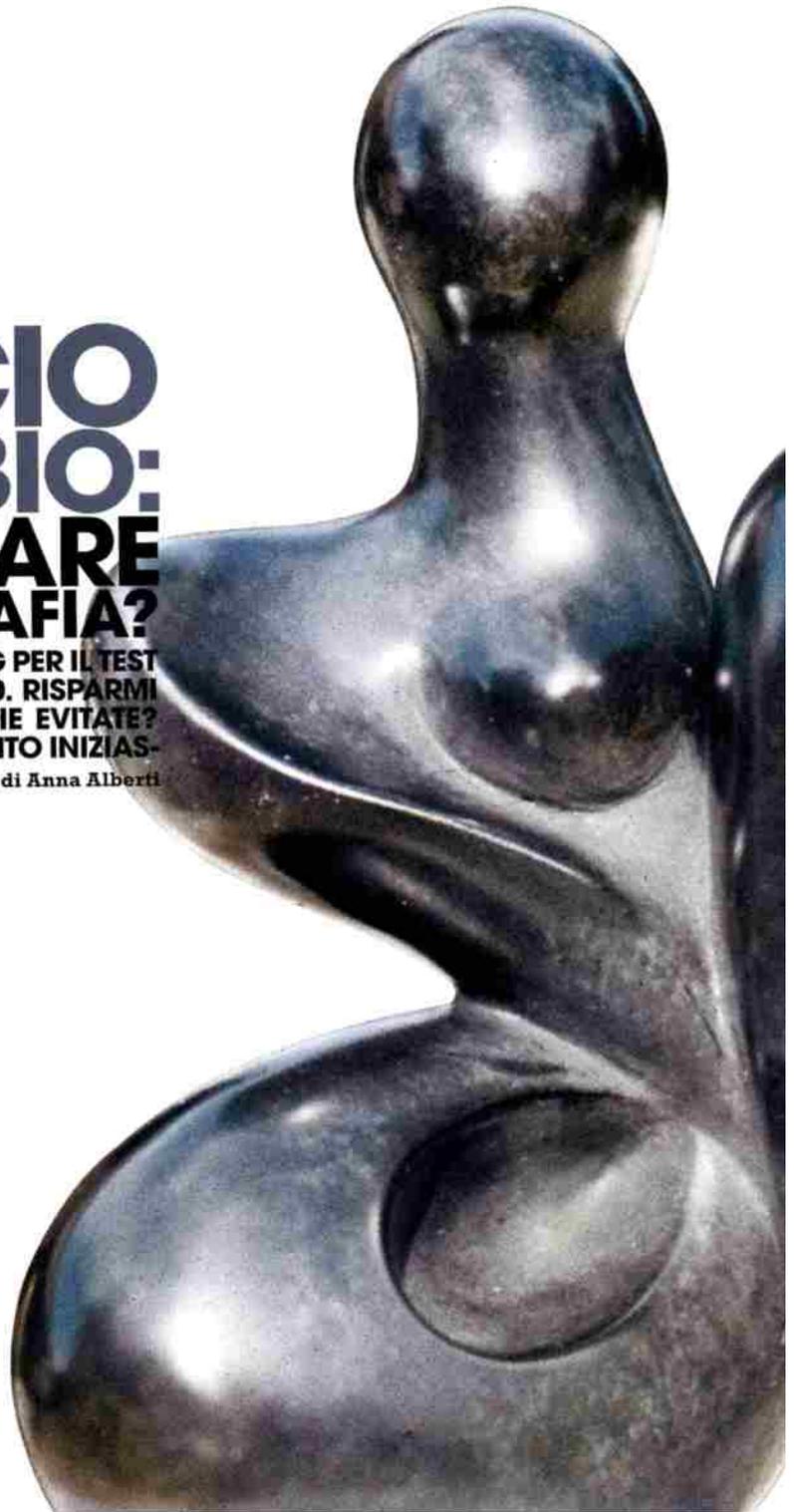
MARIE CLAIRE - Beneficio del dubbio: quando fare la mammografia? - Alberti Anna

1

BENEFICIO DEL DUBBIO: QUANDO FARE LA MAMMOGRAFIA?

GLI USA DETTANO IL NUOVO TIMING PER IL TEST AL SENO: A 50 ANNI ANZICHÉ A 40. RISPARMI SULLA PELLE DELLE DONNE O ANSIE EVITATE? GLI ESPERTI DISCUOTONO. E SE INTANTO INIZIASIMO A FARE PREVENZIONE VERA? di Anna Alberti

«**NON È POSSIBILE**, mammografia solo dopo i 50 anni?! E dire che da tempo mi sto battendo perché non succeda ad altre quello che è capitato a me: un tumore al seno a 32 anni con i bambini ancora piccoli, uno studio appena avviato e nessun medico disposto a prendermi sul serio e farmi gli esami. Non a caso l'associazione che ho fondato ha appena presentato in parlamento 10mila firme per chiedere che lo screening per il seno diventi omogeneo su tutto il territorio nazionale. In Italia solo 6 donne su 10 hanno accesso ai programmi di prevenzione»: così Anna Mancuso, oggi superattiva cinquantenne, nonché presidente dell'onlus Salute Donna, ha accolto le nuove linee guida americane sulla mammografia lanciate a fine anno dalla U.S. Preventive Services Task Force, gruppo di super consulenti del governo americano. Uno shock per migliaia di donne cresciute col mantra del "prevenire è meglio che curare", dell'autopalpazione e del primo appuntamento con i raggi X al faticoso scoccare dei 40.



Tutto sbagliato? «Ci sono prove convincenti che gli screening con la mammografia ogni due anni riducono il rischio di morire di tumore molto più tra le donne dai 50 ai 74 anni che tra quelle dai 40 ai 49», si legge sul documento. Per le quarantenni il rischio di falsi positivi (con tutto il carico d'ansia, di biopsie ed esami che ne consegue) o quello di una sovradiagnosi, sarebbero addirittura maggiori del benefici. «Dunque», chiarisce la pragmatica Diana Petitti, vice-capo della Task Force federale, «se sei una fortysomething tutto ciò cosa significa? Che devi parlarne col tuo medico per decidere se a questa età una mammografia ti è davvero utile, in base alla tua storia familiare, allo stato di salute, alle tue convinzioni». Insomma, una scelta individuale, perché contrariamente al passato oggi le indagini a tappeto tra i 40 e i 49 anni non sono più raccomandate. Idem dopo i 75 anni. Sconsigliata poi l'autopalpazione, a qualunque età. I motivi di questa rivoluzione? La voglia di risparmiare sulla pelle delle donne, sia da parte delle assicurazioni, sia dell'amministrazione Obama (già allergica alle spese, in previsione della riforma sanitaria), hanno detto subito le attiviste americane del fiocco rosa, supportate da celebs come Sheryl Crow, Whoopi Goldberg, Olivia Newton-John. O più semplicemente un bilancio più attento tra rischi e benefici, hanno invece commentato medici-guru come Susan Love (autrice di un libro definito dal *New York Times* la bibbia delle donne operate), ma anche movimenti agguerriti come il Breast Cancer Action o il National Women's Health Network che da tempo si chiedono se tutti quei raggi sul corpo femminile servano davvero a risparmiare qualche vita in più.

GIÀ, PERCHÉ ANCHE I TEST SALVAVITA hanno un lato oscuro: «I possibili problemi sono due», spiega Franco Berrino, epidemiologo dell'Istituto Tumori di Milano e gourmet per passione, impegnato a dimostrare l'efficacia preventiva di un'alimentazione più sana e naturale attraverso il progetto Diana: «Da una parte i falsi positivi (più facili tra le donne più giovani, con un tessuto mammario meno leggibile) che ovviamente portano con sé altri esami, biopsie e procedure mediche invasive - per non parlare del carico d'ansia. Dall'altra la sovradiagnosi, cioè la scoperta di tumori destinati a non svilupparsi (sembra incredibile, ma almeno il 20% delle donne morte accidentalmente ha un cancro al seno di cui nemmeno sospettava l'esistenza) che spinge inevitabilmente a percorsi terapeutici - vedi chirurgia, radio o chemio - senza necessità. Le linee guida americane

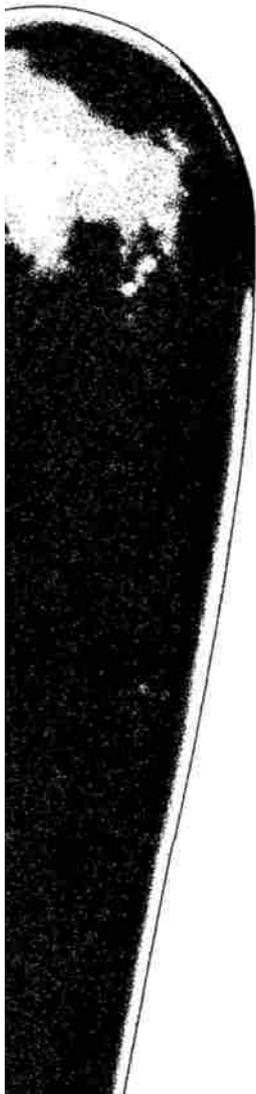
tengono onestamente conto di questi fatti. Perché il punto non è solo risparmiare risorse, ma anche evitare mammografie che potrebbero essere più dannose che utili». Che fare dunque? Dice ancora Berrino: «Scegliere con più consapevolezza, confrontarsi col medico: solo a chi ha rischi genetici o più casi in famiglia è raccomandabile sottoporsi al controllo sin da giovane. E poi fare la mammografia in centri d'eccellenza, dove falsi positivi e falsi negativi sono ridotti al minimo. Ma soprattutto non pensare che la diagnosi precoce sia l'unica arma per combattere i tumori. La prevenzione vera è un'altra: tenersi lontano dalle cause di questa specie di epidemia. Sfida non facile, intendiamoci: molte non si conoscono, altre sono nell'ambiente. Ma quelle dovute alle cattive abitudini (fumo, sedentarietà, sovrappeso, junk food), si possono già evitare. Noi, per esempio, grazie a studi realizzati con l'aiuto di donne pronte a far da "cavia" per i nostri cuochi, a seguire corsi di cucina e a mangiare più cereali integrali, legumi, verdure fresche, e meno zuccheri raffinati e cibi di origine animale, stiamo dimostrando che il rischio si riduce. Cominciate a passare parola». □

INFO Progetto Diana (corsi, reclutamento volontarie: tel. 02 23903552 www.istitutotumori.mi.it/istituto/cittadino/cascinaRosa.asp).

UMBERTO VERONESI: IL MIO CALENDARIO IDEALE

Certo, le linee guida riguardano le politiche sanitarie (anche Italia e Francia offrono il test gratis dai 50 anni). Altra cosa le scelte personali: ecco il timing di Veronesi.

- **Iniziare a 40** Penso che le donne vadano protette nel decennio cruciale: sbagliato partire col test da 50 anni.
- **Meglio ogni anno** Non sono d'accordo con l'intervallo di 2 anni: in questo periodo il cancro al seno può svilupparsi e diventare inoperabile. Consiglio una mammografia ogni anno, accompagnata dall'ecografia.
- **Innocui?** Per quanto riguarda i tumori piccoli certo non possiamo escludere che rimangano tali, e quindi non pericolosi. Ma come esserne certi? Non conoscendo la loro evoluzione preferiamo non rischiare che si aggravino. Dunque abbiamo introdotto il principio che ogni tumore piccolo deve essere tolto. In fondo questo è il punto di discussione: prevenire eventi gravi futuri obbliga a sacrifici nel presente. Chi si sente di non farli?



L'allarme della Corte conti sulle manovre per azzerare i deficit cumulati fino al 2005

Un flop i piani di rientro per la sanità

Roberto Turno
ROMA

Contabilità disastrose e bilanci che fanno acqua da tutte le parti, controlli interni ed esterni senza rete, calcolo dei debiti «inadeguato» (per difetto), cartolarizzazioni e finanza creativa che hanno scaricato fino al 2037 sulle generazioni future una montagna insostenibile di «cambiali» senza almeno garantire ai posteri la *chance* per una sanità migliore. Rischia di tradursi in un clamoroso flop la gestione dei piani di rientro dai debiti sanitari accumulati fino al 2005 nelle cinque regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo e Molise) con asl e ospedali in extradeficit.

In un dossier appena trasmesso al Parlamento, la Corte dei conti punta l'indice sui bilanci dal 2001 al 2005, che nelle cinque regioni sotto tutela valevano 23,6 miliardi di debiti su cui lo Stato è intervenuto con assegnazioni specifiche (3 miliardi) e prestiti dell'Economia (altri 9 miliardi), pretendendo in tempi certi coi piani di rientro di azzerare i defi-

cit e riqualificare il sistema.

Punto d'arrivo che per la magistratura contabile resta una missione impossibile. L'obiettivo di uscire dal tunnel entro il 2010, afferma, è irraggiungibile. E senza perifrasi i magistrati contabili manifestano serie perplessità anche sulla «coincidenza» del ruolo di governatore con quello di commissario *ad acta* per la sanità: come invece accade nel Lazio, in Campania, Abruzzo e Molise e come è stato confermato dalla Finanziaria 2010 e dal «Patto per la salute» tra governo e regioni. Due «mestieri» conflittuali, secondo la Corte. Che ancora sui commissariamenti alza il tiro e indica anche la Sicilia («permangono criticità e inadeguatezze») tra le regioni da commissariare.

OBIETTIVO MANCATO

Secondo la magistratura contabile non sarà raggiunto il riequilibrio dei conti entro l'anno. Con la finanza creativa oneri fino al 2037

Ma è sulla veridicità delle contabilità e dei bilanci, come sulle procedure di gestione dell'indebitamento, che la Corte dei conti manifesta forti preoccupazioni. L'entità stimata dei disavanzi 2001-2005 è «provvisoria e suscettibile di continue rideterminazioni», sia a causa delle situazioni amministrative e contabili delle aziende sanitarie, sia perché le Regioni «hanno sovrapposto le proprie patologie gestionali a quelle delle aziende». Tanto che, in un quadro di gravi carenze nei controlli esterni e anche interni, non è stato in più casi possibile neppure avere certezza sulla «fondatezza delle pretese creditorie». Un caso su tutti: in Campania due dirigenti si sono auto-inseriti tra i creditori insoddisfatti per 396mila euro, fino a tentare un colpo da 2 milioni nella procedura di negoziazione di altri crediti. Le irregolarità contabili in generale sono state segnalate dagli advisor, precisa la Corte, «a differenza degli organi istituzionalmente preposti al controllo contabile, i colleghi sindacali».

L'altro affondo la Corte dei conti lo riserva alla gestione dell'indebitamento, a partire dalle cartolarizzazioni con la sottoscrizione di «obbligazioni particolarmente onerose»: la rinegoziazione dei debiti con l'Economia ha permesso di ridurre il peso sui bilanci più vicini, è vero, ma ha prodotto un «forte slittamento (fino al 2037) degli oneri sulle generazioni future senza che le stesse possano usufruire di alcun beneficio correlato».

Senza dire del «potenziale conflitto di interessi tra banca advisor e banca gerente i diversi titoli emessi», o della cartolarizzazione immobiliare nel Lazio (centro-destra con Storace) «paradigma negativo di riferimento. Con la finanza creativa, conclude la Corte dei conti, esiste d'altra parte una «sproporzione» tra parte pubblica e banche, a tutto danno della prima, che finisce per «gravare sulla qualità dei servizi e sul prelievo erariale, penalizzando collettività presenti e future». Beffa doppia, insomma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fazio: non sprecheremo i vaccini abbiamo agito con precauzione

Virus A, Livia Turco: il ministro chiarisca i rapporti con Novartis

184 milioni

LA SPESA

Il costo dei 24 milioni di vaccini ordinati dal ministero della Salute alla ditta Novartis

10 milioni

LA PRODUZIONE

I vaccini effettivamente prodotti dalla Novartis e consegnati al Ministero, che li ha spediti alle Asl

3,9%

LA COPERTURA

Le persone a rischio che dovrebbero vaccinarsi sono 20 milioni. Lo hanno fatto 865mila: il 3,99%



MINISTRO

Ferruccio Fazio

responsabile del dicastero della Sanità

ELENA DUSI

ROMA — «Faremo tutto quel che è in nostro potere per non sprecare i vaccini». Così il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** ha risposto alle polemiche sulla scarsissima copertura vaccinale contro l'influenza A. L'ultimo bollettino dell'Istituto superiore di sanità riporta infatti che dei 24 milioni di dosi acquistate, 10 milioni sono state consegnate alle Asl e solo 870mila sono state effettivamente somministrate. Le altre, pagate dal ministero della Salute alla Novartis, sono destinate a scadere 12 mesi dopo la produzione. La copertura è stata così scarsa perché molti hanno scelto di non vaccinarsi contro un'influenza poco grave.

«Abbiamo seguito il principio di precauzione» ha spiegato Fazio. «Come accade con le case antisismiche, non si dà certo la colpa a nessuno se poi il terremoto non si presenta». Il ministro non ha risposto alla domanda se intende rivedere il contratto con la Novartis, ditta fornitrice dei vaccini. Il testo prevede che il ministero debba pagare anche le dosi non ritirate dalla fabbrica (cioè ben 14 milioni su 24). Fazio ha ribadito che l'Italia ha scorte inferiori rispetto agli altri paesi europei. E a proposito dell'annunciata decisione di Novartis di licenziare 24 dipendenti dello stabili-

mento di Siena, il ministro si è limitato a dire: «È una questione interna all'azienda».

Le risposte di Fazio non placano le polemiche per il contratto di acquisto dei vaccini costato al paese 184 milioni di euro. L'ex ministro della Sanità Livia Turco, oggi capogruppo Pd in commissione Affari Sociali alla Camera, ha chiesto a Fazio di riferire in Parlamento sui termini di un contratto così sbilanciato ai danni dello stato: «Chiediamo al ministro di fare chiarezza sulle condizioni particolarmente favorevoli riconosciute a Novartis e sugli annunci dei licenziamenti da parte della stessa casa produttrice. È inaccettabile che il governo si accoli tutti i rischi dell'operazione a spese dei cittadini italiani e all'azienda svizzera rimangano solo i guadagni».

Sugli equilibri del contratto (attualmente all'esame della Corte dei Conti) punta il dito anche la deputata dell'Italia dei Valori Silvana Mura, che ha domandato un'inchiesta parlamentare: «Il numero di dosi in eccesso acquistate e non utilizzate è un problema, ma è quello meno rilevante rispetto alle clausole del contratto con Novartis. Più si fa luce, più aumentano le perplessità su quello che appare un accordo capestro. Va spiegato ai cittadini perché il Ministero ha accettato di assumersi la responsabilità di risarcire gli eventuali danni collaterali del vaccino». Fazio, si legge ancora nella richiesta di inchiesta parlamentare: «Dovrebbe rispondere alle contestazioni della Corte dei Conti sulla segretezza del contratto e sulla clausola che avrebbe obbligato lo stato a pagare 24 milioni di euro alla Novartis

anche nel caso in cui il farmaco non avesse ottenuto l'autorizzazione».

Per il segretario dell'Organizzazione mondiale della sanità Margaret Chan (finita anche lei nelle polemiche nei giorni scorsi per aver scelto di non vaccinarsi dopo aver pubblicamente consigliato di farlo), l'eccesso di scorte non è uno scandalo. «Tutti preferiamo un'ampia offerta di vaccini con una pandemia moderata rispetto a una pandemia severa con un'offerta inadeguata di vaccini».



Brevi

Aumenta la spesa sanitaria pubblica in Italia. Nel 2008 e' stata pari a circa 109 miliardi di euro, corrispondente al 6,55% del Pil e a circa 1.800 euro annui per abitante, circa 100 euro in più rispetto al 2007. E quanto emerge da un'analisi condotta dal Centro elaborazione dati (Ced) della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), che ha preso in esame i dati di diverse fonti: Istat, Indagine sulle forze di lavoro, Eurostat, Public health.



Sanità. Iscrizione da chiedere entro il 30 aprile I fondi integrativi del Ssn censiti nella nuova anagrafe

Benedetto Santacroce

Entro il 30 aprile 2010 i fondi sanitari integrativi devono iscriversi all'anagrafe istituita dal ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali. L'anagrafe ha lo scopo di verificare il rispetto, da parte dei fondi, delle regole e delle condizioni, imposte dal Dm 31 marzo 2008, che consentono agli iscritti di dedurre dal proprio reddito, in base agli articoli 51 e 10 del Tuir, i contributi che versano ai fondi stessi. La data del 30 aprile è stata fissata con il decreto del ministero del Lavoro del 27 ottobre 2009, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» 12 del 16 gennaio 2010.

I fondi sanitari, per consentire la deduzione, devono fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dal servizio sanitario nazionale (quali: prestazioni odontoiatriche, prestazioni di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e prestazioni finalizzate

al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati) e devono attestare su base annua di aver erogato le specifiche prestazioni in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni ai propri assistiti.

Il decreto del ministero del

IREQUISITI

Ridefinite le prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del servizio sanitario nazionale per fruire delle deduzioni

Lavoro, dunque, modificando il Dm del 31 marzo 2008, ridefinisce le prestazioni aggiuntive che il fondo deve erogare, oltre a quelle previste dal Ssn per poter consentire ai propri iscritti la deduzione fiscale dei contributi.

Stabilisce, inoltre, i documenti che i fondi integrativi sanitari devono predisporre per l'iscrizione all'anagrafe. In particolare, in questa prima fase i fondi devono predisporre e inviare all'anagrafe: l'atto costitutivo, il regolamento, il nomenclatore delle prestazioni garantite, il bilancio preventivo e consuntivo (o un documento equivalente) e lo schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto e eventualmente al nucleo familiare.

È approvato, infine, un disciplinare tecnico che contiene le regole da rispettare per l'iscrizione del fondo sanitario all'anagrafe. Il Dm rinvia all'emanazione di un altro decreto la definizione delle modalità di funzionamento dell'anagrafe a regime, definisce i criteri e le modalità per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate e impone, dal 2011, l'obbligo di certificare l'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

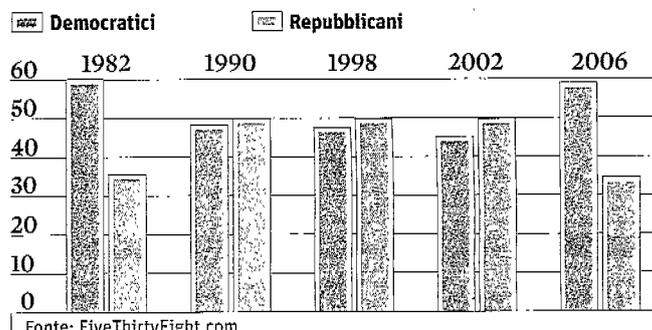
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Alle urne in Massachusetts. In caso di sconfitta i democratici puntano ad approvare il testo del Senato Piano B per salvare la nuova sanità americana

La contesa nello stato

Andamento del voto (in %) nelle ultime elezioni in cui non si è presentato il governatore in carica



Mario Platero

NEW YORK. Dal nostro corrispondente

Sarebbe davvero drammatico per i democratici se la riforma sanitaria dovesse affondare per la perdita del seggio di Ted Kennedy in Massachusetts. Eppure proprio ieri sera, a campagna chiusa per l'elezione speciale che vede sfidarsi Martha Coakley per i democratici e Scott Brown per i repubblicani, gli strateghi della Casa Bianca non pensavano più all'elezione, ma a come salvare il progetto di riforma sanitaria in caso di sconfitta. E c'è già un piano B: portare al voto della Camera la proposta già approvata dal Senato senza nessun cambiamento. Approvarla e portarla alla firma del presidente Obama al più presto.

Le due proposte sono praticamente identiche, con due importanti eccezioni. La Camera ha approvato un progetto per l'opzione pubblica, che prevede un'offerta di assicurazione direttamente da parte dello stato in concorrenza con quella privata, il Senato l'ha respinto. È proprio attorno a questa e ad altre differenze minori che la settimana scorsa si è cercato di negoziare con la mediazione diretta di Obama. Negoziato inutile se la Coakley dovesse perdere. A quel punto i democratici non avranno più la maggioranza blindata di 60 voti in Senato, che consente di superare l'ostruzionismo repubblicano. Fra i deputati ci sono molte resistenze, ma la promessa è che qualche modifica sarà possibile in futuro, in sede di riconciliazione di bilancio, un negoziato parallelo che potrebbe includere la riforma. Un'altra ipotesi è quella di accelerare il negoziato e forzare il voto di riconciliazione per il te-

sto unico al Senato prima dell'insediamento di Brown. Ma questa tattica avrebbe un impatto negativo sul piano politico: i repubblicani denuncerebbero un vero e proprio scippo, con conseguenze ancora peggiori per le elezioni del prossimo novembre.

L'ipotesi resta per ora da ultima spiaggia: anche se Brown ha accumulato un vantaggio nei confronti della Coakley in numerosi sondaggi e corre con il vento in poppa, i democratici sanno di avere nello stato una maggioranza di tre a uno. E dunque sperano che alla fine la solidarietà di partito prevalga. Una speranza sottile: un sondaggio privato ha dimostrato che coloro che oggi appoggiano Barack Obama non se la sentono di appoggiare la Coakley, che ha sviluppato un'ondata di antipatia insospettabile. Un altro problema è che solo il 36% della popolazione del Massachusetts è favorevole al progetto di riforma sanitaria messo a punto alla Camera e al Senato. E i repubblicani appoggiati dalle lobby contrarie al progetto hanno trasformato l'elezione in un referendum sulla riforma e sull'operato di Barack Obama. Come simbolo del momento di difficoltà, domenica durante il comizio Obama è stato interrotto da un dimostrante. E il presidente, per decine di interminabili secondi, ha continuato a balbettare per riprendere il filo del discorso senza riuscirci: il pubblico a quel punto era distratto e si preoccupava più del dimostrante che di Obama.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PUNTO CHIAVE

La legge dei senatori non prevede che lo stato entri in concorrenza con i privati nell'offrire una polizza assicurativa



IL FUTURO NEGATO

Nella classifica comunitaria dopo Regno Unito, Francia e Germania. Per ciascuno studio fino a 3,5 milioni di euro

Ricerca, italiani al top in Europa ma quei fondi finanziano la fuga

Vincono il concorso del Cer ventitrè nostri progetti innovativi

UN'OCCASIONE DA NON PERDERE

Quest'anno "torta" da 515 milioni: distribuiti a 236 diversi soggetti comunitari

di EMANUELE PERUGINI

ROMA - Gli scienziati italiani arrivano tra i primi in Europa, ma usano i soldi vinti nei concorsi internazionali di ricerca per andarsene all'estero. Ormai è diventata una vera e propria tradizione, questa, per i ricercatori italiani, quasi obbligata pur di finanziare i propri progetti. Vincere i fondi europei e poi usarli per trasferirsi all'estero, insomma. E' successo ancora una volta in occasione dei finanziamenti assegnati dal Consiglio Europeo delle Ricerche (Cer) che verranno usati dagli scienziati italiani per andare all'estero. Si tratta di finanziamenti rilevanti che possono arrivare fino ad un massimo di 3,5 milioni di euro per ciascun progetto di ricerca che vengono assegnati direttamente agli scienziati dell'Unione Europea, della Svizzera, della Norvegia, Turchia e di Israele. Si tratta di una specie di bando individuale che premia le ricerche più avanzate e innovative. La commissione che assegna le ricerche non guarda la bandiera di chi ha proposto le ricerche. Decide solo sulla base della validità della proposta. Quest'anno la torta da dividere era

di 515 milioni di euro che sono stati distribuiti a 236 diversi progetti di ricerca.

L'età media di questi leader della ricerca è di 53 anni. Circa il 15% sono donne, con un leggero incremento rispetto all'ultimo bando (12%). Il numero delle ricercatrici che hanno partecipato al presente bando corrispondeva al 14% dei candidati.

La ripartizione settoriale dei progetti di ricerca proposti è la seguente: Scienze Fisiche e Ingegneristiche, 44%; Scienze della vita, 38%; e Scienze sociali e umanistiche, 18%.

Tra questi i progetti che portano la firma di ricercatori italiani sono stati 23. Un gran bel risultato che porta il nostro paese al quarto posto in Europa dietro al regno Unito, alla Francia e alla Germania.

C'è però un triste rovescio della medaglia, dietro queste cifre. Buona parte di questi finanziamenti saranno usati da ricercatori italiani per andare a lavorare all'estero. «Purtroppo - spiega Salvatore Settis, rettore della Scuola Normale Superiore di Pisa ed unico rappresentante italiano nel consiglio del Cer - questo fenomeno non è una novità. E' già il quarto anno consecutivo, da quando è stato creato il Consiglio

Europeo delle Ricerche che i fondi vengono usati dai ricercatori italiani per svilup-

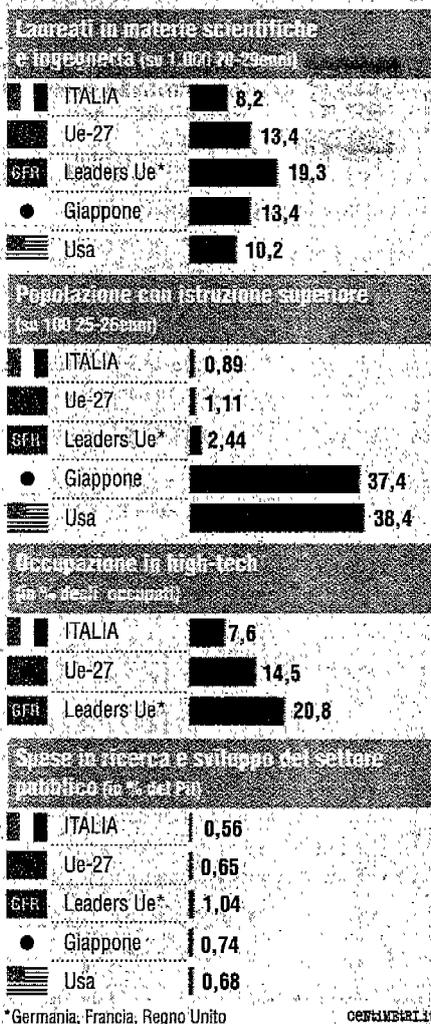
pare le loro ricerche all'estero». Sono soprattutto i più giovani e i più accreditati a farlo. «Evidentemente - dice Settis - perché non hanno abbastanza fiducia nelle istituzioni del nostro paese o perché non trovano spazio a sufficienza. E' un bel problema perché i finanziamenti erogati dal Cer sono mol-

to consistenti, anche due milioni di euro a progetto, e quindi significa perdere una bella fetta di finanziamento per tutta la ricerca italiana». Alla fine il problema è sempre lo stesso, non si riesce a trovare spazio adeguato per fare il proprio lavoro. «Del resto - commenta con una certa amarezza Settis - il nostro è l'unico paese in Europa in cui i concorsi per i professori sono bloccati da quattro anni. Senza concorsi è difficile trovare nuovi posti da assegnare a giovani ricercatori». C'è anche un'altra questione che merita di essere approfondita secondo il rettore di una delle più prestigiose istituzioni di ricerca del nostro paese



se. Si tratta del rapporto tra enti di ricerca e territorio. «Se nel nostro paese si vuole cominciare davvero a creare un circuito virtuoso con la ricerca – spiega Settis - dobbiamo da un lato aumentare i finanziamenti, e dall'altro favorire un maggior dialogo tra enti di ricerca e istituzioni pubbliche e risorse sul territorio. Quest'anno, l'ente che si è aggiudicato la maggior parte dei finanziamenti è stato il Politecnico di Losanna, proprio grazie alla sua grande capacità di relazionarsi sia con lo stato federale che con il cantone di Losanna».

Le cifre



PRIN 2008



96 mln

I fondi stanziati nel 2008 per i programmi di ricerca di rilevante interesse nazionale x

FIRB - FUTURO IN RICERCA



50 mln

La cifra stanziata per il Fibr Fondo per gli Investimenti della Ricerca di Base

GIOVANI RICERCATORI



6 mln

Il fondo per il Programma Giovani Ricercatori, intitolato a Rita Levi Montalcini

SCAMBI

Biomedica, Fazio: un'anagrafe dei nostri ricercatori all'estero

ROMA - Serve un'anagrafe dei ricercatori italiani che lavorano all'estero, almeno per quanto riguarda il settore biomedico. A volerla è il ministro della salute, **Fernuccio Fazio** che ha spiegato di aver già avviato le procedure insieme al ministero degli Esteri. «Abbiamo scritto alle ambasciate - ha spiegato Fazio - per identificare gli italiani che lavorano all'estero nella biomedicina». Entro primavera verrà organizzato un convegno con questi ricercatori per procedere alla realizzazione del database. Due gli scopi di fondo: utilizzare i loro laboratori per mandare i giovani italiani ad addestrarsi e avere giovani ricercatori che dall'estero vengano a lavorare in Italia «con una cifra a disposizione per gli scambi». Per chi lavora all'estero - ha detto Fazio - «è importante sapere cosa avviene in Italia. Questa riserva di cervelli non deve essere perduta anche se la mobilità nella ricerca è positiva».



La ricerca e i giovani FERMIAMO LA PERDITA DI CAPITALE UMANO

Fermiamo la perdita di capitale umano

di ALBERTO OLIVERIO

UNA parte non indifferente dei laureati in materie scientifiche trova lavoro nelle università, negli enti di ricerca o nelle industrie: il problema è che l'inserimento dei giovani ricercatori non avviene in Italia ma all'estero. Se si guarda a questo fenomeno in termini di bicchiere mezzo pieno ci si può consolare: i ragazzi che formiamo sono evidentemente capaci e in grado di inserirsi nel mondo della ricerca, nel Regno Unito, in Francia, negli Usa e anche in altri Paesi europei.

D'altronde, in media, il livello delle pubblicazioni scientifiche delle nuove generazioni di ricercatori italiani è decisamente elevato, competitivo in alcune aree come la biologia o la fisica. Se invece guardiamo al bicchiere mezzo vuoto ci rendiamo conto che il sistema universitario spende risorse ma non ha un valido ritorno: investe per inviare all'estero le persone che ha formato. Il bilancio è inoltre asimmetrico: il numero di giovani che viene a lavorare nei laboratori scientifici italiani è minimo: non esiste la possibilità di pagarli, non esistono laboratori in grado di fornire quelle "facilities" che li renda-

no attraenti. Il paradosso sta tutto qui: malgrado l'esistenza di laboratori in un grave stato di sofferenza vengono formati dei bravi ricercatori che poi ci perdiamo per strada.

Anche altri Paesi europei, come l'Italia, hanno accusato il colpo della crisi economica e ridotto gli investimenti per la ricerca: ma partivano già da un livello più alto e, soprattutto, hanno continuato a pianificare una politica di sviluppo. Mentre all'estero esistono delle linee programmatiche che indicano quale sarà il futuro della ricerca, da noi c'è uno stato di incertezza che è quanto di peggio in termini di sviluppo. Sarebbe invece opportuno conoscere quanto le università e gli enti di ricerca investiranno in un prossimo futuro e quale sarà il ricambio generazionale. Le colpe, sia ben chiaro, non sono soltanto quelle di una classe politica che per decenni ha finto di essere interessata alla ricerca scientifica ma non l'ha supportata: anche il mondo accademico, col proliferare di insegnamenti e facoltà, ha le sue colpe.

Tra le colpe c'è soprattutto quella di avere indotto una proliferazione di strutture che è difficile mantenere in vita.

Il problema è come uscire da una situazione incancrenita, prossima al coma irre-



versibile: a Roma, parlando durante il Festival della Scienza, Nicholas Negroponte indicava come lo "scremare" alcuni budget governativi (non relativi alla ricerca) di una percentuale inferiore al punto percentuale potrebbe consentire un forte rilancio dello sviluppo scientifico e tecnologico con importanti ricadute sullo sviluppo di un paese.

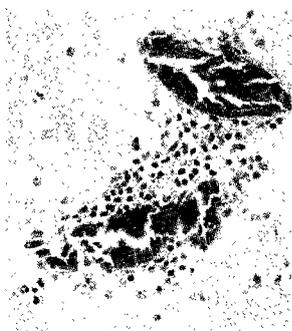
I soli investimenti rivolti all'epidemia influenzale che non c'è stata e che si è rivelata meno disastrosa della comune influenza avrebbero potuto costituire un valido investimento per la scienza: purtroppo la ricerca interessa poco la politica in quanto le sue ricadute non sono immediate e sono meno appariscenti di un'opera pubblica da inaugurare. Ma non bisogna trascurare anche un aspetto più generale ma non meno importante: la formazione scientifica non riguarda solo la ricerca ma si ripercuote sulla cultura generale potenziandone gli aspetti logici e razionali.

»» | **Nel Dna** La presenza è del 10%

L'uomo discende anche dai virus

di GIUSEPPE REMUZZI

Chi avrebbe mai pensato, anche solo qualche anno fa, che noi uomini siamo fatti anche di virus? E che se siamo come siamo e facciamo quello che facciamo è anche perché nel nostro genoma c'è Dna di origine virale? E ce n'è anche tanto se è vero che quasi il dieci per cento del nostro Dna viene da certi virus. Retrovirus, ad esempio, come quello dell'Aids, e questo lo si sa dal 2001. Ma andiamo con ordine. Molti milioni di anni fa questi virus hanno infettato certe scimmie. Col tempo il materiale genetico del virus si mescolava col Dna delle scimmie. Se poi questo materiale finiva negli spermatozoi e nelle cellule uovo il Dna virale passava dal primo ospite ai suoi discendenti, scimmie prima e uomo poi. E restava intrappolato lì, come lo scheletro di un mammut dentro una roccia. Thierry Heidmann all'Istituto Roussy di Parigi per essere sicuro che fosse proprio così ha provato a togliere il fossile dalla roccia. Come? Ha identificato le sequenze virali che ci sono nel nostro Dna, le ha sintetizzate in laboratorio, le ha messe tutte insieme e le ha iniettate in certe cellule. Quelle cellule lì cominciarono a produrre retrovirus. Era la prova definitiva che nel nostro genoma c'è davvero del materiale virale. Ora, con un lavoro appena pubblicato su *Nature*, ricercatori giapponesi e americani hanno documentato che nel genoma dell'uomo c'è traccia di altro materiale virale. Si



PRESENTE Il virus Borna: si trova nel Dna umano

tratta di virus della famiglia Borna che milioni di anni fa hanno infettato diversi animali, incluse le scimmie, per poi arrivare all'uomo. E se ce l'hanno fatta i Borna virus è verosimile che negli anni a venire se ne troverà dell'altro di materiale virale nel nostro Dna. Cosa c'è di nuovo rispetto a quello che si sapeva già sui retrovirus e perché questa scoperta è così importante? Perché per i retrovirus è semplice infilarsi nel Dna dei mammiferi loro hanno un

enzima che facilita questa operazione. Ma come abbiano potuto farlo i Borna virus — che quell'enzima non ce l'hanno proprio — non si sa. Forse non sono stati i virus ad invadere il nostro genoma. Potrebbe essere che le scimmie da cui deriva l'uomo se lo siano andate a prendere questo materiale virale, e l'abbiano integrato nel proprio Dna, per averne dei vantaggi. Gli scienziati del lavoro di *Nature* suggeriscono addirittura che sia stato il Dna virale a favorire l'evoluzione. E chissà che non sia stata proprio la capacità di certe scimmie di integrare nel proprio genoma materiale virale a farle evolvere fino ad essere uomini. Fantasie? Forse, ma con qualche solida base. Nella placenta dell'uomo e delle scimmie c'è una proteina virale, si chiama sincitina. Sempre Thierry Heidmann voleva sapere cosa ci facesse lì e se avesse qualcosa a che vedere con la capacità della placenta di nutrire l'embrione. Per farlo ha provato a spegnere il gene della sincitina nei topi. La placenta si formava lo stesso, ma era diversa da una placenta normale, era piccola e deformata e gli embrioni morivano. Senza sincitina insomma non c'è placenta e non ci sono embrioni. Vuol dire che se non fosse per una proteina di origine virale nessuno di noi avrebbe potuto nascere. Tanti oggi pensano che manipolare un embrione di poche cellule sia un po' come violare la sacralità della vita. Può darsi che sia così. Ma è tutto molto più complesso. Forse se siamo uomini è grazie a certi virus e ancora oggi perché un embrione di poche cellule possa crescere fino ad essere un bambino servono proteine virali. Basta e avanza per mettere in crisi tanti dogmi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lei&Lui Medicina e Benessere

MARIA GRAZIA FRANZOSI

«Infarto, colpa del colesterolo del terzo tipo»

di MAURIZIO MARIA FOSSATI

INFARTO CARDIACO, un altro colpevole è stato messo alla sbarra: si chiama lipoproteina (a). Lo confermano i risultati dello studio genetico europeo *Procardis*, pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e firmati dai ricercatori dell'istituto Mario Negri di Milano in collaborazione con quelli dell'Università inglese di Oxford, di quella tedesca di Munster e del Karolinska Institute di Stoccolma. «Sì, con la nostra ricerca, abbiamo dimostrato per la prima volta l'inequivocabile legame causa-effetto fra la presenza di lipoproteina (a) nel sangue e lo sviluppo della malattia coronarica e dell'infarto», afferma Maria Grazia Franzosi, direttore del Dipartimento di ricerca cardiovascolare del Mario Negri e coordinatrice del gruppo italiano.

Dottressa Franzosi, che cos'è la lipoproteina (a)?

«Possiamo considerarla un terzo tipo di colesterolo: un fattore indipendente di rischio che si affianca al più conosciuto colesterolo 'cattivo' Ldl e a quello 'buono' Hdl. Questa proteina è conosciuta da anni. Da tempo la sua presenza nel sangue era stata associata all'infarto, ma poteva anche esserne una conseguenza. La vera novità confermata da questa ricerca è il 'ruolo causale', cioè la responsabilità della lipoproteina (a) nella malattia cardiovascolare».

Com'è stato condotto lo studio?

«Sono stati esaminati 16mila soggetti

europei, scelti in un ampio range di età, con precedenti di infarto e non. L'analisi genetica del sangue di queste persone (2.100 geni testati, 48.700 polimorfismi) ha permesso di scoprire due varianti del gene APO (A) che aumentano la lipoproteina (a) nel sangue e procurano l'infarto».

Sono quindi questi geni 'difettosi' che causano molte delle malattie cardiache. Ma quanta gente ha questo tipo di problema?

«Una persona su sei è portatrice di una di queste due varianti nel suo Dna e di conseguenza ha livelli più elevati di lipoproteina (a) nel sangue e un rischio di infarto quasi raddoppiato rispetto ai soggetti con genotipo normale. Più sfortunato chi ha nel Dna entrambe le varianti: per questi pazienti il rischio si moltiplica per quattro».

Dalla genetica, quindi, la responsabilità di un nuovo fattore di rischio-infarto che si somma a quelli causati dal colesterolo Ldl, dall'ipertensione, dal diabete, dall'obesità e dal fumo. Ma in questo caso, c'è differenza fra uomo e donna?

«No, non sono emerse differenze di rischio né legate al sesso, né relative all'età».

In che modo si può combattere la lipoproteina (a)?

«Purtroppo è un osso duro. La dieta, l'esercizio fisico e le statine sono pressoché inefficaci per abbassare il livello di lipoproteina (a) nel sangue. Sono stati riscontrati buoni risultati, invece,



utilizzando un farmaco disponibile da tempo e poco costoso, la niacina, che però è gravato da un certo numero di effetti collaterali come, per esempio, vampate di calore. Oggi, molte speranze sono rivolte verso nuovi farmaci in via di sviluppo: gli inibitori della Cept (*Colesteryl-ester transfer protein*). L'ideale sarebbe disporre di un prodotto che agisca solo sulla lipoproteina (a) senza altri effetti collaterali».

Giocando nel campo della prevenzione e del controllo dei fattori di rischio, non possiamo non pensare subito all'infanzia...

«Certo, utilizzando l'esame del Dna, che viene eseguito partendo da un semplice prelievo di sangue, si potrebbe conoscere il livello di lipoproteina (a) in un bambino. E questo accertamento sarebbe utile soprattutto nelle famiglie dove si sono già verificate malattie cardiache».

AL SAN PAOLO INAUGURATO IL NUOVO REPARTO

Un'arma contro i tumori: la medicina nucleare

— MILANO —

ALMENO duemila prestazioni in più ogni anno, oltre alle 5 mila già erogate. È la promessa della nuova Unità operativa di medicina nucleare dell'ospedale San Paolo, grazie all'attivazione di una Pet-Tac di ultima generazione da 1,4 milioni di euro, finanziata dall'università Statale. Il nuovo reparto è stato inaugurato ieri alla presenza del ministro della Salute Ferruccio Fazio, del presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni e di Enrico Decleva, rettore dell'università degli Studi. L'azienda ospedaliera di via Di Rudinì, diretta da Giuseppe



Il ministro Ferruccio Fazio

Catarisano, annuncia anche il rinnovamento del Servizio di endoscopia digestiva e del Centro di procreazione medicalmente assistita, struttura di riferimento nazionale per la terapia dell'infertilità maschile. La nuova Pet-Tac, all'interno di spazi ristrutturati, si affianca alle due apparecchiature Gamma Camera già attive per diagnosi e cura di tumori e altre malattie. Fiore all'occhiello della nuova Medicina nucleare del San Paolo, inoltre, un laboratorio per la preparazione di

radiofarmaci, già in linea con la legge nazionale che entrerà in vigore a luglio. Fazio sottolinea due principi chiave della sanità lombarda, strumenti che anche il ministero intende valorizzare per una gestione più virtuosa della sanità italiana: «La collaborazione tra pubblico e privato e quella fra ospedali e università». Formigoni assicura che grazie alla nuova Pet-tac «siamo in grado di ampliare la gamma delle prestazioni. A fine 2009 il Pirellone ha siglato con i 12 rettori delle università lombarde un accordo che prevede lo stanziamento di 60 milioni di euro.

E.F.



L'oncologia

CELLULE PROTETTE DAL DNA DANNOSO

Scoperto un sistema di sicurezza molecolare che protegge, anche se non sempre purtroppo, le cellule umane dal Dna potenzialmente dannoso, sia che venga dall'esterno e sia che provenga da quello proprio, mutato da fattori ambientali.

Lo hanno scoperto i ricercatori della University of Minnesota (Stati Uniti), autori di un articolo pubblicato sulla rivista *Nature Structural and Molecular Biology*. I ricercatori hanno scoperto che un enzima del sistema immunitario riconosce il Dna estraneo o divenuto tale e trasforma le sue basi azotate. La capacità delle cellule umane di distruggere il Dna dannoso era nota da tempo, ma mancava una spiegazione molecolare alla base di questo fenomeno.

«Comprendendo come funziona questo meccanismo, possiamo aprire la strada a terapie genetiche», ha spiegato Ruben Harris del College of Biological Sciences.

Adroterapia

Un trattamento sofisticato, possibile solo in trenta strutture al mondo. In Italia per ora c'è solo il centro di Catania, ma entro l'anno si aggiungerà Pavia

Un fascio di protoni per cancellare i tumori profondi

SARA FICOCELLI

La chiamano terapia adronica, o adroterapia, ed è una forma di radioterapia che utilizza, anziché i raggi X, fasci di particelle pesanti: gli adroni. Il trattamento, sebbene riconosciuto valido, viene effettuato in poche strutture al mondo, poiché necessita di macchinari sofisticati e costosi, e l'unico centro italiano nel quale è possibile essere curati in questo modo, e solo per patologie oculari, è il Catana di Catania, dei Laboratori nazionali del sud dell'Istituto nazionale di fisica nucleare.

A Pavia è in fase di costruzione il primo centro ospedaliero ad hoc, il Cnao (Centro nazionale di adroterapia **oncologia**), che sarà operativo alla fine del 2010 con una capacità operativa di oltre 3000 posti l'anno. Un altro, grazie all'accordo fra l'Agenzia provinciale per la protonterapia (ATreP) e l'associazione temporanea d'impresa IBA-Mantovani, sarà costruito a Trento.

Pochesettimane fa è stata ap-

Le radiazioni penetrano nei tessuti e uccidono le cellule malate

provata l'installazione di un acceleratore di protoni anche in Puglia, regione per varie cause martoriata dal problema del cancro. Il progetto si chiama "Erha" ed è stato messo a punto dalla Itel di Ruvo di Puglia e dalla Adam, impresa italiana nata a Ginevra in collegamento con il Cern. Le due aziende, all'avanguardia nel settore della ricerca applicata alla medicina, hanno collaborato con la comunità scientifica locale e nazionale per risolvere i problemi tecnologici, funzionali e di investimento. Per il momento sono tre i siti papabili, a Bari, Foggia e Brindisi: per la realizzazione del bunker occorre un terreno di circa seimila metri quadrati, e la scelta spetta alla Regione.

Ma in cosa consiste questa tecnica? Basata sull'irradiazione di tumori solidi profondi con radiazioni adroniche, utilizza fasci di atomi di idrogeno o carbonio cui sono stati strappati tutti gli elettroni. I protoni o gli ioni carbonio, così ottenuti, quando penetrano nei tessuti si muovono in linea retta e cedono quasi tutta la loro energia distruttiva verso la fine del loro percorso, qualche millimetro prima di fermarsi nelle cellule a cui erano destinati. Protoni e ioni carbonio, opportunamente "caricati" di energia, possono penetrare sino a 25

centimetri di profondità e permettono quindi di irradiare i tumori, anche profondi, seguendo il contorno con precisione millimetrica. Ciò consente di risparmiare i tessuti sani attraversati dalle radiazioni e circostanti il tumore meglio di quanto non sia possibile fare con i raggi X. La adroterapia è quindi adatta al trattamento dei tumori che sono prossimi a organi detti "critici", ovvero che non possono essere irradiati senza pregiudicare la qualità di vita del paziente.

Questo tipo di terapia sta acquisendo grande interesse nel mondo, in particolare in Giappone, Europa Centro-settentrionale e Usa, dove alla fine degli anni Novanta l'American Medical Association le ha assegnato un codice di procedura sanitaria. Nel mondo sono operativi 30 centri (protoni e/o ioni leggeri) di cui 13 in Europa (uno è quello di Catania) e ne sono in costruzione 10, di cui due in Italia. Il numero di pazienti trattati con la protonterapia sta aumentando velocemente per gli indubbi vantaggi riscontrati e oggi sono circa 61 mila i malati di tumori a prostata, polmone, testa-collo, cervello e affetti da melanomi oculari trattati in questo modo.

COME FUNZIONA

Gli "adroni" sono nuclei di atomi che, portati ad alta energia da una potente macchina acceleratrice, possono danneggiare tessuti malati

IL BERSAGLIO TUMORALE

Principali tumori che si trattano con terapia adronica:

15.000

persone potrebbero beneficiare dell'adroterapia ogni anno in Italia

61.000

pazienti nel mondo sono stati trattati con adroterapia

Colonna vertebrale e sistema nervoso centrale

Apparato gastroenterico

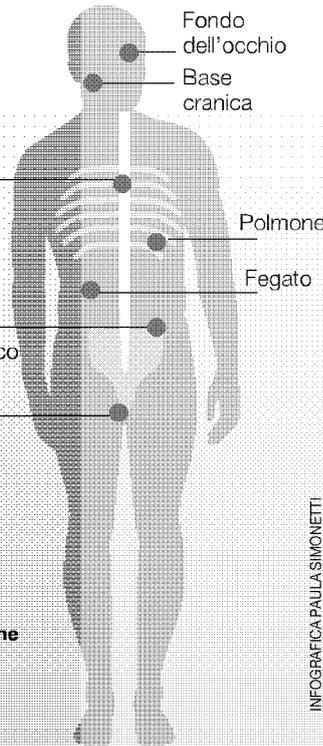
Prostata

Fondo dell'occhio
Base cranica

Polmone

Fegato

● Localizzazione dei tumori da 1 a 27 cm di profondità



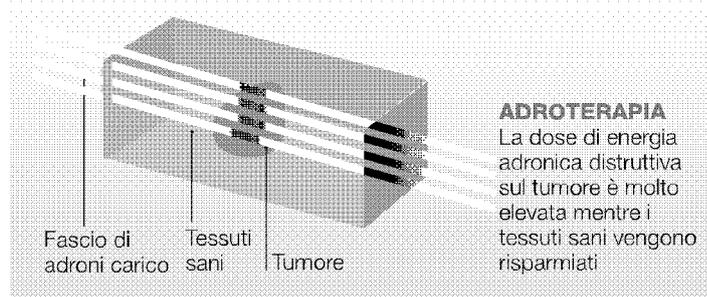
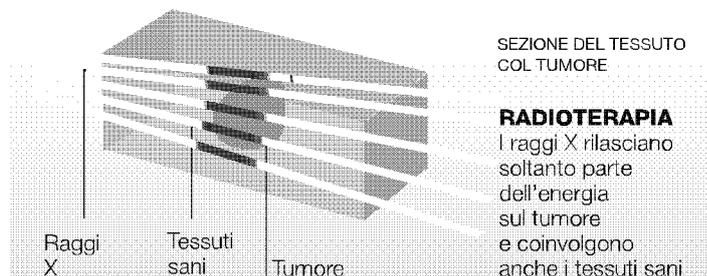
INFOGRAFICA PALLA SIMONETTI

VANTAGGI DALLA ADROTERAPIA

Confronto con la radioterapia

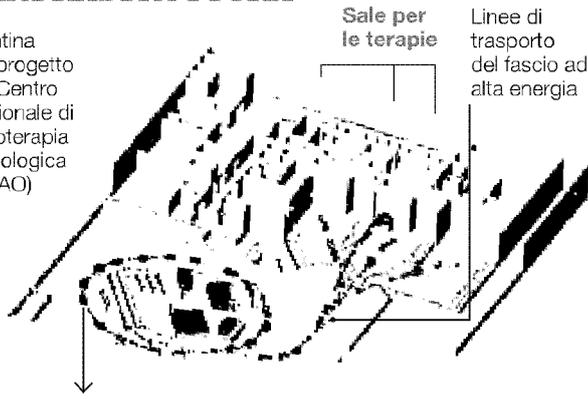
Raggi con energia distruttiva

Raggi con energia non distruttiva



L'INFRASTRUTTURA

Piantina del progetto del Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO)

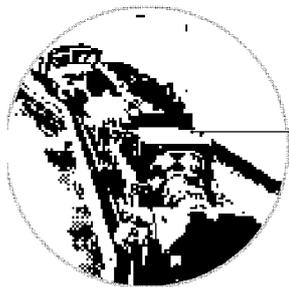


Sale per le terapie

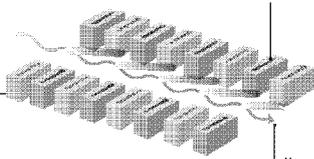
Linee di trasporto del fascio ad alta energia

IL SINCROTRONE

Il cuore dell'impianto è l'acceleratore di particelle circolare che ha **25 metri di diametro**



COME FUNZIONA



Fascio elettronico

Radiazione di sincrotrone

Magneti

Il campo magnetico variabile accelera le particelle in circolo e aumenta l'energia

SALA PER LA TERAPIA

Maschera di immobilizzazione Sistema di rotazione della testa

Casco stereotassico (metallico)

PAZIENTE

Fascio

Piattaforma rotante

PAZIENTE

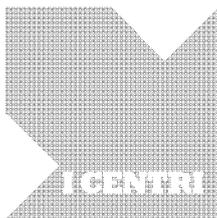
Degradatore

Bersaglio: tumore nel cranio

Modulatore

Fascio di adroni carichi

FONTE: CNAO / FONDAZIONE TERA (TERAPIA CON RADIAZIONI ADRONICHE)



CATANIA

Solo patologie dell'occhio

IN ITALIA l'unico centro con i macchinari per l'adroterapia, adatti solo per patologie oculari, si trova a Catania, presso i Laboratori Nazionali del Sud dell'Istituto di Fisica Nucleare, accanto al Policlinico a cui fa riferimento (Via Santa Sofia, 78. Tel: 0953782849/0953782846/0953782381/0953781296)



PAVIA

Entro l'anno un vero polo

ENTRO l'anno a Pavia sarà inaugurato il primo centro ospedaliero per pluri-patologie. Si chiamerà Cnao (info Fondazione Cnao: 0280509033) ed è stato fortemente voluto dal vicino ospedale San Matteo. Il Centro ha una superficie complessiva di circa 19.500 mq (10.500 mq. interrati)



TRENTO

Obiettivo annuo circa mille casi

SARÀ a Trento, su iniziativa dell'Agenzia provinciale per la Protonterapia (AtreP: via Perini 181, Trento. Tel. 0461 331389/331386), l'altro centro di adroterapia già deciso, anche in collaborazione con l'Enea. La potenzialità media è di circa mille pazienti l'anno



PUGLIA

Un progetto che fa litigare

BARI, Foggia o Brindisi? Il progetto per il centro di adroterapia in Puglia (denominato Ehra) è in bilico tra queste tre province. Considerato il grande investimento, si può presumere che vi siano forti interessi. La Regione, che proprio ora sarà rinnovata, dovrà decidere l'ubicazione

UNITÀ DI CURE PALLIATIVE

Oncologia progetto a Monopoli

● Progetto pilota per la prima Unità operativa di cure palliative, modello di riferimento per tutta l'Italia, presentato a Monopoli nella conferenza per la presentazione ufficiale di Amopuglia onlus, «Assistenza Malati Oncologici» Puglia, fondata e presieduta dalla dr.ssa **Titti Divella**. «Le istituzioni - ha detto Divella - non sono ancora in grado di garantire adeguata assistenza ai malati oncologici in fase avanzata di malattia (13.000 all'anno, in Puglia). L'associazione si propone ed opera per sussidiarietà e collaborazione proficua e gratuita, a domicilio e in hospice». «Si tratta - ha detto il dott. **Antonio Conversano**, responsabile dell'unità di Monopoli e referente ASL Bari - della sperimentazione avviata in un territorio fornito di hospice, ambulatorio e delle professionalità con consolidata esperienza specifica. Un superamento dell'ANT, che bene ha operato finora, per un adattamento al territorio ed alle nuove leggi».

«Il volontariato - ha detto l'assessore regionale **Tommaso Fiore** - è un valore aggiunto per l'assistenza». L'Asl provinciale Bari, competente per territorio - ha detto il direttore generale, dr. **Nicola Pansini** - è sicura del successo di questo progetto, unico nel centro-sud». Interventi della dr. **Vanna Rossani**, presidente sezione di Monopoli e del sindaco, ing. **Emilio Romani**.



Dati Istat. Con 31,6 decessi ogni 10.000 abitanti; dietro a Lodi (33,6) e prima di Bergamo (31,2)
Tumori, Cremona è seconda in Lombardia

C'è anche Cremona (al terzo posto di un'assai poco invidiabile graduatoria regionale) fra le province lombarde con il più elevato tasso di mortalità per tumori in Lombardia. Secondo dati elaborati e diffusi dall'Istat, la nostra media si attesta infatti a quota 31,6 casi ogni 10.000 abitanti. La maglia nera, anche in chiave nazionale, spetta invece a Lodi, dove il tasso di mortalità è pari a 33,6 decessi ogni 10.000 abitanti (tutti i dati di riferimento sono relativi al 2006). I più fortunati, in questo caso, sono i cittadini di Vibo Valentia, ultimi con 19,4 decessi ogni 10.000 abitanti.

Tornando alla situazione in Lombardia, che si conferma tra le più pesanti in Italia, oltre a Lodi altre quattro province hanno superato la soglia dei trenta casi: Cremona (31,6), Bergamo (31,2), Sondrio (30,2) e Brescia (30,1). Alle loro spalle si trovano Pavia (29), Milano (28,9), poi Varese, Como e Mantova che hanno oltrepassato i 27 casi. Non solo. Quasi tutte le province nelle quali si trovano i più grandi centri urbani fanno registrare livelli superiori alla media nazionale. Già detto di Milano e del suo 28,9, vanno segnalate in particolare le situazioni di Roma e Genova (per entrambe la media dei decessi per tumore ogni 10.000 abitanti è stata pari a 27,9), e Torino (27,2).

Nel 2006, il tasso nazionale standardizzato medio di mortalità per tumori era pari a 26,6 decessi ogni 10.000 abi-

tanti, con un'incidenza sensibilmente superiori negli uomini (37,3) rispetto a quella delle donne, ferme invece al 19,4.

In Italia, e più in generale in Europa, i tumori rappresentano la seconda fra le cause di morte. Ricercatori e medici ricordano che si tratta di patologie con un'incidenza legata soprattutto all'utilizzo o meno di adeguate misure di prevenzione, come lo sono le campagne di sensibilizzazione o le diagnosi precoci che possono garantire cure tempestive.

La situazione di Cremona viene da sempre indicata come una delle più difficili e preoccupanti a livello nazionale. Con una forte incidenza di tumori tra uomini e donne. La causa di questo fenomeno non sono ancora state individuate, ne è dunque chiaro se il territorio abbia una sua 'specificità' di condizione che potrebbe spiegare questo ben triste primato.

Di certo, però, la consapevolezza della situazione deve servire sempre più da monito ed incentivo per mettere a punto e mantenere una strategia finalizzata alla diagnosi precoce, ed al contrasto quanto più efficace e risolutivo possibile della malattia. Obiettivo che chiama in causa non solo i medici nel loro duplice approccio preventivo e terapeutico, ma anche i singoli soggetti, che devono garantirsi stili di vita ed occasioni di controllo periodiche ed efficaci.

