

Rassegna del 23/12/2009

GLAMOUR - Mestruazioni, addio al dolore - Bortolato Claudia	1
ESPRESSO - Super pillola d'emergenza - Sarno Adele_Giorgia	3

salute guida
di Claudia Bortolato

mestruazioni, addio al dolore

Potete dirlo in tre mesi, in poche settimane o in un giorno. Noi vi mettiamo a disposizione un gruppo di esperti e cinque piani strategici collaudati.

La dismenorrea (è questo il termine tecnico per indicare il ciclo doloroso) colpisce una donna su due. La terapia più efficace è senz'altro la pillola anticoncezionale monofasica (che ha lo stesso dosaggio ormonale per tutto il ciclo). Recentemente ne è stata messa a punto una a base di estradiolo naturale e quasi priva di effetti collaterali. **Ma per chi non volesse o potesse, comunque, assumerla che alternative ci sono?** Lino Del Pup, ginecologo, Ottavio Iommelli, medico agopuntore e fitoterapeuta, Ascanio Polimeni, endocrinologo e nutrizionista, ce le hanno esposte e noi le abbiamo tradotte in una tabella. Esaminatele e cercate la più adatta, anche in considerazione del tempo che volete impiegare. Prima, però, inquadrriamo il problema in termini più ampi. «Responsabili della dismenorrea

Cosa & quando

	COSA	COME E QUANDO	PERCHÉ	LIMITI	NOTA BENE
TRE MESI PRIMA	BIOENERGETICA È una tecnica psicosomatica basata su un presupposto molto semplice: i nostri malesseri sono provocati da blocchi energetici. Con dei massaggi appropriati i blocchi vengono rimossi e il malessere si attenua fino a scomparire.	Ci vogliono circa tre mesi (al ritmo di almeno un massaggio a settimana) per avvertire dei benefici significativi. La bioenergetica però prevede anche esercizi di automassaggio che si imparano e si praticano autonomamente.	Si lavora sui tessuti che ricoprono gli organi e le strutture del basso ventre, dell'osso sacro e del bacino, in modo da favorire un maggiore afflusso di sangue e il riassorbimento (nonché l'attivazione energetica) nella zona genitale.	Gli esercizi e i massaggi di bioenergetica non hanno alcuna controindicazione. La loro efficacia varia molto però a seconda della predisposizione individuale.	È una ginnastica che può essere praticata tutta la vita e rappresenta una buona forma di prevenzione anche per altri disturbi della zona genitale e pelvica.
UN MESE PRIMA	ORMONI AD HOC La dismenorrea è spesso associata alla carenza di alcuni ormoni, in particolare del pregnenolone, che è un precursore degli estrogeni e del progesterone.	Per "sanare" un deficit da pregnenolone ci sono due strade. Lo si può assumere come integratore (sotto controllo medico) oppure possiamo aiutare il nostro corpo a produrlo. Come? Consumando regolarmente i cibi che ne stimolano la sintesi: carne, latticini e uova.	Il pregnenolone è un miorilassante. Agisce sul sistema nervoso, contribuendo ad allentare l'ansia ma, soprattutto, riduce la contrazione muscolare. In questo senso, contrasta l'azione delle prostaglandine sull'utero.	L'equilibrio ormonale è estremamente delicato e quindi gli integratori a base di ormoni vanno assunti con la massima cautela. Il pregnenolone, in particolare, è controindicato se si ha meno di 25 anni o si soffre di acne.	L'eccesso di proteine animali può intossicare l'organismo. Mangiare carne e uova regolarmente non vuol dire abbuffarsene o consumare solo quelle. Nella dieta non devono mancare cereali, frutta, verdura e legumi.

FOTO MARTA

	COSA	COME E QUANDO	PERCHÉ	LIMITI	NOTA BENE
15 GIORNI PRIMA	FITOTERAPIA È una pratica terapeutica che si avvale di principi attivi esclusivamente vegetali. I fitoterapici più indicati per trattare la dismenorrea sono l'estratto secco di achillea e l'olio di enotera.	L'achillea si prende in compresse, l'olio di enotera in perle. Entrambi si dovrebbero assumere (nei dosaggi indicati dal fitoterapeuta) a partire da due settimane prima del ciclo, proseguendo poi per un'altra settimana.	Nell'achillea troviamo l'azulene, una sostanza che ha la proprietà di rilassare la muscolatura dell'utero. L'enotera è una fonte di acido gamma-linoleico: una carenza di questa sostanza innesca i sintomi della sindrome premenstruale.	Entrambe le sostanze possono dar luogo a reazioni allergiche. L'achillea, in particolare, aumenta la nostra sensibilità alla luce solare: bisogna tenerne conto in estate e in condizione di grande luminosità.	L'associazione di questi fitoterapici permette di attenuare il dolore ma anche, nel tempo, di ridurre l'intensità e la durata degli episodi acuti. Per ottenere risultati migliori e stabili la cura andrebbe protratta per almeno 3 mesi.
1 SETTIMANA PRIMA	AGOPUNTURA E MOXATERAPIA Due tecniche distinte basate sullo stesso presupposto: la stimolazione (con un ago o con il calore derivato dalla combustione di un vegetale) dei meridiani energetici per riportare il corpo in condizione di equilibrio.	Due o tre sedute ravvicinate, nella settimana che precede l'inizio del ciclo, sono sufficienti per attenuare i sintomi della dismenorrea. Per fare prevenzione ci vogliono almeno 8/10 sedute (due alla settimana).	Agopuntura e moxa da un lato stimolano la produzione di endorfine, antidolorifici naturali che calmano gli spasmi in fase acuta, dall'altro ripristinano l'equilibrio energetico e ciò permette di modulare la produzione di prostaglandine.	Non ci sono controindicazioni. In questo caso, però, l'efficacia della cura dipende tutta dalla competenza dell'agopuntore.	Oltre a quelle premenstruali, nel corso dell'anno si può prevedere un ciclo più intenso di sedute (dieci nell'arco di cinque settimane). In questo modo si lavora anche sul piano della prevenzione.
IL GIORNO STESSO	FARMACI E se il dolore si fa sentire lo stesso? Ricorrete a un antidolorifico. Ok quelli a base di naprossene, ketoprofene o ibuprofene. No invece all'acido acetilsalicilico: è un fluidificante e può dare luogo a reazioni emorragiche.	L'ideale sarebbe prenderli alle prime avvisaglie del dolore, così si può evitare di alzare i dosaggi. In caso di sofferenza acuta, una buona idea è ricorrere al principio attivo a cui si è meno abituati: le chance di efficacia sono superiori.	Sono molto efficaci e danno un sollievo quasi immediato. Funzionano perché contrastano la secrezione delle prostaglandine che, come abbiamo visto, sono le "responsabili" delle contrazioni dell'utero e, dunque, degli spasmi.	Agiscono solo sul sintomo. Il ricorso sistematico agli antidolorifici è sconsigliato a chi soffre di stomaco. Queste molecole infatti possono provocare disturbi gastrointestinali.	Non bisognerebbe assumerli per più di un paio di giorni. D'altra parte il picco massimo di dolore dovrebbe presentarsi proprio nei primi due giorni del ciclo.

sono le prostaglandine, sostanze simili agli ormoni che inducono le contrazioni dell'utero e l'espulsione dell'endometrio. Se sono troppe cominciano, appunto, i... dolori!», spiega Del Pup. «Ma **crampi, fitte, nausea durante il ciclo possono essere anche la spia di patologie specifiche come endometriosi e fibromi. Si parla allora di dismenorrea secondaria.** Oltre che sul dolore si dovrà intervenire sulla causa scatenante. È fondamentale rivolgersi a uno specialista per avere una diagnosi accurata». Occhio, poi, all'alimentazione. «Una carenza di sali minerali, in particolare calcio e magnesio, accresce l'intensità dei crampi e la percezione del dolore», spiega Polimeni. «Buone fonti di calcio sono latticini e agrumi, mentre il magnesio si trova nei cereali integrali e nella frutta secca».

Fare la diagnosi

- Per scoprire le cause della dismenorrea secondaria sono necessari accertamenti che vanno al di là della normale visita ginecologica.
- Quelli classici sono: Pap test, tampone vaginale, ecografia e analisi del sangue. Ma in alcuni casi può essere necessario eseguire anche una laparoscopia.
- Si tratta di un esame piuttosto complesso che richiede il ricovero ospedaliero, anche se in day hospital, e l'anestesia generale: permette al medico di esaminare con una microtelecamera gli organi pelvici e addominali.

ANTICONCEZIONALI di Adele Giorgia Sarno

SUPER PILLOLA D'EMERGENZA

È un nuovo contraccettivo d'emergenza, che si può assumere fino a cinque giorni dopo un rapporto considerato a rischio. In Francia, in Germania e nel Regno Unito, dove è già in vendita, è stata ribattezzata la "pillola del dopodomani" e permette di evitare una gravidanza indesiderata, proprio come la cosiddetta "pillola del giorno dopo", il levonorgestel, già in uso in Italia. Ma ha un'efficacia che supera le 72 ore ed è costante fino a 120.

La pillola del dopodomani si basa su un nuovo principio attivo, l'ulipristal acetato, che impedisce la gravidanza (non la interrompe) inibendo l'azione del progesterone, l'ormone sessuale che determina i tempi dell'ovulazione e prepara la parete uterina ad accogliere l'ovulo fecondato. È un'unica compressa e per assumerla è necessaria la prescrizione medica.

Due studi clinici hanno dimostrato che la nuova molecola funziona. Nel test principale, il farmaco è stato somministrato a 1.533 donne, con un'età media di 24 anni. Tutte lo avevano chiesto nei 2-5 giorni successivi al rapporto non protetto. Stan-

do ai risultati, pubblicati sulla relazione di valutazione dell'Agenzia europea per il farmaco, meno del 5,5 per cento delle donne che prevedibilmente avrebbero avuto

una gravidanza se non avessero assunto alcun anticoncezionale, non l'hanno evitata. L'altro studio ha testato la pillola entro due giorni dal rapporto e ne conferma anch'esso l'efficacia. Gli effetti indesiderati più comuni, osservati in una paziente su dieci, consistono in dolori addominali e disturbi del ciclo.

Perché il prodotto arrivi in Italia, bisognerà attendere. Infatti, nonostante il via libe-

ra alla commercializzazione della Commissione europea sia giunto il 15 maggio, la pillola del dopodomani sarà a disposizione anche nel nostro Paese a partire dal secondo semestre del 2010. Così stima Rossella Nappi, ginecologa della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Pavia, ma visto cosa accade ai farmaci antigravidanza nel nostro Paese, meglio aspettare per credere.



L'esperto. Parla Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Iss

L'immunizzazione è la difesa migliore

«Sconcerta un'adesione così bassa alla campagna vaccinale contro l'influenza A da parte delle persone a rischio, come i malati cronici gravi. Per loro i vaccini rappresentano un beneficio enorme: come possono pensare che siano più pericolosi del rischio che corrono non vaccinandosi?» Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, non nasconde la sorpresa per il flop della campagna vaccinale. E avverte: «Non sappiamo cosa accadrà dopo Natale. L'inverno è ancora lungo: non si esclude una seconda ondata ed è possibile che il virus H1N1 circoli con quelli dell'influenza stagionale. Continuare a vaccinarsi è importante».

Per l'esperto, lo scetticismo dei medici «è un problema antico: quelli che si vaccinano contro l'influenza stagionale non hanno mai superato il 10-15% del totale». Ma questo non è stato l'unico fattore dissuadente. «Ha pesato molto anche il fatto che il picco è stato rapido e precoce e molti hanno pensato: allora perché devo vaccinarsi?». Ecco, perché vaccinarsi? Secondo Rezza, il virus A/H1N1 «non scompare». «Non sappiamo - spiega l'epidemiologo - cosa accadrà dopo Natale, un periodo in cui cambiano le abitudini e c'è un mixing di popolazione. In passato è successo che dopo la pausa natalizia riaumentasse la circolazione virale e si innalzasse l'età delle persone colpite. È stato quanto mai oppor-

tuno estendere l'offerta di vaccini anche agli anziani».

Rezza non vuole fare bilanci. A suo avviso le somme della pandemia, che per alcuni esperti statunitensi potrebbe rivelarsi la «più lieve della storia», potranno tirarsi soltanto in primavera. Gli elementi certi sul virus per ora sono tre: «Il potenziale pandemico c'era. La letalità è bassa ma tende a concentrarsi in fasce d'età più giovanili rispetto alla stagionale. Può circolare e diffondersi molto rapidamente ma altrettanto rapidamente il picco tende a scendere. Come gli altri virus influenzali rimane nella popolazione, tanto che si pensa già a inserire questo ceppo nel vaccino antinfluenzale dell'anno prossimo».

I dubbi sulla sicurezza delle vaccinazioni sono l'altro grande fattore che ha ostacolato il decollo della campagna. «Infondati», replica Rezza: «Gli effetti collaterali sono sovrapponibili a quelli registrati con i vaccini stagionali. La disinformazione, specie su Internet, è stata forte. Detto questo, è chiaro che nessun farmaco è sicuro al 100%». Per l'esperto non è stato commesso alcun errore strategico: «Oggi qualcuno vuole mettere l'Oms sul banco degli imputati ma nessuno poteva sapere ad aprile quanto e come l'infezione si sarebbe diffusa. Le scelte globali erano obbligate. E l'Italia si è mossa con cautela e onestà».

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Lombardia è più in salute

Classifiche

È la regione in testa, seguita da Emilia-Romagna e Toscana. L'Associazione degli ospedali privati ha stilato la nuova graduatoria dei sistemi sanitari più virtuosi per efficienza specialistica e per gestione economica. E il Sud? Purtroppo non sta affatto bene. Però la Puglia...



CIRO FUSCO/ANSA

di LUCIA SCAJOLA

La Lombardia è in testa. Al suo fianco Emilia-Romagna e Toscana sono sul podio. Al vertice opposto invece Sicilia, Sardegna e Calabria. È questa l'ultima classifica della qualità della sanità regionale italiana (vedere il grafico in alto a destra). A stilare la graduatoria è stato Gabriele Pelissero, presidente per la Lombardia dell'Aiop, l'Associazione italiana dell'ospitalità privata. All'origine del lavoro, spiega Pelissero (che è anche il direttore scientifico del Policlinico San Donato di Milano), «c'è la voglia di raccontare come stanno realmente le cose e di respingere il pregiudizio ideologico contro l'ospitalità privata».

Per colmare lacune e sancire successi, il professore ha presentato il rapporto annuale dell'Aiop in cui evidenzia, dati alla mano, «l'eccellenza del modello

sanitario lombardo», il più efficiente d'Italia, secondo i suoi calcoli «oggettivi e misurabili da tutti».

Il piazzamento della Lombardia in vetta alla classifica, sempre secondo Pelissero, che insegna igiene e organizzazione sanitaria all'Università di Pavia, «dipende anche da una vera complementarità fra le strutture pubbliche e quelle private, che sono il 33 per cento della rete sanitaria: circa 80 strutture che impiegano 20 mila persone».

Su questo punto il rapporto dell'Aiop fornisce un dato che può sorprendere: non spetta alla Lombardia, come qualcuno riteneva, il record di posti letto in ospedali convenzionati, bensì alla Calabria (43 per cento). Seguono Lazio, Campania, Sicilia, Abruzzo, Emilia-Romagna e Piemonte. Il maggiore incremento si sta registrando in Puglia, dove nel settore privato hanno subito una

forte accelerazione soprattutto le prestazioni specialistiche di elevato livello.

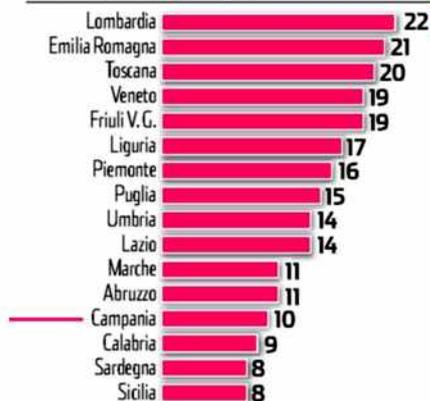
Un record, però, la Lombardia lo mantiene: per il settimo anno consecutivo risulta la meta sanitaria più attrattiva per pazienti provenienti da altre aree d'Italia: Sessantottomila sono stati i malati in trasferta nel 2008, contro i 46 mila che hanno preferito curarsi in Emilia-Romagna. Va detto peraltro che l'anno scorso, mentre la Lombardia ha visto calare del 9 per cento questo fenomeno, l'Emilia-Romagna ha segnato un incremento dell'11.

«È importante rilevare che nel caso di ricoveri in degenza ordinaria, quindi i casi clinici più seri e gravi, non si è registrata alcuna diminuzione di attrattività negli ospedali lombardi» chiarisce Pelissero. «Per i problemi sanitari complessi la Lombardia resta il punto di riferimento di tutta Italia. In particolare

Un punteggio a confronto in 20 regioni

La classifica dell'efficienza dei sistemi sanitari regionali nel 2008, stilata dall'Aiop in base a cinque parametri: dall'attrattività fino ai bilanci.

Punteggi realizzati dai sistemi sanitari regionali: i valori più elevati sono i migliori



Fonte: Aiop



lo sono le strutture private che curano il 51 per cento dei ricoverati provenienti da altre regioni» prosegue il docente, convinto che il fenomeno della mobilità sanitaria, superata la crisi economica, crescerà in tutta Europa.

Fiori all'occhiello del sistema privato lombardo, stando allo studio Aiop, sono la cardiocirurgia e l'ortopedia protesica: il 67 per cento di operazioni al ginocchio avviene all'interno di strutture convenzionate. Altro elemento forte è l'aumento di spazi per le emergenze: l'85 per cento degli istituti privati dispone di servizi di pronto soccorso, mentre nel 2007 la quota si fermava al 69. «L'ospedale convenzionato, in Lombardia, non è diverso da quello pubblico» dice Pelissero. «Il

cittadino che va in pronto soccorso non si preoccupa di capire se si sta rivolgendo a una struttura statale o meno: costi e servizi sono equiparabili».

Questa integrazione è un altro elemento che ha contribuito a piazzare la Lombardia in cima alla classifica, contraddicendo le anticipazioni di uno studio commissionato dal ministero del Welfare alla Scuola superiore S. Anna di Pisa. «Quella ricerca tiene conto di 29 indicatori» sostiene Pelissero «ma sono troppi per una sintesi attendibile». Per questo l'Aiop si è limitata a cinque parametri.

Dopo l'attrattività di pazienti da altre regioni, il secondo e il terzo sono la complessità degli interventi effettuati nelle strutture pubbliche e in quelle private, perché un conto è operare una semplice appendicite, un altro affrontare un trapianto di cuore. Il quarto si basa sulla spesa sanitaria pro capite, che è massima in Lazio e in Campania, minima nelle Marche e in Umbria. Infine, quinto indicatore prescelto è lo stato dei conti. E oggi soltanto Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia

hanno bilanci sanitari in pareggio.

Ma qual è l'utilità di queste classifiche? «Mettere a confronto le regioni non serve solo a evidenziare i più virtuosi» spiega Pelissero «piuttosto mette in luce le realtà dove è necessario intervenire». Ne è convinta anche Sabina Nuti, direttore del laboratorio di management e sanità della Scuola superiore S. Anna di Pisa, dove si sta ultimando la ricerca per il ministero. «Il nostro studio non prevede classifiche, non ci interessa dare voti» chiarisce. «Abbiamo scelto un numero elevato di indicatori per fotografare e indagare al meglio le specifiche realtà regionali. Lo scopo che ci siamo posti è migliorare il sistema e contenere fenomeni anomali: com'è possibile, per esempio, che più del 60 per cento dei parti in Campania avvenga con un taglio cesareo, quando a Bolzano sorpassano di poco il 20?».

Al di là della diversità di approccio, l'esistenza di 22 reti sanitarie diverse in Italia rende sempre più importante il confronto e necessaria la verifica neutrale. «Per questa ragione» conclude Pelissero «diventa fondamentale dotare ogni struttura ospedaliera di un sistema informativo efficiente e trasparente, che renda incontrovertibili le ricerche». ●

Eccellenza e no

In alto: a sinistra, segnali «provvisori» per il pronto soccorso dell'ospedale S. Maria di Loreto, a Napoli; a destra, un'emergenza al San Raffaele di Milano.

Corsa contro il tempo**Riforma sanità:
al Senato Usa
intesa per votare
prima di Natale**

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEW YORK - Il presidente Obama è stato costretto a rimandare la partenza per le Hawaii per le vacanze di fine anno. E migliaia tra senatori e collaboratori del Congresso si sono rassegnati a passare la vigilia di Natale a Washington. Solo ieri sera, dopo ore di negoziazioni, i leader di maggioranza e minoranza del Senato hanno raggiunto un accordo per anticipare di 12 ore il voto definitivo sulla riforma sanitaria. Lo storico evento avverrà giovedì alle 8 anziché alle 21. La determinazione dei democratici nell'arrivare all'approvazione entro Natale ha creato una situazione senza precedenti al Congresso.

«Non lascerò Washington finché i miei amici al Senato non avranno completato il loro lavoro», ha ribadito ieri Obama che in un'intervista al *Washington Post* ha risposto ai critici liberal dicendo che «il testo rispetta ogni criterio che avevo chiesto per questa legge». Al Congresso si lavora non stop per tagliare il traguardo. Lunedì i senatori sono stati convocati all'una di notte per superare l'ostruzionismo repubblicano. Il braccio di ferro è ormai tutto sull'aborto. I conservatori democratici della Camera sono infatti riusciti a escludere dalla loro versione ogni finanziamento pubblico alle compagnie assicurative che rimborsano anche le interruzioni di gravidanza. Al Senato invece i fondi sono rimasti ma vincolati a una netta separazione: le compagnie devono dividere i soldi pubblici da quelli usati per i rimborsi degli aborti.

A. Far.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Influenza. L'Antitrust avvia un'indagine nel settore dei vaccini **Pag. 22**

Farmaci. Inchiesta sulle multinazionali Sanofi Pasteur Msd e Solvay Pharma dopo la segnalazione dell'Asl di Alessandria

Indagine Antitrust sui vaccini

L'Autorità ipotizza un cartello nel mercato dei sieri per l'influenza di stagione

Manuela Perrone
Sara Todaro
ROMA

Vaccini sempre alla ribalta, anche se stavolta a guadagnarsi l'onore delle cronache non è tanto la pandemia quanto il dubbio di possibili intese tra aziende farmaceutiche per falsare la concorrenza in una gara di fornitura del normale vaccino stagionale, sul cui utilizzo non sono state mai registrate specifiche resistenze.

A finire nel mirino dell'Antitrust - che nella riunione del 16 dicembre ha avviato un'istruttoria destinata a concludersi entro il 10 febbraio 2011 - sono state la Solvay Pharma e Sanofi Pasteur Msd, in relazione allo svolgimento della gara indetta a settembre dalla Asl di Alessandria in Piemonte per la fornitura del vaccino antinfluenzale classico per la campagna 2009-2010.

A far scattare il campanello d'allarme è il procedimento notificato ieri nel corso delle prime ispezioni in collaborazione con le unità speciali delle Fiamme gialle, una segnalazione relativa al lotto di dimensioni più ampie,

per un totale di 96mila dosi. Alla prima gara erano state invitate 9 aziende ma sono pervenute solo le offerte delle due sospettate di intese restrittive della concorrenza, con un prezzo di partenza decisamente superiore a quello di un euro Iva esclusa a dose, scelto come base d'asta. Alla ga-

PANDEMIA

Il ministro Fazio avvia un piano di formazione per tutti i medici dopo il flop della campagna contro il virus A

ra successiva ha partecipato solo Sanofi Pasteur, riuscendo ad aggiudicarsi la gara successiva ad un prezzo decisamente più elevato. Un risultato che secondo il Garante della Concorrenza «può essere il frutto di un più ampio coordinamento» tra le due aziende ovvero di una intesa che potrebbe puntare addirittura a falsare la concorrenza all'interno del mercato dei vaccini antin-

fluenzali non solo in Piemonte «ma anche in altre regioni del territorio italiano» configurando persino «un pregiudizio al commercio intracomunitario». Le aziende hanno 60 giorni per dire la loro. Tra poco più di un anno se ne saprà di più.

Anche il flop della campagna vaccinale contro l'influenza A non smette di far discutere. Se per spronare i cittadini il presidente francese Sarkozy e i coniugi Obama annunciano di essersi vaccinati, da noi i camici bianchi torneranno a "studiare": il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha "benedetto" un «progetto speciale di aggiornamento informativo e formativo dei medici italiani», proposto dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici e illustrato ieri a Roma. «C'è stato un problema di non sufficiente informazione ai medici», ha ammesso Fazio. «Non possiamo accettare che non abbiano coscienza dell'importanza della vaccinazione come unica arma contro i virus». L'obiettivo dell'iniziativa è infatti ampio, come spiega il presidente della

Fnom, Amedeo Bianco: «Bisogna rafforzare il valore sociale di tutti i vaccini, la cultura della tutela della salute pubblica». Da gennaio dunque partiranno per i medici moduli di aggiornamento, anche on line, su efficacia e sicurezza dei vaccini, affidati agli Ordini provinciali.

«Con il virus A/H1N1 finora è andata bene, il primo picco è passato», ha detto il ministro. «Ma è improbabile che non torni». Fazio ha respinto il sospetto che al Governo preme smaltire le giacenze: «Non abbiamo questo problema. Siamo stati gli unici ad aver acquisito 0,4 dosi di vaccino per mille abitanti. Il Canada ne ha ordinate 1,6, la Francia 1,5, gli Usa 0,8, il Regno Unito 2,1. Dobbiamo capire che i vaccini sono gli unici strumenti per proteggere la popolazione dai virus». Gli italiani finora lo hanno compreso poco: si sono vaccinati in 750mila a fronte di 7,4 milioni di dosi consegnate alle Regioni e di 24 milioni di dosi totali che il Governo ha acquistato da Novartis per 184,8 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Intervento

Università poco efficienti La ricerca pagata dai privati

BRUNO VILLOIS

Il paese cenerentola della ricerca, improvvisamente, fornisce segni di risveglio. Almeno per la parte privata. Per la prima volta da anni emerge che anche in Italia si investe in ricerca e sviluppo. In misura addirittura superiore agli anni scorsi.

Cosa abbia generato questa inversione di tendenza è difficile a dirsi. Certo partiamo da lontano e abbiamo un forte bisogno di correre e recuperare il tempo perduto. In Italia si investe da anni meno della metà dei virtuosi dell'eurozona. Siamo appena sopra Grecia e Portogallo. Di poco tuttavia. Investire in ricerca si può se si mette in prima posizione il futuro: non quello remoto ma quello prossimo. Fare ricerca significa mobilitare risorse, alimentare occupazione, stimolare le università a competere.



Abbiamo praticamente un'Università per provincia. In vent'anni gli atenei si sono moltiplicati. Le grandi Università sono ultra popolate. Le piccole, in molti corsi di laurea, hanno un numero di studenti che si conta sulle dita di una mano. I risultati sono modesti: pubblicazioni su riviste internazionali, quelle scritte in inglese e lette ovunque, dalle università ne arrivano proprio pochine. Nelle

classifiche internazionali i nostri migliori atenei sono classificati sempre oltre il cinquantesimo posto. I contatti con le imprese sono inesistenti. Le Università assegnano commesse insignificanti, se si esclude i Politecnici di Milano e Torino, la Bocconi e qualche facoltà di eccellenza. Da decenni manca una politica mirata a dare spazio e fondi alla ricerca. Eppure il parlamento pullula di docenti universitari, molto più interessati a istituire nuove sedi, piuttosto che definire un grande progetto Paese, dotato di risorse e agevolazioni per chi investe in ricerca. Di tutto questo non vi è traccia dal dopo guerra ad oggi.



In quasi tutti gli altri paesi di Eurolandia, chi investe in ricerca viene premiato: in alcuni casi con detrazioni integrali dal reddito sia d'impresa che di persone. In altri lo Stato contribuisce con pari importo alla ricerca finanziata dal privato. Da noi, timidamente, si è cominciato con

crediti d'imposta. Manca la sensibilità alla ricerca. Basta pensare ai progetti biomedici. Ormai sono tutti finanziati da iniziative mirate alla raccolta di uno o più euro attraverso la televisione e la disponibilità dei cittadini all'obolo. Tumori, malattie genetiche,

cardiovascolare, si alternano nei vari palinsesti televisivi per ottenere quel minimo indispensabile per poter continuare nei progetti in corso, dubito che tutti insieme raccolgano con la sottoscrizione televisiva oltre 100 milioni l'anno, a cui si aggiunge l'otto per mille che, però, nella maggioranza dei casi viene devoluto alla Chiesa.

Sviluppo, competizione, università e ricerca sono una sequenza irrinunciabile per essere alla pari con il resto del mondo avanzato.

Ogni Finanziaria dovrebbe avere una voce specifica dedicata alla ricerca con fondi destinati alle università che dimostrano di farla. Si dirà così il nord la fa da mangia tutto e il solito meridione becca le briciole, così non sarebbe se invece di proliferare sedi secondarie i primi 4 o 5 atenei del sud aprissero laboratori e assumessero ricercatori offrendo loro contratti duraturi e remunerati, molte sarebbero le imprese che guarderebbero nella direzione meridionale.



L'Italia ha pagato meno di altri la crisi, la disoccupazione è stata contenuta dagli ammortizzatori sociali saggiamente attivati in abbondanza dal governo, le imprese hanno rallentato ma almeno



fino ad oggi il sistema produttivo ha retto; per farlo ripartire, con il vento in poppa, serve una forte spinta all'innovazione. La ricerca è la madre dell'innovazione e ovunque nel mondo i migliori ricercatori lavorano presso le università. Investire in entrambi non solo è saggio ma indispensabile. Un miliardo investito in ricerca ne produce multipli infiniti, per occupazione diretta ed indiretta, per nuove linee di produzione, per prodotti di avanguardia. Fino a dieci anni fa eravamo i numeri uno nel design, nel fashion, nel gusto. Per riuscirci meglio di prima servono solo risorse pubbliche e incentivi per i privati mirati a produrre ricerca e qualificare le università. È tempo di farlo senza si o ma.

letterine

Dacci una scienza più ricca

Caro Babbo Natale, se fossi più giovane ti chiederei più soldi per la ricerca, in modo da permettere a tanti giovani di talento di seguire la loro inclinazione e lavorare nel meraviglioso mondo della scienza. Non solo soldi, anche strutture, piani di finanziamento pluriennali e uno sviluppo delle carriere che diano un minimo di tranquillità alle persone e un'impressione di stabilità all'intero sistema. Ma ora non mi basta più.

Vorrei che tu regalassi a tutti gli italiani un cambio di atteggiamento riguardo alla scienza. Che, da decenni ormai, è di disinteresse, se non di più o meno velato disprezzo. Così non si va da nessuna parte, anche perché il mondo nel frattempo ha capito sempre più l'importanza della scienza e della tecnica e vi ha investito in denaro, persone e competenze. Invece, da noi, filosofi, teologi e opinionisti opportunisti fanno a gara a cercare di sminuire il valore conoscitivo della scienza: che se non garantisce la verità, ci offre una serie impressionante di certezze delle quali non è più lecito dubitare: gli atomi sono fatti di protoni, neutroni ed elettroni, e i caratteri biologici degli esseri viventi sono portati dal dna presente in ognuna delle loro cellule. Non ci sono argomentazioni e sofismi che tengano.

Tutto ciò ha portato una messe incredibile di applicazioni pratiche, dall'iPod ai test genetici. Per non parlare dei risvolti sulla salute. Ecco, non sarebbe male che tra i pacchi ce ne fosse uno ricco di queste considerazioni.



Cancro**Staminali al palo**

Neppure le temutissime staminali tumorali, che secondo molti sono alla base dell'intera cancerogenesi, sono invincibili. Con lo strumento giusto potrebbero soccombere, né più né meno di qualunque altra cellula colpita nei suoi gangli vitali. La scoperta di un farmaco efficace in modo specifico sulle staminali è stata annunciata su "Cell". I ricercatori del Massachusetts Institute of Technology di Cambridge guidati da Piyush Gupta

hanno messo a punto un sistema per modificare geneticamente alcune cellule epiteliali fino a ottenere una coltura di cellule diverse, con molte delle caratteristiche fondamentali, qualificanti delle staminali tumorali. Quindi hanno testato su di esse oltre 16 mila composti, selezionandone 32. Di questi, la salinomicina è risultata essere il più attivo tanto in vitro quanto in animali nei quali era stato fatto crescere un tumore mammario. Nessuno, al momento, può dire se potrà essere usata nella donna, ma la strada è segnata. Agnese Codignola

“La molecola va ma chi la vuole?”

Attacco al pancreas

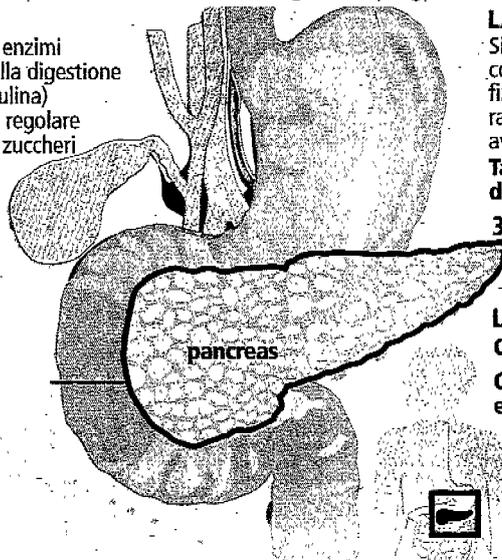
Ogni anno il cancro del pancreas colpisce circa 60 mila persone in Europa e 32 mila negli Stati Uniti: a seconda dell'estensione del tumore al momento della diagnosi la prognosi è considerata generalmente grave

LE FUNZIONI

Produce una serie di enzimi che contribuiscono alla digestione e ormoni (come l'insulina) che contribuiscono a regolare il metabolismo degli zuccheri

CAUSE E FATTORI DI RISCHIO

Fumo
Dieta ricca di grassi animali
Diabete
Eccesso di alcol
Inquinamento chimico



LA MALATTIA

Si manifesta con sintomi minori, fino a quando raggiunge uno stadio avanzato

Tasso di sopravvivenza: 3-6%

LE TERAPIE

Chirurgia
Chemioterapia e radioterapia

LA RICERCA

Lo studio di Laura Soucek, pubblicato su «Nature Medicine», dimostra che l'inibizione dei «mastociti» - le cellule infiammatorie spesso coinvolte nelle allergie - può bloccare i vasi sanguigni del tumore, causandone la regressione

Personaggio

VALENTINA ARCOVIO

La maledizione del brevetto mancato

E' un altro passo sulla via per battere il cancro. Peccato che nessuna azienda farmaceutica ritenga proficuo investire euro o dollari sonanti. Il motivo è semplice: su quella molecola non si possono fare brevetti e quindi non ci sarebbero ritorni da un eventuale investimento.

La regola delle «companies» è chiara: nessun brevetto, nessun gua-

dagno. Anche se quel futuro farmaco potrebbe salvare tante vite. A raccontare questo paradossale meccanismo è Laura Soucek, cervello italiano emigrato negli Usa e ora ricercatrice all'Università della California di San Francisco (Ucsf). Lei è la «mamma» di questa promettente molecola - chiamata «Omomyc» - che in una serie di test si è rivelata essere in grado di «disarmare» i tumori.

«Credevo che non appena avessimo pubblicato i risultati delle nostre scoperte sulla molecola - spiega - sarebbero piovute tante richieste per trasformarla in un farmaco. Eppure, non c'è stata nessuna dimostrazione d'interesse». La colpa - ammette - è legata a un eccesso d'entusiasmo, complice anche un po' di ingenuità. Laura e i suoi colleghi, infatti, non hanno pensato a un dettaglio determinante: non basta che un farmaco funzioni contro una determinata malattia, ma per essere realizzato e diffuso

dev'essere remunerativo.

«Quando pubblici i risultati di una scoperta - dice Laura - non puoi più brevettarla. E, se non hai un brevetto, nessuna azienda vuole rischiare di produrre qualcosa su cui non può guadagnarci in esclusiva. La nostra colpa, quindi, è stata quella di non aver voluto rallen-



tare la ricerca e di aver voluto mettere subito a disposizione di tutti le nostre conoscenze».

Così, ora, non ci sono gli sponsor, e quindi i soldi, per trasformare «Omomye» in una cura. Ancora una volta la ricercatrice italiana ha trovato un muro di indifferenza. Ancora una volta perché, da quando è iniziata la sua carriera da ricercatrice, Soucek si è imbattuta in una serie di ostacoli che le hanno impedito di esprimere tutto il suo talento. Dopo essersi laureata all'Università La Sapienza di Roma con il massimo dei voti, durante il dottorato in Genetica e Biologia Molecolare ha creato «Omomye» insieme con l'Istituto di biologia e patologia molecolari (Ibpm) del Cnr. Un risultato che da solo avrebbe dovuto garantirle le chiavi di un laboratorio e uno stipendio da vera scienziata. Eppure, a Laura è stato riservato tutt'altro trattamento. «Mi sono ritrovata con uno stipendio ridicolo, mille euro al mese, e contratti di 3 mesi in 3 mesi. E poi non mi sono stati offerti né fondi e né i mezzi per dimostrare il valore di «Omomye»».

Così - prosegue - «ho deciso di imbarcarmi per un'avventura che allora pensavo sarebbe durata soltanto un anno. Sono andata nel laboratorio di Gerard Evan, al Centro di Ricerca sul Cancro della Ucsf, con una borsa di studio del Cnr. Poi sono stata assunta

dall'Università di San Francisco e sono rimasta molto di più di quanto avrei immaginato». Ed è proprio lì che ha scoperto un altro modo di fare ricerca, con mezzi e stipendi migliori. «Qui se sei bravo - dice - ti premiano, una logica semplice, ma che in Italia è rara». Così in due anni ha pubblicato due importanti articoli. Il primo, su «Nature Medicine», è uno studio sui modelli di cancro al pancreas, in cui è stato dimostrato che l'inibizione dei «mastociti» - le cellule infiammatorie spesso coinvolte nelle allergie - è sufficiente a bloccare i vasi sanguigni del tumore, causando la regressione. Il secondo, su «Nature», riguarda l'inibizione di un oncogene - gene che promuove la crescita dei tumori - chiamato «Myc»: «I nostri risultati dimostrano che inibirlo può avere straordinari risultati nella cura del cancro al polmone».

Adesso - si consola la ricercatrice - «non resta che una soluzione. E' quella di progettare una molecola identica a «Omomye», ma più piccola, per poterla brevettare e, finalmente, attirare l'attenzione delle aziende». Un'altra idea brillante, che stavolta - si augura Laura Soucek - non resti soltanto sulla carta.

Chi è Laura Soucek Biologa molecolare

RUOLO: E' RICERCATRICE AL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA DELL'UNIVERSITA' DELLA CALIFORNIA DI SAN FRANCISCO (UCSF)

IL SITO DELLA UNIVERSITY OF CALIFORNIA-SAN FRANCISCO:

[HTTP://WWW.UCSF.EDU/](http://www.ucsf.edu/)

IL NEUROBLASTOMA

“Scoperto
il complice
della morte
di tanti bimbi”

PAOLA MARIANO

Spiragli di luce nella cura di un tumore che si porta via molte giovanissime vite e contro il quale poco si può fare: il neuroblastoma, che colpisce il sistema nervoso periferico. Un lavoro di Lorena Passoni e coordinato da Roberto Luksch del reparto di oncologia pediatrica della Fondazione Irccs-Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha approfondito il ruolo di una proteina chiave, «Alk»: proprio questa potrebbe essere complice del 90% dei casi della malattia a uno stadio avanzato.

Publicato su «Cancer Research», e finanziato in gran parte dalle associazioni «Fondazione Neuroblastoma» e «Bianca Garavaglia», il lavoro è stato svolto in collaborazione con l'Istituto Gaslini e l'Istituto Tumori di Genova. Si dimostra, per ora in provetta, che, inibendo «Alk», le cellule malate muoiono. «Cerchiamo di capire i meccanismi d'azione - spiega Passoni - e siamo alla ricerca di molecole specifiche capaci di inibire «Alk» e che possano essere usate sui pazienti».

Il neuroblastoma, che in Italia registra 120 nuovi casi l'anno, è un tumore del sistema nervoso periferico che si sviluppa vicino ai reni e, nel 70% dei casi, al momento della diagnosi ha già prodotto metastasi. L'età media della diagnosi è appena due anni e

il tumore colpisce di solito i bimbi sotto i sette anni. Nel mondo si è alla ricerca di bersagli farmacologici per annientare questo male e - precisa Passoni - «Alk», che è un recettore cellulare, era già entrata nella lista dei sospetti, perché le mutazioni a suo carico erano state legate ad alcuni casi di neuroblastoma. Così, il team italiano ha studiato «Alk» nei tessuti tumorali di 82 pazienti.

In questo modo ci si è accorti che la proteina è in eccesso nelle cellule tumorali e che le quantità crescono all'aggravarsi del tumore. «Alk» - spiega la ricercatrice - è presente nel tumore di più del 90% dei pazienti con malattia avanzata e metastatica. L'ipotesi è che sia importante durante lo sviluppo embrionale, dove deve avere un ruolo chiave nella formazione del sistema nervoso». Ma poi, dopo la nascita, dovrebbe smettere di funzionare. Invece nei malati, per motivi non noti, «Alk» resta accesa, e in quantità eccessive, e, così facendo, probabilmente apre le porte al cancro.

Al momento, a Philadelphia, sono in programma sperimentazioni cliniche su pazienti che hanno la forma mutata di «Alk», precisa Passoni, una mutazione già in precedenza legata ad una piccola quota di pazienti. La scoperta italiana, quindi, è importante, perché potrebbe estendere questi «trials» a un numero maggiore di bimbi. «Se si dimostrerà che, annientando «Alk» con inibitori specifici, il tumore regredisce, si aumenterà il numero di pazienti in questi studi clinici e si concluderà più velocemente la sperimentazione: altrimenti eventuali farmaci anti-«Alk» non possono essere autorizzati, aiutando tanti malati».



L'ora della terra bruciata

Oncogenomica. I farmaci intelligenti non sempre riescono a colpire con efficacia un tumore. Si affaccia un'altra strategia: cambiare il microambiente che favorisce la crescita del cancro

ALBERTO MANTOVANI
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS - IRCCS

Brian J. Druker, Nicholas B. Lydon e Charles Sawyers hanno ricevuto quest'anno uno dei premi più importanti per la medicina, il «Lasker Award», per lo sviluppo della prima classe di farmaci antitumorali mirati a colpire un'alterazione genetica che causa la leucemia mieloide cronica. Nel giro di 40 anni si è passati dall'identificazione di un cromosoma anomalo (detto «Filadelfia»), ad una terapia mirata ed efficace, che ha permesso di ottenere ottimi risultati nella cura di questo e di altri tumori. Il «Lasker 2009» fornisce dunque una buona occasione per riflettere sulle promesse e i risultati dell'oncogenomica.

La ricerca sta infatti vivendo un'importante fase post-genomica: dopo aver inizialmente identificato ed isolato i geni di nostro interesse e successivamente sequenziato il genoma dell'uomo - oltre che di moltissimi animali e microorganismi - oggi letteralmente scaviamo («mining») in questo patrimonio fondamentale per estrarne informazioni e nuove ipotesi di lavoro. Nel settore della lotta ai tumori, in particolare, grazie all'avanzamento delle tecnologie siamo in grado di avere una sequenza completa dei genomi non solo degli individui, ma anche di alcuni tumori umani. E questo apre la strada a nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche, come dimostrano alcuni studi pubblicati di recente su prestigiose riviste scientifiche.

Ad esempio, l'identificazione di geni coinvolti nella patogenesi della leucemia mieloide acuta, malattia tumorale delle cellule del sangue, consente di individuare nuovi bersagli di intervento terapeutico. Ancora, uno studio sul cancro del polmone ha dimostrato che la caratterizzazione molecolare sistematica di questo tumore aiuta a fare una terapia mirata sulla base del recettore per

«Egf». Questo si aggiunge ad altre situazioni in cui la caratterizzazione genetica dei tumori può orientare e guidare al meglio la mano dell'oncologo verso una terapia sempre più personalizzata. Fondamentale, quindi, proseguire gli studi e potenziare il trasferimento delle conoscenze che derivano dalla genomica al letto del paziente, come sta facendo l'Airc con un progetto di oncologia clinica molecolare.

In questi anni la sempre migliore comprensione degli eventi genetici che causano tumore ha portato allo sviluppo di terapie mirate, le cosiddette «targeted therapies», che stanno avendo un forte impatto sulla cura. Il caso più clamoroso è proprio quello che è valso il premio «Lasker 2009» per la cura della leucemia mieloide cronica: un successo che, tuttavia, non si è ripetuto nella stessa misura con altri farmaci. E' ancora troppo piccola, purtroppo, la quota di tumori che vengono curati con terapie personalizzate: nonostante l'introduzione in clinica di nuovi farmaci più selettivi non riusciamo ad essere del tutto soddisfatti dei successi ottenuti, perché compaiono varianti del tumore sempre più resistenti. Ossia sempre più adatte a sopravvivere all'ambiente, inteso sia come farmaci sia come microambiente che lo circonda.

Senza il microambiente, infatti, il tumore non sopravvive: lo hanno dimostrato numerosi studi. Una nuova frontiera terapeutica, dunque, si sta profilando nella lotta al cancro: colpire non solo le cellule tumorali, ma anche il microambiente che sta loro intorno, nel quale e grazie al quale crescono e proliferano. Oggi le strategie terapeutiche mirate a cambiare l'ecologia delle cellule tumorali stanno muovendo i primi importanti passi in clinica, ad esempio interrompendo i rifornimenti e riportando sulla «retta via» le cellule dell'immunità che, corrotte

dal cancro, invece di combatterlo ne aiutano lo sviluppo. E si stanno rivelando complementari a quelle tradizionali.

Chi è
Alberto Mantovani
Oncologo

RUOLO: E' PROFESSORE DI PATOLOGIA GENERALE ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO E DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS-IRCCS

RICERCHE: DIFESA IMMUNOLOGICHE

