

Rassegna del 29/03/2010

TEMPO - Scegli tu come vincere - Mariani Sandro

1

Statistiche Gravidanze indesiderate
Obese e sedentarie sono più a rischio

Sport Rafforza nelle giovanissime
l'autodeterminazione e la fiducia in sé

Scegli tu come vincere

L'attività fisica protegge l'apparato riproduttivo Ecco cosa c'è da sapere

Sandro Mariani

■ Lo sport aiuta a prevenire gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmesse: oltre ai noti benefici per la salute cardiovascolare ora è dimostrato che migliora quella sessuale. Aumenta infatti la consapevolezza e l'attitudine a raggiungere gli obiettivi prefissati, caratteristiche vincenti delle ragazze che si proteggono.

Un'analisi condotta dall'Università di St. Louis su oltre 55mila donne ha infatti rivelato come quelle ad alto rischio siano maggiormente in sovrappeso (il doppio); fumino due volte tanto e praticano il 27% di attività fisica in meno rispetto alle altre. E ancora, emerge da un altro studio americano sono le magre (con un indice di massa corporea fra 15 e 25) a preferire i contraccettivi ormonali, i più sicuri in assoluto. "La pratica agonistica

www.sceglitu.it

**Un sito a disposizione
delle giovani**

che vogliono sapere

aiuta a sviluppare competenze cognitive e sociali, soprattutto in chi gioca in una squadra - commenta Alessandra Graziottin, Direttore della Ginecologia del San Raffaele Resnati di Milano - Il CDC di Atlanta ha recentemente dimostrato come una migliore autodeterminazione, la fiducia

in sé stesse e la capacità di stare alle regole, tipiche delle sportive, rappresentino fattori predittivi favorevoli rispetto a rapporti sessuali regolari, uso del condom, di contraccettivi, numero di partner e infezioni sessualmente trasmesse".

Dati che confermano quanto la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) aveva intuito da tempo: le atlete possono diventare un modello di riferimento per le adolescenti, a 360°. Con questo obiettivo e in collaborazione con il mondo dello sport è nato "Scegli tu... di vincere", un progetto originale ed innovativo che vede 15 campionesse italiane protagoniste di un'iniziativa per spiegare come rimanere sempre sul podio nella vita. Flavia Pennetta, Federica Pellegrini (nella foto grande), Tania Cagnotto, Elisa Rigaud, Annamaria Marasi sono alcune delle testimonial. "Sport al femminile significa anche educazione, prevenzione, terapia - spiega Giorgio Vittori, presidente SIGO - concetti ben noti agli addetti ai lavori in teoria ma scarsamente applicati nella pratica quotidiana. Per questo abbiamo realizzato una vera e propria guida che verrà distribuita in 20mila copie presso gli studi dei ginecologi italiani e nei centri sportivi. E in parallelo è nato anche un blog www.sceglituvincere.it, dove ogni ragazza potrà diventare protagonista".

«Per raggiungere l'eccellenza è senz'altro necessario il talento - aggiunge Diana Bianchedi, Presidente della Commissione Nazionale atleti del CONI - ma anche tanta dedizione, intelligenza, impegno, costanza, responsabilità.

Doti che ciascuna ragazza può coltivare e sviluppare, come emerge dal nostro libretto, per affrontare con un atteggiamento più positivo e consapevole la propria esistenza e salute». La prima diffusione in occasione della Maratona di Roma del 21 marzo scorso. La SIGO porta avanti da anni il progetto educativo Scegli tu, per la promozione di una sessualità consapevole (www.sceglitu.it) che ha raggiunto centinaia di migliaia di ragazzi e che mette a disposizione in maniera permanente informazioni di qualità, tramite il sito, il numero verde (800-555-323) e la consulenza degli esperti.





1 **Alessandra Graziottin**

Le atlete sono un esempio di eccellenza per come gestiscono il corpo



2 **Giorgio Vittori**

Sarà al congresso mondiale dei ginecologi che si terrà a Roma nel 2012



3 **Testimonial**

Quindici atlete spiegano come rimanere "sul podio" della vita

IL RUOLO DEI CONSIGLI D'AMMINISTRAZIONE NEL DISEGNO DI LEGGE PER LA RIFORMA

Quel potere del mondo produttivo che rischia di svendere l'università

di **DARIO ANTISERI**

L'istituzione dell'abilitazione scientifica nazionale — prevista nel Disegno Di Legge per la riforma dell'Università (Titolo III, art. 8) — appare come la migliore proposta, tra quelle già sperimentate e tra le altre immaginate, per il reclutamento dei professori universitari. Le commissioni giudicatrici attestano l'idoneità scientifica, nei diversi settori scientifico-disciplinari, dei candidati; e successivamente le Università scelgono fra gli «abilitati» coloro che vengono giudicati più adatti per i progetti di ricerca in corso e quelli in programma per il futuro e più idonei per una qualificata didattica. Fondamentale, poi, per l'intera architettura del progetto di riforma, è «l'introduzione di un sistema di valutazione periodica da parte dell'ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione Università e Ricerca) dell'efficienza e dei risultati conseguiti nell'ambito della didattica e della ricerca dalle singole università e dalle loro articolazioni interne». Ebbene, una volta stabiliti questi due punti si dovrebbe lasciare la più ampia autonomia alle Università nell'articolazione dei loro statuti e nella programmazione dei loro progetti. Ma questa necessaria autonomia viene soffocata in più punti dal Disegno di Legge: risulta eccessivo il potere concesso ai Rettori; sminuite sono le funzioni del Senato accademico; esorbitante il potere concesso al Consiglio di amministrazione. Cosa, quest'ultima valutata molto positivamente da Gianfelice Rocca, Vice-Presidente di Confindustria per l'Education sul «Corriere della Sera» del 24 marzo. Undici è il numero massimo dei membri del C.d.a. Nel Disegno di Legge si parla, tra l'altro, della «non appartenenza di almeno il quaranta per cento dei consiglieri ai ruoli dell'Ateneo». Chi nomina o sceglie, e con quali criteri, questi consiglieri esterni? Interrogativo davvero nevralgico, soprattutto se si tiene

conto che al C.d.a. sono attribuite anche «funzioni di indirizzo strategico» e la competenza «a deliberare l'attivazione e la soppressione di corsi e sedi». Se su questi punti non si procederà con la massima chiarezza è possibile che, per il pretesto di maggiore efficienza e snellezza nelle procedure decisionali, rilevanti pezzi della nostra Università cadano sotto la mannaia di astuti interessati o di presuntuosi incompetenti. Insomma: consigli saggi e proposte intelligenti possono venire da ovunque ma chi è deputato a prendere decisioni deve sopportarne la responsabilità. Se un'Università o delle Facoltà non raggiungono i loro scopi, vale a dire «falliscono» (con grave danno degli studenti), come saranno sanzionati i consiglieri di Amministrazione? E supponiamo che

industriali, imprenditori e bancari cerchino di affollare, nei loro interessi ma anche per ideali più nobili ed alti, i C.d.a. delle nostre Università, dico a Gianfelice Rocca che in ciò non ci sarebbe nulla di male ma solo a patto che costoro apportino all'Università quote di denaro corrispondenti al peso che loro hanno nel C.d.a.. Potere di decisione senza responsabilità è un tratto caratteristico del più irresponsabile statalismo e non una proposta liberale. Cosa ne pensa Rocca? E poi c'è anche il guaio che di mecenati da noi non se ne vedono. Rocca ne conosce qualcuno? Per queste ragioni è singolare — sconcertante, per essere chiari — che, in una lettera del 12 gennaio di quest'anno al ministro Gelmini il Governatore della Banca D'Italia Mario Draghi abbia manifestato l'opportunità che «la maggioranza dei membri del C.d.a. non provenisse dai ruoli dell'Ateneo, elevando l'attuale soglia minima del quaranta per cento». La nostra Università — con tutti i suoi difetti e problemi, essendo sottoposta da anni ad una fiamma ossidrica di riforme e controriforme — resta il cuore pulsante della Nazione e non deve essere svenduta. E vale oggi come ieri l'ammonimento di Goethe: «Nulla è più funesto dell'ignoranza attiva». È degna del



più ampio consenso la preoccupazione relativa alla formazione dei nostri giovani in vista del loro ingresso nel mondo del lavoro. Ma c'è da sperare che in questa preoccupazione non si nasconda il pericolo di una supervalutazione della ricerca «applicata» (con lo storno della maggior parte delle risorse in questa direzione), l'abbandono al loro destino delle Facoltà

umanistiche (presidio tra l'altro della coscienza critica della nostra tradizione) e la messa in secondo ordine della ricerca di base in ogni ambito scientifico. Per dirla con John Dewey, «non ci si guadagna molto a tenere il proprio pensiero legato al palo dell'uso con una catena troppo corta».

Per concludere, due inevitabili interrogativi. Se, pur con difetti eliminabili tramite opportune misure, la *tenure track* dovrà valere per i ricercatori a tempo determinato in attività nel nuovo regime, perché dunque — tenendo anche conto che nel giro di dieci anni andranno in pensione circa 30mila docenti di ruoli — non applicare la stessa misura agli attuali 26mila ricercatori, malpagati e con carriere bloccate, ma senza il cui contributo nella ricerca e nella didattica l'Università Italiana dovrebbe chiudere i battenti? E perché non venire incontro a decine di migliaia di studenti fuori sede (e alle loro famiglie) con un serio programma pluriennale di edilizia per studenti universitari, come è stato fatto in Francia, in Spagna e soprattutto in Germania? Il nostro sistema universitario dispone di 36mila posti letto. Ne servono 200mila. È inutile dire che l'impossibilità per tanti giovani di scegliere sedi più prestigiose e di spostarsi da un'Università ad un'altra equivale a un blocco della competitività esercitata dal basso, all'interno del sistema universitario. Si costruisca, certo, il ponte sullo Stretto di Messina, ma al tempo delle vacche grasse. Ora premono altre urgenze.

Sanofi in Puglia, un farmaco per l'Europa

Il gruppo stanziava 26 milioni per ampliare l'impianto di Brindisi e trasferirvi dalla Francia la produzione dell'antibiotico Spiramicina per tutto il mercato continentale. Un'operazione simile appena completata a Varese dove si concentrerà la fabbricazione di Enterogermina

ILARIA FUSCO

Brindisi

La francese Sanofi-aventis, leader europeo nel farmaceutico, scommette sull'Italia e destina 26 milioni al potenziamento dello stabilimento di Brindisi. L'obiettivo è avviare nell'impianto, spostandola dalla Francia, la produzione dell'antibiotico Spiramicina. Il gruppo, quotato alle borse di Parigi e New York, con 72 stabilimenti in Europa, Stati Uniti, Brasile, Russia, India e Cina, conta già in Italia su 1.400 dipendenti negli stabilimenti di produzione di farmaci e trattamento delle materie prime, con sede ad Origgio (Varese), Gressio (Cuneo), Anagni (Frosinone), Scoppito (L'Aquila) e Brindisi. Il potenziamento di quest'ultimo impianto comporterà l'aumento del fatturato della sede pugliese del 30% e un incremento dell'occupazione del 10%.

Il sito produttivo nel 2009 ha fatturato 50,5 milioni di cui 43,4 provenienti dalle vendite in Italia. I principi attivi prodotti a Brindisi "pesano" 113,5 tonnellate. Oggi sono 184 i dipendenti che lavorano nel sito e aumenteranno di almeno una ventina con il nuovo investimento. «La produzione di Spiramicina prevista è di 120 tonnellate l'anno, con una cifra d'affari di circa 70 milioni», commenta Daniel Lapeyre, amministratore delegato di Sanofi-aventis Italia. «Una multinazionale come la nostra avrebbe potuto spostare la produzione in un paese con manodopera a basso costo, ma noi siamo convinti della competitività italiana e lo dimostrano gli investimenti di oltre 120 milioni che ogni tre anni destiniamo alle unità produttive in Italia. Questa nuova produzione gioverà non solo alla città di Brindisi ma all'intero paese». Il gruppo fattura in Italia circa 1,5 miliardi, di cui 300 milioni in esportazioni, «e l'operazione porterà un incremento considerevole delle esportazioni sia verso l'Europa che verso gli Stati Uniti».

Tra i principali destinatari delle produzioni del sito pugliese, oltre ai mercati europei e statunitensi, troviamo il Giappone e molti Paesi in via di sviluppo, che, grazie al programma "Accesso ai Farmaci" acquistano medicinali a prezzo di costo. Al Sud-Africa, in particolare, ogni anno è destinata una consistente quantità di Ri-

fampicina, un antibiotico fondamentale per il trattamento della tubercolosi. La scelta del sito brindisino è motivata dal forte impegno in studio e realizzazione di farmaci antibiotici, che da anni rende questa sede un polo di eccellenza per la fermentazione di materie prime. Oltre alla già citata Rifampicina, lo stabilimento dà alla luce prodotti salvavita quali la Teicoplanina, il Deflazacort, e medicinali contro le "malattie dimenticate", come la tripanosomiasi (malattia del sonno), la lebbra e l'epilessia. Per la ricerca, nel sito ci sono cinque Laboratori Biotecnologici Multidisciplinari che studiano principi attivi e nuove molecole farmacologicamente attive. «Il nostro gruppo investe a livello mondiale 4,5 miliardi l'anno in R&S», continua Lapeyre. «Siamo tra i primi quattro investitori nel mondo in ricerca di base di molecole destinate alle esigenze dei pazienti non soddisfatti dalle attuali terapie». In Italia, dal 2005 ad oggi grazie ad una partnership con il ministero, 19 milioni sono stati investiti in programmi di ricerca, a cui se ne aggiungono altri 5 previsti per il prossimo biennio. L'azienda prevede per il prossimo triennio un piano di investimenti di circa 320 milioni per lo sviluppo scientifico ed industriale in Italia, che si aggiungono ai 200 milioni già stanziati nel periodo 2006-2009.

L'arrivo della Spiramicina in Italia è supportato dalla Regione Puglia, che ha disposto l'accesso ai finanziamenti previsti dai Contratti di Programma per la realizzazione dei nuovi impianti di produzione risarcendo circa il 20% dell'investimento: una collaborazione definita dagli interessati «vincente» visto il ruolo di Sanofi-aventis nel tessuto economico regionale, con un apporto tributario di 1,13 milioni nel 2009. L'interazione con le istituzioni regionali è finalizzata alla costituzione di un Distretto Tecnologico del Farmaco: una piattaforma di cui sono promotrici, insieme a Sanofi-aventis, altre industrie del territorio e Confindustria Puglia. «Per una multinazionale che fattura 29 miliardi l'anno, il contributo finanziario è importante ma non determinante», precisa Lapeyre. «Fondamentale è che il paese dove si opera adotti una giusta politica del farmaco: riconoscendo il valore degli impianti industriali, garantendo un sostenibile accesso all'innovazione delle aziende, preoccupandosi dell'accesso al mercato di farmaci di nuova

generazione». Già nel 2006 il gruppo aveva potenziato lo stabilimento lombardo di Origgio, in cui aveva accentrato la produzione di Enterogermina per tutti i mercati mondiali, con un investimento di 25,6 milioni di euro che ha portato la produzione a 250 milioni di fiale.

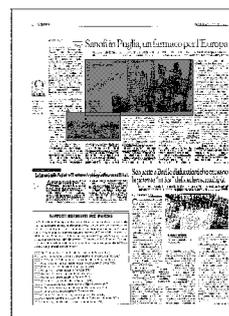
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nei laboratori della fabbrica sarà rafforzata la ricerca anche su alcuni farmaci "orfani"



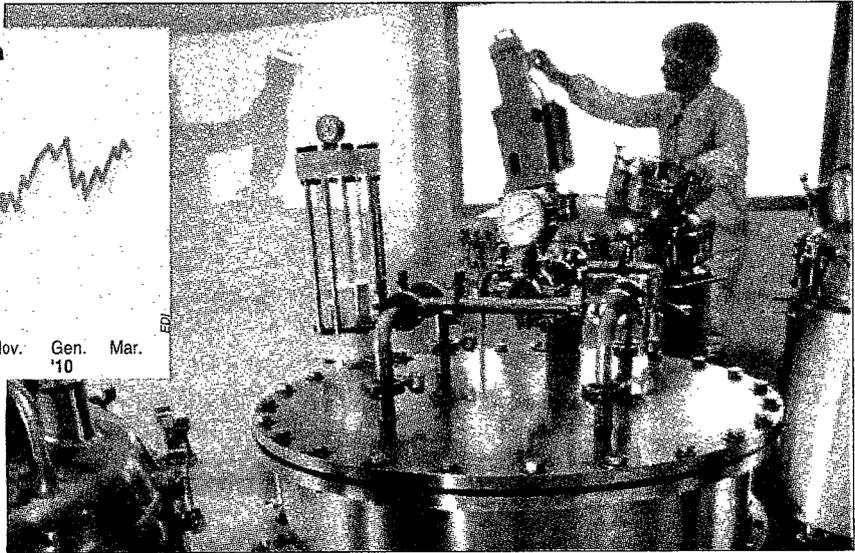
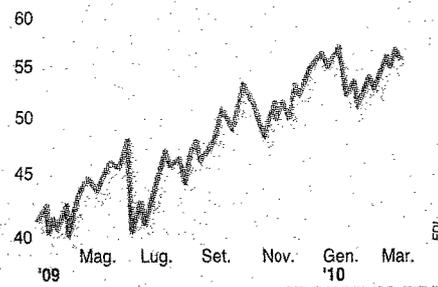
IL MANAGER

Daniel Lapeyre, numero uno di Sanofi-aventis Italia



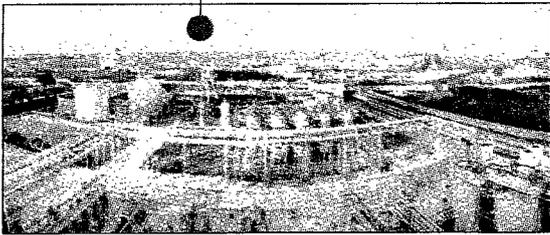
Sanofi-aventis in Borsa

Euro a Parigi



L'IMPIANTO

Qui sotto lo stabilimento di Brindisi che verrà ampliato



Scoperte a Bari le disfunzioni che causano la parente "ottica" della sclerosi multipla

Una ricerca congiunta fra tre facoltà, la Merck-Serono e l'ApuliaBiotech, una spin-off dell'ateneo, chiarisce il ruolo dell'Acquaporina nella neuromielite che causa la cecità

STEFANIA MARTANI

C'è chi promette di sconfiggere il cancro in una legislatura. E chi invece senza gettare fumo negli occhi crede davvero nella ricerca scientifica, vi investe risorse ed energie e lavora per offrire speranze il più possibile fondate. Un piccolo grande esempio viene dalla Puglia dove sono stati scoperti i segreti dell'Acquaporina-4, la proteina al centro del complesso meccanismo che scatena la neuromielite ottica, una delle patologie più invalidanti tra quelle che colpiscono la mielina (il rivestimento protettivo dei nervi), parente della sclerosi multipla e spesso confusa con questa. La ricerca, effettuata da un team di ricercatori delle facoltà di Scienze Biotecnologiche, Medicina e Farmacia dell'Università di Bari, con la collaborazione della Merck-Serono (specializzata nel trattamento della sclerosi multipla) e dell'ApuliaBiotech (una spin-off accademica nel campo delle biotecnologie) è stata resa possibile dai fondi per la ricerca scientifica della Regione Puglia, che ha partecipato con 790mila euro al milione e 130mila totali. La scoperta si è meritata la copertina del *Journal of Biological Chemistry*, e una serie di articoli da *Neuroscience* al *New England Journal of Medicine*. «La risonanza di queste scoperte dimostra quanto sia strategicamente valido l'investimento nella ricerca», afferma Loredana Capone, e assessore allo sviluppo della Regione Puglia. «Noi abbiamo destinato in cinque anni 1732 milioni alle imprese e al sistema scientifico pubblico per la ricerca e l'innovazione, per un totale di 53 progetti strategici, 112 progetti esplorativi, 148 proget-

ti di ricerca industriale, 19 reti di laboratori pubblici. Tutto questo ha reso possibile l'assunzione di 170 ricercatori».

La neuromielite ottica, o morbo di Devic, è una malattia rara di origine autoimmune, che colpisce il sistema nervoso centrale, in particolare la mielina che riveste il nervo ottico, e il midollo spinale. La neurite (ossia l'infiammazione) ottica che ne deriva è spesso bilaterale e può comportare cecità e accompagnarsi ad altri sintomi a causa dell'interessamento del midollo spinale, tra cui senso di debolezza o paralisi a gambe o braccia, perdita di sensibilità e disfunzioni della vescica e dell'intestino. Gli attacchi da neuromielite sono più gravi di quanto non accada nella sclerosi multipla. Il rischio maggiore è un grave danno al midollo spinale superiore che può condurre alla impossibilità di respirare, il che può essere fatale. L'Acquaporina-4 è tecnicamente una proteina che veicola l'acqua di cui hanno bisogno le cellule di supporto del sistema nervoso, e il suo ruolo nell'insorgenza del male era oscuro fino agli studi dell'Università pugliese. «Ora vogliamo approntare dei kit diagnostici ad alta sensibilità e specificità - spiega Maria Svelto, responsabile scientifico del Dipartimento di Fisiologia e coordinatrice del progetto - e individuare molecole di potenziale uso terapeutico in grado di interagire con l'Acquaporina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Lo studio
pubblicato su
una serie di
autorevoli riviste
scientifiche
internazionali**



Tumore alla prostata La Società di urologia oncologica prende posizione

Test del Psa: lo screening che non si deve fare

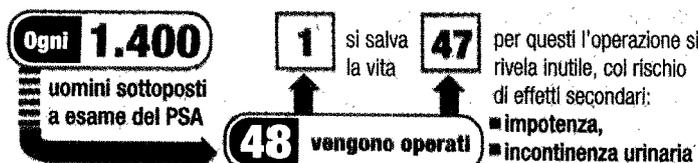
Esame solo per chi ha precedenti familiari o sintomi

LE CIFRE DEL PROBLEMA

Un PSA sospetto è indizio, non prova di tumore. E molti tumori alla prostata sono poco aggressivi, ci si può convivere



Gli interventi



Fonte: New England Journal of Medicine, marzo 2009

IRWIN ALIAS

Diagnosi precoce

Il test del Psa è utile per la diagnosi precoce in chi è a rischio

Secondo l'American Cancer Society «è 50 volte più probabile vedere la propria vita rovinata, piuttosto che salvata, dal test per il Psa (l'antigene prostatico specifico)». Tempi duri per il test del Psa, fino a qualche anno fa considerato uno strumento fondamentale per riconoscere il tumore più frequente negli uomini, dai 50 anni in poi: c'è chi ancora lo promuove per lo screening, come l'American Urological Association, ma i critici sembrano prevalere. E pochi giorni fa anche la Società italiana di urologia oncologica ha preso posizione, scrivendo a chiare lettere che a oggi non ci sono elementi per giustificare l'uso del test del Psa come screening di massa: agli ultracinquantenni non arriveranno cartoline d'invito a sottoporsi al prelievo di sangue necessario al test, perché i benefici non valgono i costi connessi allo screening.

In effetti, stando ai dati raccolti un anno fa su oltre 180.000 europei, occorre fare il test a 1400 persone e trattarne 48 per salvare una vita: significa che 47 uomini, anche relativamente giovani, possono ritrovarsi impotenti o incontinenti (oggi è sempre meno probabile, ma dopo una prostatectomia può succedere) ma

non sarebbero mai morti per quel tumore.

Succede perché molti tumori alla prostata sono "indolenti": crescono lentamente e sono poco aggressivi, di fatto ci si può convivere. E quanto più si fa presto il test del Psa, tanto più è probabile imbattersi in un cancro "al rallentatore": secondo le stime europee, accade nel 50-70 per cento dei casi.

«Con lo screening di massa è facile scoprire tumori che non hanno significato clinico — conferma Giuseppe Martorana, presidente della SIUrO e docente di urologia all'Università di Bologna —. Quindi il test del Psa non va fatto a tappeto, ma solo a chi ha parenti stretti che hanno avuto un tumore, perché la familiarità è l'unico fattore di rischio su cui c'è la certezza scientifica, e in chi ha sintomi urinari (frequenza, urgenza, risvegli notturni per andare in bagno, sangue nelle urine). Ricordando che un Psa sospetto è un indizio, ma non una prova della presenza del tumore: non è il caso di precipitarsi a fare la biopsia, meglio rivolgersi a un urologo che potrebbe consigliare di rifare il test e seguire le eventuali variazioni dei valori nel tempo. Se oscillano, quasi sempre si tratta di un'infezione; se sono stabili, sebbene alti, di solito non ci si deve preoccupare; se tendono a salire è meglio indagare, anche se non è detto che ci sia un tumore».

«Il Psa serve a fluidificare lo

sperma perché non cristallizzi; aumenta pure in caso di infiammazione o ipertrofia della prostata — aggiunge Giario Conti, primario di urologia al Sant'Anna di Como —. Non possiamo negare il test del Psa a chi lo chiede, ma è doveroso informare che c'è il rischio concreto di entrare in un tunnel di biopsie, esami e terapie che potrebbero essere pesanti e soprattutto eccessive».

Non bisogna però avere la tentazione di credere che il test sia inutile, basta usarlo nel modo giusto: «Dire no allo screening di massa non significa sminuire l'importanza della diagnosi precoce in chi è a rischio: in questi casi il test è assai valido, perché può far sorgere il sospetto ancor prima che un tumore sia visibile. L'importante, poi, è chiedersi se quel tumore è aggressivo — dice Martorana —. Il test del Psa, inoltre, serve moltissimo per seguire i pazienti dopo una diagnosi o una terapia (chirurgica, medica o radioterapica), anche se va interpretato a seconda del tipo di trattamento intrapreso».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chirurgia Studi in corso per arginare il ricorso eccessivo al bisturi, conseguenza delle tante diagnosi

Il cancro è sotto stretta sorveglianza

«Lei ha un tumore alla prostata, ma per ora non richiede alcuna terapia». Il medico che pronuncia questa frase non è pazzo, anzi. Fare del tumore alla prostata un "sorvegliato speciale", per non trattare chi non ne ha bisogno, è lo scopo degli specialisti: così intendono arginare l'eccesso di cure inappropriate, diretta conseguenza delle tante diagnosi di tumore alla prostata "benevolo", che non sarà mai la causa della morte del paziente.

Ora anche in Italia (dove per curare ogni malato di tumore alla prostata il Servizio sanitario spende oltre 5200 euro, quasi 2000 in più di Germania, Inghilterra e Spagna) muovono i primi passi i protocolli per la cosiddetta sorveglianza attiva, a oggi il mezzo migliore per evitare di sparare con un fucile a un moscerino. «Dal primo dicembre è partito il progetto Prias Italia (Prostate cancer Research International: Active Surveillance), "costola" dell'analogo progetto europeo di sorveglianza attiva a cui l'Istituto Tumori di Milano partecipa dal 2007 e che oggi conta 1500 pazienti sotto osservazione — spiega Riccardo Valdagni, direttore del Programma Prostata della struttura milanese e coordinatore del progetto Prias Italia assieme a Giario Conti del Sant'Anna di Como —. Abbiamo già arruolato 33 pazienti in 3 dei 10 centri italiani che hanno aderito al progetto, pazienti che si aggiungono ai circa 200 in sorveglianza attiva nel nostro Istituto, l'unico in Italia ad aver avviato un protocollo sperimentale già nel 2005».

Anche la SIURo ha dato il suo sostegno ai programmi di sorveglianza attiva, le cui prime esperienze in assoluto risalgono a dieci anni fa, quando, in Canada, si pensò di evitare radioterapia, brachiterapia o bisturi a chi aveva un tumore classificato a basso rischio se-

condo gli esami clinici (PSA, esplorazione rettale e biopsie), attuando una strategia di stretta vigilanza: PSA e visita ogni 3 e poi 6 mesi; biopsie dopo uno, due, quattro, sette e dieci anni. E appena qualcosa fa supporre che il tumore stia diventando aggressivo, si interviene.

Così, tanti guadagnano anni di miglior qualità della vita e tantissimi evitano del tutto cure di cui non hanno bisogno: «Stando ai dati degli studi che hanno seguito più a lungo i pazienti, due su tre possono restare in sorveglianza attiva — dice Valdagni —. Certo, è un approccio ancora sperimentale e si deve sempre offrire l'alternativa del trattamento».

«Ma se gli uomini vengono informati correttamente, molti optano per la sorveglianza attiva — prosegue Valdagni —. Qualcuno abbandona, perché non regge il carico psicologico di sapere d'essere malato (di recente è stato dimostrato che dopo una diagnosi di tumore alla prostata cresce la mortalità per suicidio e infarto), ma sono pochi (in Italia il 3%, l'1,6% è la media europea) e chi lascia lo fa di solito nel primo anno. Dopo, vedere che il tumore "dorme" sprona a proseguire. È opportuno provarci, se il cancro è piccolo e non aggressivo: in Svezia e altri Paesi europei circa il 40% dei pazienti con tumori a basso rischio va in sorveglianza attiva, da noi siamo attorno al 5%». In futuro forse non avremo più bisogno neanche della stretta sorveglianza. «Stiamo cercando di capire prima e meglio quali tumori meritano un trattamento — spiega Valdagni —. Attraverso i profili genetici, la proteomica, o nuovi biomarcatori potremo forse, fra qualche anno, sapere chi potrà convivere senza paura col tumore. Non a caso assieme a Prias è partito un progetto collaterale, il Procabio, per individuare nuovi marcatori della gravità del tumore».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rischio

Troppo latte non fa bene all'uomo

Il latte fa male alla prostata: una ricerca italiana uscita pochi giorni fa su *Prostate* conferma che chi beve molto latte raddoppia il rischio di sviluppare un tumore rispetto a chi ne beve non oltre 120 grammi (poco meno di una tazza). «La probabilità aumenta solo in chi consuma più di 410 gr di latte al giorno — spiega Sara Raimondi,

epidemiologa dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano che ha coordinato lo studio —. Il motivo non è chiaro: almeno in parte potrebbe dipendere dal calcio, che riduce l'effetto inibitorio che la vitamina D sembra avere sulle cellule tumorali. E forse conta anche l'interazione fra componenti del latte e altri alimenti della dieta».



L'intervento

Anche l'inventore si è pentito: «Un grande sbaglio»

di Giuseppe Remuzzi

«L'esame del Psa la vita non la salva quasi mai», Corriere Salute del 22 marzo 2009. E' quanto emergeva da due lavori pubblicati proprio in quei giorni sul *New England Journal of Medicine*. Ma gli urologi avevano idee diverse: «Si allo screening, perché con le tecniche di oggi si guarisce senza compromettere la qualità di vita: venire in ambulatorio per credere».

E' passato un anno preciso. L'associazione degli urologi europei ha cambiato posizione: «I dati pubblicati indicano che lo screening del cancro della prostata non si debba fare più, perché i danni superano i benefici». Gli urologi americani no, loro vorrebbero che tutti gli uomini con più di 40 anni continuassero a fare lo screening (là, ogni anno, il Psa lo fanno 30 milioni di persone). Chi ha ragione? «Screening per il cancro della prostata: la controversia continua», titola il *British Medical Journal* il 3 ottobre del 2009 nel pubblicare un'analisi di tutti i dati disponibili. L'articolo finisce così: «Noi la pensiamo come gli urologi europei: troppe diagnosi e troppa chirurgia fanno più male che bene». La gente è confusa.

Così, il 10 marzo scorso, il *New York Times* chiede a Richard Ablin, quello che ha scoperto il Psa. Ablin scrive: «Il "mio" Psa? Un disastro per la salute pubblica e per di più costosissimo». Quando i valori di Psa nel sangue superano i 4 nanogrammi per millilitro si fanno biopsie, poi chirurgia o radioterapia e comunque farmaci. E' sbagliato: l'80% degli uomini con un Psa tra 4 e 10 ha un aumento del volume della prostata che è di natura benigna. E non basta. Si può avere un cancro con un livello di Psa al di sotto dei 4 nanogrammi per millilitro. E ancora, un certo livello di Psa per quanto alto non ti dice se il tuo tumore è di quelli che ti uccidono — che è molto raro — o se è uno di quelli che crescono molto lentamente e non daranno mai problemi (che sono la maggior parte).

Interessi

Solo negli Usa, per il Psa, si spendono 3 miliardi di dollari all'anno

E chi ha una storia familiare di cancro della prostata? Lui sì che dovrebbe fare il Psa e ripeterlo ad intervalli regolari. Ma in America questo non succede quasi mai. Uno, un certo Joe — racconta Ablin — decide di fare lo screening, il Psa è sopra il 4, va dall'urologo e quello: «Joe, ho due notizie per te, una brutta e una bella. Quella brutta è che hai un cancro, quella bella che ti opero la settimana prossima, te lo porto via e guarisci». Ma è sbagliato essere così sbrigativi. Ablin ha passato 35 anni della sua vita a spiegare alla gente che lo screening è un terro al lotto e che per guarire una persona si fanno danni ad altre 47, che certe volte rimangono impotenti e non riescono più a trattenere l'urina. «La Food and Drug Administration non avrebbe mai dovuto approvare questo test, se la smettessero con questo screening si risparmierebbero miliardi di dollari e si eviterebbero a tanti uomini gli effetti negativi di una chirurgia debilitante».

Niente da fare. Gli interessi sono troppi. C'è chi guadagna col test — solo per il Psa negli Stati Uniti si spendono 3 miliardi di dollari —, chi con la chirurgia, chi con la radioterapia e chi con i farmaci, per non parlare poi degli interessi delle assicurazioni.

L'articolo di Richard Ablin — «*The great prostate mistake*», il grande sbaglio della prostata — è stato il più letto negli ultimi mesi, ed è quello per cui il *New York Times* ha ricevuto più lettere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricorrenze Nel 1810 usciva in Germania il trattato in cui Samuel Hahnemann enunciava il «principio di similitudine del farmaco»

Nata 2 secoli fa, ma manca ancora la prova

È oggi irrinunciabile che si arrivi a una dimostrazione convincente della sua efficacia

L'omeopatia compie duecento anni mentre a Firenze un congresso insiste nel chiedere che venga considerata non più «alternativa» ma «integrata», alleata con pari dignità della medicina ufficiale. E mentre in Inghilterra dopo la bocciatura da parte del Comitato su scienza e tecnologia della Camera dei Comuni, secondo il quale «sufficienti test hanno dimostrato la sua inefficacia», alla luce della crisi economica ci si comincia a chiedere se sia giusto continuare a garantirne la copertura da parte del Servizio sanitario nazionale.

Ma che cosa è rimasto di apprezzabile nella pratica omeopatica fondata due secoli fa da Samuel Hahnemann? Giriamo la domanda a Vittorio Sironi, docente di storia della medicina e della sanità all'Università Bicocca di Milano.

«A mio parere — risponde Sironi — si salvano due principi enunciati da Hahnemann, e cioè: che l'uomo deve essere considerato nella sua complessità, totalità e unicità psicofisica, per cui la terapia va indirizzata sul malato piuttosto che sulla malattia; che la terapia non deve essere standardizzata, ma adattata al malato come un vestito su misura. Sono principi certamente validi anche per la medicina ufficiale che, quando bene praticata, torna a essere, come in origine, "arte medica" con l'enorme vantaggio di utilizzare conquiste della scienza e della tecnica ieri inimmaginabili».

Certo è che oggi l'omeopatia non pretende più, come voleva Hahnemann, di sostituire totalmente la medicina ufficiale, di guarire malattie potenzialmente letali come il colera e la tubercolosi, i tumori maligni e le cardiopatie. Lo riconosce Edoardo Felisi dell'Università di Pavia, professore a contratto dei medicinali omeopatici all'interno del corso di laurea in farmacia. Spiega Felisi: «Si è affermato, e non da oggi, il criterio di prescrivere per curare patologie minori; nelle altre, anche le più gravi, cancro compreso, di somministrarli in associazione con i farmaci convenzionali per aumentarne l'efficacia, ridurne le

dosi e gli effetti collaterali avversi». Ma che ciò avvenga realmente, osservano gli studiosi indipendenti, è ancora da dimostrare. È risaputo che i medicinali omeopatici sono preparati con sostanze vegetali, animali o minerali che nulla hanno a che fare con la farmacologia tradizionale; e che queste sostanze vengono microdiluite al punto da essere presenti anche solo in tracce o addirittura assenti nel loro solvente pur mantenendo (asserisce l'omeopatia) la loro efficacia curativa.

Sta di fatto che questa medicina «dolce» continua ad avere grande successo presso tutte le classi sociali; e sempre più numerosi sono gli operatori sanitari che si convertono all'omeopatia per accoppiarla con la medicina ufficiale. È una tendenza incrementata dalle numerose testimonianze di coloro che affermano di essere guariti, o comunque di avere tratto benefici, in seguito ad una cura omeopatica. Ma il consenso popolare non può essere prova e garanzia di scientificità. Infatti non si sa quanti di questi successi siano dovuti, in realtà, a guarigione spontanea sempre possibile in molti dei mali minori di cui soffriamo o crediamo di soffrire; e all'effetto placebo ossia alla suggestione, realmente terapeutica, esercitata non solo dall'assunzione di farmaci veri o presunti, ma anche dalla presenza e dall'attenzione del medico verso il paziente, per cui si può ben dire che egli è il «primo placebo».

Le critiche all'omeopatia vertono sostanzialmente su tre punti: l'incompatibilità delle sue teorie e dei suoi procedimenti con le attuali conoscenze scientifiche; l'assenza di una spiegazione plausibile sul suo meccanismo d'azione; la mancanza di prove sperimentali univoche della sua efficacia terapeutica. Posto che si possano lasciar perdere i primi due punti, il terzo è irrinunciabile. Se fino a oggi non si è avuta una conferma o una smentita davvero convincente sulla validità dell'omeopatia, questo è dovuto in gran parte al fatto che i suoi medicinali non sono brevettabili e perciò le multinazionali del farma-

co non hanno alcun interesse a finanziare ricerche del genere. Ricerche che competono piuttosto alle stesse aziende produttrici dei rimedi omeopatici: è proprio a loro che spetta impegnarsi, e a fondo, nell'onere della prova.

Stando così le cose, si può concludere, con l'editoriale della rivista francese *Recherche*, che «l'omeopatia è un sostituto più che onorevole alle cure fondate sull'efficacia delle medicine convenzionali, almeno fino a quando non c'è nulla di serio».

Cesare Capone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

Il libro che creò una piccola rivoluzione

La nascita ufficiale dell'omeopatia risale al 1810 quando il medico tedesco Samuel Hahnemann (1755-1843), pubblica il trattato «Organon dell'arte di guarire» basato sul principio rivoluzionario che le malattie si devono curare non con i farmaci che ne contrastano i sintomi, come vuole la medicina tradizionale, ma con dosi estremamente basse di sostanze che ad alte dosi provocano nell'uomo sano gli stessi sintomi delle malattie da curare. «L'omeopatia — osserva Sironi — nasce come aperta reazione verso la medicina del tempo, molto povera di terapie efficaci, in un periodo storico e ideologico, di contestazione radicale verso il passato e il presente». La prima edizione italiana dell'«Organon» venne pubblicata a Napoli nel 1824. Da qui l'omeopatia si diffuse gradualmente in Italia suscitando polemiche non meno violente di quelle in atto ai giorni nostri.

C.C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sorveglianza Difficoltà economiche e ritardo legislativo

Tumori: mezza Italia è fuori registro

In crisi uno strumento chiave della sanità

Privacy

I problemi giuridici legati alla privacy stanno bloccando la raccolta di informazioni vitali

Quanti sono i nuovi casi di tumore ogni anno in Italia? L'incidenza aumenta o diminuisce? Come sono ripartiti i malati e i tipi di cancro nelle varie regioni? Per avere una risposta, da più di 30 anni, si consulta la banca-dati dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum). La stessa a cui attinge il Ministero della salute per mettere a punto i piani di prevenzione, organizzare gli screening per la diagnosi precoce, o programmare i servizi di diagnosi e cura. Sono statistiche fondamentali, puntualmente aggiornate, utilizzate anche dai ricercatori per condurre studi sulle cause dei tumori e alle quali si ricorre nei casi di emergenze ambientali o di popolazioni a rischio. Ma ora l'attività dei Registri rischia di fermarsi.

Il problema è che, pur lavorando con e per il Ministero e le Regioni, sottoscrivendo convenzioni e ricevendo finanziamenti, i Registri tumori soffrono dell'assenza di una legge nazionale che li istituisca formalmente e consenta loro di accedere ai dati individuali dei sistemi informativi sanitari (ricoveri ospedalieri, referti di anatomia patologica, archivi di mortalità, cartelle cliniche).

In Italia, infatti, i Registri tumori hanno generalmente avuto origine dalla spontanea motivazione scientifica di singoli clinici, patologi, epidemiologi e medici della sanità pubblica. I primi nascono a Varese e Parma nel 1976 (sebbene dal 1967 già esistesse un Registro tumori infantili del Piemonte), l'ultimo a Brescia nel 2009. Poi sono stati riconosciuti e accreditati sia in

ambito internazionale (dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) che nazionale. A oggi coprono il 33 % circa della popolazione italiana; il loro carattere volontaristico ha fatto sì che la loro distribuzione geografica non sia uniforme: a fronte di un'ottima presenza nel Centro-Nord, sono scarsi i centri di rilevazione dati al Sud.

Negli ultimi tempi, la mancanza della copertura giuridica ha progressivamente bloccato la raccolta delle informazioni e la possibilità di produrre statistiche e proseguire studi in corso. «Il fatto è che, nonostante l'uso ufficiale, i Registri non sono abilitati all'accesso alle informazioni sanitarie dei singoli pazienti» spiega il vicesegretario nazionale Airtum, Stefano Ferretti. Alla base di tutto ci sono infatti dati sensibili che riportano anche i nominativi dei malati, indispensabili per seguire gli spostamenti nelle migrazioni sanitarie senza falsare il numero di casi. Dati che possono essere usati, come da disposizioni sulla privacy (Codice in materia di protezione dei dati personali, Dlgs 196/2003) solo in presenza di un'apposita legge.

«Insomma — aggiunge Ferretti — i Registri dovrebbero essere riconosciuti giuridicamente e autorizzati ad accedere alle informazioni sensibili da una apposita legge, non potendo ricorrere al consenso informato di ciascun paziente. Una legge da tutti auspicata, ma che fino ad ora non è stata promulgata per ritardi e interruzioni del suo percorso parlamentare». Nulla infatti è stato fatto da quando, nell'agosto 2006, sono decadute le deroghe previste dalla legge sulla privacy, che avevano regolato fino a quel momento l'attività dei registri. «Lasciare che una proce-

dura delicata come la registrazione dei tumori di un intero Paese si basi su un passaggio di dati privo della necessaria copertura legislativa è insostenibile e i nodi sono venuti al pettine» denunciano dall'Airtum. Una situazione che sta già inesorabilmente mettendo in forse l'elaborazione delle statistiche in programma per la fine dell'anno.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA MAPPA DELLA SORVEGLIANZA

Nella cartina, le aree coperte dagli attuali registri tumori, che riguardano complessivamente circa un terzo della popolazione



Quote di popolazione coperte da Registri tumori



Esistono anche Registri specifici: quelli sui mesoteliomi che coprono quasi tutto il territorio nazionale; due sui tumori pediatrici (**Marche e Piemonte**); uno su quelli colorettali (**Modena**) e uno sul tumore al seno (**Palermo**), che fanno studi mirati di epidemiologia, producendo stime valide per l'intero territorio nazionale

Fonte: Associazione italiana registri tumori

IDMIMI AT I AC

Welfare regionale. Non c'è solo il deficit sanitario tra le urgenze del dopo-voto

Per gli anziani non autosufficienti si riparte dall'informazione alle famiglie

Davide Colombo

ROMA

■ Tra i nodi da affrontare subito, per i presidenti delle regioni che usciranno vincenti dalle elezioni, non c'è solo quello dei deficit sanitari cumulati (tranne la Lombardia tutte le altre chiamate al voto hanno i conti in rosso; si veda il Sole24Ore di lunedì). Tra le prime urgenze c'è anche quella dell'utilizzo di parte delle risorse disponibili per migliorare i servizi di assistenza alle persone non autosufficienti.

Non si tratta di una questione marginale. Basta guardare le ultime tavole demografiche dell'Istat per capire: gli over 65 in Italia sono 2.270.000 e di questi circa tre quarti ha almeno 80 anni. Questo popolo di «grandi vecchi», poco più di un milione e mezzo, è quello che assorbe i quattro quinti delle risorse messe in campo per questo tipo di assistenza continuativa (long term-care). Ed è un popolo in forte crescita: oggi rappresenta il 5,7% della popolazione ma diventerà il 6,7% nel 2015 e il 7,4% nel 2020. I cittadini non autosufficienti sono soprattutto anziani e dipendono in modo permanente da altre persone per svolgere una o più delle funzioni ricorrenti della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, utilizzare il gabinetto, spostarsi, controllare la continenza e alimentarsi.

Le regioni gestiscono la mag-

gior parte dei servizi esistenti e nell'ultima legislatura (come ricorda Cristiano Gori nelle sue risposte) è cresciuta la consapevolezza del problema. Ma non al punto tra trovare buona stampa come accade, tanto per fare un esempio, gli asili nido.

Il punto di ripartenza dei nuovi governatori sarà quello dei cosiddetti "Punti unici di accesso", vale a dire le strutture deputate a fornire tutte le in-

formazioni di cui una famiglia ha bisogno quando un suo caro improvvisamente ha bisogno di un'assistenza completa. L'offerta è piuttosto differenziata nelle varie regioni e comprende una varietà di servizi sociali e sanitarie e di prestazioni garantite con continuità a persone in condizioni di bisogno.

Oltre ai "Punti unici di accesso" dovranno poi arrivare anche le scelte di fondo sul peso da garantire all'assistenza in strutture residenziali piuttosto che in chiave domiciliare, che tipo di coordinamento potrà essere innescato con le amministrazioni comunali (almeno le più grandi) e che livello di scambio ingaggiare con lo stato che, a parte il "Fondo non autosufficienze" attivato qualche anno fa per integrare le risorse di regioni e comuni (è stato rifinanziato per 400 milioni nel 2010), su questa politica pubblica risponde da 30 anni in qua con un contributo cash uguale per tutti e attualmente pari a 480 euro. La prestazione, denominata "indennità di accompagnamento", viene finanziata con una spesa di circa 10 miliardi (lo 0,7% del Pil; lo 0,56% è destinato agli over 65) senza alcuna graduazione sul livello di reddito del destinatario, il suo livello di non autosufficienza o sul luogo (a casa o presso una residenza) dov'è assistito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I SERVIZI

Assistenza continuativa

- È costituita da vari servizi e trasferimenti monetari forniti con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza costante a causa della loro condizione di non autosufficienza
- Sono responsabilità delle regioni i principali servizi pubblici di assistenza continuativa: l'assistenza domiciliare integrata (adi), che prevede l'intervento - secondo i bisogni - di infermieri, operatori socio-sanitari, operatori sociali e fisioterapisti

I servizi residenziali

- Strutture che accolgono l'anziano anche di notte e sono variamente denominate: residenze sanitario-assistenziali (RSA), residenze socio-sanitarie e residenze assistenziali.



Guarire **Insieme**

di **Edoardo Stucchi**

Una stanza adatta alla «pelle di farfalla»

La pelle è leggera e delicata come ali di farfalla, tanto fragile, nei bambini e negli adulti colpiti da epidermolite bollosa, che ad ogni piccolo trauma si riempie di bolle ed escoriazioni. In Italia sono 1.100 le persone che soffrono di questa malattia e per fortuna soltanto un centinaio, perlopiù bambini, presentano la forma più grave e più a rischio, che richiede frequenti ricoveri in ospedali, sia per il monitoraggio della cura, sia per situazioni critiche riguardanti organi interni, infezioni generalizzate, cateterismi e anemie. Dalla forma più semplice a quelle più complesse, la patologia incide pesantemente sulla qualità della vita di questi malati che sono costretti a chiedere aiuto anche per le più banali azioni quotidiane, come premere un pulsante per accendere la luce o il televisore. Per questi pazienti fino ad oggi anche il ricovero era un ambiente a rischio. Ora gli specialisti dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù, punto di riferimento nazionale per questa malattia, supportati dall'Associazione Debra Italia, hanno ideato una stanza speciale, con caratteristiche tecnologiche uniche al mondo per dare ai piccoli pazienti il massimo dell'autonomia durante i periodi di degenza. La stanza è corredata di interruttori con fotocellula per il movimento delle porte, per la luce, per l'acqua, per la distribuzione di carta; ci sono poi una vasca da bagno con sportello, una culla neonatale, un letto con materasso antidecubito, lenzuola in microfibra di seta per consentire al malato di muoversi liberamente e in sicurezza.

La stanza «protettiva» può essere utilizzata da uno o due persone, a rotazione. «Per i casi più gravi — spiega la dottoressa Maia El Hachen, responsabile della divisione di dermatologia dell'ospedale — occorrono 2 o 3 ricoveri all'anno, ma almeno una volta all'anno tutti i 111 bambini e adolescenti che abbiamo in cura passano in ospedale. Spesso si tratta di interventi di routine, ma la malattia, che interessa soprattutto la pelle, può coinvolgere organi interni, con disfunzioni anche gravi».

L'impegno dell'ospedale non si limita al miglioramento del ricovero. Sono in corso, infatti, anche programmi di ricerca: in collaborazione con l'Istituto dermatologico dell'Immacolata di Roma per cercare di identificare la mutazione genetica e poter avviare così una diagnosi prenatale; e con il Centro di medicina rigenerativa dell'Università di Modena e Reggio Emilia per ricerche mirate alla terapia genica. Stimolo per queste iniziative sono venute proprio dall'Associazione, che compie vent'anni.

L'Associazione

Debra Italia, via Pietro Mascagni 152, 00199 Roma
Sito internet: www.debraitaliaonlus.org



Farmaci

Un nuovo biologico che facilita la cura

Grazie a un nuovo farmaco biologico, un anticorpo monoclonale che blocca in modo specifico due molecole importanti per lo sviluppo della malattia, la psoriasi può essere tenuta sotto controllo con 4 sole iniezioni all'anno. Per la maggior parte delle persone affette da questa malattia della pelle sono sufficienti terapie locali a base di creme e unguenti. Ma non tutti sono così fortunati: «Il 10% circa ha bisogno di una terapia per via generale e a, sua volta, il 10% di questi malati deve ricorrere ai farmaci biologici» spiega Giampiero Girolomoni, direttore della Clinica dermatologica dell'Università di Verona. Si tratta dei pazienti con le forme più gravi, in cui può essere presente anche una severa artrite. Il nuovo farmaco è stato approvato, in Italia, ad uso ospedaliero (a carico del Servizio sanitario, presso i Centri di riferimento della rete *Psocare*) per il trattamento della psoriasi a placche

In ospedale

Il nuovo anticorpo monoclonale, dispensato in ospedale, agisce con 4 sole iniezioni all'anno

moderata-severa in pazienti che non hanno risposto alle terapie sistemiche normalmente utilizzate, o che presentano controindicazioni al loro utilizzo; viene ad affiancare (anche come costo per ciclo annuale di

cura, circa 12 mila euro) gli altri farmaci biologici già impiegati per la malattia. «Il farmaco (Ustekinumab) si differenzia dai precedenti perché ha un nuovo bersaglio molecolare; — precisa il dermatologo — va a bloccare due citochine (molecole che servono per la trasmissione delle informazioni fra cellule del sistema immunitario, ndr) che svolgono un ruolo importante nella regolazione della risposta immunitaria e che sono coinvolte nei meccanismi infiammatori della malattia». In uno studio di confronto con uno dei farmaci biologici attualmente più usati ha permesso di ottenere una percentuale di risposta nettamente superiore dopo 12 sole settimane di terapia.

Franco Marchetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le strutture cattoliche. I conti in rosso e le elezioni

La Chiesa e la galassia dei 43 ospedali laziali

Roberto Turno

«C'è "l'ospedale dei papi" con tanto di Università, il binomio Gemelli-Cattolica. Il più giovane Campus biomedico dell'Opus Dei. Il pediatrico "Bambin Gesù" alle pendici del Gianicolo. E la galassia di 43 strutture tra ospedali «classificati», istituti di ricovero e ricerca, centri di riabilitazione, case di cura, residenze per anziani. La corazzata di ospedali e affini sotto l'egida più o meno esplicita del Vaticano, è una potenza nella sanità laziale, con prima vocazione nella capitale. Spesso con importanti risultati di salute e solidarietà. E storicamente in qualche modo di indirizzo politico locale. Una corazzata che ora deve fare i conti con la dura realtà dei bilanci in rosso della sanità laziale. A Roma, capitale dei deficit sanitari, gli ospedali della Chiesa se la passano male.

Le male lingue hanno fatto uno più uno: Marrazzo e chi gli è subentrato hanno tolto ossigeno, ecco anche perché il Vaticano sotto elezioni spara a zero contro gli abortisti, il centrosinistra e la nemica giurata Emma Bonino. Equazione azzardata. Ma tant'è. I numeri parlano di uno scoperto della sanità religiosa verso la regione di centinaia di milioni di euro. Con tagli a posti letto e terribili tetti di spesa, imposti sotto la scure del governo e del piano di rientro dal debito. Salvo cercare vie d'uscita e mediazioni, col centrodestra che intanto cavalca la tigre della sanità religiosa in ginocchio.

Ma tant'è. A mettere le cose in chiaro, fino ad acquistare una pagina dei quotidiani, è stato il pacchetto di mischia dell'Arīs, «Associazione religiosa istituti socio-sanitari» di strutture no-profit gestite da congregazioni e ordini religiosi. Cattolicissime fin dal nome: «San Giovanni Calibita Fatebenefratelli» sull'isola Tiberina, il prestigioso «Santa Lucia» di riabilitazione, «Istituto dermatologico dell'Immacolata»

(Idi), «Cristo Re», «Regina Apostolorum ad Albano». A citarne uno si fa torto a troppi.

È un'armata di 10 ospedali classificati e Irccs, 17 centri di riabilitazione, 11 case di cura, 5 residenze per anziani ed ex istituti psichiatrici. Strutture assimilate a quelle pubbliche. Per dire: 2.500 posti letto, 13 mila pazienti dimessi nel 2008, 2 mila dipendenti tra medici, infermieri e amministrativi. Una fetta consistente dell'offerta e della spesa sanitaria laziale. Che si somma a quella del «Gemelli» con i suoi 1.900 posti letto e 3.400 dipendenti, che ha crediti per 600 milioni. Un patrimonio dell'offerta sanitaria pubblica laziale, quelle dell'Arīs, che vale prestazioni per alcune centinaia di milioni l'anno. Anche troppe e a lungo troppo generose nel segno di «Roma città del papa», è stato contestato. Intanto gli abbattimenti tariffari, i «tetti» sui volumi di attività, i rimborsi in ritardo e col contagocce, hanno fatto saltare il tappo della crisi: la «remunerazione regionale è assolutamente insufficiente a coprire le spese», denuncia l'Arīs.

L'indebitamento con le banche cresce e «senza cambiamenti gli ospedali religiosi saranno costretti a sospendere o ridimensionare drasticamente alcune attività fin qui svolte per conto del servizio sanitario regionale». Col risultato che «i cittadini potrebbero trovarsi un giorno non lontano a vedersi negate le prestazioni fin qui erogate in convenzione, con gravi conseguenze e disagi». E tagli al personale. Questa la denuncia corale di «San Giovanni», «Madre Giuseppina Vannini», «Cristo Re», «Regina Apostolorum». Ma non solo. Intanto però sul versante sindacale il rinnovo del contratto del personale laziale: all'Idi, in cattive acque finanziarie per vicende societarie, il 10 si sciopera: un evento. Per dire che c'è maretta anche dentro le strutture. Ma ora si vota, si vedrà poi cosa accadrà e, chi vince, a che santo si voterà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

