

GLI SCANDALI E LA DECISIONE

Alla riunione anche la Polverini, che ringrazia il Capo dello Stato. Tutti d'accordo: via 300 consiglieri regionali

IL PLAUSO DEL QUIRINALE

Il presidente della Repubblica apprezza la disponibilità e sensibilità. Il governatore lucano De Filippo: bravo Vendola

I governatori da Napolitano

«Ora più tagli e trasparenza»

La proposta delle Regioni. Il governo studia modifiche costituzionali

ALESSANDRA FLAVETTA

● **ROMA.** Fissare dei costi standard per gli stipendi di governatori e consiglieri regionali, tagliare indennità, emolumenti, benefit e un terzo dei consiglieri, eliminare i vitalizi, sottoporre i bilanci dei gruppi delle assemblee legislative alla vigilanza della Corte dei Conti e, per chi non si adegua, sanzioni severe e niente trasferimenti. Soprattutto, via un terzo dei consiglieri regionali in tutta Italia, circa 300.

Sono queste le proposte di autoriforma dei costi della politica, all'insegna della trasparenza, approvate all'unanimità dalla Conferenza dei Presidenti di Regione, dopo lo scandalo dei fondi assegnati ai gruppi consiliari della Regione Lazio e spesi allegramente dal Pdl. Così, mentre il governo lavora ad una nuova riforma costituzionale del Titolo V per intervenire sulle competenze e sui controlli regionali, il presidente della Conferenza, **Vasco Errani**, auspica un decreto concordato da emanare entro la prossima settimana.

Le proposte delle Regioni sono subito state presentate al presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**, che aveva tuonato contro il degrado delle istituzioni, e poi al Sottosegretario alla presidenza del Consiglio **Antonio Catricalà**, essendo il premier Mario Monti negli Usa. Della delegazione che è salita al Quirinale e a Palazzo Chigi facevano parte anche il Presidente della Puglia e della Basilicata, **Nichi**

Vendola e Vito De Filippo, che hanno raccolto l'apprezzamento del capo dello Stato «per la sensibilità e la disponibilità così dimostrate in un momento particolarmente critico della vita istituzionale del Paese».

La Conferenza dei governatori, ieri, era al gran completo. Presente anche la dimissionaria **Renata Polverini**: «Ora tutti si stanno muovendo, ma il Lazio ha fatto scuola», afferma guardando l'ex leader dell'Ugl. «In Lombardia non ci sarà nessun effetto Lazio», assicura il presidente **Roberto Formigoni**, secondo il quale Polverini «si è dimessa per colpe non sue ed essendo venuta meno la maggioranza». Ma il memores lombardo non

tende fare la stessa fine della collega: «Sono stato rinviato a giudizio 11 volte e 11 volte ho dimostrato di avere ragione: dimostrerò la mia innocenza anche la dodicesima volta», afferma.

Secondo **Giuseppe Scopelliti** (Calabria), «è stata una forzatura spingere Renata a rassegnare le dimissioni, ma questo è un Paese dalla doppia morale, in cui il capo della segreteria di Bersani, Penati, fa affari per conto del Pd, ma non paga il segretario». Sia a destra che a sinistra, però, annusando il vento dell'antipolitica e lo sdegno dei cittadini, sono d'accordo con il governatore della Campania **Stefano Caldoro**: «C'è il clima giusto per affrontare con decisione la questione dei costi e della trasparenza, condividendo con il governo un percorso comune». «Bisogna

agire in maniera seria, con azioni fatte bene. Soprattutto bisogna avere uniformità: ci sono differenze, tra le Regioni, oggettivamente non più sostenibili» ha detto De Filippo, commentando come «una cosa buona» il fatto che Vendola abbia deciso ieri di rinunciare a 50mila euro della sua indennità.

Mentre il coordinamento nazionale dei presidenti dei consigli regionali annuncia per oggi una riunione plenaria e l'Anci, l'Associazione dei Comuni, mette in guardia da un nuovo centralismo, nel corso della Stato-Regioni i governatori hanno espresso parere negativo sul decreto Sanità del ministro **Renato Balduzzi**, che non avrebbe recepito alcune delle correzioni irrinunciabili presentate dai governatori, a partire dalla riforma della medicina territoriale e dei criteri per le nomine dei manager sanitari.

SANITÀ

Respinto il decreto Balduzzi: non recepisce le proposte della Conferenza



Vietato fumare, ora anche allo stadio

Primo divieto totale all'aperto in Italia. Via alla sperimentazione nel prossimo campionato

CATERINA PASOLINI

ROMA — Dimenticatevi la sigaretta accesa sugli spalti per smorzare la tensione in attesa che venga battuto un calcio di rigore. Quasi quarant'anni dopo il primo, storico, divieto di fumo nelle sale cinematografiche, e nove anni dopo quello applicato in uffici, ristoranti e ospedali, ora anche lo stadio diventerà *smoke free*. Non saranno più soltanto gli allenatori, puniti dal 2004, a doversi scordare la nicotina.

Dal prossimo campionato infatti, le "bionde" potrebbero essere bandite dagli stadi italiani. L'idea arriva dopo che negli Stati Uniti, anno dopo anno, le sigarette sono state messe fuori legge anche negli spazi aperti: dal 2011 è infatti vietato fumare persino a Central Park o in alcune piazze pedonali di New York. E sull'onda salutista anche da noi negli ultimi tempi si sono moltiplicate proposte e iniziative per bandire il fumo non soltanto in luoghi chiusi pubblici e affollati. Nel 2007, per esempio, venne firmato in Campania il divieto di fumo nei parchi vicino a gestanti e bambini mentre a Milano da quest'estate campeggiano, accanto alle aree gioco dei più piccoli, cartelli che invitano a non fumare. Inviti che diventeranno obblighi.

Ma torniamo agli stadi. La proposta è stata approvata ieri dall'Osservatorio nazionale sulle manifestazioni sportive — l'organismo del ministero dell'Interno cui spetta ideare provvedimenti e misure per migliorare la sicurezza negli stadi. L'intenzione del Viminale è che, a partire dal campionato 2013-14, dovrebbe essere vietato fumare in tutti gli impianti a norma dove si giocano campionati professionistici, come già accade, oltre che negli States anche in Bulgaria e Finlandia e — in alcuni casi — in Inghilterra, così come nella casa del Barcellona, il Camp Nou.

Il divieto però non scatterà automaticamente. Dalla prossima settimana cominceranno infatti una serie di incontri. Tutti potranno esprimere la loro opinione al riguardo: le società di calcio e i tifosi stessi, i proprietari degli impianti, le società sportive. Ma già qualche primo commento arriva, anche se diplomatico: «È una proposta che va considerata con attenzione e in maniera approfondita. Magari si potrebbe pensare ad una sperimentazione». Parole di Maurizio Beretta, presidente della Lega Calcio.

Prima di partire, quindi, incontri, discussioni e dibattiti. Perché l'obiettivo, — spiega il vicepresidente dell'Osservatorio, Roberto Massucci — è quello di arrivare all'inizio della prossima stagione con le idee più chiare ed eventualmente iniziare con una sperimentazione in due, tre impianti simbolo.

«Stiamo poi aspettando informazioni da tutto il mondo, per capire dove e come viene attuato il divieto», aggiunge Massucci. «Ricordandoci però che gli ultimi campionati europei, in Polonia e Ucraina, sono stati giocati in stadi *smoke free*, per volere della Uefa».

L'ultima parola spetterà comunque all'Osservatorio del Viminale: «Possiamo inserire la possibilità di adottare il divieto in maniera discrezionale nei regolamenti degli stadi, ma anche imporlo». Resta comunque il problema di come farlo rispettare, questo divieto. Come convincere il tifoso a non portarsi il pacchetto di sigarette o a spegnere quella appena accesa, viste le difficoltà che sembrano incontrare gli addetti ai controlli domenicali all'ingresso degli stadi, dove non mancano mai fumogeni e razzi, oltre a bandiere e striscioni, usati in maniera totalmente illegale. Oltre che impropria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le tappe

- **1975**
 In Italia scatta il divieto di fumo nei cinema. Furono molte le proteste, contro una norma ritenuta liberticida
- **2005**
 Nuovo stop alle sigarette: vietato il fumo al bar, negli uffici e in tutti gli altri luoghi pubblici al chiuso
- **2007**
 A Napoli, il Comune vieta il fumo nei parchi in presenza di bambini e donne incinte

NEW YORK

Lo *smoke free act* votato nel 2011 estende il divieto di fumo nei parchi cittadini e nelle spiagge. No alle sigarette anche nei luoghi pedonalizzati come Times Square

BULGARIA

Da giugno una legge vieta il fumo negli impianti sportivi e in molte aree aperte. E agli ultimi Europei di calcio (Polonia e Ucraina) tutti gli stadi erano "no smoking"

BHUTAN

È l'unico Paese al mondo che ha bandito del tutto il tabacco. Ma nei bar della capitale Thimphu, è rapidamente proliferato il

commercio di contrabbando



Salute L'ordine del giorno approvato dall'Osservatorio sugli eventi sportivi: sperimentazione dal prossimo campionato

Divieto di fumo negli stadi, l'idea del Viminale

ROMA — Non resterà che mordersi le unghie. O masticare gomme. O fare origami. Ma accendersi la sigaretta no, non potrà più aiutare a smaltire quei 90 minuti più recupero di tensione.

Fumare sugli spalti potrebbe essere vietato a partire dalla prossima stagione. Lo ha deciso ieri l'Osservatorio nazionale sulle manifestazioni sportive, che ha approvato un ordine del giorno in cui si stabilisce il divieto di fumo negli stadi di calcio. Il provvedimento non è immediatamente operativo, ma dovrebbe entrare in vigore già dal campionato 2013-14, magari in via sperimentale, in due o tre impianti simbolo.

Come per gli allenatori, che hanno già dovuto rinunciare a quelle boccate anti-stress, ora la penitenza toccherà anche agli spettatori. Virtuosi per forza, almeno per i tempi regolamentari.

Dopo la tessera del tifoso, obbligatoria per seguire la propria squadra in trasferta, dopo il divieto di introdurre fumogeni e persino l'albo degli striscioni, il Viminale (da cui dipende l'Osservatorio) si prepara dunque a varare lo

stadio completamente *no smoking*. Specificando intanto che riguarderà tutte le serie professionistiche e gli impianti a norma (quelli che non lo sono, va da sé, hanno altri problemi più urgenti). Per adesso è soltanto una buona intenzione, il progetto — spiegano dall'Osservatorio — dovrà essere discusso con le parti interessate, i club innanzitutto.

Per introdurre un simile divieto servirebbe una norma di legge, altrimenti sarebbe impossibile applicare le eventuali sanzioni previste in caso di violazioni. Bisognerà poi capire a chi verrà affidato il compito di vigilare e punire l'eventuale trasgressore.

Il progetto è stato comunque messo all'ordine del giorno nella prossima riunione. Ed è chiaro che se ne dovrà ancora parlare parecchio. «L'obiettivo è quello di arrivare all'inizio della prossima stagione con le idee più chiare» spiega Roberto Massucci, vicepresidente dell'organismo che vigila sulla sicurezza negli stadi. «Eventualmente poi partire con la sperimentazione in due o tre impianti simbolo». Non è chiaro se verranno allestite delle salette fumatori, per chi proprio non riesce a resistere.

Nel frattempo si attendono i risultati di un'indagine a livello internazionale e di uno studio di settore del **ministero della Salute**. Saranno sentiti addetti ai lavori e rappresentanze di tifosi. Il senatore del Pd Ignazio Marino è favorevole «a ogni misura che porti a diminuire il consumo di tabacco, perché in Italia ogni anno muoiono circa 70 mila persone per problemi legati al fumo». Per rendere operativo il provvedimento «si potrebbe inserire un emenda-

mento di questo tipo nell'iter del decreto sanitario». Di fondo c'è l'idea di bandire sigarette e affini dagli spazi aperti.

Il divieto di fumo è già operativo da un pezzo in tutti gli stadi inglesi, in quello del Bayern Monaco e dell'Ajax. Come al leggendario Camp Nou del Barcellona. E per volere dell'Uefa è stato totale in tutti gli impianti di Euro 2012: fuorilegge il consumo, la vendita e persino la pubblicità. «Vogliamo un'Europa *smoke-free*» dichiarò il presidente Michel Platini.

Giovanna Cavalli
In Europa

La misura è già operativa in Inghilterra e negli impianti di Monaco e di Barcellona



Cureremo l'Alzheimer 25 anni prima di ammalarci

Oggi chi ha la malattia non ha scampo e i farmaci servono a poco. Tutto questo potrebbe però cambiare grazie a tre grandi sperimentazioni su persone che, a causa di mutazioni genetiche, ne sono colpite a 40-50 anni. Loro sono dei dannati, ma forse potranno salvarci.

di Daniela Mattalia

Laura Cuartas vive a Yarumal, in Colombia, ha 82 anni e il suo cervello funziona ancora bene. Ma l'Alzheimer ha comunque devastato la sua vita. Si è preso suo marito quando non aveva nemmeno compiuto cinquant'anni, e lei lo ha accudito fino a quando è morto. E hanno l'Alzheimer tre dei suoi quattro figli. Stanno stesi sul letto quasi tutto il giorno, non parlano, non ricordano nulla, non la riconoscono nemmeno più. La maledizione che ha colpito la famiglia di Laura era nascosta nel dna dell'uomo che ha sposato: è bastata l'alterazione di un singolo gene a innescare una forma estremamente precoce di demenza. Il gene è passato ai figli che, come il padre, si sono ammalati poco dopo i 40 anni.

Il video che, sul web, racconta la storia dei Cuartas è terribile. Ma è grazie a famiglie come questa, i dannati dell'Alzheimer, che sta per giocarsi una delle partite più promettenti per sconfiggere il morbo. Sulla comu-

nità colombiana in cui il gene contenente la mutazione è diffuso, circa 300 persone, partirà nel 2013 un trial clinico cruciale (la cui sigla è Api, Alzheimer prevention therapy): verificare se, somministrando i farmaci molti anni prima della comparsa dei sintomi, si può bloccare la malattia.

Per ora interrompere o anche solo stabilizzarne il decorso non è possibile. L'Alzheimer colpisce 36 milioni di persone nel

mondo, e per ognuna di loro si sa già che i farmaci esistenti serviranno a poco. Dato l'aumento dell'aspettativa di vita, si stima che i malati di demenza senile raddoppieranno per il 2050. «In confronto al cancro, ci sono meno fondi, minore comprensione dei meccanismi della malattia, meno sperimentazioni in corso e maggiore stigma sociale» scrive

il *Financial Times* in un editoriale sull'emergenza Alzheimer.

Le industrie farmaceutiche si attendono molto da sperimentazioni come quelle sulla famiglia Cuartas: se avranno buon esito, si aprirà un mercato formidabile. Testare trattamenti preventivi sulla popolazione generale, peraltro, non è possibile, per ragioni pratiche ed etiche. Pratiche perché, per una persona «normale», il rischio di sviluppare la malattia è relativamente basso e soprattutto imprevedibile; etiche perché bisognerebbe arruolare migliaia di individui ai quali somministrare, per lunghi periodi, farmaci che possono avere effetti collaterali.

Sempre nel 2013, un secondo studio (Dian, acronimo di dominantly inherited Alzheimer network) coinvolgerà 240

membri di una comunità americana dove una mutazione genetica causa l'Alzheimer precoce; verificherà se dare anticorpi contro la proteina beta-amiloide (la principale indiziata dei danni al cervello) molto prima che la malattia si manifesti potrà rallentarla. «Mio nonno si è ammalato a 42 anni, mio padre a 50» ha raccontato a *Science* Matthew Reiswig, la cui famiglia entrerà nella sperimentazione. «E io so di avere il 50 per cento di possibilità di ammalarmi nei prossimi 10 anni». Un terzo trial (la sigla è A4) sarà invece condotto su 1.500 anziani sani, in cui le scansioni cerebrali indicano però un profilo a rischio: un aumento nel cervello della beta-amiloide.

«I farmaci che oggi abbiamo a disposizione contro la beta-amiloide sono poco



efficaci. Allora, delle due, l'una: o la proteina non è la causa dell'Alzheimer, oppure i farmaci funzionano poco perché intervengono quando ormai l'accumulo di beta-amiloide nel cervello ha fatto il danno» dice Fabrizio

Tagliavini, direttore del dipartimento di malattie neurodegenerative all'Istituto Carlo Besta di Milano.

I tre studi nuovi non avranno tempi brevi (una decina di anni). Se avranno successo, in che modo si potrà applicarne i risultati alla popolazione generale, oltre che ai portatori di geni difettosi? Anche qui, ossia nella possibilità di una diagnosi precoce dell'Alzheimer, qualcosa si sta muovendo. «Queste sperimentazioni ci aiutano a ricostruire l'evoluzione della malattia. Negli individui portatori di mutazioni genetiche si è visto, per esempio, che i segni biologici dell'Alzheimer si manifestano anche 25 anni prima dei sintomi, quando le persone sono ancora clinicamente sane» informa Tagliavini.

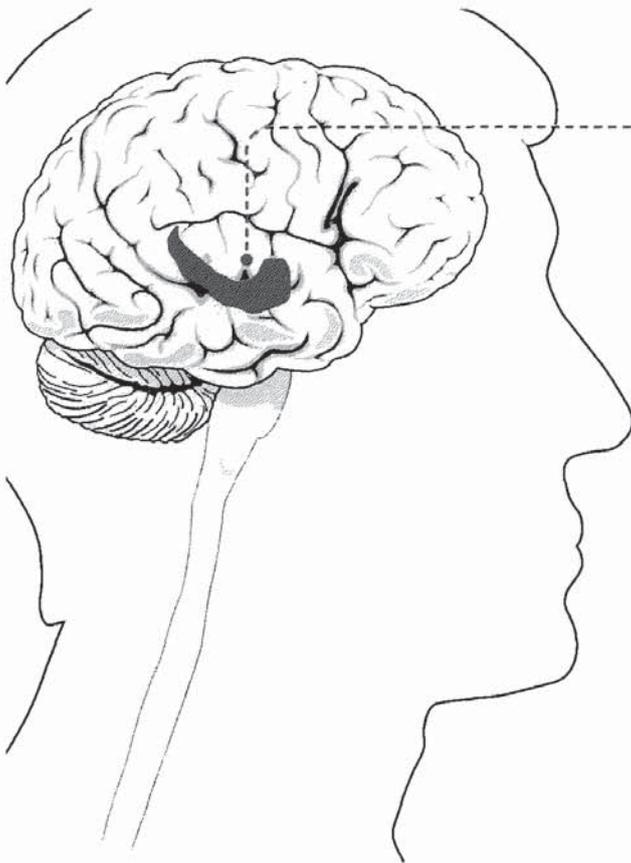
Alcune proteine, come la beta-amiloide, si abbassano nel liquor (il liquido cefalorachidiano) prima di accumularsi nel cervello. Altre invece, come la tau, si alzano. Si tratta di

marcatori che si possono vedere con tecniche di visualizzazione cerebrale, utilizzabili anche

in chi ha fattori di rischio più generici: gli scienziati stanno infatti identificando una serie di geni meno incisivi come impatto, ma che comunque alzano l'eventualità di Alzheimer.

«Alla fine noi medici potremmo avere a disposizione, per una popolazione più vasta, una mappa personale di marcatori biologici e di varianti genetiche che aiutano a stimare il rischio di Alzheimer molto prima che la malattia si manifesti» esemplifica Tagliavini. E in tal caso si potrà stabilire se intervenire con farmaci capaci di salvare il cervello dalla devastazione.

Il forse, come sempre in medicina, non solo è obbligatorio, ma è, soprattutto in questo caso, gigantesco. La storia dell'Alzheimer è costellata di delusioni e flop: negli ultimi anni, cinque sperimentazioni cliniche sui farmaci sono finite male. «Se anche questi tentativi dovessero fallire» ammette Tagliavini «sarebbe un disastro. Ma io credo che siamo, finalmente, sulla strada giusta». ■



COSA SUCCEDDE DENTRO IL CERVELLO

- La corteccia, in particolare l'ippocampo, chiave della memoria, si riduce.
- Presenza di placche amiloide e fibre aggrovigliate nel tessuto cerebrale.
- Perdita di cellule nervose in aree vitali per la memoria.
- Bassi livelli di neurotrasmettitori come l'acetilcolina.

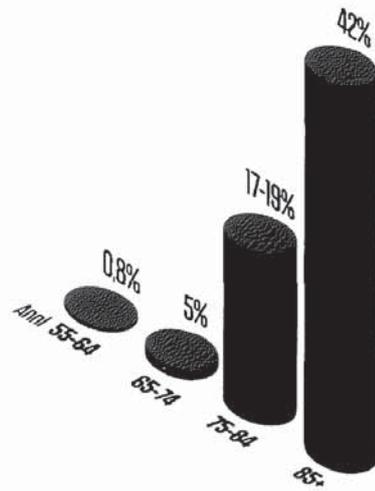
I SINTOMI PRINCIPALI

- Deficit di memoria, prima lievi poi sempre più accentuati.
- Perdita di senso dell'orientamento in luoghi conosciuti.
- Disorientamento rispetto al tempo.
- Difficoltà a riconoscere volti familiari.
- Difficoltà di linguaggio.
- Tendenza a trascurare l'igiene personale e la nutrizione.
- Depressione, ansia, confusione.

PER SAPERNE DI PIÙ
www.alzheimer.it

LE CIFRE

- L'Alzheimer colpisce il **5 per cento** degli ultra 65enni.
- In Italia si stimano circa **650 mila** ammalati.
- **36 milioni** i malati di Alzheimer nel mondo.



Guarda il video

Il caso della famiglia

Cuartas, colpita da Alzheimer

precoce. <http://magazine.panorama.it/qr>



Hai casi di Alzheimer in famiglia?
 Racconta la tua storia sulla pagina Facebook di *Panorama*.



SCATTATO L'OBBLIGO PER I MEDICI DI INDICARE SOLO IL PRINCIPIO ATTIVO

Via le pillole 'griffate' dalle ricette Ma la rivoluzione scontenta tutti

Nuccio Natoli

■ ROMA

È SCATTATO l'obbligo per i medici di scrivere sulle ricette (quelle a carico del Sistema sanitario nazionale su cui si paga solo il ticket) non più il nome commerciale del farmaco, ma solo il «principio attivo». I medici arricciano il naso, i farmacisti che hanno l'obbligo di tradurre il principio attivo nel medicinale con il prezzo più basso si adeguano scuotendo la testa, Farmindustria lo definisce un «colpo al cuore» delle aziende, ma pure i consumatori masticano amaro. «L'impatto della manovra sul settore farmaceutico — dice Diana Bracco del gruppo omonimo, nonché vicepresidente di Confindustria per la Ricerca — è così penalizzante che non riesco a capire su cosa sia fondata». È vero che il

consumatore può chiedere il medicinale con il nome commerciale a cui è abituato, ma in quel caso paga di tasca propria la differenza con il farmaco meno caro. Sulle ricette bianche, quello a totale carico dei cittadini, non cambia nulla.

DOPO la prima versione del decreto (luglio 2012), quella definitiva ha un po' allentato la rigidità. I medici di base possono scrivere sulla ricetta il nome commerciale aggiungendo la dicitura «non sostituibile», ma solo in casi come malattie croniche. Nei giorni scorsi, per evitare dubbi, l'Agenzia del farmaco ha pubblicato le tabelle con l'elenco completo dei farmaci di fascia A (a carico del Ssn).

L'INTRODUZIONE del principio attivo non è una novità: nella me-

dia Ue un po' meno del 50% dei farmaci è venduto con la formula del principio attivo. In Italia c'è il precedente dei farmaci generici che coprono un po' meno del 20% del mercato. È evidente che il governo con la rivoluzione del principio attivo punta a ottenere un cospicuo risparmio sulla spesa sa-

nitaria. Non a caso, il provvedimento sui farmaci fa parte di quello più generale sulla spending review. Il potenziale risparmio per le casse dello Stato è stimato in circa 700 milioni di euro l'anno, ma secondo altre sarebbe molto inferiore. O addirittura opposte. Statisticamente, si valuta in media in circa il 20% il minor costo di un farmaco generico rispetto a quello griffato.

IL MERCATO

50

PER CENTO

È la media Ue dei farmaci venduti in Europa con la formula del principio attivo

20

PER CENTO

È una stima della penetrazione di mercato dei farmaci generici



“Io, figlia di un malato mi vergogno per loro”

SLA, MANCANO I SOLDI PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO SOLO 6 ORE AL POSTO DELLE 24 NECESSARIE

di **Silvia D'Onghia**

Cosa ho pensato quando ho letto delle ostriche? Che mi vergogno di essere italiana, che, se avessi i soldi, metterei mio padre su un aereo e lo porterei in Germania”. Antonietta è una donna forte, combattiva, che difficilmente si arrende. Eppure oggi confessa di non farcela più, di non sapere come andare avanti. Da un lato i soldi a pioggia ai consiglieri regionali del Lazio, ostriche, champagne e toga party, dall'altro i tagli alla spesa sociale, meno 150 milioni di euro nell'ultimo anno. E a farne le spese non sono soltanto, come il *Fatto* ha scritto ieri, i ragazzi disabili di Pontecorvo, nel frusinate, che si sono visti chiudere il centro diurno.

Antonietta vive a Roma, è figlia di un malato di Sla, un uomo di 62 anni che quattro anni fa ve-

pagamento dell'affitto. Lei non vive più e sa di non poter garantire, da sola, un'assistenza adeguata al padre: “Avrebbe diritto di essere messo su una sedia, di uscire. Non è morto, anche se la sua vita non è normale. Lui reagisce con scatti d'ira, si arrabbia continuamente con me. E io non so più cosa fare. Noi abbiamo vissuto in Germania ed è lì che vorrei tornare, lì ti trattano come una persona. In Italia fare il delinquente è l'unica soluzione, ma non tutti riescono a farlo”. L'associazione “Viva la Vita” ha calcolato che 14 malati di Sla sui 90 conosciuti nel Lazio hanno da 0 a sei ore di assistenza giornaliera. Soltanto in 32 possono contare sull'h24 e sono tutte assistenze concesse anni fa. E c'è persino chi dice che sarebbe in corso un'ulteriore *spending review* delle ore di assistenza.

UNA MALATTIA subdola, che ti immobilizza poco alla volta, fino a ridurti intubato e alimentato artificialmente. “Mio padre ha perso la vita che aveva, è venuto a stare da me perchè necessitava di assistenza continua. Tre anni fa ha iniziato a non poter più mangiare, l'hanno dovuto intubare. È rimasto un anno in ospedale, poi me l'hanno rimandato a casa. All'inizio io ero contenta, pensavo che mi avrebbero aiutato”. Poi, però, l'amara constatazione. “La Asl ci ha garantito soltanto quattro ore di assistenza giornaliera, due al mattino due al pomeriggio, che sono diventate 6 soltanto dopo insistenti richieste”. Antonietta ha una figlia che quest'anno va in prima elementare: “Mi sono rivolta a Mina Welby perchè mi aiutasse, io volevo soltanto andare a prendere la bambina da scuola e con gli orari degli infermieri e dei fisioterapisti non potevo. Lei si è interessata, ha ricalcolato le ore e ha sottoposto una proposta alla Asl Roma B”. Risposta? Ti arrangi, sono problemi tuoi. Non ci sono soldi.

La famiglia di Antonietta vive con 750 euro di pensione del padre. Il marito è disoccupato da agosto e sono in ritardo col

LE ASL NON hanno soldi per i tagli alla sanità operati dalla Regione, che oltre tutto non paga neanche quello che dovrebbe. È il caso dell'ospedale Santa Lucia, un centro all'avanguardia per la riabilitazione neuromotoria (suo paziente è stato anche Lamberto Sposini). A novembre 2011 fu emanato un decreto per sbloccare i 90 milioni di debito che l'ente aveva con la Fondazione. “Qualcosa è arrivato - racconta il Direttore sanitario, Antonino Salvia -, poi si è ribloccato tutto. E quando abbiamo fatto un decreto ingiuntivo, l'Avvocatura regionale ha risposto che coloro che avevano firmato il decreto non erano riconducibili al

Antonietta vive per il padre, non può neanche prendere la figlia da scuola: “Vorrei saper essere una delinquente”

va una vita, una compagna, un lavoro. Poi, la sua gamba ha cominciato a dare problemi. “Camminava male - racconta

rappresentante legale della Regione e che lo stesso documento non era stato protocollato". Quindi zero euro. In condizioni simili, anche se per importi

minori, è il Consorzio Aedes del Sorano, che riunisce una ventina di Comuni del frusinate. "Il ritardo medio nei paga-

menti è di 368 giorni - spiega il presidente di Legacoop Daniele Del Monaco -. Noi diamo assistenza a cento anziani e lavo-

ro a 20 persone con 50 mila euro". La cifra che Fiorito aveva a disposizione ogni mese.



Più casi ma meno morti Ecco la mappa dei tumori

La ricerca Auspicata l'istituzione in Italia del registro nazionale digitale

REMO QUADRI

Roma

Nel nostro Paese alla fine del 2012 si avranno 364 mila nuovi casi in più di tumore, circa mille al giorno. Numeri impressionanti, in lieve crescita rispetto al 2011 (erano 360 mila), ma in parte attenuati dalla consapevolezza che in Italia sono migliorate le prospettive di guarigione, arrivate al 52% per gli uomini (era il 47% nel periodo 1995-99) e al 61% per le donne (era il 60% nel 95-99) a 5 anni dalla diagnosi, con percentuali sensibilmente più alte in tumori frequenti come quello al seno (87%) e della prostata (88%). Anche se la sopravvivenza non è migliorata, in anni recenti, per alcune neoplasie a cattiva prognosi, come il tumore al polmone e al pancreas. È questa la fotografia scattata dall'Associazione italiana di oncologia medica e dall'Associazione italiana registri tumori nel volume "Numeri del cancro

in Italia 2012", presentato ieri mattina nella sede del ministero della Salute.

"In termini assoluti quello che conta è l'aumento della sopravvivenza per tumori a 5 anni, un dato che pone il nostro paese all'avanguardia a livello europeo e mondiale", ha spiegato il ministro della Salute, Renato Balduzzi, sottolineando che "la possibilità di disporre finalmente di dati epidemiologici relativi all'anno in corso è essenziale per impostare azioni di politica sanitaria".

Stando ai numeri contenuti nel volume si stima che i tumori, seconda causa di morte (30%) dopo le malattie cardio-circolatorie (38%), provocheranno nel 2012 175 mila decessi (erano 174 mila nel 2011), circa 500 al giorno, ha spiegato Stefano Ferretti, segretario dell'Associazione Italiana Registri Tumori, che ha chiesto al ministro un deciso passo in avanti per l'istituzione di un registro dei tumori a livello nazionale. Tema, questo, che è stato inserito

nell'Agenda digitale del Governo e che potrebbe essere discusso nel prossimo Consiglio dei ministri.

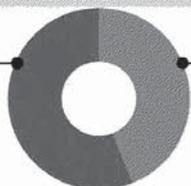
Complessivamente i tumori colpiscono più le Regioni settentrionali (+30%) rispetto al Sud, un dato imputabile a varie cause, a cominciare dalla minore esposizione del Sud a fattori cancerogeni. Dal volume emerge, inoltre, che il tumore al colon-retto è il più frequente, con oltre 50 mila nuove diagnosi, seguito da quello della mammella (46 mila), del polmone (38 mila, un quarto nelle donne) e della prostata. Mentre il cancro al polmone si conferma al primo posto per mortalità (34.500 i decessi stimati). Infine sono circa 2.250.000 in Italia le persone che convivono con una precedente diagnosi di tumore. Di queste il 57% dei casi (1.285.000 persone, il 2,2% della popolazione) è rappresentato dai cosiddetti lungo-sopravvissuti, cioè da persone che hanno avuto una diagnosi di tumore oltre 5 anni prima.

I tumori in Italia | Numeri del cancro nel 2012

364.000 i nuovi casi (360.000 nel 2011)

1.000
al giorno

56%
negli uomini

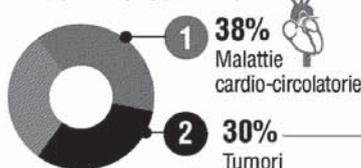


44%
nelle donne

175.000 decessi (174 mila nel 2011)

500
al giorno

PRINCIPALI CAUSE DI MORTE



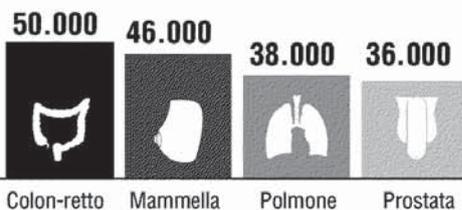
I PIÙ MORTALI

Polmone 34.500 decessi

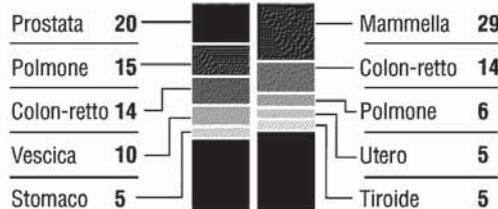
Uomini Polmone 27%

Donne Mammella 16%

I PIÙ DIFFUSI | In generale (nuove diagnosi)



Negli uomini (% su tot diagnosi) | Nelle donne



ANSA-CENTIMETRI



I dati di un'indagine

Aumentano le possibilità di guarire dai tumori

■ **ROMA** Mille nuovi casi al giorno scoperti, ma percentuali di guarigione che migliorano costantemente. Quest'anno si prevede infatti che saranno «solo» 4.000 in più rispetto al 2011 (364mila contro 360mila) i nuovi casi di tumore nel nostro Paese, 202.500 (56%) negli uomini e 162.000 (44%) nelle donne. Sono i numeri del cancro in Italia secondo l'indagine condotta dall'Associazione italiana di oncologia medica e dall'Associazione italiana registri tumori pubblicata nel volume «I numeri del cancro in Italia 2012» presentato alla presenza del **ministro della Salute** Balduzzi.



La decisione dell'Osservatorio del Viminale

Allo stadio sarà vietato fumare

Lo stop alle sigarette potrebbe partire dalla prossima stagione: riguarderà tutte le serie professionistiche

=== **GIANLUCA VENEZIANI**

. . . Negli stadi italiani non sarà più possibile fumare.

A stabilirlo è stato l'Osservatorio nazionale sulle manifestazioni sportive nella riunione di ieri: domani la Commissione di vigilanza metterà a punto gli ultimi dettagli. La decisione epocale segna una svolta nelle abitudini domenicali dei frequentatori degli stadi.

Già a fine maggio scorso il **ministro della Salute** Balduzzi aveva pensato a una misura simile, invocando «l'estensione del divieto di fumo a parchi, stadi, giardini pubblici, cortili degli ospedali e delle scuole».

Agli Europei in Polonia e Ucraina, poi, Michel Platini aveva chiesto e ottenuto «partite senza tabacco», impedendo la vendita e il consumo di sigarette all'interno degli stadi. Il provvedimento è stato adottato anche in altri campio-

nati di calcio europei. In Inghilterra, ad esempio, il divieto di fumare in curva e tribuna è un dato da tempo acquisito. Anche il Barcellona nel Camp Nou ha avviato la campagna «no smoke», applicando la legge antifumo già in vigore nello Stato spagnolo.

In Italia, da questo punto di vista, eravamo ancora in ritardo. Secondo un codice etico-deontologico stabilito qualche anno fa, era già vietato ad allenatori e staff tecnico fumare nelle panchine, dando così un cattivo esempio allo spettatore. Un supplizio terribile per chi, come Zdenek Zeman, è noto per essere un fumatore incallito. Finora, negli stadi italiani, il divieto di «fumo» era stato inteso solo nel senso dell'impossibilità di portare sugli spalti i fumogeni. C'era addirittura un articolo di legge a stabilirlo: l'art. 6 ter della legge del 1989, che indica come

«reato il possesso di petardi, fumogeni e bastoni negli stadi».

Va da sé, tuttavia - è o non è una legge all'italiana? - che questo divieto è stato costantemente e ripetutamente violato.

Sugli spalti non solo abbiamo visto petardi e fumogeni (e in che quantità!), ma anche scooter... Fguriamoci.

Ora però questa campagna antifumo ha tutta l'aria di essere una sana e seria misura salutista per tutelare i polmoni dei tifosi. Eh già, loro si sgolano tanto per sostenere i loro beniamini, non si possono mica rovinare le vie respiratorie. Peccato solo che, per molti, andare allo stadio era un buon modo per nascondere a mogli e parenti il vizio del fumo. «Tesoro vado allo stadio a vedere la partita». E invece era una scusa per fumarsi una sigaretta...



CAOS SANITÀ

Le Regioni bocciano il decreto Balduzzi

ROMA

Parere negativo delle Regioni sul decreto Balduzzi. Motivo? «Le Regioni hanno dato parere negativo perché il governo non ha accettato la nostra richiesta di poter interloquire su alcuni passaggi», ha spiegato il coordinatore degli assessori agli Affari finanziari delle Regioni Roma-

no Colozzi. In particolare, ha aggiunto Colozzi, «abbiamo saputo che la copertura degli ambulatori aperti sulle 24 ore deve arrivare dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, ma quella riorganizzazione non è sufficiente nemmeno a coprire gli 1,8 miliardi di tagli nel 2013 previsti dalla spending review».

«Le preoccupazioni

espresse dalle Regioni rispetto al decreto legge del ministro Balduzzi sono puntuali e condivise», commenta Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, convinto che il testo «va radicalmente riscritto in Parlamento, dove andranno individua-

ti i fondi necessari». Secondo il medico senatore Pd, «è necessaria una riforma della medicina generale per dare migliori servizi ai pazienti e maggiore dignità ai medici di famiglia, ma non si potrà fare a costo zero e nel decreto non è prevista alcuna risorsa».



INTERVISTA L'ALLARME DEL PRESIDENTE **MASSIMO SCACCABAROZZI**

Farindustria: «Non si vende più Tanto vale fermare gli impianti»

MOLTO DANNO ZERO RISPARMIO

I consumi dei farmaci di marca sono già calati del 30-40% e lo Stato non risparmia perché il rimborso non è sceso

Achille Perego
MILANO

Nei giorni scorsi, in tempi record, avete siglato il nuovo contratto di lavoro dei chimici. È più facile trattare con i sindacati che con il governo?

«Alla fine sì, nel senso che imprese e sindacato con grande responsabilità sono pienamente consapevoli delle difficoltà del settore. E sono preoccupati per il futuro dell'industria farmaceutica e dell'occupazione — risponde Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria —. Una preoccupazione di cui non sembra tener conto il governo. Per questo con i sindacati abbiamo scritto sabato una lettera a Monti dove chiediamo che vengano ripensate norme che hanno un effetto tremendo sul nostro settore e non portano risparmi allo Stato».

Che cosa sta mettendo in ginocchio l'industria farmaceutica?

«In sei mesi sono state approvate tre manovre (liberalizzazioni, spending review e decreto Salute) che avranno un impatto sulle industrie farmaceutiche di 4 miliardi all'anno dopo gli 11 miliardi già tagliati dal 2007».

Meno ricavi e quindi meno posti di lavoro?

«Abbiamo già perso 10mila posti negli ultimi cinque anni. Adesso rischiamo di perderne altrettanti. Alcune aziende hanno già interpellato Farindustria per attivare a breve procedure di mobilità. Noi vogliamo contribuire allo sviluppo del Paese ma se dobbiamo produrre farmaci che non possiamo vendere, perché tenere aperti gli impianti?».

Che cosa vi danneggia di più?

«La norma discriminatoria che ha introdotto l'obbligo, per i farmaci con il brevetto scaduto, che rappresentano il 90% di quelli prescritti, di indicare in ricetta solo il principio attivo. Da quando è entrata in vigore, a metà agosto, abbiamo registrato un calo dei consumi dei farmaci di marca anche del 30-40%. Se con questo calo di vendite si fosse ottenuto una riduzione di spesa, ci sarebbe qualche ragione per mandare giù l'amara pillola...».

Invece?

«Invece lo Stato non risparmia niente perché il prezzo di rimborso è sempre lo stesso. Al contrario di altri Paesi europei questa norma toglie la libertà al cittadino di scegliere, anche pagando la differenza di tasca propria, come accadeva prima. Una differenza, mi creda, ormai minima. Parliamo di una media di 1 euro tra il prezzo del generico e quello del farmaco di marca».

Insomma, questa norma è servita solo a spostare il mercato verso i generici?

«Esatto. Ma così si mette a rischio l'industria farmaceutica, che con 25 miliardi di produzione è la seconda in Europa dopo la Germania. Non solo non attraiamo più i grandi gruppi stranieri ma li facciamo addirittura scappare. È come se il governo dicesse: prendi, chiudi o vai all'estero tanto i tuoi prodotti non mi interessano».

Perché il governo favorisce i generici? La loro lobby è più forte della vostra?

«Non parlerei di lobby ma di una parziale conoscenza del mercato che porta a fare valutazioni un po' superficiali».

Ma se si consumano più farmaci generici, crescerà almeno l'occupazione in queste aziende?

«Le fabbriche dei generici non fanno ricerca e producono solo copie. Non lo dico io, ma i sindacati. E dei 10mila

posti persi negli ultimi cinque anni nemmeno un decimo è stato recuperato nell'industria del generico».

Che cosa vi aspettate dal governo con cui avete aperto anche un tavolo tecnico?

«Che si approfitti della conversione del decreto Salute per cancellare l'obbligo della prescrizione con il principio attivo. Rivedere il Prontuario farmaceutico non solo con criteri di economicità. E infine ripensare l'estensione delle prescrizioni off label. Oggi sviluppare un farmaco e ottenere l'approvazione per una indicazione costa a un'azienda 1,3 miliardi. Con la norma prevista dal decreto Salute si dice: se esiste un farmaco già in commercio che costa meno, anche se non è stato approvato per quella indicazione ma per un'altra, lo si può prescrivere lo stesso. Così si penalizza la ricerca e si mette a rischio la salute dei pazienti. È una vera e propria follia».

SETTORE IN CRISI

Le perdite

L'industria del farmaco quantifica in 4 miliardi l'anno l'impatto delle manovre, dopo gli 11 miliardi già tagliati nel 2007. In termini occupazionali si traduce in 10mila posti di lavoro persi negli ultimi 5 anni di cui solo un decimo riassorbito dall'industria dei generici



SCATTATO L'OBBLIGO PER I MEDICI DI INDICARE SOLO IL PRINCIPIO ATTIVO

Via le pillole 'griffate' dalle ricette Ma la rivoluzione scontenta tutti

Nuccio Natoli
■ ROMA

È SCATTATO l'obbligo per i medici di scrivere sulle ricette (quelle a carico del Sistema sanitario nazionale su cui si paga solo il ticket) non più il nome commerciale del farmaco, ma solo il «principio attivo». I medici arricciano il naso, i farmacisti che hanno l'obbligo di tradurre il principio attivo nel medicinale con il prezzo più basso si adeguano scuotendo la testa, Farmindustria lo definisce un «colpo al cuore» delle aziende, ma pure i consumatori masticano amaro. «L'impatto della manovra sul settore farmaceutico — dice Diana Bracco del gruppo omonimo, nonché vicepresidente di Confindustria per la Ricerca — è così pena-

lizzante che non riesco a capire su cosa sia fondata». È vero che il consumatore può chiedere il medicinale con il nome commerciale a cui è abituato, ma in quel caso paga di tasca propria la differenza con il farmaco meno caro. Sulle ricette bianche, quello a totale carico dei cittadini, non cambia nulla.

DOPO la prima versione del decreto (luglio 2012), quella definitiva ha un po' allentato la rigidità. I medici di base possono scrivere sulla ricetta il nome commerciale aggiungendo la dicitura «non sostituibile», ma solo in casi come malattie croniche. Nei giorni scorsi, per evitare dubbi, l'Agenzia del farmaco ha pubblicato le tabelle con l'elenco completo dei far-

macia di fascia A (a carico del Ssn).

L'INTRODUZIONE del principio attivo non è una novità: nella media Ue un po' meno del 50% dei farmaci è venduto con la formula del principio attivo. In Italia c'è il precedente dei farmaci generici che coprono un po' meno del 20% del mercato. È evidente che il governo con la rivoluzione del principio attivo punta a ottenere un cospicuo risparmio sulla spesa sanitaria. Non a caso, il provvedimento sui farmaci fa parte di quello più generale sulla spending review. Il potenziale risparmio per le casse dello Stato è stimato in circa 700 milioni di euro l'anno, ma secondo altre sarebbe molto inferiore. O addirittura opposte. Statisticamente, si valuta in media in circa il 20% il minor costo di un farmaco generico rispetto a quello griffato.

IL MERCATO

<p>50</p> <p>PER CENTO</p> <p>È la media Ue dei farmaci venduti in Europa con la formula del principio attivo</p>	<p>20</p> <p>PER CENTO</p> <p>È una stima della penetrazione di mercato dei farmaci generici</p>
---	--



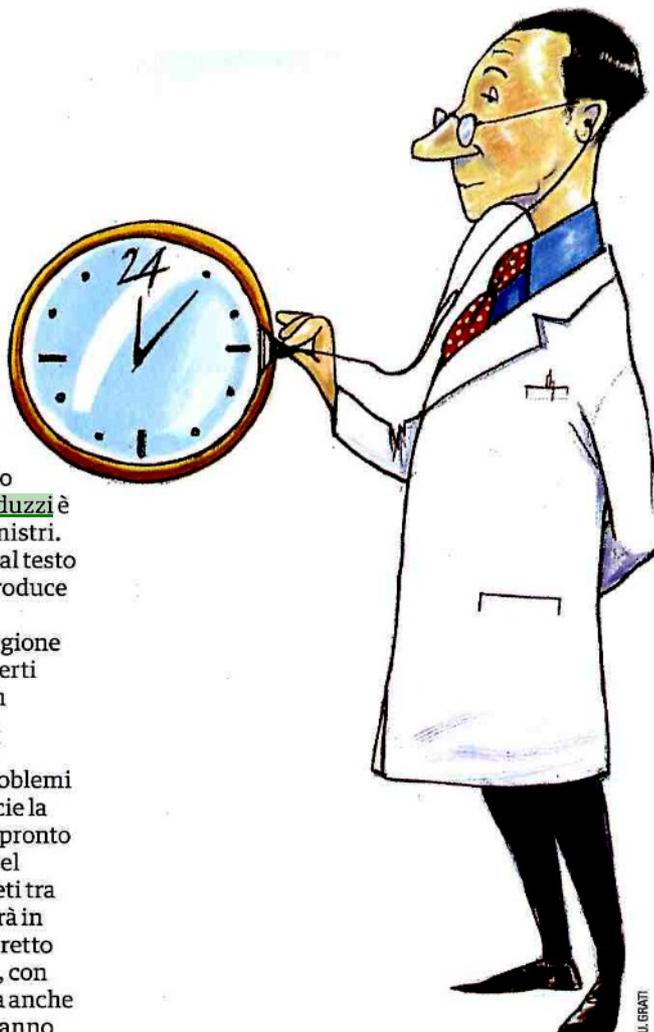
Medici di base 7 giorni su 7

Via libera al decreto sanità. Lo scorso 5 settembre, il provvedimento messo a punto dal ministro della Salute Renato Balduzzi è stato approvato dal Consiglio dei ministri. Sebbene in versione ridotta rispetto al testo originale (16 articoli anziché 27), introduce numerose novità.

Innanzitutto verranno introdotti, regione per regione, dei maxi-ambulatori aperti sette giorni su sette, 24 ore su 24, con medici di famiglia, pediatri, guardia medica e specialisti, dove i cittadini troveranno risposta rapida ai loro problemi di salute, senza essere costretti, specie la notte o nel weekend, ad aspettare al pronto soccorso. Nella versione definitiva del decreto sono state introdotte delle reti tra questi ambulatori, la cui gestione sarà in mano alle singole regioni, e un più stretto rapporto, anche in forma telematica, con gli ospedali. Non solo all'interno, ma anche alla guida dei futuri ambulatori potranno esserci dipendenti delle Asl.

Sul fronte alimentazione salta la tassazione delle bevande zuccherate (vedi pagina 35), mentre è confermato l'obbligo, dal primo gennaio 2013, della presenza di almeno il 20% di succo naturale nelle bevande analcoliche con frutta. Introdotto il divieto di servire latte e crema crudi nelle mense, resa obbligatoria l'esposizione di cartelli informativi sul corretto consumo del pesce fresco nei punti vendita.

Nel pacchetto del Governo rimangono le sanzioni per chi vende tabacchi ai minorenni, le norme che limitano gli spot dei giochi con vincite in denaro e che impongono una distanza minima di 200 metri da scuole e ospedali dei punti vendita con giochi, e l'obbligo di certificazione medica «idonea» (manca la specifica se dev'essere redatta da medico di famiglia o specialista) anche per l'attività sportiva non agonistica e amatoriale.



U. GRATTI



Nessuna crisi per la contraffazione

Indicam lancia l'allarme sui prodotti farmaceutici falsi: «In un anno, sono raddoppiati i sequestri»

il fenomeno

DA MILANO **ANDREA D'AGOSTINO**

Apple, Mac, Viagra: sono questi i primi tre marchi contraffatti per numero di sequestri in tutto il mondo lo scorso anno. Nike, Louis Vuitton e Tag Heuer i primi tre, invece, per valore, secondo i dati Wco (World custom organization). Oltre il 50% della produzione mondiale di prodotti "taroccati" proviene dal Sudest asiatico e sono destinati in prevalenza all'Europa (60%), con l'Italia in prima linea assieme alla Spagna. Ma anche il nostro Paese non è da meno come produzione: il giro d'affari stimato va dai 3 ai 7,5 milioni di euro, di cui oltre il 60% riferito a prodotti di abbigliamento - tessile, pelle, calzature - seguito da orologi, beni di consumo, componentistica, audiovisivo e software. Un'industria che ha punte particolarmente elevate in Campania (abbigliamento e componentistica) Toscana, Lazio e Marche per la pelletteria, e il Nord in generale per la componentistica e l'orologeria.

I dati sono stati presentati ieri alla 25esima assemblea di Indicam, l'istituto di Centromarca per la lotta alla contraffazione. «Il nostro governo si è impegnato a contrastare

l'evasione fiscale - ha dichiarato il presidente Indicam Carlo Guglielmi, nel suo intervento inaugurale -. Eppure esiste un fenomeno come la contraffazione che è totalmente trascurato. Non conosce crisi, anzi, sembra essere anticiclica». La novità degli ultimi tempi è che stanno aumentando i rischi per i consumatori, con prodotti falsi di uso quotidiano o potenzialmente dan-

nosi per la salute, che ammontano al 28,6% dei sequestri effettuati l'anno scorso: il doppio rispetto al 14,5% del 2010. «Prodotti farmaceutici, anabolizzanti, persino anoressizzanti -

ha spiegato Daniela Mainini, a capo del Cnca, il Consiglio nazionale anti-contraffazione -. Ma l'aspetto più allarmante è che i dati di cui disponiamo sono riferiti solo ai prodotti sequestrati: parliamo di un'economia sommersa, quello che conosciamo è solo la punta di un iceberg».

In attesa degli "Stati generali" della lotta alla contraffazione - che si terranno a Milano il prossimo 19 novembre - Indicam ha proposto un'agenda in sei punti rivolta all'esecutivo italiano e al parlamento Ue: i primi due, ad esempio, chiedono la definizione delle responsabilità all'interno della filiera web, mentre nel quinto punto si invita a tutelare il Made in Italy. Nell'ultimo, infine, si auspica che la Commissione Ue rifletta sui limiti della disciplina che adotterebbe il "plain package", ovvero le confezioni neutrali con l'indicazione del brand ridotta al minimo. Una modifica che, secondo l'Indicam, non sarebbe altro che «un regalo ai falsificatori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oncologi e pazienti in cerca di risposte adeguate

Il 51% dei pazienti ricoverati ha dolore cronico e, nel 42% dei casi, le terapie assunte si rivelano inefficaci. Una dato che non può sorprendere considerata la ancora troppo scarsa conoscenza della legge 38/2010: uno specialista su tre continua a credere che sia in vigore il ricettario speciale per prescrivere gli oppioidi e solo un medico su cinque sa che questi **farmaci** si possono impiegare anche per la cura del dolore severo non oncologico. È il quadro che emerge dalla ricerca condotta dall'Associazione pazienti "vivere senza dolore" nel corso della campagna itinerante HubB2 Hub, svoltasi tra marzo e maggio 2012 con il patrocinio del ministero della Salute e il grant incondizionato di Mundipharma e Teva. L'indagine ha coinvolto 15 strutture ospedaliere sede di un centro qualificato di terapia del dolore. Secondo i risultati della survey, il 61,7% dei cittadini soffre di dolore cronico; la situazione non migliora neppure tra i pazienti ricoverati, che ne sono afflitti per un 51%. Tra i degenti che soffrono, per l'88,8% questa condizione influisce negativamente sulla vita quotidiana e il 48% sperimenta, in aggiunta, episodi di acutizzazione del dolore nell'arco della giornata (breakthrough pain - Btp); se, tuttavia, poco meno di 8 pazienti su 10 seguono una terapia analgesica, il 70,4% di chi è colpito da Btp non riceve alcun trattamento specifico.

La ricerca di una risposta adeguata al dolore è ciò che accomuna pazienti e oncologi. Da un'indagine svolta nel periodo maggio-giugno 2012, dall'Istituto di ricerca Demoskopea per conto del Centro Studi Mundipharma, su un campione di 200 oncologi e 200 pazienti oncologici, emerge, da un lato, il desiderio dei pazienti di ricevere cure più efficaci e una maggiore attenzione da parte di medici e Istituzioni; dall'altro, la necessità espressa dagli oncologi di terapie con minori effetti collaterali e di **farmaci** oppioidi a dosaggi più elevati, per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze antalgiche dei propri assistiti. E ancora: per 6 pazienti su 10 il dolore, specie moderato-severo, incide sulla qualità della vita, limitandone le attività, mentre un terzo degli intervistati lamenta disturbi derivanti dalla terapia in atto. Secondo 6 specialisti su 10, inoltre, oggi si ricorre ancora troppo poco ai medicinali oppiacei, rispetto a quanto accade con i Fans.





Cannabis terapeutica l'inutile tentazione

No all'uso terapeutico ordinario dei derivati chimici della cannabis. Non usa mezzi termini Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano, per affermare che far passare per legge, come sta avvenendo in alcune regioni italiane l'autorizzazione all'uso dei tetracannabinoidi in ambito ospedaliero, e a carico del Servizio sanitario, è un azzardo. «Sulla tossicità di questi farmaci e dunque sugli effetti collaterali occorre ancora fare molti studi» dice lo scienziato. La prima regione a legiferare per dare il via libera all'importazione, per lo più attualmente dal nord Europa, dei derivati chimici della cannabis è stata la Toscana, in maggio. Poi, poche settimane dopo, è stata la volta della Liguria, nei giorni scorsi ha dato luce verde il Veneto. Disegni di legge e ordini del giorno sono stati depositati e presentati dai radicali e dal centro sinistra in altre regioni, come il Lazio (che ora però si ritrova con il consiglio regionale decaduto) e il Friuli-Venezia Giulia da poche settimane. Un anno fa fece scalpore la sperimentazione con cui l'ospedale di Casarano, in provincia di Lecce, partì con la somministrazione di questi farmaci a pazienti affetti da sclerosi multipla o da malattie inguaribili.

Studi internazionali fanno da supporto ai dubbi di Garattini: secondo *Cns drugs* di marzo proprio sulla sclerosi multipla non ci sarebbero benefici evidenti in conseguenza all'uso dei cannabinoidi, e non si tratta del solo dubbio che viene dalla comunità scientifica internazionale. C'è poi il capitolo dei costi, non da poco in tempi di *spending review*, se rapportati poi agli effettivi benefici sul malato non ancora dimostrati a livello scientifico. In rete si trova la delibera di un altro ospedale pugliese, quello di Monopoli, che per 135 grammi di Bedrocan, sostanza olandese autorizzata dal Ministero della Salute, per l'importazione ha tirato fuori 1200 euro. «Non ci sono studi comparativi – dice ancora Garattini – che dimostrino come i cannabinoidi siano migliori dei farmaci già in commercio». Solo per fare un esempio, una terapia con 28 compresse di ossicodone, farmaco antidolore, costa non più di 17 euro.

Francesca Lozito

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricerca

I tessuti tumorali passano dall'uomo all'animale: così vengono testati i medicinali che possono funzionare meglio per i pazienti

Le cavie «avatar» per cure su misura

La nuova tecnica: cellule malate trasferite dal paziente al topo

I centri

Dalla Mayo Clinic al Massachusetts General Hospital, sempre più centri medici degli Stati Uniti usano questo metodo

10.000

Dollari
Il costo della mappatura del genoma, che può salire a 25 mila dollari

Le assicurazioni

Le assicurazioni per ora non pagano per questi trattamenti. Molti muoiono prima che la sperimentazione venga completata

di MASSIMO GAGGI

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK — «Presto, con la medicina personalizzata, curarsi sarà come andare al supermercato. Anzi, potremo farlo andando a comprare cibo e detersivi. Entri e lasci una goccia di sangue o un campione di saliva su uno strumento tipo Blackberry e alla fine, quando esci col carrello pieno, ti danno anche una busta di medicine personalizzate per i tuoi malanni del momento». Nel 2008, quando fece questa previsione a Washington, durante un convegno sulle nuove tecnologie per la medicina, Steven Burrill fu trattato da molti come uno scrittore di fantascienza. Altri, invece, conoscendolo per il suo ruolo di investitore nelle tecnologie di punta e di architetto del «biotech», lo presero molto sul serio.

Quattro anni dopo nei supermercati andiamo ancora solo per fare la spesa, ma la medicina personalizzata, sostenuta dallo sviluppo delle biotecnologie e dalle possibilità offerte dalla mappatura del genoma umano, sta facendo passi da gigante. Giorni fa, ad esempio, la rivista *Nature* spiegava che stiamo ormai imparando a classificare e curare i tumori non più per la loro dislocazione — polmoni, prostata o fegato — ma sulla base delle caratteristiche genetiche. Quelli al seno, ad esempio, sono di quattro «famiglie» piuttosto diverse. Una di queste ha elementi in comune con il cancro all'utero più di quanto non ne abbia con le altre tre forme tu-

morali. E le terapie sono, ovviamente, molto diverse.

A ognuno la sua cura, dunque, basata non solo sulle diverse categorie patologiche, ma anche sulle caratteristiche delle cellule, le sensibilità individuali, le risposte immunitarie che sono diverse da persona a persona. Più facile a dirsi che a farsi, anche per un problema di costi: un nuovo farmaco costa circa un miliardo di dollari tra ricerca, sviluppo e sperimentazioni che durano, in media, un decennio. Se verrà prescritto in un numero troppo limitato di casi, i costi diventeranno insostenibili. La mappatura del genoma (costo dai 10 ai 25 mila dollari, negli Usa) è, poi, ancora una cosa da ricchi. Ma la tecnologia sta gradualmente abbattendo questi costi, mentre spuntano altri percorsi come quelli delle nanotecnologie che penetrano nelle difese immunitarie. Un'altra strada è quella dell'uso a tappeto di cavie nelle quali trapiantare i tessuti malati di un paziente (in genere cellule tumorali) per capire a quali **farmaci** sono sensibili, prima di iniziare la terapia sull'uomo.

Sono già molti i centri medici americani, dalla Mayo Clinic al Massachusetts General Hospital, a usare questa tecnica. Ad esempio trapiantando pezzi di un tumore asportato su vari topi che, a causa di un'anomalia genetica, hanno un sistema immunitario molto poco reattivo. Agli animaletti vengono poi somministrati medicinali diversi, scegliendo alla fine per il paziente quella che funziona meglio sul ratto.

Illustrando il moltiplicarsi di questi esperimenti, il *New York Times* raccontava ieri che la pratica sta diventando talmente diffusa da aver spinto i medici a soprannominare queste cavie «avatar», come le rappresentazioni digitali di persone reali.

Uomini e topi: vivremo tra qualche anno in un mondo nel quale, oltre a conoscere in anticipo le nostre predisposizioni genetiche per le malattie e a disporre di «batterie» di **farmaci** individuali, avremo anche il nostro allevamento di cavie personali? Meglio non correre troppo: il perfezionamento dei **farmaci** biotech procede spedito, ma i problemi non mancano e l'uso delle cavie è un processo lungo, costoso e dai risultati tutt'altro che certi: le assicurazioni per ora non pagano per trattamenti di questa natura e sono numerosi i casi di malati di tumore che muoiono prima che la sperimentazione sulle cavie sia completata.

Ma la tecnica è promettente, i successi non mancano e, nella misura in cui evita di esporre il paziente a una moltiplicazione delle terapie alla ricerca di quella giusta, può anche diventare un fattore di contenimento dei costi. Che non sia più solo un procedere a tentoni lo dimostra anche il fatto che qualche settimana fa il *National Institute for Health*, l'organo del governo federale che promuove e monitora le nuove tecnologie mediche, ha dedicato un seminario proprio alle terapie che utilizzano gli «animali personalizzati».

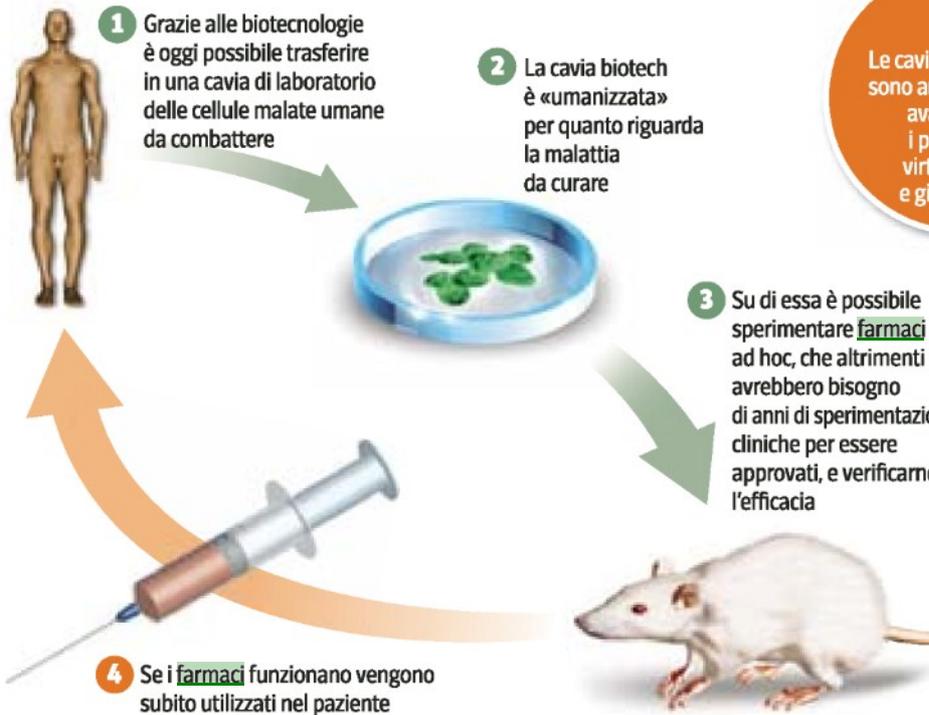
© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE STORIE

Megan Sykes, medico e ricercatore americano, ha creato un topo biotech con il suo sistema immunitario e lo ha chiamato «Mini-Me». Per un paziente, un bambino di 9 anni con un raro tumore ai polmoni, sono stati creati dei topi che esprimono lo stesso male: grazie a loro si stanno provando diverse soluzioni per curare il piccolo paziente

Le cure «personalizzate»



La scheda

Genetica

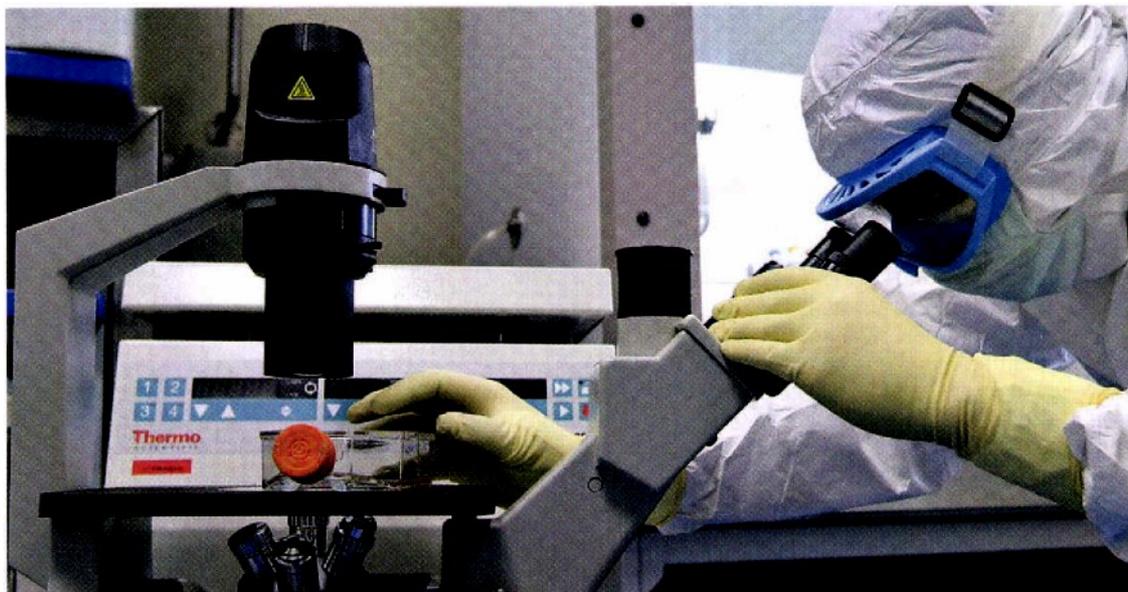
Oggi i tumori non si classificano più per la loro posizione — polmoni, prostata o fegato — ma per le caratteristiche genetiche

Cure

Le cure sono, ovviamente, molto diverse. Basate sulle caratteristiche delle cellule e sulla sensibilità individuale del malato

Avatar

Ciò ha aperto la strada alle cavia personalizzate, chiamate avatar, nelle quali si trapiantano i tessuti malati di un paziente per capire a quali farmaci sono più sensibili



Dall'alto, Emanuele Gatti, ad Emeala di Fmc; Giovanni Camussi, presidente del corso di Biotecnologie mediche dell'Università di Torino

Una cellula contro le malattie rare

Nasce a Torino il Centro di medicina rigenerativa. Dove le patologie genetiche si curano con iniezioni di staminali adulte. E i risultati sono ottimi

PASSARE DALLA CURA delle patologie renali alla rigenerazione degli organi. È possibile? Dopo nove anni di ricerca si può dire di sì. Ad annunciarlo, lunedì scorso, è stato il professore Emanuele Gatti, amministratore delegato per Europa, Medio Oriente, Africa e America Latina di Fresenius Medical Care, il più importante gruppo al mondo nella produzione di dispositivi medici e nella gestione globale di servizi per il trattamento dell'insufficienza renale. Fresenius ha deciso di investire in Italia quando nel 2003 si è accorta dell'eccellenza rappresentata dall'équipe dell'Università di Torino, all'avanguardia nello studio delle cellule staminali adulte.

I risultati di questa collaborazione hanno portato all'identificazione di una nuova linea di cellule staminali presenti nel fegato adulto e la conseguente possibilità di riprodurle. Queste cellule sono state brevettate e designate quali "Orphan drug" dall'Agenzia europea per il farmaco e potranno essere utilizza-

te nella terapia di malattie rare e mortali per il bambino, come i deficit del ciclo dell'urea. In Italia i piccoli pazienti con questa patologia genetica sono tra i venti e i trenta, ma se ne potranno accogliere da tutta Europa. Il trasferimento della ricerca alle applicazioni cliniche avverrà nella Città della salute e della scienza di Torino. «Questo lavoro dimostra che Fmc non opera per sostituirsi a trapianto e dialisi, che infatti offriamo nei nostri centri, ma per il bene del paziente affetto da patologia renale. Queste cellule serviranno ad evitare il rigetto del trapianto», spiega Gatti. «È una prospettiva realistica», riferisce a *Tempi* Giovanni Camussi, coordinatore del gruppo di ricerca e presidente del corso di Biotecnologie mediche dell'università. «In Nord America c'è stata una prima serie di trapianti a cui non è mai più seguita la dialisi. I pazienti a cui mi riferisco, che per ora sono otto, vengono curati proprio con iniezioni di staminali adulte. Questo significa che siamo sulla buona strada».

Il progetto non ha solo una valenza scientifica, ma rappresenta un vero e proprio investimento di circa 25 milioni di euro da parte di Fmc che, in attesa del via libera dell'Istituto Superiore della Sanità, passerà alla fase clinica con un ulteriore investimento di circa 80 milioni per prodotto. Si creeranno così anche nuovi posti di lavoro sia nell'ambito della ricerca sia in quello clinico.

Cosa serve per investire

«Per investire in un paese un'azienda non ha bisogno di soldi pubblici. Quello che si chiede alle istituzioni è la certezza normativa della ricerca, motivo ulteriore per cui non avremmo mai utilizzato cellule staminali embrionali, la velocità nell'approvazione dei progetti, e la capacità di impostarli dentro il proprio quadro normativo», aggiunge ancora Gatti. Precisando a *Tempi* che, non solo per ragioni etiche, «non avrei mai investito sulle embrionali, ma anche per una questione di sicurezza della ricerca stessa. Sono poi contento, da cittadino con nazionalità italiana e tedesca, di aver trovato una delle équipe più eccellenti al mondo in questo campo proprio a Torino. Le eccellenze vanno valorizzate, specialmente ora».

Anche se l'azienda è già presente in sei regioni italiane con importanti centri di dialisi accreditati, oltre 550 dipendenti, 1.850 pazienti e un fatturato annuo che si aggira intorno ai 150 milioni di euro, «una volta che l'Istituto Sanitario Nazionale darà il via libera, potremo dare un contributo ulteriore e ancora più necessario in questo momento di crisi».

Benedetta Frigerio