

SALUTE**TUMORI / LA NUOVA FRONTIERA**

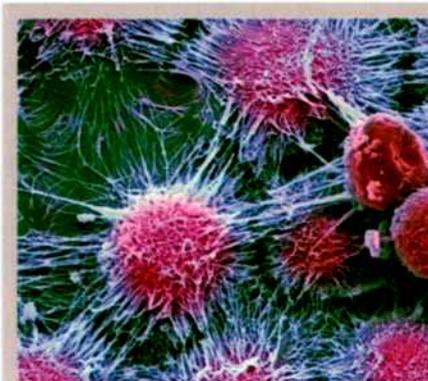
Scacco al CANCRO

È possibile, dice il grande oncologo. In quattro mosse. Con diagnosi precoci. Radioterapie e chirurgie hi-tech. Farmaci molecolari. E la guerra alle staminali responsabili della proliferazione

COLLOQUIO CON UMBERTO VERONESI DI DANIELA MINERVA

Nel 1970 circa una donna malata di tumore del seno su tre poteva guarire, oggi, in certe condizioni, può farcela il 93 per cento. E ce la fa al punto da poter tornare al lavoro dopo pochi mesi, da poter pensare a un figlio dopo una terapia e addirittura da poter portare a termine una gravidanza mentre si cura. Nel 1980 un cinquantenne che si ammalava di cancro del colon aveva 32 probabilità su cento di sopravvivere, oggi ne ha più del 50 per cento, quante quelle di tornare alla vita produttiva fino a vedere i figli diventare grandi e avere figli a loro volta. E questi sono i cosiddetti big killer, ovvero i tumori che colpiscono milioni di persone nel mondo ogni anno. Ma notizie analoghe ci sono anche per chi si ammala di un tumore più raro: quello al testicolo, ad esempio, fino a vent'anni fa era un killer e bene che andasse condannava i giovani

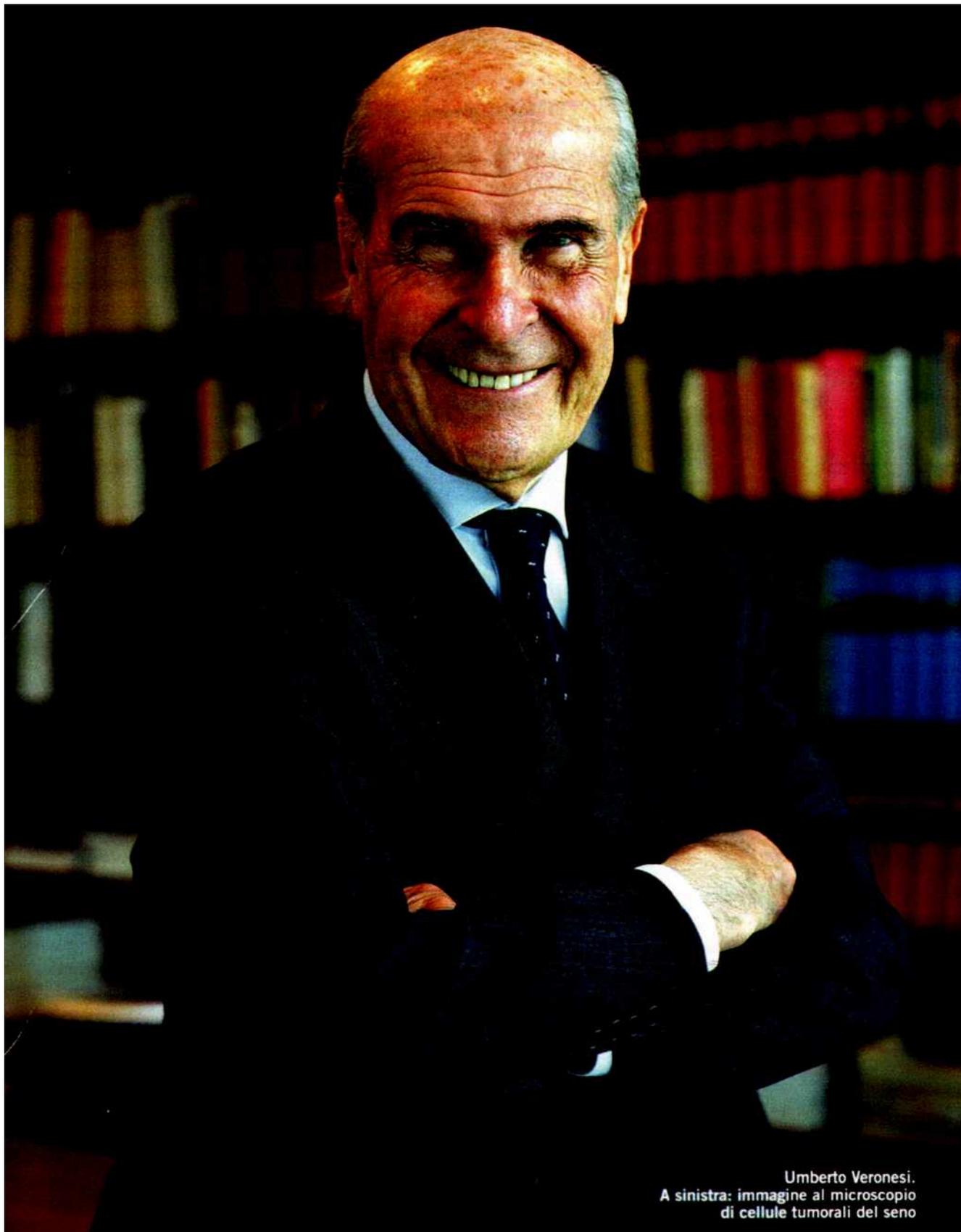
colpiti alla sterilità, oggi no; come la leucemia mieloide cronica che da qualche anno si combatte con una pillola efficace in oltre il 90 per cento dei casi. Sono stati 40 anni eccezionali, con le notizie di nuove cure e successi terapeutici che si sono succedute incessantemente trasformando il profilo stesso della malattia. Era il male incurabile, oggi è una malattia dalla quale si può guarire e con la quale si può convivere per anni. E non anni di invalidità, ma di vita del tutto normale, di traguardi da porsi, di incontri e progetti possibili. Eppure, quella della guerra al cancro non è una storia a lieto fine. Perché la metà delle diagnosi ha ancora un esito infausto. E allora: cosa resta da fare per imbrigliare i tumori come si è fatto con molti dei killer del secolo scorso, dall'infarto all'ictus alle malattie infettive? Lo abbiamo chiesto a Umberto Veronesi, il decano e il più celebre degli oncologi italiani, alla vigilia della Giornata dell'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro).

**FONDI ALLA RICERCA**

La giornata della ricerca dell'Associazione Italiana per la ricerca sul cancro (Airc) è in realtà un'agenda fitta di iniziative che culmina il 5 novembre con la cerimonia al Quirinale alla presenza del presidente della Repubblica e il 6 con 21 Incontri con la ricerca in altrettante città. Per donare si può chiamare da tutti i gestori di telefoni cellulari (2 euro) e fissi (5 euro) il numero 45508, oppure versare ai bancomat Unicredit o andare nelle ricevitorie Sisal.
Info: www.airc.it

Quali sono le mosse per dare scacco al cancro?

«Ci sono quattro strade da battere. Possibili oggi perché ci sono state tre grandi rivoluzioni: la rivoluzione del Dna che ci ha permesso di comprendere le ragioni biologiche del tumore, la rivoluzione delle immagini che consente di diagnosticare tumori estremamente ▶



Umberto Veronesi.
A sinistra: immagine al microscopio
di cellule tumorali del seno

SALUTE

Diagnostichiamo lesioni piccolissime. Per il seno possiamo salvare il 90 per cento delle donne

piccoli, e poi c'è la rivoluzione terapeutica, fatta di chirurgia conservativa, nuove radioterapie e farmaci, che ha cambiato drasticamente le possibilità di guarigione».

Parliamo di nuove terapie: cosa ci possiamo aspettare?

«Oggi conosciamo cosa porta la cellula a diventare tumore, dove è stata danneggiata e quali mutazioni genetiche sono coinvolte. Così possiamo costruire delle molecole che si dirigono proprio sui bersagli molecolari responsabili della proliferazione neoplastica. Farmaci mirati dai quali ci aspettiamo moltissimo».

Ma che sono a oggi per lo più solo una promessa. Sono dieci anni che se ne parla.

«È un processo lento. Oggi dieci anni sembrano lunghissimi. Ma se pensiamo che la storia del cancro ha 3 mila anni, possiamo ben apprezzare che un decennio è un attimo. La questione è che ci sono moltissimi tipi di cancro, diversissimi tra loro, indotti da cause estremamente diverse, dall'inquinamento al fumo di sigaretta all'alimentazione. È un

mondo complicatissimo, e dobbiamo ragionare per fasi».

Qual è la prima fase?

«La diagnosi precoce: l'hi-tech ci permette di vedere lesioni piccolissime e intervenire subito con ciò garantendo percentuali di sopravvivenza molto alte. Io sto per pubblicare un lavoro su 1.200 donne operate per un tumore del seno, scoperto solo con gli strumenti diagnostici: era così piccolo da risultare impercettibile alla palpazione, ma è stato rivelato con ecografia, mammografia e risonanza. Abbiamo seguito per dieci anni queste donne operate e abbiamo riscontrato che il 99 per cento di loro è

guarita. In base a questi dati stiamo avviando un progetto in Lombardia che abbiamo provocatoriamente chiamato "Mortalità zero" per vedere su 20 mila donne cosa succede se le si mette in grado di fare l'ecografia due volte l'anno, la mammografia una volta l'anno e la risonanza quando è necessario».

Per scovare tumori molto piccoli si devono testare milioni di persone apparentemente sane che devono sottoporsi a indagini spesso invasive come è la stessa mammografia e come ancor più è la colonscopia. Molti obiettano che avviare ampie fasce di popolazione alla diagnosi precoce ha costi altissimi e genera inutili ansie in molte persone sane.

«È vero. La diagnostica per immagini ha costi significativi e spesso è fastidiosa per chi ci si sottopone. Ma c'è la strada dei marcatori che possono limitare la popolazione da sottoporre a esami più complessi e costosi. Prendiamo l'esempio del Psa il cui innalzamento è indice di possibile tumore della prostata: è un semplice esame del sangue e costa molto





LE FOTO DI QUESTE PAGINE

Le immagini, scattate a Vaucluse, raccontano la preparazione di Lance Armstrong al Tour de France 2009. L'atleta è uno dei simboli della guerra al cancro: sopravvissuto a un tumore ai testicoli metastatizzato al cervello e ai polmoni

Compromesso nucleare

È senatore del Partito democratico, il professore. Ed è, per gli italiani il simbolo della guerra al cancro. La sua nomina alla presidenza dell'Agenzia per la sicurezza nucleare da parte del governo Berlusconi, quindi, è un doppio boom: spacca il Pd tra chi è favorevole e chi contrario, come i senatori Roberto Della Seta e Francesco Ferrante che gli chiedono di scegliere tra il Senato e l'Agenzia. Ma anche disorienta l'opinione pubblica per lo più convinta che le centrali sul nostro territorio ci esponano a fuoriuscite di radiazioni e cattiva gestione delle scorie con la conseguente esposizione a elementi cancerogeni. Su questo, però, Veronesi è lapidario: «L'idea che il nucleare possa aumentare il rischio-cancro è infondata: non c'è combustione, non ci sono emissioni, non c'è diffusione di cancerogeni. L'unico rischio per la salute può derivare dal rischio di incidente agli impianti, un evento oggi assolutamente improbabile». Insomma, secondo l'oncologo possiamo stare tranquilli. Non solo, aggiunge: «L'energia nucleare ridurrà il rischio di tumore perché riduce i cancerogeni prodotti dalla combustione del petrolio». Eppure la sua nomina desta molte perplessità: se di nucleare ci si deve occupare, si obietta da più parti, perché deve farlo un medico? Non sarebbe meglio un tecnico di sicurezza delle centrali? Anche su questo, però, Veronesi è tranquillissimo: «Ho dato la mia disponibilità all'incarico perché questa agenzia si occupa della sicurezza dunque della tutela della salute della popolazione, un obiettivo a cui ho dedicato tutta una vita di ricerca». Dunque, le polemiche non scalfiscono il professore che va per la sua strada. Tanto che commenta così la buriana politica: «Quando mi è stato chiesto di dare la mia disponibilità alla nomina, una delle prime riflessioni è stata di dimettermi spontaneamente dal Senato. Se tutto viene confermato lo farò. Capisco le obiezioni dei colleghi del Pd che ne fanno una questione partitica. Ma io non sono iscritto a nessun partito e per me è una questione scientifica. Io credo che il nucleare sia un bene per il Paese e per il mondo. Ho un unico rammarico: che parte del Pd non abbia considerato abbastanza che questa Agenzia si occupa di sicurezza dunque di protezione della salute della popolazione».



Le donne che ha curato, ma anche quelle che ha amato e che ha incontrato in politica. Veronesi le racconta in un libro, uscito nei giorni scorsi da Einaudi. In cui spiega perché un mondo retto dalle donne sarebbe un mondo migliore

poco, rivela la possibilità che ci sia un tumore e identifica così chi deve fare accertamenti ulteriori, più invasivi e costosi. Il mio cruccio è che non si è fatto abbastanza per scoprire marcatori utili a scovare altri tumori».

Come mai?

«Mettere a punto un marcatore identificabile con un semplice esame del sangue non è di grande interesse economico, e nessuno ci lavora. Non abbiamo, ad esempio, marcatori adeguati per il tumore al seno».

Al tumore del seno lei ha dedicato tutta la sua vita. E racconta il rapporto con le donne che ha curato (ma non solo) nel suo nuovo libro "Dell'amore e del dolore delle donne".
«Trent'anni fa quattro donne su dieci non ce la facevano. Oggi possiamo pensare alla mortalità zero. La quasi totalità delle ammalate conserva il seno, grazie alle nuove chirurgie. E può tornare ad avere figli dopo le terapie: un altro tabù che abbiamo sconfitto. Una volta si di-

ceva che mai e poi mai una donna che aveva avuto un cancro del seno doveva rischiare di restare incinta. Oggi, invece, sappiamo che è del tutto sicuro di farlo. Non solo: poiché le donne fanno i figli sempre più tardi, ci capita di dover operare signore in gravidanza; e lo facciamo salvando la madre e il bambino».

Il seno è una storia di successi, non così per altri cancri. Torniamo alle cose da fare.

«Siamo tutti convinti che la via del Dna sia quella giusta, ma è molto lunga: ogni piccolo passo in questa direzione porta via cinque o dieci anni. Ma ci sono altri aspetti che si devono considerare: è probabile che il 25 per cento dei tumori sia di origine virale. Oggi, ad esempio, sappiamo che il virus del papilloma è causa dei tumori della cervice uterina e abbiamo un vaccino per prevenirlo. Così come sappiamo che il virus dell'epatite è coinvolto nella genesi del tumore del fegato, e quello di Epstein-Barr causa un tipo di linfoma. E molti altri sono oggetto di indagine».

Il vaccino contro il papilloma è una misura concreta di prevenzione. Per il resto, è l'accusa di molti, non si sono fatti passi avanti per giocare d'anticipo e prevenire la malattia.

«Siamo davanti a una malattia dovuta a un numero di fattori così vasto che è difficile da pensare che possa essere sconfitta. Perché è impossibile liberare il mondo dagli inquinanti, lì si può limitare, regolamentare, ma è lo stesso progresso industriale e sociale a riempirci la vita di sostanze che sono corresponsabili della crescita costante dei casi di cancro».

Eppure lei qualche anno fa ci disse che il suo sogno è un mondo senza cancro. Non è più così ottimista?

«Quello è il nostro sogno, ma già oggi con la diagnosi precoce possiamo guarire la metà delle persone. E cominciamo a vedere la luce anche su fronti complessi come il tumore del polmone che è molto difficile da curare (anche se teoricamente sarebbe facile da sconfiggere: basterebbe buttare via le sigarette). Sono ►



SALUTE



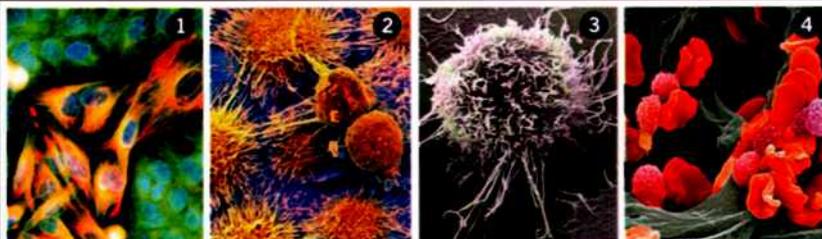
Ci sono cellule resistenti alle terapie che alimentano il cancro. Le abbiamo scoperte. Ora si tratta di eliminarle

state scoperte delle anomalie cromosomiche caratteristiche di questo cancro ed è stato descritto il danno genetico dovuto all'azione di alcuni composti chimici come l'amianto, e quindi io penso che sarà possibile trovare delle terapie specifiche anche in tempi brevi. Grazie alla grande rivoluzione del Dna. Che ci permetterà di sviluppare farmaci nuovi da affiancare ad altri sviluppi inimmaginabili 50 anni fa. Bisogna quindi concentrare gli sforzi sulla ricerca. E bisogna capire che i finanziamenti che oggi sono a disposizione della ricerca e della cura del cancro sono assolutamente insufficienti. Investiamo 100 milioni l'anno, mentre questo governo vuole comprare i superfighter che costano 100 milioni l'uno. Ognuno di questi mostri costa quanto tutti i nostri sforzi contro il cancro».

La diagnosi precoce, le nuove chirurgie e le nuove radioterapie e la biologia molecolare. La quarta mossa per dare scacco al cancro?

«Ci vorranno anni e anni per scoprire qualcosa, ma è certamente l'orizzonte scientificamente più affascinante. Tutti abbiamo fatto un salto sulla sedia quando abbiamo scoperto che la crescita tumorale è sostenuta da un piccolo gruppo di cellule staminali. Che alimentano la proliferazione. Se potessimo eliminarle avremmo risolto il problema del cancro. Il fatto è che queste staminali sono chemioresistenti e radioresistenti, e questo spiega molti dei nostri insuccessi. Queste staminali sono state osservate, fotografate dopo averle colorate. Le vediamo in azione ma non ne sappiamo ancora granché: bisogna scoprire quante e quali cellule staminali ha un tumore, bisogna scoprire il marcatore che le caratterizza o comunque come scovarle, e poi bisogna capire come colpirle. Insomma, è un orizzonte di grande fascino. Ma ancora lontano». ■

Foto: E. Krenz - Corbis



QUATTRO BUONE NOTIZIE

1. Melanoma Può essere curato efficacemente, a patto di coglierlo in tempo. Per questo bisogna osservare periodicamente i propri nei, verificando le variazioni. Inoltre, soprattutto a partire dai 50 anni, si consiglia una visita annuale da un dermatologo. Perché se la lesione è piccola e poco infiltrata, si asporta sempre insieme a un'area di 1-2 centimetri di pelle sana e, quando è il caso, ai linfonodi adiacenti, che servono a controllare che non ci siano cellule malate che hanno iniziato a migrare. Ma se questo accade, le chance di sopravvivenza sono molto basse giacché la chemioterapia non ha dato risultati soddisfacenti. Per questo è stato accolto con grande entusiasmo un nuovo vaccino terapeutico, un anticorpo monoclonale chiamato ipilimumab che non agisce sulle cellule malate, ma sul sistema immunitario, bloccando alcune componenti che rendono la risposta dei malati troppo fiacca, e la sopravvivenza è quasi raddoppiata.

2. Rene La cura di elezione è l'asportazione parziale o totale del rene. Ma, se il tumore si diffonde, la chemioterapia per molto tempo non ha fornito soluzioni soddisfacenti. Ora però i farmaci biologici, in certi casi, hanno cambiato lo scenario. Sorafenib, sunitinib e pazopanib bloccano la proliferazione e anche la formazione dei vasi; temsirolimus ed everolimus hanno, invece, come bersaglio una proteina cruciale per il tumore, chiamata mTOR.

3. Cervice uterina Il fattore di rischio principale è l'infezione da virus del

papilloma (Hpv): il suo Dna è presente nel 99,7 per cento di tutti i carcinomi cervicali. Da alcuni anni sono disponibili due vaccini che assicurano una copertura quasi totale dalle infezioni da Hpv; per questo sono iniziate in molti paesi, primo tra i quali l'Italia, campagne vaccinali che prevedono l'immunizzazione gratuita di tutte le ragazze tra gli 11 e i 12 anni di età; il vaccino - a pagamento - è altresì consigliato fino ai 26 anni e, secondo alcuni, anche oltre. Perché il 50-80 per cento delle persone sessualmente attive contrae l'Hpv nel corso della vita e la metà di loro si infetta con un tipo oncogeno. Il vaccino comunque non azzerà il rischio. Resta il consiglio a tutte le donne tra i 25 e i 64 anni di fare annualmente il pap test che rivela subito anomalie nelle cellule.

4. Leucemie mieloide cronica È un caso emblematico delle potenzialità dei farmaci biologici: è contro di essa, infatti, che è stato sviluppato l'imatinib glivec, il primo farmaco a bersaglio molecolare approvato, che ha trasformato una malattia quasi sempre mortale in una delle più curabili, con tassi di sopravvivenza che possono arrivare al 90 per cento, ed è stato poi affiancato da altre molecole analoghe quali il dasatinib e nilotinib, somministrati quando il glivec non funziona più, che sono in grado di curare la malattia, facendo sparire il cromosoma filadelfia e riportando la conta dei globuli bianchi a un livello normale.

Agnese Codignola

INFEZIONI di Giovanni Sabato

QUEL BATTERIO È UN FARMACO

Combattere un'infezione somministrando gli stessi batteri che la causano. Non è l'ultima trovata di un fantasioso omeopata, ma un nuovo approccio che ha già dimostrato le sue potenzialità negli esperimenti su animali, presentato al convegno autunnale della Society for General Microbiology britannica da Eric Pollitt, dell'Università di Nottingham. Il trucco sta nell'usare batteri "egoisti" che rifiutano di cooperare con i loro consimili e, così facendo, indeboliscono l'intera comunità. *Staphylococcus aureus* – un patogeno la cui crescente resistenza agli antibiotici rende pressante la ricerca di armi alternative – durante l'infezione produce una tossina che demolisce le cellule dell'ospite, liberando i nutrienti di cui il batterio si nutre. Gli stafilococchi producono la tossina in modo coordinato, grazie a un sistema di comunicazione con cui i diversi individui si scambiano il segnale d'attacco. Pollitt ha utilizzato batteri privi di questo sistema di comunicazione, che quindi non sintetizzano la tossina. Risparmiando le loro energie, inoltre, i batteri egoisti riescono a proliferare più in fretta degli altri e man mano prendono il sopravvento, così che la quantità complessiva di tossina prodotta dimi-

nuisce sempre più. L'infezione diviene quindi meno grave e può essere combattuta più facilmente. Pollitt ha condotto i suoi esperimenti verificando che i batteri non cooperanti non solo prendono il sopravvento nella comunità d'appartenenza, ma sono anche in grado di invaderne altre. Di qui l'idea di isolare i batteri incapaci di comunicare e usarli per trattare le infezioni in corso.

Rivoluzione in corsia

Ci sono geni modificati che operano nella cellula fino a farla diventare cancro: la scoperta risale agli anni Settanta, e Harold Varmus e Michael Bishop ci hanno vinto il premio Nobel nel 1989 perché hanno spiegato nel dettaglio come questo accade. Ma solo oggi si cominciano a vedere terapie frutto di quella straordinaria scoperta. Umberto Veronesi, nell'intervista in queste pagine, la chiama la rivoluzione del Dna e nei fatti consiste oggi di diversi farmaci diretti contro altrettanti bersagli molecolari responsabili della proliferazione neoplastica. «Per vent'anni abbiamo cercato di colmare il gap che divideva ciò che sapevamo sull'origine genetica del cancro e i farmaci di cui realmente disponevamo. Col glivec, il primo farmaco biologico attivo contro la leucemia mieloide cronica, abbiamo colmato per la prima volta questo gap, ma conoscevamo l'anomalia responsabile della malattia già negli anni Sessanta mentre il farmaco di Novartis è arrivato nel 2001: ci sono voluti 40 anni», spiega Mace Rothenberg, il capo della ricerca oncologica della Big Pharma per eccellenza, Pfizer, la numero uno nel mondo: «Oggi tutto è molto più rapido: nel 2007 si è scoperta Alc, anomalia che induce il tumore del polmone, e ora noi stiamo per avviare alla registrazione un farmaco che la colpisce, in tre anni. Ciò a cui stiamo assistendo in questo momento è la chiusura del gap tra ciò che sappiamo sul cancro e ciò che possiamo fare per curarlo».

Perché ogni giorno si aggiungono nuovi tasselli alla genomica del cancro e può accadere che Pfizer abbia in mano un farmaco e poi che, quasi contemporaneamente, un ricercatore giapponese scopra un bersaglio molecolare. Così il 2010 è diventato l'anno della fortuna per Pfizer: una sperimentazione in Corea ha dimostrato la straordinaria efficacia del Crizotinib contro un tumore del polmone caratterizzato da un'anomalia genetica, Alc, presente nel 4 per cento dei pazienti. Che sembra una piccola percentuale, ma vista la drammatica diffusione di questo cancro la notizia riguarda moltissime persone. Non solo, Pfizer ha una potenza di tiro spaventosa ed è riuscita, per la prima volta, a sviluppare il farmaco in contemporanea

col test. «È andata bene», chiosa Rothenberg.

Perché sa che oggi questo è il punto critico.

I nuovi farmaci, infatti, hanno scardinato la pratica dell'oncologia: niente più medicine dirette contro un tumore di un certo organo, ma proiettili estremamente specifici efficaci solo se quel tumore è prodotto da una specifica mutazione, laddove, però, sono migliaia gli eventi molecolari che possono indurre il cancro, e ogni giorno gli scienziati ne scoprono di nuovi. Risultato: per essere efficaci, i nuovi farmaci devono essere somministrati solo se è presente l'evento molecolare contro cui sono diretti. Quindi ora non si parla più solo di farmaci, ma di kit: la medicina e il test per vedere se è il caso di somministrarla. Una vera e propria rivoluzione in corsia: «Bisogna che lavoriamo insieme negli ospedali come mai è successo prima d'ora. Oggi, di fronte a un cancro del polmone, c'è il patologo, che fa la diagnosi, c'è il chirurgo che lo toglie, c'è l'oncologo che fa la terapia medica. Le cose devono cambiare, e per approcciare le terapie biologiche c'è bisogno che tutte queste figure lavorino insieme. Dobbiamo insegnare ai patologi, anche a quelli dei piccoli ospedali, come identificare l'anomalia genetica che ci interessa per verificare che il farmaco sia efficace. È l'intero paradigma della cura a cambiare: la terapia dei tumori comincia ad assomigliare alla terapia delle malattie infettive».

Già perché nessuno oggi somministrerebbe un antibiotico senza prima aver fatto il test per capire quale agente infettivo colpire e aver scelto il farmaco sulla base del bersaglio. «Quello che non va oggi in oncologia», spiega Rothenberg, che fino a due anni era un oncologo al Vanderbilt di Nashville: «È che

si sottopongono i pazienti a terapie pesanti e costose senza avere idea dei risultati. Per questo i medici sono frustrati. Con i farmaci biologici possiamo trattare solo i malati che sappiamo potrebbero reagire bene. Risparmiando denaro e molte sofferenze».

Daniela Minerva

BIG PHARMA di Silvio Garattini*

Carte truccate

Gli articoli scientifici che riportano studi clinici controllati riguardanti nuovi farmaci rappresentano la base per redigere articoli più divulgativi che influenzano le prescrizioni da parte dei medici che raramente leggono gli articoli originali. Le industrie colgono questa opportunità per rendere gli articoli il più possibile favorevoli al nuovo farmaco, facendoli revisionare - o addirittura scrivere completamente - da esperti che rimangono anonimi, sono i cosiddetti "scrittori fantasma". Molto spesso non si tratta di modificare i risultati, ma di presentarli in modo attraente, enfatizzando piccoli risultati e minimizzando l'eventuale presenza di effetti tossici. Particolare attenzione viene riservata al riassunto del lavoro, perché in generale questo non è oggetto di molto interesse da parte dei valutatori, mentre rappresenta la parte dell'articolo che più frequentemente è letta e determina l'impressione finale da parte del lettore.

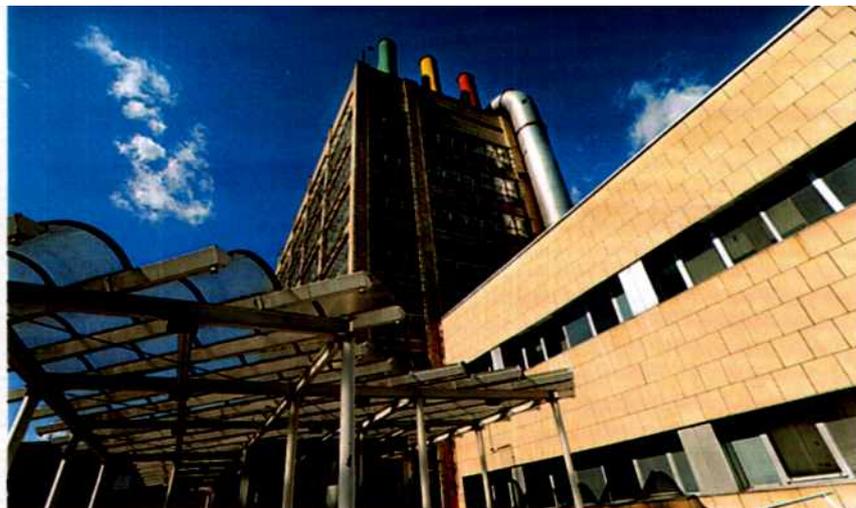
Questo modo di operare è evidentemente non-etico e non riguarda solo le industrie interessate, ma anche i ricercatori clinici che accettano di firmare lavori scientifici scritti da altri. Uno studio pubblicato su "Plos Medicine" analizza i documenti messi a disposizione da parte della Giustizia Federale degli Stati Uniti che riguardano in particolare parecchi articoli scritti per commentare gli effetti favorevoli del-

la terapia ormonale in menopausa da parte di una ditta specializzata nella

stesura di articoli scientifici a pagamento. I ghost writer cercavano di mitigare il rischio di tumore della mammella dovuto all'uso della terapia ormonale magnificando benefici cardiovascolari e prevenzione della demenza, della malattia di Parkinson (e persino delle rughe, senza ovviamente alcuna base scientifica).

Tutto ciò non può che nuocere all'appropriatezza delle terapie, ma serve invece a gonfiare le prescrizioni e i profitti. È importante che i medici siano critici nella lettura della documentazione che ricevono, controllando i dati se possibile sui lavori originali. Occorre anche che il Servizio Sanitario Nazionale dissemini informazioni oggettive per ridurre la sproporzione oggi esistente fra messaggi dell'industria farmaceutica e informazione indipendente.

* direttore Istituto Mario Negri di Milano

**ECONOMIA****DECLINO INDUSTRIALE**

E FORMIGONI TAGLIA LA RICERCA

Il presidente lombardo aveva promesso di salvare il polo scientifico di Nerviano. Ma all'appello mancano i settanta milioni a carico dei soci

DI LUCA PIANA

Un anno e mezzo dopo aver rischiato la chiusura, il più importante centro italiano per la ricerca sui farmaci anti-tumorali è di nuovo in mezzo al guado. «Nerviano è definitivamente salvo», aveva detto con grande sicurezza Roberto Formigoni nel maggio 2009, dopo l'accordo con la banca creditrice - l'Unicredit - che aveva dato un po' di fiato alla gestione e permesso al presidente della Regione Lombardia di piazzare i suoi uomini al vertice del Nerviano Medical Sciences, una struttura alle porte di Milano che occupa 500 lavoratori altamente specializzati. I quasi 18 mesi trascorsi da allora, tuttavia, non hanno superato i veti che sembrano bloccare il destino del centro e che, secondo quanto ha potuto ricostruire "L'Espresso", hanno impedito a due colossi internazionali - la svizzera Merck Serono e la francese Euro-

fins - di rilevare alcune parti dell'attività e collocare a Nerviano nuovi uffici. E così, giovedì 28 ottobre, i vertici regionali di Cgil, Cisl e Uil sono stati convocati da Formigoni. Ufficialmente nella riunione sarà esaminata la situazione economica del centro. Tra i sindacati, tuttavia, il timore è che inizi a concretizzarsi la necessità di più drastici tagli ai posti di lavoro.

Per comprendere i fatti occorre tornare alla primavera 2009, al momento della prima crisi di Nerviano. Il proprietario del centro, la Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione, che l'aveva rilevato dalla Pfizer e che a Roma possiede l'Ospedale Dermopatico Idi, non riusciva a far fronte ai debiti con Unicredit (pari oggi a 138 milioni) e aveva chiesto aiuto. Formigoni aveva assunto la regia del salvataggio, ottenuto tempo dall'allora capo di Unicredit, Alessandro Profumo, conscio della delicatezza politica e sociale della partita, e collocato al comando due commercialisti di fiducia, Alberto Sciumè e Luciano Baielli, che avevano affiancato il presidente Umberto Rosa, nome noto dell'industria chimica.

Da quel momento in poi, tuttavia, il rilancio non ha fatto grandi passi avanti. Un primo momento critico, passato finora sotto silenzio, è stato lo scorso inverno, quando Rosa ha portato le due offerte di acquisto giunte da Merck e Eurofins, che si sa-

rebbero fatte carico di 200 lavoratori. L'obiettivo era rafforzare le attività industriali attorno al centro ricerche, che sarebbe rimasto alla Nerviano Medical Sciences. In un secondo momento si contava poi di coinvolgere nel centro altre istituzioni. Dai verbali delle riunioni tenute il 27 gennaio scorso, depositati ora in Camera di Commercio, emerge però il veto posto dalla congregazione e dagli uomini di Formigoni. Messe nel cassetto le offerte di acquisto ed estromesso Rosa, la situazione è rimasta congelata: a oggi il bilancio 2009 è ancora in attesa del parere della società di revisione. Si aspetta l'esito della trattativa che la Congregazione ha avviato con le banche: per completare il necessario aumento di capitale da 70 milioni, i Figli dell'Immacolata vorrebbero girare a Nerviano crediti sanitari vantati nei confronti della Regione Lazio. I quali, però, se devono essere anticipati dalle banche per fornire al centro il cash che serve, valgono molto meno.

Difficile dire quale strategia ci fosse davvero dietro il no all'arrivo delle multinazionali e chi, ora, rischi di rimanere con il cerino in mano. Baielli, interpellato, risponde che nuovi accordi con privati sono in fase di studio: «Fanno parte del piano per il prossimo biennio e riguardano quote di minoranza nelle controllate, coerentemente con l'idea che Nerviano possa funzionare solo se rimane un gruppo coeso», dice. Promesse che devono ora trovare attuazione. Altrimenti sarà più concreta l'ipotesi che un centro ricerche via via più magro apra la strada alle operazioni speculative che i sindacati paventano. I vastissimi terreni dell'azienda, che si trova a soli 8 chilometri dalla Fiera di Milano, hanno un valore a bilancio di appena 15 milioni e una valutazione di mercato di gran lunga superiore. Un boccone che, certamente, a qualcuno fa gola. ■



Il governatore della Lombardia, Roberto Formigoni. In alto il centro scientifico di Nerviano

L'importanza di educare alla contraccezione

ALMENO SUI valori importanti credo ci sia bisogno di consapevolezza. Un rapporto d'amore diventa un atto da vivere nel contempo con la massima serenità ma anche con coscienza. Se si desidera un figlio si è già fatta una scelta. Se il rapporto è l'espressione di una passione è quanto mai necessario proteggerlo con una contraccezione sicura, tradizionale. Assisto, perplesso, come ginecologo sempre di più a scelte disinvoltate da parte di molte donne che si affidano alla meno affidabile contraccezione d'emergenza, ora la pillola del giorno dopo ma forse tra breve quella dei 5 giorni dopo che per le sue implicazioni potrebbe porre di fronte a maggiori problemi. Sarebbe necessario, secondo me, educare i giovani, ad una corretta contraccezione, già dalle scuole medie. Se ne parla ormai da più di trenta anni ma non si è mai cominciato.

ALESSANDRO BOVICELLI, UNIVERSITÀ BOLOGNA



Federalismo. L'impatto della spesa sanitaria in quattro regioni: in Liguria le maggiori rinunce Sicilia premiata dai costi standard

Chi guadagna e chi perde con i costi standard

Finanziamento sanitario pro capite. In rosso le regioni benchmark senza deficit nel 2009. In euro

	Spesa procapite pesata 2009	Differ. rispetto alla media	Valori assoluti (mln di euro)		Spesa procapite pesata 2009	Differ. rispetto alla media	Valori assoluti (mln di euro)
Sicilia	1.686,5	36,7	185.101	Piemonte	1.740,3	-17,1	-75.737
Pa Trento	1.688,6	34,6	18.010	Pa Bolzano	1.740,8	-17,6	-8.783
Veneto	1.704,9	18,3	89.197	Emilia R.	1.743,4	-20,2	-87.499
Lombardia	1.709,6	13,6	132.291	Sardegna	1.743,6	-20,4	-34.032
Abruzzo	1.710,3	12,9	17.192	Molise	1.744,8	-21,6	-6.917
Lazio	1.712,4	10,8	61.046	Toscana	1.746,5	-23,3	-86.253
Valle d'Aosta	1.714,6	8,6	1.092	Umbria	1.750,8	-27,6	-24.722
Friuli V.G.	1.721,2	2,0	2.404	Calabria	1.754,6	-31,4	-63.130
Puglia	1.725,8	-2,6	-10.515	Basilicata	1.767,3	-44,1	-26.050
Campania	1.727,9	4,7	-27.439	Liguria	1.826,3	-103,1	-166.565
Marche	1.734,4	-11,2	-17.642	Media regioni in equilibrio	1.723,2		-

Fonte: elab. Il Sole 24 Ore sanità su dati Tesoro/Salute per la Copaff, ottobre 2010

Roberto Turno

Vincerebbe la Sicilia, perderebbe la Liguria. Con (teorici) 103 euro a testa in meno per i cittadini liguri e una perdita complessiva per la regione di 166 milioni. E viceversa con 36 euro pro capite in più (teorici) per ogni siciliano e un guadagno secco per l'isola di 185 milioni. Prove tecniche, molto tecniche, di costi standard e di benchmark per le spese di asl e ospedali verso il federalismo fiscale.

In attesa che il decreto prenda forma definitiva, la Copaff (commissione per l'attuazione del federalismo fiscale) ha messo insieme le «prime basi informative» sui costi standard sanitari sulla base di dati dei ministeri dell'Economia e della Salute.

Un esercizio tecnico, ancora parziale, che servirà da riferimento successivamente per tentare calcoli ben più raffinati. Soprattutto quando (e se) il dlgs diventerà definitivo dopo tutti i prossimi passaggi istituzionali e parlamentari. Con un'ulteriore appendice legata a vicende più

vicine: il riparto dei fondi sanitari per il 2011, su cui la prossima settimana i governatori si confronteranno in una partita che lega insieme anche federalismo fiscale ed effetti della manovra estiva per il 2011 che ha portato con sé tagli da 4 miliardi per le regioni. Da notare che il finanziamento e la distribuzione di fondi per l'anno prossimo saranno decisivi in vista della prima attuazione dei costi standard nel 2013: dunque, è sulla base del finanziamento che sarà deciso per il 2011 che si calcoleranno poi i disavanzi e le regioni benchmark eventualmente con i conti in regola. Chi perde nel 2011, insomma, ne farà le spese ancora di più nel 2013 con i costi standard che saranno applicati quell'anno.

L'anno di riferimento delle elaborazioni per il finanziamento è il 2009. Con una novità: l'applicazione più decisa per i trasferimenti alle regioni della cosiddetta "quota pesata" per cittadino come già in qualche misura indicato dalla bozza di decreto sui costi standard. Altro elemento delle elaborazioni

Copaff e ministeriali è il calcolo della quota capitaria media delle regioni che nel 2009 risultano con i conti in equilibrio: Lombardia, Toscana, Umbria e Marche. Confrontando la media delle regioni benchmark "virtuose" (1.732,2 euro pro capite) col pro capite pesato per tutte le regioni, emergono i "dare e avere" per costruire i primi ipotetici costi standard.

Di qui i risultati, del tutto parziali sia chiaro. A guadagnare teoricamente qualcosa sarebbero otto regioni: dal top della Sicilia (36,7 euro pro capite), regione peraltro a statuto speciale, ai 10,8 euro a testa del Lazio tra le regioni "ordinarie". Tutte le altre perderebbero: più di tutte la Liguria (103,1 euro per cittadino), meno la Puglia (2,6 euro a testa). Da notare che praticamente tutto il sud ci rimette, Sicilia esclusa (ma ancora con l'avvertenza che è a statuto speciale). E che a a perdersi in questo esercizio sarebbero, eccetto la Lombardia, anche le altre tre regioni benchmark (Toscana, Umbria e Marche).

Prove tecniche di costi

standard, naturalmente. Per tante ragioni. Perché tra gli indicatori futuri (ma non ancora formalizzati) per definire i fabbisogni sanitari ci saranno anche «particolari situazioni territoriali» come l'indice di deprivazione o altri che emergeranno soprattutto in sede politica. Senza dire che anche nel governo si spinge per l'inserimento di una regione benchmark del sud (ma con i conti in regola, se li avrà). E con un'ultima avvertenza per l'uso: i conti (e il benchmark) si faranno nel 2013 in base ai risultati del 2011. Che devono ancora arrivare. Anche per questo sarà guerra tra i governatori per la distribuzione delle risorse sanitarie relative al prossimo anno.

© RIPRODUZIONI RISERVATA

IN ATTESA DEL DECRETO

I tecnici misurano guadagni e perdite per le uscite di asl e ospedali: un siciliano disporrebbe di 36 euro in più un ligure di 103 in meno



Regione Botta e risposta fra Fatarella (Confindustria) e De Salazar (Sant'Andrea) sulle misure contestate

Tagli alla sanità, vertice Polverini-Fazio

Il ministro: abbiamo parlato del Piano di rientro, sono ottimista per natura

Il vertice segreto tra Renata Polverini e **Ferruccio Fazio** è durato circa un'ora. Il ministro della Salute, al termine della riunione, ha detto di essere «ottimista» sul Piano antideficit, ma per precauzione ha precisato di dover attendere «il giudizio dei tecnici» del ministero del Tesoro e del suo dicastero, giudizio che arriverà il 26 ottobre. «Anche io sono ottimista di natura», ha ribadito la governatrice del Lazio. Ma gli *insider* sussurrano che evidentemente c'era qualche modifica da por-

tare nel riordino della rete ospedaliera proposto dalla Polverini. Per Riccardo Fatarella di Confindustria Lazio «i privati sono pronti a investire e dare un contributo importante per la modernizzazione del sistema, ma solo sulla base di un progetto di lungo termine». La ricetta di Vitaliano De Salazar, direttore generale del Sant'Andrea, per tenere i conti dell'ospedale in regola.

A PAGINA 3
Francesco Di Frischia

Sanità, battaglia fino all'ultimo posto letto

Vertice a sorpresa fra Polverini e Fazio. Il ministro: sul piano di rientro sono ottimista

L'incontro di ieri pomeriggio tra Renata Polverini e **Ferruccio Fazio** doveva avvenire lontano da occhi indiscreti, ma così non è stato. Il ministro della Salute verso le 4 e mezza è arrivato negli uffici sulla Cristoforo Colombo. Dopo circa un'ora di riunione con la governatrice del Lazio, Fazio si è limitato a dire: «Non posso pronunciarmi fino a quando non ci sarà il giudizio dei tecnici. Io, però, ho una caratteristica: sono sempre molto ottimista di natura». Chiaro il riferimento al giudizio che i tecnici dei ministeri del Tesoro e della Salute daranno entro il 26 ottobre sul Piano sanitario anti-deficit. Se la Polverini dovesse ottenere il via libera, dal governo arriverebbero 400 milioni di fondi Fas e lo sblocco del turn over. Altrimenti saranno dolori. Parlando della riunione con la Polverini, Fazio ha minimizzato: «È stata una visi-

ta di cortesia: l'incontro è andato bene, abbiamo parlato anche del Piano». «Il ministro è come me: siamo due ottimisti per natura», ha ribadito la governatrice. Ma gli *insider*

sussurrano che c'era qualche problema da superare e qualche modifica da portare nel riordino della rete ospedaliera. La giornata della presidente della Regione è stata segnata anche dagli appuntamenti con i sindaci di Magliano Sabina, Alfredo Graziani, di Palombara Sabina, Paolo Della Rocca, e con il commissario straordinario di Montefiascone, Francesco Tarricone, che da settimane protestano contro i tagli.

Dall'opposizione Esterino Montino (Pd) attacca: «Il ministro Fazio si dice ottimista sulle misure del Piano di rientro dal deficit. Se lui è ottimista, i cittadini senza ospedali e pronto soccorso, non sono pessimisti: sono disperati».

F. D. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24

Ospedali

Verranno chiusi e trasformati in Residenze per malati cronici e non autosufficienti

2.865

Letti

I letti da tagliare per la Regione, perché eccedenti rispetto alla media nazionale

7.000

Letti

Il totale dei posti di Rsa nel Lazio, ma le liste d'attesa per i malati cronici durano anni



La visita

Il ministro Fazio va in Regione “Sulla Sanità sono ottimista”

Regione, la visita del ministro
Montino: “Ottimista perché?”

CHIARA RIGHETTI

ARRIVA senza farsi annunciare. Sono le 16.30 quando **Fernando Fazio**, ministro della Salute, varca i cancelli della Regione Lazio. Ma è una visita che dà nell'occhio, a 5 giorni dal “verdetto” del governo sul piano ospedaliero regionale. Quello che, se sarà positivo come sembra, potrebbe cancellare l'aumento delle addizionali Irap e Irpef. Forse proprio questo il ministro voleva comunicare in anteprima alla governatrice. Ma viene colto “sul fatto” da qualche giornalista e per giustificare la sua presenza sceglie una formula originale: «Una visita di cortesia del governo alla Regione».

L'INCONTRO, aggiunge, è «andato bene, abbiamo parlato di molte cose e anche del piano di rientro». E quali sono i segnali? «Non posso pronunciarmi finché non ci sarà il giudizio dei tecnici, io però ho una caratteristica: sono sempre molto ottimista di natura». Tanto basta a scatenare l'ironia di Esterino Montino, capogruppo del Pd in Regione: «Lungi da noi la minima volontà di minare l'innato ottimismo di Fazio, ma qui qualcuno bara, cioè prende in giro i cittadini, e trasforma il loro pessimismo in disperazione». Rispetto al piano, aggiunge, «con le misure adottate da maggio a settembre non c'è scritto da nessuna parte quanto si risparmia. E così, senza dare nulla in cambio, si taglia Pronto soccorso e ospedali a mezzo milione di persone».

Quanto alla Polverini, la sua versione sul colloquio con Fazio è così simile che pare concordata: «Abbiamo parlato di varie questioni, e ovviamente anche del piano. Lui è come me: siamo ottimisti per natura. Del resto, per governare questa Regione, bisogna esserlo per forza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il capogruppo pd a Fazio
“Se per lei il piano va bene, i cittadini invece sono disperati”**



LA POVERTÀ IN CORSIA

L'OSPEDALE
COME RIFUGIO

di SERGIO HARARI

Umberto D. è stato un bellissimo film del neorealismo italiano, girato nel 1952 da Vittorio de Sica, scritto e sceneggiato da Cesare Zavattini, che racconta la storia struggente di un pensionato, ex funzionario ministeriale, che non ce la fa a tirare fine mese e arrivato all'estrema disperazione tenta il suicidio, trattenuto in extremis alla vita dall'affetto per l'amato cane. In una splendida e toccante scena il protagonista, impersonato da Carlo Battisti (nella vita professore di glottologia alla sua prima e unica presenza cinematografica), vessato dalla povertà si fa ricoverare in ospedale nel tentativo di rimandare di qualche giorno l'urgenza dei quotidiani problemi. Purtroppo i medici scoprono subito che l'unica vera patologia di Umberto D. è l'indigenza, malattia grave ma non prevista allora dai compendi di medicina e oggi dai DRG, e vorrebbero dimmetterlo. Allora il suo compagno di stanza e vicino di letto, Memmo Carotenuto, gli suggerisce di ringraziarsi la suora caposala, così potrà rimanere ricoverato ancora

un po' e, in ospedale, un letto e un po' di cibo sono garantiti. Anche 50 anni fa, come oggi, la politica invadeva il campo della cultura: il film fu accolto da una dura critica dell'allora sottosegretario alla presidenza del consiglio, Giulio Andreotti.

La scena dell'ospedale come riparo alla miseria, del rinvio della dimissione come sotterfugio per garantirsi qualche giorno in più di minestre e un letto caldo, mi è spesso tornata in mente in questi mesi. La crisi ha reso difficile la sopravvivenza di

molti che fanno fatica a campare, a farsi carico dei propri congiunti. Non i soliti diseredati alla cui miseria siamo ormai colpevolmente assuefatti, ma gente comune, persone che fino a ieri non avremmo mai immaginato di ritrovare a rovistare fra i resti dei mercati rionali o a far la coda fuori dalle mense per i poveri, gente come Umberto D. Allora, nei nostri moderni ospedali, studiati per dare risposte efficienti e tecnologiche di alto livello alle malattie, organizzati per ridurre al minimo i tempi di ricovero, si apre il problema.

Noi, i medici, dobbiamo dimettere, l'organizzazione non ci consente di sottrarci alle logiche dei tempi moderni, e allungare le degenze vorrebbe anche dire negare ad altri l'accesso alle cure, rinviare o ritardare l'assistenza ad altri bisognosi. Ma mai come in questi ultimi due anni si è sentita la resistenza alle dimissioni di parenti e degenti che preferiscono le calde seppur disagiati coperte delle corsie ospedaliere alle fredde e frugali cene domestiche. Qualcosa in Lombardia si è cominciato a fare sviluppando reparti di cure intermedie, sorta di via di mezzo tra l'ospedale e il domicilio; quello che un tempo era il periodo della convalescenza oggi non viene più compreso nella degenza iperconcentrata sulla fase acuta. Le cure intermedie sono una risposta sanitaria, ancora sperimentale e in valutazione, alla gestione della post-acuzie, ma il bisogno assistenziale resta immutato. È passato più di mezzo secolo dall'uscita nelle sale di Umberto D e la funzione sociale della sanità è tornata di attualità.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il racconto

Viaggio nel reparto dei miracoli

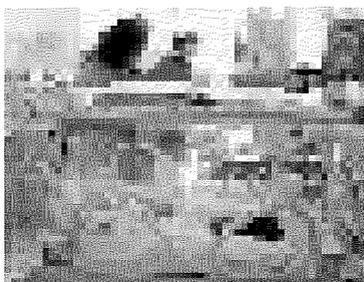
Poche luci, culle come nidi quei reparti tutti in miniatura per avviare i bimbi alla vita

Sonde hi-tech e un obiettivo, la prima poppata vera

Il percorso

GLI STRUMENTI

Cateteri, sonde, flebo e respiratori sono in miniatura: servono a somministrare i farmaci ma anche per l'alimentazione poiché quando il bimbo è sottopeso il rito della poppata non esiste



L'AMBIENTE

Niente rumori, luci soffuse, giacigli a forma di nido all'interno delle incubatrici per simulare l'utero materno: i neonati "a rischio" hanno bisogno di grande tranquillità per crescere e ristabilirsi

IL PERSONALE

Per chi lavora in questi reparti lo stress è molto alto e la preparazione è molto accurata anche dal punto di vista psicologico: i piccoli non sono malati qualsiasi e fanno una tenerezza particolare



L'INCONTRO

Quando la terapia ha dato buoni risultati può avvenire il contatto con la madre: il bimbo viene posato sul seno, la prima volta solo per qualche minuto e poi via via finché il rapporto diventa normale

Le infermiere accudiscono i piccoli attraverso gli oblò, li carezzano e parlano per far loro capire che non sono soli

Le madri possono entrare ma il contatto fisico, talvolta atteso per mesi, avviene solo quando il pericolo è finito

LAURA ASNAGHI

LI CHIAMANO i "reparti dei miracoli", perché lì i bimbi che nascono troppo piccoli, vincono, dopo settimane o mesi, la loro sfida per la sopravvivenza. Passano dalla pancia della mamma a una incubatrice, e grazie alle cure di medici e infermieri, nell'80-90 per cento dei casi, raggiungono il peso forma e ce la fanno. I bimbi dell'incubatrice sono duemila all'anno a Milano.

QUESTI reparti si chiamano "terapie intensive neonatali" e costano lacrime e sensi di colpa alle mamme che vedono i loro figli chiusi in quelle speciali incubatrici, attaccati a respiratori e con microscopiche sonde un po' dappertutto. Sonde che servono per somministrare i farmaci ma anche per l'alimentazione. Quando i bimbi sono sottopeso il rito della poppata non sanno neanche co-



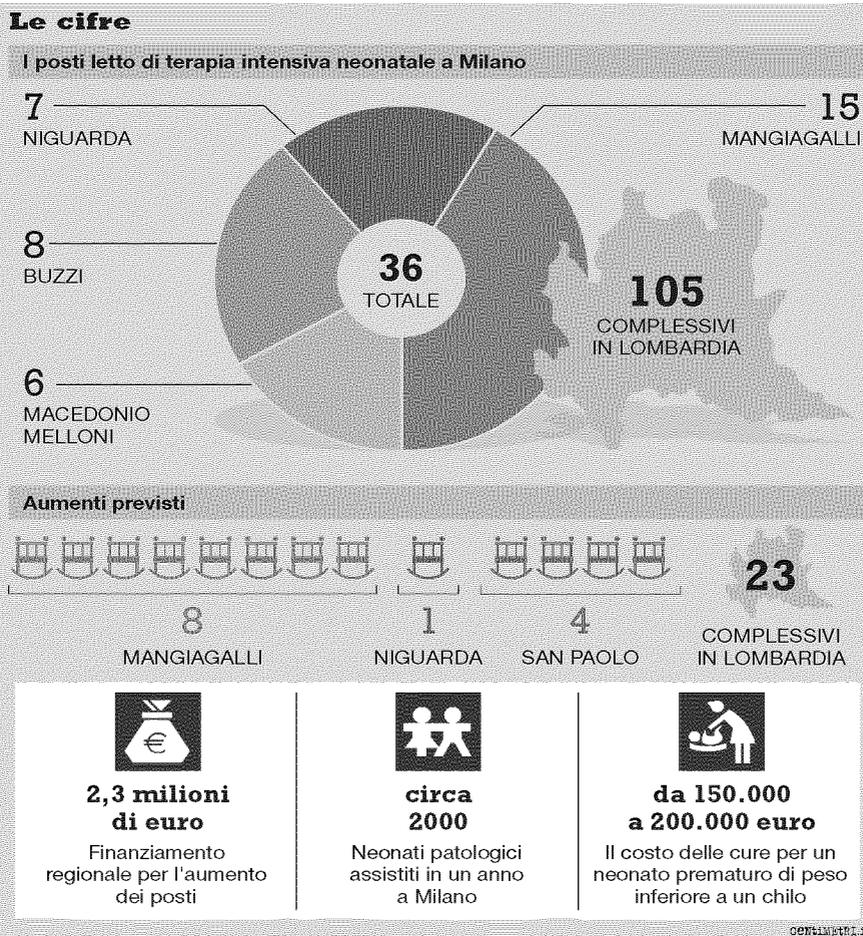
sa sia. Quello è un piacere che scoprono dopo, a sfida vinta, assaporando poche gocce di latte per volta.

Alla Mangiagalli, come al Niguarda e negli altri ospedali milanesi, i reparti di terapia intensiva sono chiusi al pubblico. Solo i genitori e gli addetti ai lavori si muovono con estrema cautela tra quelle culle che tengono in vita i bambini. Niente rumori, luci soffuse e piccoli materassi a forma di nido che simulano l'utero della mamma. «I neonati hanno bisogno di grande tranquillità per crescere - racconta Stefano Martinelli, il primario del Niguarda - guai a disturbarli inutilmente». Così, al mattino, vengono affidati alle cure delle infermiere che li accudiscono infilando le mani attraverso gli oblò della culla. Tutto è fatto garantendo la massima sterilità, ma al tempo stesso facendo capire ai piccoli che lì dentro non sono soli. Le infermiere li coccolano con gesti affettuosi e parole sussurrate. Poi è la volta dei medici, e quando le terapie sono messe a punto il piccolo riposa. Sull'incubatrice c'è sempre la copertina con il nome del piccolo e i monitor li a fianco, perennemente accesi. Giorno e notte vengono tenuti sotto controllo il cuore, i polmoni, la concentrazione di ossigeno nel sangue e la pressione. Tutto questo sotto gli occhi di mamme che, in camice e cuffietta, seguono per settimane - spesso anche mesi - la crescita dei loro figli.

«Sono sfide complesse quelle portate avanti in questi reparti - dice Fabio Mosca, primario in Mangiagalli - servono apparecchiature sofisticate ma anche squa-

dre di professionisti preparati e motivati». Sì, perché lo stress nelle terapie intensive neonatali è molto alto, dal punto di vista fisico ma anche emotivo. I piccoli non sono malati qualsiasi, fanno una tenerezza particolare. E il personale che li segue non resta insensibile alla loro lotta per sopravvivere. In reparti come questi c'è tutta la strumentazione che serve per rianimare gli adulti, solo che qui i cateteri, le sonde, le flebo, i respiratori sono tutti in formato "mignon". E il personale è addestrato a curare i neonati senza farli soffrire. Gli infermieri sanno come toccare i piccoli pazienti, accarezzarli, inserire quelle canule che li aiuteranno a respirare, a mangiare e a crescere. E a scoprire, una volta superata la fase più critica, quanto è bello stare sdraiati sul seno della mamma.

«Quando avviene il primo contatto con la madre è segno che il bambino è sulla buona strada e le cure hanno dati ottimi risultati - spiega Martinelli del Niguarda - nei primi giorni la mamma ha la possibilità di abbracciare il suo piccolo per pochi minuti e poi, giorno dopo giorno, il rapporto diventa normale». Ci sono bambini che passano anche tre o quattro mesi in queste culle e per curarli si arriva a investire, nei casi più complessi, dai 150 ai 200 mila euro. «In terapia intensiva - racconta un'infermiera - è come se questi piccoli rinascessero una seconda volta. Ecco perché, a volte, si parla di miracoli della medicina. Ma di misterioso non c'è nulla. Qui le "guarigioni" sono il frutto di un duro lavoro di squadra».



A MONTREAL ABBATTUTA UN'ALTRA FRONTIERA DELLA MEDICINA

Due robot "sfrattano" il chirurgo

Nessun medico in sala operatoria, e l'intervento alla prostata riesce perfettamente

CHIARA BASSO

NEW YORK. McSleepy e Da Vinci sono i primi due robot-dottori ad aver lavorato insieme, e con successo, in una sala operatoria. Il "miracolo" tecnologico è avvenuto in Canada, al Montreal General Hospital. Il paziente era il temerario Gilles Lefort, 68 anni e una prostata ammalata di cancro da rimuovere.

Prima di addormentarsi in sala operatoria, Lefort si è affidato a un unico pensiero consolatorio: la tecnologia ha fatto passi da gigante. La sua fiducia è stata ripagata perché non solo l'operazione è andata bene ma passerà alla storia come il primo intervento in cui sono stati utilizzati due robot contemporaneamente. Il "dottor" Da Vinci, braccio meccanico in grado di tagliare e cucire meglio di un essere umano - assicurano i medici canadesi - opera già da diversi anni. La vera novità è' appunto la sua collaborazione con McSleepy, il robot-anestesista inventato e creato proprio all'ospedale di Montreal.

Per nulla spaventati dalla possibile concorrenza dei robot, i medici e gli specialisti del McGill University Health Center (Muhc), centro di ricerca dell'ospedale di Montreal, sono convinti che queste macchine possano garantire ai pa-

zienti cure più moderne e accurate di quanto possa fare un medico in carne e ossa.

Sia McSleepy che Da Vinci agiscono ancora sotto l'occhio vigile di chirurghi e anestesisti, ma non è escluso che in un futuro non troppo lontano le sale operatorie siano popolate solamente da robot. «Controlliamo Da Vinci da una stazione di comando, ma il movimento che noi compiamo con le dita, trasmesso alla macchina, diventa molto più preciso attraverso i loro bracci. Si raggiunge un'accu-

ratezza nei movimenti che un essere umano non potrà mai garantire», spiega l'urologo Aprikian al *New York Daily Mail*. Stesso discorso vale per l'anestesista McSleepy, utilizzato a Montreal da un paio di anni: attraverso il suo sistema computerizzato è in grado di regolare alla perfezione la somministrazione di anestetici secondo tempi e dosi ideali per il paziente.

«Il vantaggio nell'utilizzare insieme questi due robot è quello di poter garantire operazioni e anestesie con un grado di precisione

altissimo», dice l'anestesista Thomas Hemmerling che ha diretto McSleepy mentre operava Lefort.

Dopo il risveglio in sala operatoria, il coraggioso paziente si è dimostrato entusiasta. «Great», "grande", ha esclamato. Preso dall'attenzione dei media, Gilles Lefort ha così per un po' dimenticato le sue sofferenze fisiche e si è immedesimato nel suo ruolo da record-man. «Ricordo di essermi svegliato nella sala operatoria senza avvertire nausea e con la mente assolutamente lucida» ha detto Lefort. «Penso sia una buona tecnologia». Ma si è dovuto far convincere per diventare il protagonista di questa audace avventura?



Niente affatto. Lefort sostiene di non essere stato per nulla sorpreso quando il dottor Aprikian gli ha proposto un'operazione con un chirurgo e un anestesista robot. «So quanto la tecnologia stia avanzando e così mi aspettavo che un giorno si sarebbe arrivati a questo punto. Sapevo anche che c'erano già state operazioni fatte da macchine ed ero quindi certo che sarebbe stato un successo».

L'ospedale di Montreal non intende affatto crogiolarsi sugli allori e ha già fatto sapere che la coppia McSleepy e Da Vinci tornerà ancora insieme in sala operatoria per altri tipi di interventi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il robot Da Vinci ha operato insieme al "collega" anestesista McSleepy

IL PIACERE DI FARCELA *salute*

salute@mondadori.it

L'intervento che salva il fegato

Oggi si operano anche i tumori più difficili. Con uno speciale ecografo il chirurgo elimina soltanto i tessuti malati. Fino all'ultima cellula

C'è una nuova tecnica per operare il fegato togliendo solo il tumore e salvando il più possibile quest'organo così prezioso. Merito di un ecografo speciale, che è in grado di guidare la mano del chirurgo con precisione millimetrica, nelle zone che fino a oggi non erano visibili. Con risultati che sono ottimi. Gli studi fatti finora dicono che le ricadute della malattia si hanno solo in due casi su 100. «Quando il tumore aggredisce la parte alta del fegato spesso coinvolge anche le vene sovraepatiche» spiega Guido Torzilli, responsabile della sezione di Chirurgia epatica dell'Istituto Humanitas di Milano, che con la sua équipe ha messo a punto la tecnica. «In casi come questo fino a oggi non si riusciva a operare il paziente oppure c'era un rischio di mortalità molto alto. In più si doveva asportare metà se non due terzi dell'organo». E qui entra in gioco la nuova tecnica. Che è stata messa a punto grazie a una scoperta fondamentale. Quando il tumore comprime una delle vene che scorrono in questa zona,



TIPS

per cercare di mantenere la circolazione regolare l'organismo crea dei piccoli ponti che trasportano il sangue dalla parte schiacciata ad altri vasi che scorrono paralleli. Nel caso di queste forme tumorali grazie allo speciale ecografo si individuano e si lasciano intatti questi by-pass naturali. E non si è più costretti a "sacrificare" delle parti di fegato che prima venivano eliminate.

■ **Quei ponti preziosi.** L'intervento viene sempre eseguito nel modo tradizionale. Subito dopo aver effettuato l'incisione, però, il fegato viene esplorato con l'ecografo. In questo modo il chirurgo vede tutti i noduli tumorali, compresi quelli che sono nella parte più nascosta dell'organo e che hanno aggredito una delle vene. E individua i vari by-pass nati per

saltare i punti schiacciati. «Si tolgono così esclusivamente i segmenti di vena aggrediti dal tumore, senza intaccare i ponti» dice il professor Torzilli. «E si rimuove solo, o quasi, la porzione di organo intaccata dalla malattia, a tutto vantaggio della funzionalità del fegato». L'intervento è in anestesia generale ed è necessario rimanere in ospedale una decina di giorni. Dopo l'operazione, è l'oncologo a decidere quali cure prescrivere e se è necessario un ciclo di chemioterapia. «Un ultimo vantaggio è che, se si formano altri noduli, il fegato che è stato preservato durante il primo intervento è in grado di sopportarne un secondo» conclude il professor Torzilli, «Cosa che con l'operazione tradizionale non succedeva».

Cinzia Testa

Il mese della prevenzione

Donna Moderna dedica ottobre ai problemi di udito dei bambini. L'équipe del servizio di audiologia dell'ospedale di Treviso risponde alle lettrici lunedì, mercoledì e venerdì dalle 11 alle 15 al numero 0422328286. Oppure si può mandare un'email a: edoardo.arслан@unipd.it.

se hai solo

30 secondi e tuo marito russa spruzzagli in bocca il nuovo spray antirussamento Sauber: è a base di estratti vegetali che lubrificano subito la gola, permettendo a tutta la famiglia di fare sogni d'oro.

L'ITALIA DEI PRIMATI | **SUCCEDE A PALERMO****Grandi e piccoli**

All'Ismett, nato nel 1999, si esegue ogni tipo di trapianto di organi solidi, sia negli adulti sia nei bambini.

Mille di questi trapianti

All'Ismett, l'Istituto mediterraneo siciliano all'avanguardia per questo tipo di interventi, hanno festeggiato il millesimo paziente. E annunciano molte novità, su tecniche chirurgiche e terapie.

DI MARIA PIRRO

È una specie di «viaggio dei mille», una migrazione verso il Meridione: pazienti provenienti da ogni regione che vengono operati a Palermo, nel primo ospedale in Italia esclusivamente dedicato ai trapianti e alla cura delle insufficienze terminali di organi vitali. L'ospedale è l'Ismett, l'Istituto mediterraneo diventato un centro d'eccellenza anche grazie alla partnership tra l'Università di Pittsburgh e la Regione Siciliana. I suoi numeri? Settanta posti letto, quattro sale operatorie, oltre 100 pubblicazioni scientifiche negli ultimi 12 mesi. Almeno 600 le persone

al lavoro. E un traguardo appena superato: quello dei 1.000 trapianti. «Il primo, nel 1999, fu un fegato» ricorda il direttore Bruno Gridelli. L'Ismett, nei giorni scorsi, oltre a festeggiare il millesimo paziente ha ospitato anche un convegno su tutte le novità nel campo dei trapianti. Soprattutto di fegato, dal momento che ancora oggi il 60,5 per cento degli interventi riguarda proprio questo organo.

Le statistiche nazionali però rimangono severe ed essere chiamati per l'operazione non è affatto scontato. Lo dice l'ultimo rapporto del Centro nazionale

9.453

gli italiani in lista di attesa per un trapianto (al 30 giugno 2010).

➔ **FATTI**

PANORAMA
28 ottobre 2010

173

L'ITALIA DEI PRIMATI | **SUCCEDE A PALERMO**► **ORGANO PER ORGANO FINO AL MILLESIMO**

Ecco cosa si è fatto all'Ismett dal 1999 al 2010

**Festeggiato speciale**

Ventisei mesi in lista d'attesa, sospeso tra angoscia e speranza. Giovanni Pignatelli, 46 anni, avvocato bolognese, è il paziente numero 1.000 dell'Istituto mediterraneo di Palermo: da poco ha ricevuto il trapianto dei polmoni nell'unico centro, da Roma in giù, specializzato nel settore. Con emozione, racconta le tappe della malattia: «Da bambino mi diagnosticarono la fibrosi cistica. A 26 anni i primi disturbi. Ma negli ultimi tempi non riuscivo più a camminare, nemmeno a giocare con mia figlia». Quindi, la ricerca di cure anche fuori regione. E lo «sbarco» in Sicilia: «Gli operatori dell'Istituto e mia moglie non mi hanno mai fatto sentire solo, anche quando tutto sembrava perduto».

trapianti (Cnt): 9.453 ammalati in lista per l'operazione. Tra questi, oltre 1.362 hanno malattie al fegato. Le più diffuse sono cirrosi epatica (nella fase terminale di scompenso) e cancro epatico, cui si aggiungono l'epatite acuta fulminante e patologie che si manifestano nei bambini, a volte dalla nascita.

Fra l'iscrizione in lista e l'intervento passano in media due anni. Nel primo semestre 2010 la mortalità ha colpito il 6,2 per cento dei pazienti. «E al Sud la media sfiora il 20» avverte Fulvio Calise, che con Oreste Cuomo dirige il Centro trapianti di fegato al Cardarelli di Napoli. «Per ridurre i decessi, noi medici abbiamo concordato una strategia. Operiamo, è la novità, solo quei pazienti che hanno un punteggio di gravità sopra 15 nella scala Meld. In pratica, alla più bassa probabilità di sopravvivenza si fa corrispondere la più alta possibilità d'intervento, un modo per coniugare la chirurgia con un principio etico di giustizia».

Cambia anche la mentalità nella scelta dei donatori, così da recuperare organi che fino a qualche anno fa erano considerati non utilizzabili. «L'età dei donatori oggi è sempre più avanzata» spiega Franco Filippini, direttore del Centro trapianti di fegato all'Università di Pisa. «Il ricorso a ultraottantenni è ormai una realtà per molti pazienti. Soprattutto nel caso del fegato, un organo che meno di altri subisce i danni dell'invecchiamento». Il centro di Modena

vanta il primato mondiale: «Abbiamo impiantato l'organo di un 97enne» riferisce il direttore Giorgio Gerunda.

L'ultima frontiera negli interventi comunque non risolve il più annoso dei problemi: far crescere la cultura della donazione in Italia. La percentuale delle opposizioni è del 29,7 per cento. In Sicilia è un record negativo: il 55,6.

«Il divario tra regioni potrà essere colmato solo con campagne di informazione e interventi che sostengano il lavoro delle rianimazioni, che sono un nodo centrale nel processo di donazione e prelievo degli organi» suggerisce Gridelli. Una delle campagne più recenti è quella dell'Associazione nazionale trapiantati epatopatici, con lo slogan «La donazione moltiplica la vita».

Una volta trovato il donatore, il fegato malato è rimosso e quello funzionante viene posto nell'addome segnato da una grande incisione, detta «a Mercedes», perché nella forma ricorda il simbolo della casa automobilistica. «È fra gli interventi più complessi e con un indice di mortalità che arriva al 5-8 per cento» avverte Umberto Cillo, direttore del Centro trapianti di fegato a Padova. «Ma i rischi sono stati ridotti grazie ai progressi nella chirurgia, nell'anestesia e nei farmaci». I risultati in Italia sono positivi: il 75 per cento dei pazienti è in buone condizioni dopo 5 anni.

Esiti soddisfacenti si hanno anche con altre tecniche. Lo «split liver», per esempio: si divide in due parti il fegato pre-

► **FATTI**

L'ITALIA DEI PRIMATI | **SUCCEDE A PALERMO****Immagini di felicità**

Su Facebook le foto del piccolo Alessandro, trapiantato di fegato a soli 19 mesi. Ora sta bene e cresce sano.

**Un fegato per due**

Un organo diviso a metà per salvare due ammalati. Tra questi c'è il piccolo Alessandro. «Che a 19 mesi ha trascorso la metà dei suoi giorni in ospedale» dice suo padre Giuseppe Ghezzi. Ittero dalla nascita, la diagnosi conferma il timore dei genitori: atresia alle vie biliari, una malattia congenita. Seguono due interventi. E il trapianto di fegato al Policlinico di Padova. «La chiamata è arrivata a meno di 30 giorni dall'iscrizione in lista». Per i bambini i tempi d'attesa si sono ridotti con lo «split», la tecnica di divisione dell'organo prelevato da cadavere. Solo una parte del fegato è stata impiantata nell'esile corpiccino, l'altra parte in un adulto. «Speriamo di essere alla fine di questo travaglio» si augura il papà, sostenuto dall'Associazione Sofia, importante riferimento per le famiglie nel Veneto e in Italia.

Cuore da medaglia

Una medaglia d'argento e una di bronzo conquistate a meno di un anno dall'intervento di trapianto di cuore. Lo sprint ai campionati europei dei trapiantati, Dublino 2004. Paolo Guadagno è stato il corridore italiano più veloce nei 100 e nei 400 metri. E il 34enne, perito elettrotecnico specializzato in informatica, continua ad allenarsi. «Il mio successo personale dipende dal trapianto realizzato all'ospedale Monaldi di Napoli» dice il giovane e sottolinea: «A distanza di anni i miei amici hanno quasi dimenticato che ho subito un'operazione così delicata. Ma non devono dimenticare l'importanza della donazione degli organi per consentire anche ad altri ammalati di ricominciare a correre».

levato, in modo da dare una speranza a un adulto e a un bambino.

Da usare come risorsa aggiuntiva, e non sostitutiva alla donazione da cadavere (è l'indicazione dell'Unione Europea), è la tecnica di trapianto da vivente, adottata nel 1997 per la prima volta a Padova. Tra i vantaggi, la possibilità di programmare l'intervento. Gli svantaggi sono i potenziali rischi per il donatore (raramente fatali, ma ci sono complicanze nel 25-35 per cento dei casi).

A Palermo una madre quest'anno ha ceduto il lobo sinistro del fegato alla sua bambina di appena 10 mesi, l'espanto è stato effettuato in laparoscopia. «L'uso di questa tecnica miniinvasiva» spiega Gridelli «rende l'intervento più tollerabile e sicuro». Per abbassare ancora di più gli eventuali rischi chirurgici all'Ismett è operativo il Centro Fiandaca: cinque manichini ad alta tecnologia lamentano sintomi uguali a quelli di un malato in carne e ossa, gli operatori sanitari li utilizzano per affinare la tecnica prima di entrare in sala operatoria.

La ricerca intanto ha permesso di introdurre altre terapie per limitare il più possibile il rischio di rigetto e di recidiva. Diversi studi, per esempio al Policlinico di Modena, hanno mostrato che bloccare una proteina (chiamata mTor) può evitare lo sviluppo e la progressione di numerosi tipi di tumore.

«Il farmaco più recente è l'everolimus che agisce sulla proteina presente nelle cellule tumorali» dice Gerunda. «Da un

anno questa terapia non è più sperimentale: si è dimostrata efficace quanto il farmaco ciclosporina anche nel prevenire il rigetto, e ha un'incidenza più bassa di danni renali».

Non solo, è stato presentato un nuovo farmaco per prevenire la reinfezione dell'epatite B. Subito dopo il trapianto i pazienti devono infatti assumere immunosoppressori, in aggiunta ad anticorpi monoclonali e antiproliferativi. Però gli ammalati afflitti da cirrosi da virus B devono prendere a vita anche un antivirale specifico e le immunoglobuline. Il nuovo farmaco è un'immunoglobulina (lo zutectra) iniettabile sottocute una volta a settimana, anche a domicilio. Così ci si può curare da soli.

Peccato che un terzo dei pazienti, lo riporta uno studio del Centro trapianti di Pisa, dimentica di seguire le prescrizioni mediche, non tutti smettono di fumare, due su dieci ricominciano a bere alcolici. «L'errore più comune che il paziente commette è credere che lo stile di vita non conti per il successo del trapianto» si rammarica Filippini. Invece è fondamentale quanto le medicine.

Messaggio importante che verrà ricordato in occasione di un'altra «festa dei trapianti», il 17 novembre a Padova, dove si celebreranno i 20 anni dal primo trapianto di fegato nel Nord-Est, e si raccoglieranno fondi (www.associazionesofia.it) per migliorare l'assistenza ai bambini colpiti da gravi malattie epatiche. ■

2.854

il numero dei trapianti effettuati in Italia dal 1992 (dati aggiornati al 31 agosto 2010).

→ **FATTI**176 PANORAMA
28 ottobre 2010

SALUTE

Alle origini del cancro

Per scoprire di quali malattie si moriva più di tremila anni fa, l'egittologa Rosalie David e l'antropologo Michael Zimmerman hanno esaminato migliaia di studi su scheletri antichi e su mummie. Con sorpresa hanno individuato un solo caso di tumore. E ne hanno concluso, sulle pagine della **Nature Review Cancer**, che il cancro è una malattia moderna, fabbricata dall'uomo, causata dall'inquinamento e dallo stile di vita. Molti ricercatori criticano queste conclusioni, ricordando che in natura ci sono diversi cancerogeni, come le radiazioni uv, la radioattività e i virus tumorali. Inoltre le mummie e gli scheletri esaminati erano quasi tutti di persone con meno di 50 anni.

Alle origini del cancro

Scienze, Rosalie David

Antidolorifici ammorzi

Diavolo? Anad O'Connor

Moderare la dolcezza

Neuroscienze
Lode al multilinguismo

Scienze

Diavolo? Anad O'Connor

Moderare la dolcezza

