

Rassegna del 14/06/2010

CORRIERE DELLA SERA ROMA - Progetto e un libro sulla contraccezione - ...

1

GIUNTI

Progetto e un libro sulla contraccezione

Parte oggi da Roma il progetto congiunto Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e Giunti per sensibilizzare alla contraccezione e alla prevenzione in viaggio. La campagna promuove una guida per la prevenzione e la salute. Nelle librerie «Giunti al Punto» sarà in distribuzione un libro in cui trovare consigli pratici e la traduzione delle più frequenti domande che possono sorgere in situazioni di emergenza all'estero.



BUONE NOTIZIE DAI...

Ginecologi

La ginecologia è uno dei settori più multiformi della medicina: apparato genitale femminile, sfera sessuale, fertilità, parto, menopausa... è tutto l'universo donna. Praticamente, in ognuno di questi campi ci sono state novità. Ci sarebbero tantissime cose da dire; ma ecco quelle che forse tutti dovrebbero sapere.

Contro i tumori: vaccini e farmaci molecolari

La novità più importante degli ultimi anni è che, finalmente, contro il tumore del collo dell'utero ci si può vaccinare. Questo risultato è dovuto prima alla scoperta che il Papilloma virus, o Hpv, è la causa della quasi totalità di questi tumori e poi alla realizzazione di un vaccino. Il Ministero della Salute ha previsto la vaccinazione gratuita per le ragazze di 12 anni; questa però può essere effettuata presso i centri vaccinali a pagamento anche fino a 24 anni. Inoltre, stanno uscendo versioni del vaccino sempre più potenti, l'ultimo è attivo contro ben quattro ceppi del virus: 6, 11, 16 e 18 (gli ultimi due sono i più pericolosi). Contro un altro tumore, quello all'ovaio, sono invece in corso promettenti ricerche cliniche: si sta valutando l'efficacia di farmaci intelligenti, ovvero in grado di colpire selettivamente le cellule maligne.

Endometriosi: finalmente la si affronta

L'endometriosi è una malattia cronica che colpisce solo in Italia tre milioni di donne e provoca disturbi che deteriorano non poco la qualità della vita. Finalmente, grazie anche all'impegno dei ginecologi italiani, verrà istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità un registro nazionale di questa patologia, denominato **Endonet**. Il registro permetterà di condividere dati e informazioni cliniche di diversi centri di cura e creare una cartella clinica digitale dedicata a questa patologia, al fine di utilizzare, in modo sempre più efficaci, le complesse terapie ormonali necessarie quando antidolorifici e antispastici non sono sufficienti. Si sta anche organizzando una Giornata Nazionale dell'endometriosi per sensibilizzare su questa patologia.



Prof. Giorgio Vittori

Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).
Primario del reparto di Ginecologia dell'Ospedale S.Carlo, Roma



Parto indolore: abbiamo le tecniche migliori al mondo

Il parto indolore è una tecnica sicura e utilizzata da molti anni per pazienti che siano nelle condizioni cliniche per effettuarla.

In Italia inoltre l'analgesia epidurale è un diritto previsto dai Lea, i «Livelli essenziali di assistenza» garantiti a tutti i cittadini grazie a un decreto ministeriale dal 2008. Ma la sua applicazione è molto meno estesa di quanto ci si aspetterebbe: in alcune Regioni, come Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, il parto indolore è praticato nella maggior parte degli ospedali, in altre, invece, da una minoranza, spesso molto esigua. I ginecologi italiani si battono per assicurare questo diritto a tutte le donne, anche perché le tecniche di analgesia epidurale praticate nel nostro Paese - la PIEB associata alla PCEA - sono tra le più avanzate al mondo, modulabili con grande precisione.

Menopausa, i disturbi si possono azzerare

Molti progressi sono stati compiuti anche nel campo del trattamento della menopausa. La menopausa, pur non essendo una malattia, provoca comunque situazioni patologiche come l'osteoporosi e determina un maggior rischio cardiovascolare. Senza contare i tanti disturbi «minori», come sbalzi di umore, vampate, secchezza vaginale e via dicendo. Per questo, da tempo, si cerca di combattere questi problemi somministrando gli ormoni che il corpo non produce più. Fino a qualche tempo fa la terapia ormonale sostitutiva, o Tsh, era vista con poco favore, in quanto secondo studi americani comportava vari pericoli. Da un paio d'anni, dopo il 12° congresso internazionale sulla menopausa di Madrid, è stata molto rivalutata: nuovi studi, meglio condotti, hanno dimostrato che i rischi sono piccoli e comunque sono ampiamente superati dai vantaggi. In sostanza, la Tsh oggi è consigliabile, a patto di essere ben condotta e personalizzata.

Passi avanti nella soluzione dei problemi vaginali

I disturbi che interessano la mucosa vaginale, dalle infezioni alla secchezza, risultano essere in Italia tra le prime tre cause di consultazione di uno specialista ginecologo. Sono fastidi con un impatto notevole sul benessere e sulla vita sessuale della donna. Le nuove strategie terapeutiche puntano soprattutto sui trattamenti locali, in particolare con gel non farmacologici, a base di antisettici o principi fisiologici. Da segnalare tra questi la clorexitina digluconato, indicata nelle vaginose batteriche.

(Testo raccolto da Gemma Favia)

Dieci anni dopo Il 26 giugno 2000 l'annuncio della prima sequenza del genoma

La ricerca lenta sul Dna È giusto dirci delusi?

La svolta non c'è stata. Ma i tumori si curano già meglio

Fallimenti

Il momentaneo fallimento è dovuto a una sopravvalutazione dell'affidabilità del metodo

di EDOARDO BONCINELLI

È sempre più chiaro che esistono due scienze o, almeno due biomedicine: quella seria e progressiva, anche se non necessariamente fulminea, degli scienziati, e quella gridata, sensazionalistica e miracolistica dei media, di alcuni operatori politici e degli investitori. La vera scienza produce sempre nuovi risultati, ma ha un suo ritmo e una sua cadenza. Sa da tempo che senza soldi e senza persone i risultati non si ottengono, ma che non è vero il contrario: soldi e persone non possono produrre di per sé grandi risultati. Per ottenerli occorrono idee, pazienza e anche... un po' di fortuna. E sa soprattutto che le più grandi scoperte sono quelle che non danno risultati immediati. È comprensibile che i comunicatori e gli investitori abbiano un punto di vista diverso: ciò che è importante per loro sono gli annunci clamorosi che colpiscano la fantasia dell'uomo della strada.

L'analisi di questi primi dieci anni del genoma umano — è infatti del 26 giugno 2000 l'annuncio del primo genoma umano sequenziato — è particolarmente significativa. È successo tanto o non è successo niente? Ci sono state grandi scoperte o solo centri delusioni? Se siamo qui a parlarne vuol dire che di grosso e di facilmente comunicabile non è successo granché, a parte la scoperta irrilevante ma molto chiacchierata dell'effettivo numero dei geni del nostro genoma. Non è stata scoperta nessuna cura per il cancro o per la malattia di Alzheimer, non è stata sostanzialmente migliorata la condizione delle persone affette dal diabete o da altre malattie molto diffuse, che noi chiamiamo multifattoriali, tutte cose che erano state pro-

messe e sbandierate.

Quello che soprattutto è mancato in questi anni è stato il grande avanzamento nella predicibilità delle malattie multifattoriali come il diabete, molte forme di tumore, l'ipertensione, la propensione per alcune malattie degenerative e via discorrendo. I metodi per ottenere questo risultato si sono moltiplicati e vengono offerti a prezzi accessibili, ma il cambiamento epocale non c'è stato. Il momentaneo fallimento è dovuto ad una sopravvalutazione dell'affidabilità del metodo. Questo è basato su associazioni statistiche fra segnali sul Dna e geni

mutati; queste valgono per i grandi numeri, ma spesso falliscono nei casi singoli, che poi sono quelli che contano veramente. La questione andrà riconsiderata e non è detto che non si dovrà in futuro ricorrere alla determinazione della sequenza del genoma dei singoli individui.

Detto questo, ciò che è successo è stato per me veramente esaltante. Non si sarà scoperta la «cura» del cancro, ma tutto l'argomento tumori ha fatto un balzo in avanti di proporzioni gigantesche, anche sul piano delle applicazioni cliniche. Conoscere quali geni possono produrre un tumore o contribuire ad aggravare l'andamento è e sarà di enorme importanza: non ci si accontenta più di una diagnosi di tumore, ma si affianca a tale diagnosi quello che viene definito il «profilo genetico» di quel determinato tumore, con importanti ricadute sulla prognosi e sul trattamento. Sono inoltre avanzate tutte le tecniche di diagnosi sempre più pre-

coce del tumore stesso, una linea di tendenza che potrebbe anche portare alla lunga all' inutilità di vere e proprie cure, perché il tumore «snidato» molto precocemente potrebbe essere rimosso chirurgicamente.

Al primo posto metterei dunque gli avanzamenti sul terreno della lotta ai tumori, anche perché stanno arrivando a maturazione le nanotecnologie mediche, ma al secondo va senza dubbio il fatto che oggi sappiamo sul nostro genoma cose che prima non ci immaginavamo nemmeno. È vero che abbiamo relativamente pochi «geni», se chiamiamo geni i tratti di Dna che codificano specifiche proteine, e che questi sono molto simili a quelli degli scimpanzé, ma stiamo scoprendo il ruolo di tutto il Dna che sta intorno ai geni, Dna del quale prima non si sapeva niente. Da questo punto di vista sta nascendo una nuova biologia molecolare che tra poco farà impallidire tutto quello che avevamo imparato prima. I «mattoncini» di cui siamo fatti sono pochi in sostanza e similissimi a quelli di molti animali, ma la loro disposizione è mirabilmente specifica e obbedisce a meccanismi del massimo interesse che si vanno via via chiarendo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dubbi

Negli Usa

Dubbi del *New York Times* sugli esiti della mappatura del genoma umano
Delusioni
Per il quotidiano

statunitense sono stati smentiti alcuni annunci entusiastici seguiti alla scoperta di Venter, in particolare sulle diagnosi



Il «cammino» del genoma



1953

La scoperta

Il 25 aprile 1953 la rivista britannica «Nature» pubblica i risultati della ricerca di Watson e Crick che definisce la struttura a doppia elica del Dna



1966

Lettura del codice

Viene decifrato il codice genetico

1974

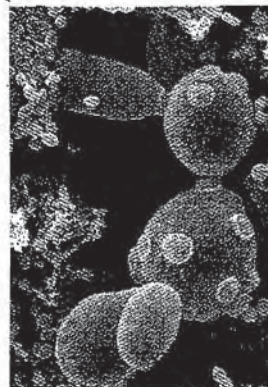
Ingegneria genetica

Inizia la manipolazione di geni

1997

Saccaromyces cerevisiae

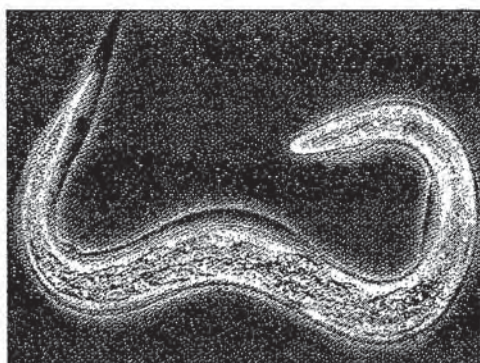
Fungo unicellulare noto come lievito di birra e primo organismo eucariote ad avere l'intero genoma sequenziato da parte di un'équipe internazionale
Numero di geni stimato: **circa 6.000**



1998

Caenorhabditis elegans

Verme nematode, sequenziato da Caenorhabditis elegans Genome Sequencing Consortium
Numero di geni stimato: **circa 18.000**



2000

Uomo

Il genoma umano viene sequenziato dalla Celera Genomics del Sanger Centre

Numero di geni stimato: **compreso tra 30.000 e 40.000**



26 giugno 2000

Alla Casa Bianca l'allora presidente americano Bill Clinton si congratula con Craig Venter (a destra) per la scoperta della mappatura del genoma umano (Getty Images)

2002

Topo

Sequenziato da Celera Genomics e Mouse Genome Sequencing Consortium

Numero di geni stimato: **circa 30.000**



2003

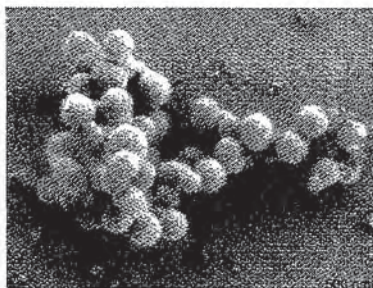
Cotone

Nuovo tipo di cotone transgenico, in grado di autoprotgersi dagli insetti

2010

Cellula artificiale

È stata ottenuta nell'istituto di Craig Venter negli Stati Uniti la prima cellula artificiale, controllata da un Dna sintetico e in grado di dividersi e moltiplicarsi come qualsiasi altra cellula vivente



SALUTE. Le eccellenze italiane sbarcano negli Stati Uniti

Pecorelli a Washington per farmaci più sicuri

Il bresciano, presidente dell'Aifa, dopodomani presenterà un progetto assolutamente innovativo

Lisa Cesco

Brescia chiama Washington, per costruire sinergie nel segno della sicurezza dei farmaci. Il presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco-Aifa, il bresciano Sergio Pecorelli, è volato negli Stati Uniti insieme al direttore generale dell'Aifa, Guido Rasi, per partecipare a un evento speciale che si terrà nella giornata di dopodomani nell'auditorium dell'ambasciata italiana a Washington D. C.

Pecorelli e Rasi in rappresentanza dell'Aifa illustreranno per la prima volta alla stampa un progetto innovativo predisposto per garantire la qualità e la sicurezza dei farmaci, le eccellenze del sistema Italia in ambito farmaceutico rispetto al contesto europeo e internazionale, la mission dell'Aifa di mettere l'approccio scientifico al centro della propria attività regolatoria, e le prospettive aperte da nuovi accordi internazionali.

L'INCONTRO, dal titolo «Italian Medicines Agency and pharmaceutical enterprises working together for the future of Health» (Agenzia italiana del farmaco e industrie farmaceutiche insieme per il futuro della sanità), organizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco e da **Farmindustria**, sarà aperto dal saluto dell'ambasciatore Giulio Terzi di San-

t'Agata, e oltre alla partecipazione dei vertici istituzionali dell'Aifa vedrà la presenza del direttore generale dell'EmA (European Medicines Agency) Thomas Lönngren, del presidente di **Farmindustria** **Sergio Dompè**, di vertici istituzionali dell'Fda, per concludersi con un cocktail nella sede dell'ambasciata.

L'EVENTO si svolge in coincidenza con il quarantaseiesimo convegno annuale della Drug Information Association cui l'Aifa partecipa con uno spazio espositivo e due interventi volti a mostrare le peculiarità del sistema nazionale applicato alla ricerca clinica, i sistemi innovativi di monitoraggio dei nuovi farmaci e ad attrarre investimenti nei centri clinici italiani. ♦

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il professor Sergio Pecorelli



Assistenza Primo censimento delle normative per prevenire e gestire la patologia

Diabete, diverso in ogni Regione

Troppe disparità nelle tutele previste per i malati

Le scarse e le virtuose

La «pagella» delle Regioni secondo il primo Rapporto nazionale sulla legislazione per il diabete, redatto dalla Società italiana di diabetologia

Regioni «virtuose»: hanno promulgato varie leggi in materia di diabete, o ne hanno poche ma adeguate e aggiornate

Regioni «sufficienti»: le leggi ci sono, ma sono arrivate in ritardo, o ci sono pochi fondi per le iniziative, oppure le norme sono scarse ma compensate da una buona assistenza clinica

Regioni «scarse»: leggi assenti, o insufficienti, poco aggiornate, o molto tardive



Ricerca

Un tatuaggio per controllare la glicemia

Addio agli aghi per misurare la glicemia più volte al giorno: basterà inquadrare con un monitor speciale un tatuaggio sulla pelle che "sente" il glucosio nel sangue per leggere sul display i valori di glicemia, in qualsiasi momento della giornata. Fantascienza? Non proprio, al MIT di Boston due ricercatori ci stanno lavorando e sono vicini a iniziare i test sugli animali. Il metodo è reso possibile da un inchiostro composto da minuscoli "tubi" di carbonio ricoperti da un polimero che, in risposta alle varie concentrazioni di glucosio, cambia colore; il monitor misura le variazioni e indica il valore della glicemia. Unico neo, ogni sei mesi il tatuaggio va ripetuto.

Perché ai diabetici torinesi è stata offerta la tessera gratis per la palestra e perfino un personal trainer, mentre i pazienti di Bari se vogliono fare attività fisica devono pagare di tasca propria? Perché solo nelle scuole toscane gli insegnanti possono iniettare l'insulina ai bambini diabetici? Perché in Veneto i microinfusori vengono erogati da un unico Centro per tutti i malati della Regione? Le risposte a queste domande vanno cercate nella giungla delle norme regionali in tema di diabete, denunciata dal primo Rapporto nazionale sulla legislazione per il diabete, che è stato presentato in questi giorni a Padova durante il congresso nazionale della

Società italiana di diabetologia.

Tutto è iniziato nel 1987, quando la legge nazionale 115 sul diabete ha dato mandato alle Regioni di predisporre norme riguardanti la malattia, per prevenirla e gestirla al meglio. Allora eravamo all'avanguardia nel mondo, oggi abbiamo un calderone di 132 normative (poche leggi regionali, molte delibere), tutte diverse, spesso insufficienti o anacronistiche. «Una disparità legislativa si traduce in una disparità assistenziale — osserva Gabriele Riccardi, presidente SID —. Chi vive in Lazio, ad esempio, dove non esiste una normativa sull'assistenza per il piede diabetico, rischia di non

accedere al miglior trattamento possibile, o di dover pagare per prestazioni che altrove vengono rimborsate». Così ci sono le Regioni "prime della classe", che hanno previsto norme sui 13 punti-chiave per la gestione della malattia, o hanno poche regole, ma chiare e sempre aggiornate. Un esempio è la Toscana, la Regione con la normativa più completa, l'unica ad aver previsto per legge la possibilità della somministrazione dell'insulina da parte degli insegnanti nelle scuole materne ed elementari, la sola ad aver dato disposizioni su come gestire un diabetico durante un eventuale ricovero (dagli orari dei pasti, al momento migliore per

gli interventi chirurgici). E ci sono Regioni come la Campania, che ha collezionato 14 atti normativi costellati da buone intenzioni, che però spesso non hanno una copertura finanziaria reale. C'è la Basilicata, con una buona legge regionale arrivata però appena due mesi fa, con oltre 20 anni di ritardo dalla legge 115 e c'è la



Puglia, che ha dedicato al tema diabete solo poche righe nel Piano sanitario regionale.

Va detto che 16 Regioni hanno organizzato servizi specifici per i diabetici sia sul territorio sia pressoché in tutti gli ospedali. Ma il coordinamento tra queste strutture e i medici di base, che riduce la necessità di controlli specialistici, rimane sulla carta quasi dappertutto. Insomma, bisognerebbe dare ai pazienti le stesse opportunità, ovunque. «È lo scopo del Rapporto appena completato, che aggiorneremo ogni due anni — spiega il coordinatore, Alberto Bruno dell'ospedale San Giovanni Battista di Torino —. Entro un anno produrremo un documento-guida nazionale, con tutte le norme migliori per ciascun argomento: ogni Regione vi potrà attingere per creare normative proprie, ma finalmente omogenee, aggiornate e più utili per i pazienti».

Elena Meli

Oncologia Tutte le novità dal congresso mondiale di Chicago

Strategie della speranza: i futuri farmaci per battere il cancro

Cure più diversificate e cocktail terapeutici

I nuovi bersagli

La classica chemioterapia impedisce la proliferazione delle cellule cancerose. Adesso e per il futuro si tentano percorsi diversi

Minimolecole

Tra le novità ci sono piccole molecole che possono essere prodotte dai batteri

TAGLIARE I VIVERI

Per esempio impedire la formazione di vasi sanguigni che nutrono il tumore (**farmaci anti-angiogenesi**) oppure stimolare le cellule del sistema immunitario ad aggredire quelle tumorali (**ipilimumab** contro il **melanoma** e **vaccini**)

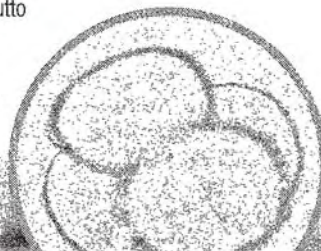


INTERVENIRE SUI GENI

Farmaci che interferiscono con i **geni** (ad esempio contro il tumore al **pulmone**) o con il **metabolismo** delle cellule cancerose (contro il tumore al **pulmone**, al **seno**, al **colon**)

COLPIRE LE CELLULE STAMINALI

Intervenire sulle cellule immature del tumore soprattutto con i nuovi farmaci chiamati **small molecules**, piccole molecole che possono anche diventare veicoli di sostanze tossiche



DAL NOSTRO INVIATO

CHICAGO — Siamo entrati nella terza era delle cure anticancro: quella della diversificazione. Dopo la chemioterapia, che agisce impedendo la moltiplicazione delle cellule tumorali (ma anche di quelle sane), dopo la *targeted therapy*, la terapia cosiddetta personalizzata, che va a colpire bersagli molecolari del tumore (ma che spara un po' nel mucchio e tanto personalizzata, finora, non è), la lotta al cancro prende nuove rotte. E diventa sempre più complessa per chi la deve gestire (i medici) e per chi dovrebbe capirne la portata (i pazienti, il pubblico in generale e anche gli amministratori che devono pensare

ai costi).

All'Asco, il congresso annuale più importante al mondo per gli oncologi, appena concluso a Chicago, sono emerse le nuove tendenze delle cure, con la presentazione di farmaci già in via di registrazione, perché hanno superato le verifiche degli studi clinici, e di composti ancora nella «pipeline» delle aziende **farmaceutiche**, in fase, cioè, di sperimentazione più o meno avanzata, che diventeranno i farmaci del futuro.

Le nuove molecole (tantissime, nell'ordine delle centinaia) sono il

prodotto di ricerche che partono da filosofie diverse di lotta al cancro.

Uno degli approcci terapeutici più originali ha come obiettivo non tanto quello di colpire il tumore, ma quello di agire sull'ambiente che lo circonda. Avanguardia di questa strategia sono stati i composti anti-an-



giogenesi: bloccano la proliferazione dei vasi sanguigni e privano il tumore di ossigeno e nutrienti per la crescita.

Ora sta arrivando sul mercato un farmaco anti-melanoma, l'ipilimumab, un anticorpo monoclonale che agisce sul sistema immunitario dell'organismo e in particolare sui linfociti (globuli bianchi) togliendo un «blocco» che impedisce a queste cellule di aggredire il tumore: è la nuova immunoterapia.

Il principio è simile a quello della vaccinazione, un altro approccio che

si sta facendo strada in campo oncologico e il primo vaccino contro il tumore alla prostata è stato appena registrato negli Stati Uniti.

La seconda linea strategica, molto più complessa, sfrutta specifiche caratteristiche metaboliche o genetiche del tumore, che stanno alla base della sua crescita incontrollata, andando a colpire i punti-chiave, meglio se contemporaneamente.

«Le vie che attivano la proliferazione delle cellule sono diverse — spiega Filippo de Braud che lavora all'Istituto Europeo di Oncologia a Milano ed è membro dell'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco — e ognuna è caratterizzata da una successione di eventi innescati da uno stimolo. Ecco allora che è possibile bloccare, con i farmaci, queste vie sia

orizzontalmente che verticalmente. Orizzontalmente quando vado a colpire più punti da cui hanno origine gli stimoli proliferativi. Oppure verticalmente, quando blocco lo stimolo iniziale e di conseguenza impedisco la cascata di eventi successivi che portano alla proliferazione».

L'idea, dunque, è quella di «farma-

co multifunzione», capace cioè di aggredire il tumore su più fronti in contemporanea: ce ne sono tanti in sperimentazione, ma nessuno è in commercio.

«I più interessanti — aggiunge de Braud — sono le cosiddette "piccole molecole" (*small molecules*)». Interessanti perché sono piccole e possono essere prodotte da batteri (e non da cellule umane come gli anticorpi monoclonali), sono formate da singole catene e si possono allungare e accorciare con facilità, non danno reazioni allergiche e possono essere «caricate» alle due estremità con altre molecole antitumorali.

In attesa di questi nuovi composti, gli oncologi si stanno sempre più orientando, in clinica, verso i cocktail di farmaci (anche di anticorpi monoclonali, quei composti il cui nome termina in -mab) per potenziarne l'effetto.

Una ricerca condotta da Luca Gianini, oncologo dell'Istituto Tumori di Milano sul tumore al seno, ha dimo-

strato, per esempio, che la combinazione di due anticorpi monoclonali non solo è efficace sul tumore, ma attiva anche il sistema immunitario.

Altro bersaglio delle nuove terapie sono i geni o i prodotti di geni.

«L'Emea (l'ente europeo per l'approvazione dei farmaci, ndr) — dice Giorgio Scagliotti, pneumologo e oncologo all'Università di Torino — ha registrato un farmaco, il gefitinib (già in Italia, ndr), per il tumore al polmone cosiddetto non a piccole cellule in fase avanzata, sulla base di una specifica mutazione di un gene». La mutazione riguarda il gene *Egfr* (cioè il recettore per il fattore di crescita dell'epidermide) e fa sì che la cellula proliferi più attivamente: il farmaco, che si somministra per bocca, funziona soltanto nei pazienti che presentano questa alterazione.

«La vicenda del gefitinib è interessante — commenta Pierfranco Conte, oncologo all'Università di Modena —. Il farmaco sembrava funzionare poco e ci sono voluti sette o otto anni per capire che può invece essere molto efficace su certi pazienti, quelli appunto con la mutazione. I farmaci, che abbiamo oggi, offrono vantaggi limitati a tanti pazienti, in futuro offriranno grandi vantaggi a pochi pazienti. Per fare questo è indispensabile ricorrere alla diagnostica molecolare, alla ricerca delle caratteristiche specifiche per ogni singolo tumore». Altro esempio di mutazione per il tumore al polmone non a piccole cellule: questa volta è il gene *Alk* (produce un enzima, chiamato chinasi, isolato per la prima volta nei linfomi) che si fonde con un altro gene e dà origine a una proteina di fusione capace di stimolare la crescita cellulare; su quest'ultima, secondo studi preliminari presentati a Chicago, funziona bene un nuovo farmaco, il crizotinib. «È l'inizio della storia — continua Scagliotti — occorre proseguire sulla strada del sequenziamento totale dei geni del tumore alla ricerca di quali e quante mutazioni sono correlate alla malattia e su queste informazioni progettare farmaci specifici». È questa la vera personalizzazione del trattamento. Ultimo capitolo: le cellule staminali cancerose, quelle che «seminano» metastasi e nuovi tumori. I ricercatori stanno cercando di identificare alcuni loro enzimi specifici (della classe delle chinasi) contro cui indirizzare i farmaci, comprese le «piccole molecole». C'è solo da chiedersi se questo futuro sarà sostenibile da parte dei sistemi sanitari o dalle tasche dei cittadini.

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

Tumori femminili Passi avanti anche per ridurre gli effetti di radio e chemioterapia In difesa delle ovaie e della fertilità

In Italia colpisce cinquemila donne ogni anno, ma dà segni evidenti della sua presenza solo in fase avanzata e ancora adesso non esistono test efficaci per la diagnosi precoce. Così circa l'80 per cento dei casi viene scoperto in ritardo, quando il tumore è diffuso ad altri organi e la malattia tende a ripresentarsi nonostante la buona risposta al

primo ciclo di chemioterapia. Ma al congresso della Società Americana di Oncologia (Asco) sono emerse alcune novità.

Una nuova strategia pare oggi in grado di diagnosticare la malattia ad uno stadio iniziale, secondo quanto riportato da studiosi dell'Università del Texas. Si basa su un modello matematico che combina l'andamento dei test del consueto marcatore tumorale CA125 con l'età della paziente, seguiti da ecografia transvaginale e visita, se necessari. «Ogni partecipante ha effettuato i test del sangue per misurare la presenza e i livelli della proteina CA-125 che molte donne colpite dal tumore delle ovaie hanno in circolazione nel sangue - ha detto Karen Lu, coordinatrice dei lavori -. Le pazienti con risultati sospetti sono state sottoposte a ecografie: abbiamo così individuato i casi di carcinoma».

L'approccio, insomma, pare affidabile e con pochi falsi positivi. Sul fronte delle terapie dal congresso Asco arriva una buona notizia per le pazienti con un carcinoma ovarico in fase avanzata. Lo studio di fase III ha dimostrato che, aggiungendo alla tradi-

zionale chemioterapia l'anticorpo «affama-tumori» bevacizumab (approvato in Italia per i tumori di colon retto, mammella, rene e polmone), migliora del 39 per cento la

probabilità di vivere più a lungo.

Commenta Sandro Pignatta, direttore dell'Oncologia del Dipartimento uro-ginecologico all'istituto tumori di Napoli: «Si tratta di un farmaco che blocca la formazione dei vasi da parte del tumore e così ne rallenta la crescita. I ricercatori americani hanno dimostrato che somministrato durante e dopo la chemioterapia, come cura di mantenimento per 14 mesi, è in grado di ritardare la comparsa della recidiva di alcuni mesi. Sicuramente un importante passo in avanti, perché il medicinale è relativamente poco tossico. Ora bisogna vedere se questo si tradurrà anche in un prolungamento della sopravvivenza in assoluto».

Per le giovani donne con un tumore al seno uno studio italiano su 280 pazienti fra i 18 e i 45 anni curate in 16 centri nazionali, segnala un modo efficace per conservare la fertilità, difendendo le ovaie dall'aggressività della chemioterapia. «Nel nostro Paese 1.500 donne sotto i 40 anni vengono colpite

ogni anno da un cancro alla mammella, il 4 per cento di tutti i casi, e il 33 per cento di loro non ha avuto figli» precisa la coordinatrice della ricerca, Lucia Del Mastro, dell'istituto tumori di Genova.

I chemioterapici compromettono la possibilità di avere una gravidanza nel 70 per cento dei casi perché riducendo il numero di follicoli nelle ovaie, provocano una menopausa precoce. Finora l'unica soluzione per diventare madri era congelare gli ovuli prima dell'inizio della terapia per poi procedere, a guarigione avvenuta, alla fecondazione in vitro. Ma la nuova ricerca, giunta alla fase più avanzata della sperimentazione, dimostra ora che è possibile ridurre la menopausa precoce dal 50 al 30 per cento grazie a un farmaco, la triptorelina, che mette a riposo le ovaie prima di iniziare il trattamento, risparmiando loro gli effetti tossici della cura.

«Il medicinale — conclude Del Mastro — riduce la quantità di sangue che arriva nelle ovaie e le mette in una sorta di letargo, impedendo in gran parte l'afflusso delle sostanze nocive. Blocca inoltre gli ormoni che fanno maturare i follicoli, contrastando la loro riduzione dovuta ai chemioterapici, che è la principale causa della menopausa precoce».

Vera Martinella

RIPRODUZIONE RISERVATA

80%

È la quota di diagnosi tardive del tumore all'ovaio, che spesso dà disturbi vaghi

Quasi un letargo

Sembra ora possibile che un farmaco preservi il tessuto ovarico dagli effetti nocivi della terapia



Salute/ vero o falso Il professor Natale Cascinelli spiega come abbronzarsi in sicurezza

Sì al sole e alle lampade artificiali, no alle scottature

«I raggi UV favoriscono la produzione di vitamina D» • «Tutti devono proteggersi i primi giorni»

Non bisogna temere il sole, né le lampade abbronzanti, se usate correttamente. È il messaggio del professor Natale Cascinelli, medico chirurgo specializzato nello studio dei melanomi. Infatti, i raggi UV, sia naturali sia artificiali, sono indispensabili per la produzione di vitamina D, che contribuisce a mantenere in salute il sistema nervoso e il cuore. Approfondiamo questo argomento con il nostro esperto.

Chi ha la pelle scura corre più pericoli

FALSO

I raggi UV sono potenzialmente pericolosi solo per chi ha la pelle chiara e si scotta sempre senza abbronzarsi mai.

In Europa, infatti, l'incidenza del melanoma causato dal sole è massima in Scozia, ma anche in Svezia e Norvegia, dove il cielo è spesso coperto, invece è più bassa nei Paesi mediterranei. Osservazioni che fanno ipotizzare che i fattori endogeni (colore dei capelli e della cute eccetera) siano più importanti, rispetto a quelli esogeni (esposizione ai raggi UV).

I raggi UV artificiali sono identici a quelli naturali

VERO/FALSO

L'esposizione a lampade UV ha effetti simili a quelli dell'esposizione alla luce solare: raggi UV contenuti in quest'ultima e prodotti da lampade, infatti, sono identici. Le lampade UV sono più intense rispetto al sole: ciò significa che l'esposizione deve essere molto più

breve. Per questo, bisogna stare attenti ai tempi, a prescindere dal fototipo (tipo di pelle) di appartenenza, nonché utilizzare sempre degli occhiali ad hoc per proteggere gli occhi.

Le persone di fototipo 1 e 2, cioè quelle con la cute più chiara, e i minorenni non devono usare queste lampade. «Ci ten-

go inoltre a precisare», aggiunge il professor Cascinelli, «che tutti devono stare attenti nella fase iniziale dell'abbronzatura. Quindi, è indispensabile procedere con molta cautela, come durante l'esposizione al sole, fino a quando la cute è abbronzata». È anche pericoloso utilizzare creme ad altissima protezione per esporsi più a lungo senza scottarsi, perché queste non proteggono dai potenziali danni a lungo termine degli UV.

La dieta è importante per l'accumulo della vitamina D

VERO

L'organismo ha solo due modi per accumulare vitamina D: attraverso il cibo (salmone e merluzzo, per esempio), oppure con l'esposizione ai raggi UV. Comunque, l'alimentazione non è la principale fonte di vitamina D, soprattutto in un Paese come l'Italia. Secondo il professor Michael Holick, della Boston University, tra l'80 e il 100 per cento di quella necessaria deriva dall'esposizione ai



L'ESPERTO

Il professor Natale Cascinelli è medico chirurgo specializzato nello studio dei melanomi. È anche membro della Commissione Oncologica Nazionale del ministero della Sanità e della task force sul melanoma dell'American Joint Commission on Cancer.



raggi ultravioletti. Sotto i raggi del sole, infatti, produce vitamina D. È questo il motivo per cui è importante stare con continuità alla luce naturale o artificiale. I raggi UV, responsabili della "stimolazione della pelle" con conseguente produzione di vitamina D, sono gli stessi, infatti, che compongono sia i raggi solari, sia la luce prodotta da solarium. Solarium che, tuttavia, devono rispondere a norme specifiche e molto rigide.

A beneficiarne sono soltanto le ossa

FALSO

La vitamina D è oggi riconosciuta indispensabile non soltanto per combattere il rachitismo, ma anche per regolare il ritmo circadiano (influenzando sulla produzione di ormoni e, più in generale, sul ritmo fisiologico degli esseri viventi), per prevenire tumori agli organi interni, inclusi il cancro al colon, il carcinoma mammario e il cancro alla prostata, per regolare la moltiplicazione cellulare e il

sistema immunitario. Una ricerca statunitense ha calcolato che, incrementando di una piccola quantità l'apporto di vitamina D, si riduce del 17 per cento l'incidenza e del 29 per cento la mortalità per tumore. I benefici sono davvero molteplici.

Basti pensare che sono quattromila i geni che sono regolati da questa vitamina: ciò significa che tutti i tessuti del corpo ne sono ricettori. Non solo quindi, come si credeva in passato, ossa e reni. 



TINTARELLA PERFETTA

Per un'abbronzatura che non crei alcun problema è importante scegliere la protezione solare più adatta alla propria cute.

» La riforma

Sanità, conti certificati prima delle elezioni

Le Regioni dovranno approvare i bilanci a sei mesi dal rinnovo dei governatori

Solo undici controllate

Su 290 aziende quelle che nel 2007 hanno sottoposto i bilanci alla revisione contabile erano undici

ROMA — Quasi quattro miliardi di deficit freschi freschi, oltre alla montagna di debiti del passato. Nella sanità italiana ci sarebbe una voragine di una ventina di miliardi di euro. "Sarebbe" perché, per quanto assurdo possa sembrare, la reale dimensione del buco non la conosce nessuno. E, soprattutto, nessuno sa chi l'ha prodotto.

I dieci miliardi di debiti della Regione Lazio rimpallano ad ogni tornata elettorale tra Piero Badaloni, Francesco Storace e Piero Marrazzo, il dissesto della sanità calabrese tra Giuseppe Chiaravalloti e Agazio Loiero, mentre Stefano Caldoro, neo presidente della Campania, non passa un giorno senza ricordare gli sprechi della giunta guidata da Antonio Bassolino, che respinge le accuse. Ogni nuovo governatore, magari mesi e mesi dopo essere stato eletto, «scopre» il buco del suo predecessore. Uno scaricabarile che va avanti da anni, ma che potrebbe essere arrivato al capolinea, grazie a uno strumento semplicissimo.

Ha un nome astruso, «Emergenza delle consistenze», ma è come l'uovo di Colombo. L'obbligo per i governatori regionali, sei mesi prima della fine della legislatura, di presentare i conti reali della sanità e delle altre funzioni amministrative. Non i bilanci, troppo complicati da leggere per i cittadini e resi poco attendibili, pure per i tecnici, dall'assenza di informazioni sulla finanza derivata, sui flussi di cassa, sul capitale circolante netto, cioè sulle risorse che compongono e finanziano

l'attività operativa. Sarà un semplice rendiconto di quello che c'è in realtà nelle Aziende sanitarie locali e nell'amministrazione regionale: debiti, crediti, magazzini, anticipi ai fornitori. Uno stato dell'arte, insomma, da votare in Consiglio regionale, e sul quale fare la campagna elettorale.

Numeri chiari e soprattutto certificati dalle società di revisione, una pratica quasi del tutto sconosciuta tra le Asl della penisola. Su 290 aziende considerate da una ricerca dell'Università Cattolica di Milano, quelle che nel 2007 hanno certificato i bilanci erano appena undici, due delle quali si sono pure beccate i rilievi dei revisori.

«Per eliminare gli sprechi nella sanità, l'emersione delle consistenze produrrebbe effetti di gran lunga superiori a qualsiasi manovra strutturale di riduzione della spesa» ha detto il presidente della Commissione Tecnica tra Stato, Regioni ed enti locali sul federalismo, Luca Antonini, presentando qualche giorno fa alla Camera la proposta. Il nuovo meccanismo dovrebbe essere inserito nel nuovo pacchetto di provvedimenti di attuazione del federalismo fiscale che il governo presenterà entro la fine di giugno. «Il federalismo fiscale significa portare l'amministrazione più vicina ai cittadini, ma con le regole attuali e la confusione contabile che esiste, nascondendo gli sprechi, non servirebbe a nulla. Il vero federalismo — ricorda Antonini — arriverà quando i conti del denaro gestito da Regioni ed enti locali arriveranno su internet. Chiari e comprensibili anche alle casalinghe. Non come oggi che sono oggetti misteriosi anche per i governatori».

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In rosso



Renata Polverini, governatore del Lazio. Il disavanzo sanitario a fine 2008 era di 9,3 miliardi

Stefano Caldoro, governatore della Regione Campania. Il disavanzo 2003-2008 era di 5,6 miliardi

Giuseppe Scopelliti, presidente della Calabria. Il deficit sanitario nel 2003-2008 era di 538 milioni



Il sensazionale annuncio di uno scienziato statunitense

HO CREATO IL VACCINO PER GUARIRE IL SENO

«Una proteina distrugge le cellule malate» • «Disponibile tra pochi anni»

di Oscar Masci

S Cleveland (Stati Uniti), giugno e io non voglio che i miei figli si prendano una malattia infantile, che cosa faccio? Li vaccino. Ecco, sappiate che tra un anno o due questo ragionamento varrà anche per il tumore al seno: alle donne, per stare tranquille, basterà vaccinarsi poco prima dei quarant'anni. Non so se ho reso l'idea».

Abituato a parlare agli "addetti ai lavori", l'immunologo americano Vincent Tuohy si preoccupa di rendere chiara a tutti quella che chiama "una svolta epocale" nella storia della medicina. E ci riesce benissimo: l'ipotesi di evitare uno dei più terribili tipi di cancro femminile così come si evitano morbillo o scarlattina non può non suscitare l'attenzione di chiunque.

Incredibili risultati in laboratorio

«È proprio così», rimarca Tuohy, che lavora presso il Cleveland Clinic Learner Research di Cleveland, nello Stato americano dell'Ohio. «Abbiamo messo a punto un vaccino che previene il tumore al seno. Per ora ha dato ottimi risultati nei topi da laboratorio, ma presto saremo in grado di iniziare la sperimentazione sulle donne».

Ma in che cosa consiste que-

sta rivoluzionaria scoperta? Davvero basterà una "punturina" per scongiurare l'insorgenza di un male che, solo in Italia, fa registrare trentacinquemila nuovi casi all'anno? Cerchiamo di capire meglio come hanno agito Tuohy e i suoi collaboratori. «Normalmente, quando si vuole preparare un vac-

cino contro il virus di una malattia, tale vaccino deve contenere una piccola quantità del virus da combattere», spiega il professor Tuohy. «Così, nel momento in cui lo si somministra al paziente, le difese naturali dell'organismo si attivano e "imparano" a distruggere proprio quel virus, se dovesse ripresentarsi in futuro. Nel caso del tumore al seno, invece, il "nemico" da distruggere non è un virus ma l'alfa-lattoalbumina, una sostanza tipica delle cellule tumorali. Però il meccanismo è lo stesso: se inietti un vaccino con un po' di alfa-lattoalbumina, cioè, le difese naturali "imparano" a riconoscerla e a distruggerla. E, visto che si trova nelle cellule tumorali, stroncano sul nascere anche loro».

Per ora, come dicevamo, il vaccino è stato testato sui to-



pi, ma il risultato è stato eccezionale. Racconta il professor Tuohy: «Abbiamo preso dodici femmine di topo, modificando loro alcuni geni in laboratorio in modo che si ammalassero di tumore alla mammella: questo significa che nel giro di circa dieci mesi, senza ricevere alcun tipo di cure, sarebbero sicuramente morte. Ebbene, a sei di queste femmine di topo abbiamo iniettato un'unica dose di vaccino a base di alfa-lattoalbumina, mentre alle altre sei è stato somministrato un liquido "neutro", cioè senza sostanze particolari. Dopodiché, non ci è restato altro da fare che tenere sotto stretto controllo la salute dei dodici roditori, allevati in speciali teche trasparenti presso i nostri laboratori».

Quando, con il trascorrere dei mesi, si avvicinava l'età "critica", in cui cioè le femmine di

topo avrebbero dovuto avere tutti i sintomi del tumore della mammella, i ricercatori hanno effettuato gli esami dei tessuti. Facendo una scoperta sensazionale: i sei animaletti "trattati" con la soluzione neutra erano letteralmente invasi da cellule tumorali e avevano ormai poche settimane di vita, mentre quelli vaccinati stavano benissimo. Nessuna traccia di cancro al seno, nonostante fossero stati addirittura artificialmente "pre-disposti" ad ammalarsi.

Nel 2011 i primi test sulle donne

«Ritengo che il risultato del nostro esperimento sia una fase memorabile nella storia della medicina», afferma con tono trionfante Vincent Tuohy «visto e considerato che il tumore al seno colpisce una donna su

dieci, e che rappresenta il venticinque per cento di tutte le forme di cancro che affliggono l'universo femminile».

Certo, come tutte le nuove scoperte mediche, siamo ancora in fase di sperimentazione: non è che domani, o tra una settimana, o tra un mese si potrà andare in farmacia e chiedere "la vaccinazione antitumore". Ma l'équipe statunitense della clinica di Cleveland è particolarmente ottimista. «Io credo», conclude il professor Tuohy «che nel giro di un paio d'anni saremo in grado di provare il vaccino, che oltretutto non ha particolari controindicazioni sulle donne dopo i quarant'anni: è questa, infatti, l'età in cui sono maggiormente predisposte. E sono convinto che in breve arriveremo a sconfiggere per sempre e in modo indolore una delle malattie più terribili».

Oscar Masci

SOLO CHI ALLATTA NON PUO' USARLO

Il vaccino contro il tumore al seno di cui si parla nell'articolo, messo a punto dai ricercatori dell'istituto statunitense Cleveland Clinic Research, ha una sola controindicazione: non potrà essere usato dalle donne che allattano. Infatti, l'alfa-lattoalbumina, cioè la protei-

na che viene prodotta dalle cellule tumorali del seno e che il vaccino distrugge, si forma anche in donne sane durante la fase di allattamento. Vaccinarle con alfa-lattoalbumina, quindi, comprometterebbe gravemente il funzionamento della ghiandola mammaria.

L'INTERVISTA

“Sulla medicina apriamo le porte alle società multiprofessionali”

Parla Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo)

ADRIANO BONAFEDE

Roma

«Stiamo studiando al tavolo tecnico con il ministro della Sanità, Fazio, le proposte che speriamo poi il governo voglia raccogliere su una riforma delle professioni sanitarie. Noi, dal canto nostro, abbiamo già individuato almeno tre punti importanti». A parlare è Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo).

Presidente, quali sono questi tre punti?

«Il primo riguarda la formazione, l'aggiornamento e la certificazione dei titoli professionali. Il secondo riguarda le società professionali e soprattutto quelle multiprofessionali, con particolare riguardo ai soci di capitale. Il terzo punto riguarda la pubblicità, ovvero la comunicazione dell'informazione sanitaria».

Partiamo da quest'ultimo punto, quello della pubblicità, che sembra starvi particolarmente a cuore. Qual è l'attuale situazione?

«Attualmente c'è una completa deregulation dell'informazione sanitaria dovuta al decreto Bersani».

Il decreto Bersani sulle liberalizzazioni ha reso possibile qualunque forma di comunicazione nel campo delle prestazioni sanitarie?

«Non è proprio così. In realtà il decreto Bersani rimanda a un ruolo dell'Ordine in merito al controllo sulla correttezza della comunicazione».

Non basta questo controllo da parte dell'Ordine?

«C'è il fatto che l'Antitrust dà di questo decreto un'interpretazione molto restrittiva. Ad esempio, impedisce un "controllo preventivo" da parte dell'Ordine».

E secondo voi, invece?

«Secondo noi servono regole

più stringenti sulle comunicazioni di attività e servizi nel campo sanitario che andrebbe ad esclusivo vantaggio dei cittadini».

Passiamo al tema delle società professionali e multiprofessionali. Quali sono i problemi?

«È soprattutto il tema delle società multiprofessionali e quelle dove ci sono anche così di capitale e meritare la maggiore attenzione. Per quanto riguarda

le prime, deve essere chiaro per il paziente il rapporto con chi rende la prestazione: in sostanza deve capire chi la fa davvero».

E per le società di capitale?

«Chi investe ha naturalmente un interesse legittimo a remunerare il proprio capitale. Tuttavia, secondo noi occorre individuare un tetto ai soci di capitale, in modo comunque che non ne abbiano la maggioranza. E poi, secondo noi, i soci di capitale non possono entrare e uscire quando vogliono, perché così metterebbero in crisi la stabilità della società. Questi sono alcuni paletti da mettere, per i quali serve all'inizio una legge quadro. Poi un decreto legislativo entrerà nei dettagli giuridici che non sono cose da poco. Questa secondo noi è la strada più semplice».

Tuttavia le società professionali e anche quelle con soci di capitale già esistono e sono operative...

«Sì, ma appunto secondo noi servono maggiori paletti».

Parliamo del tema, sempre dolente, delle tariffe minime professionali. Il decreto Bersani le cancellò anche per voi. E anche voi le volete di nuovo reintrodurre. Perché?

«Intanto dobbiamo ricordare che le nostre tariffe minime, quando nel 2006 sono state abolite, erano già vecchissime: risalivano infatti al lontano 1992. Secondo noi le tariffe minime devono identificare il costo minimo dei fattori di produzione, per cui una certa prestazione non può scendere al di sotto di una data soglia senza

perdere qualità».

Una prima obiezione facile: ma chi ci assicura che dietro una prestazione che formalmente rispetta le tariffe minime ci sia davvero una buona qualità? In altre parole, le tariffe minime potrebbero comunque nascondere una prestazione professionale scadente.

«Quello che lei dice è vero. Ma è vero anche il contrario. E cioè, se si va troppo sotto una certa soglia minima manca sicuramente la qualità della prestazione. Certe tariffe, spinte al sotto di certi limiti, non remunerano la qualità».

C'è stato qualche fatto determinato che vi ha convinti che senza tariffe minime i medici ci rimettono, e secondo la vostra visione, anche i pazienti?

«Nei mesi scorsi ci sono state alcune iniziative di pubbliche amministrazioni per mettere a gara alcune prestazioni mediche come le visite, gli elettrocardiogrammi, ecc. Ebbene, ci sono stati singoli professionisti o associazioni che hanno vinto la gara con ribassi che sono arrivati anche al 40 per cento dell'importo di base. Una visita di medicina del lavoro è arrivata a costare anche 5-6 euro. Secondo noi questo non è giusto. E, soprattutto, non dà alcuna garanzia di qualità al paziente. Perché il tempo è denaro e se io vengo pagato troppo poco sono anche spinto a fare più visite o altre prestazioni in un certo arco di tempo. Il fattore tempo è sicuramente un indice di qualità della prestazione».

Le tariffe devono identificare il costo minimo dei fattori di produzione

Un tetto ai soci di capitale, in modo comunque che non ne abbiano la maggioranza



© FOM/RODOLFO TOSCANI

Assobiomedica. Il presidente Fracassi chiarisce: altro che aumenti, nel 2009 sono diminuiti del 4,5%

In calo i prezzi dei dispositivi medici

Roberto Turno

«Ormai è una leggenda, una specie di fiume carsico che ogni tanto riemerge, priva di fondamento. Vuole la verità? I nostri prezzi in un anno sono diminuiti del 4,5 per cento. Per fare davvero chiarezza serve un osservatorio degli acquisti nazionale dei beni e servizi per la raccolta di tutte, ma proprio tutte, le informazioni necessarie. Allora sì che garantiremo qualità e trasparenza dei costi». Angelo Fracassi, presidente di Assobiomedica, risponde alle accuse rivolte a un settore finito sotto scacco per la giungla dei prezzi d'acquisto da parte del Ssn e rilancia la ricetta delle imprese produttrici di dispositivi medici e di tecnologie diagnostiche.

Un mercato, quello dei dispositivi medici, che vale più di 5 miliardi di euro, pressoché tutti nella sanità pubblica. E che tra manovra 2011-2012 (con gli acquisti centralizzati) e lotta agli sprechi promossa col totem del federalismo fiscale, è finita nel tritacarne. Dalle siringhe ai guanti, dalle Tac alle garze, dalle tecnologie d'avanguardia ai materiali di comune uso negli ospedali, si diffondono le denunce su casi di acquisto fuori ordinanza nel Ssn, con prezzi che variano anche del 20-30% perfino tra aziende sanitarie di una stessa regione. Segno che qualcosa, molto o poco che sia, non va nel sistema. La manovra ha messo in campo la possibilità degli acquisti centralizzati non sconosciuti in molte regioni. E il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha messo a punto una banca dati ad hoc.

Ma Fracassi non accetta di stare sul banco degli imputati. Le accuse? «Una leggenda per screditarci», come dirà anche all'assemblea di mercoledì 16 a Roma. E co-

me ha già spiegato martedì scorso alla commissione d'inchiesta presieduta da Leoluca Orlando.

Fracassi anticipa così i dati sui prezzi di dispositivi e tecnologie elaborati col Cer, che indicherebbero una diminuzione nel 2008 (-3,8%) e nel 2009 (-4,5%) in otto macrosettori rappresentativi del 90% dell'intero mercato domestico. E quanto alle denunce sui prezzi ondivaghi di singoli prodotti, Fracassi contesta la mancata conoscenza nei minimi dettagli di ciascun acquisto: la precisa "codificazione" del singolo prodotto, il numero di prodotti ac-

quistati con ciascuna fornitura, il momento dell'acquisto, i servizi aggiuntivi previsti nel capitolato d'acquisto. Troppe variabili, insomma, sostiene Fracassi, per fare di una "leggenda" un disastro (e un imbroglio) a carico delle casse pubbliche.

Ecco così il rilancio dell'«Osservatorio degli acquisti», proposta fatta da tempo da Assobiomedica e tuttavia rimasta lettera morta nonostante sia approdata sui tavoli governativi e delle regioni. Un osservatorio, aggiunge, che monitorerebbe tutte le variabili degli acquisti e non solo i prezzi troppo alti, ma anche quelli troppo bassi a rischio di dumping. «Farebbe risparmiare, moralizzerebbe il sistema, introdurrebbe un cambiamento effettivo», è sicuro Fracassi. E poi, chi ha sbagliato e truffato, ne pagherà le conseguenze.

LA PROPOSTA

Un osservatorio nazionale sugli acquisti di beni e servizi per la raccolta di tutte le informazioni a disposizione



Farindustria: via 10 mila posti

Manovra sui farmaci «Lavoro a rischio»

Diecimila posti di lavoro a rischio in Lombardia nell'industria farmaceutica. Dopo la crisi che ha già lasciato a casa 230 mila lavoratori di ogni settore — con un tasso di disoccupazione al 6,4%, il doppio del 2007 —, le norme della Finanziaria rischiano di colpire (anche) i 50 mila addetti delle imprese lombarde dei farmaci. È l'allarme lanciato da **Sergio Dompè**, presidente di **Farindustria**.

A PAGINA 7 Ravizza

L'allarme **Dompè** (**Farindustria**): indifesi di fronte alla concorrenza asiatica

«Finanziaria taglia-farmaci Diecimila posti a rischio»

Gli industriali: qui la metà delle imprese, Formigoni ci aiuti

Diecimila posti di lavoro a rischio. La manovra economica del ministro Giulio Tremonti è destinata ad abbattersi come una mannaia (anche) sull'industria **farmaceutica** della Lombardia. Lasciando spazio alla concorrenza dei giganti indiano e cinese. Dopo la crisi che ha già lasciato a casa 230 mila lavoratori di ogni settore — con un tasso di disoccupazione al 6,4%, il doppio rispetto alla fine del 2007 —, le norme della Finanziaria varata dal Consiglio dei ministri rischiano di colpire (anche) i 50 mila addetti delle imprese lombarde dei farmaci.

L'allarme è di **Farindustria**, che rappresenta aziende con un fatturato di 22 miliardi di euro a livello italiano. Ammette il presidente, **Sergio Dompè**: «Il danno per l'occupazione può rivelarsi davvero grave».

La Lombardia è il cuore pulsante dell'industria **farmaceutica**

italiana. Sul totale dei suoi lavoratori a livello nazionale, quasi la metà è assunta a Milano e dintorni. E a loro volta le 400 imprese lombarde rappresentano il 44% del totale. È qui, dunque, che l'impatto dei provvedimenti voluti da Tremonti s'annuncia più pesante. Per **Farindustria** è in pericolo un posto di lavoro su cinque.

Il motivo? La norma della Finanziaria studiata per contenere la spesa **farmaceutica** a partire dal 2011, infatti, tra i farmaci generici con lo stesso principio attivo, è previsto il rimborso solo dei quattro con il prezzo più basso (identificati attraverso aste). «È una misura con conseguenze pesanti — insiste **Dompè** —. Le nostre imprese rischiano di essere travolte dalla concorrenza di Cina e India. È impossibile resistere alla competizione estera, perché il gioco non è ad armi pari: nei Paesi

dalle economie emergenti spesso le regole per la tutela dei diritti dei lavoratori, gli standard qualitativi e i controlli non sono gli stessi».

L'industria del farmaco della Lombardia, insomma, è in subbuglio. È un settore che, come mostrano i dati della Camera di Commercio di Milano, dà lavoro al 10% dei dipendenti del polo manifatturiero lombardo ad alta tecnologia.

«Non solo — spiegano alla Camera di Commercio —. Dei brevetti biotecnologici prodotti ogni anno in Italia, la maggior parte proviene dalle imprese **farmaceutiche**».

Ma il ministro alla Salute, **Ferruccio Fazio**, ha più volte spiegato: «È una misura inse-



rita per evitare di mettere le mani nelle tasche dei cittadini con nuovi ticket sanitari. Abbiamo il dovere di dare alla popolazione i principi attivi con il costo minore possibile. L'importante è che le medicine abbiano lo stesso effetto».

Insomma: la coperta della Finanziaria è corta, qualcuno alla fine comunque rischia di andarci di mezzo. Non è escluso, comunque, che in fase di riconversione del testo di Tremonti vengano escogitati meccanismi per non penalizzare le imprese **farmaceutiche**.

È la speranza di **Sergio Dompè**, già da giorni al lavoro per trovare una soluzione. Con l'aiuto, magari, del governatore Roberto Formigoni. «Ci auguriamo di non restare soli in una battaglia non solo in difesa dei posti di lavoro, ma anche della sicurezza dei farmaci».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riduzione della spesa

La manovra impone offerte al ribasso sui medicinali generici ammessi al rimborso

Protesta

Sergio Dompè, presidente di Farindustria, è preoccupato per le ripercussioni della Finanziaria sulle imprese farmaceutiche, 400 solo in Lombardia (rappresentano il 44% a livello italiano)



LA FUGA DEI CERVELLI E L'ALLARME DEL QUIRINALE

Napolitano: il governo non dimentichi la ricerca

Italia fanalino di coda in Europa. Il 2,3% dei nostri laureati va all'estero, contro lo 0,6 della Germania

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - «La ricerca è una risorsa preziosa per il mondo della scienza italiana. Mi auguro che questa consapevolezza sia pienamente acquisita, sia riconosciuta anche da chi a livello nazionale ha la responsabilità di governare e far crescere la ricerca scientifica». Il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, ha pronunciato queste parole ieri a Napoli, presso l'Istituto di genetica e biofisica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr). L'occasione è stata quella di ricordare Adriano Buzzati Traverso, fondatore del Laboratorio napoletano del quale fu anche direttore

dal 1962 al 1969. Nel ricordare un'eccezione del passato, Napolitano ha subito colto l'occasione per parlare del presente e del futuro. Il presidente ha invitato la classe politica a sostenere la ricerca considerata «un punto di forza» per lo sviluppo del paese.

Le parole di Napolitano arrivano in un momento di profonda instabilità per la ricerca italiana. In un momento in cui le cifre parlano molto di più dei fatti; in cui gli appelli dei ricercatori raccontano molto di più di quanto facciano premi e riconoscimenti. In un momento in cui la fuga è diventato l'emblema della salvezza dei cervelli italiani.

Stando alle ultime statistiche l'Italia non ce la fa proprio a investire seriamente in ricerca. Il nostro paese spende in ricerca e sviluppo una cifra pari ad appena l'1,1 per cento del suo Pil, uno dei valori più bassi se consideriamo i paesi avanzati. E' basso l'investimento pubblico ed è ancora troppo scarso quello privato. Complessivamente il nostro paese spende in R&S 18.231 milioni di euro, cioè solo qualche briciolina di quello che spendono i big d'Europa e del mondo. Senza contare che la maggior parte di queste risorse sono destinate a un tipo di ricerca che è più orientata sul

breve e medio periodo. Per

intenderci la quasi totalità dei soldi va a finire alla ricerca applicata, quella che produce prototipi. Una ricerca che pensa in piccolo, anziché pensare alle grandi scoperte. Alla ricerca di base vengono destinati soltanto 4.700 milioni di euro, solo il 26 per cento della spesa totale. I bandi pubblici, inoltre, soffrono di un ritardo cronico che rendono la vita impossibile agli scienziati che tentano di sviluppare programmi di più ampio respiro. Non c'è sicurezza economica per loro e non ci sono prospettive di miglioramento per il futuro. Ecco perché di fronte a un investimento così piccolo e all'incertezza sul domani,

il tasso di fuga dei cervelli in Italia è uno dei più alti d'Europa. Secondo i dati di Eurostat, il 2,3 per cento dei laureati italiani risiede e lavora all'estero, contro solo lo 0,6 per cento della Germania, l'1,1 per cento della Francia, lo 0,9 della Gran Bretagna e lo 0,8 della Spagna. A fronte di questa emorragia tutta italiana non corrisponde un livello pari di trasfusione di capitale umano dall'estero. La percentuale di laureati stranieri che arriva nel nostro paese è dello 0,3 per cento, il che rende il saldo della mobilità dei cervelli decisamente negativo. Per gli italiani all'estero una laurea significa un lavoro immediato

to e, stando ai dati del consorzio Almalaurea, anche uno stipendio medio di 2.078 euro contro i 1.332 del nostro paese. Fuori dai nostri confini i ricercatori hanno una maggiore facilità a lavorare per raggiungere i propri obiettivi. Lo si può intuire facilmente quando ci capita di leggere su prestigiose riviste scientifiche importanti scoperte firmate da italiani affiliati a università o enti di ricerca stranieri. Per cui le parole del Presidente Napolitano colpiscono una ferita aperta da tempo, un buco che aspetta di essere colmato prendendo in esempio l'credi-

tà scientifica che ci viene dal passato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN ITALIA
1.332

Lo stipendio medio di un neolaureato

ALL'ESTERO
2.078

Lo stipendio medio di un neolaureato

SPESA SUL PIL
1,1%

Destinata alla ricerca scientifica

LA SPESA
18.231

In euro per la ricerca in Italia

