

## Rassegna del 24/05/2010

---

CITY - Contraccezione, è boom per pillola bio - ...	2
CITY - Pillola, per 8 italiane su 10 fa bene al sesso - ...	3

## ■ Contracezione, è boom per pillola bio

Si chiama Klaira ed è la pillola anticoncezionale "bio", a base di estradiolo (ormone prodotto dall'organismo) che dalla sua introduzione, nel 2009, ha già raggiunto il 3% del mercato, quota record in Europa. Le italiane la amano perché non contiene estrogeni sintetici, e le fa sentire in armonia col proprio corpo.



# Pillola, per 8 italiane su 10 fa bene al sesso

## CONTRACCEZIONE

**La pillola compie 50 anni. La prende l'80% delle donne in Italia: "È sicura e migliora salute e sesso".**

ROMA - Otto donne su dieci in Italia usano la pillola anticoncezionale. È un metodo sicuro che migliora salute fisica e vita sessuale per l'80% di loro. Il dato emerso dal Congresso europeo della contraccezione all'Aja per celebrare i 50 anni della pillola, sbarcata negli Usa il 9 maggio 1960, ma arrivata in Italia solo nel 1971: prima la contraccezione era proibita dal Codice penale. Sull'effetto positivo del contraccettivo, è d'accordo anche la larga maggioranza di chi non l'ha

mai utilizzato nel passato per paura degli ormoni (31%), perché il partner era contrario (27%) o per motivi religiosi (19%). Lo dice un sondaggio della società italiana di ginecologia (Sigo).

### Una su due si pente di non averla usata

Una su due si pente di non aver preso la pillola e l'81% la consiglia alle figlie. "È una rivoluzione del XX secolo - dice il professor Crosignani dell'Università di Milano - oggi le donne scelgono come e quando diventare madri". (Cm)

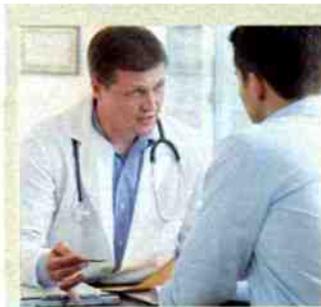


## Rassegna del 24/05/2010

---

GENTE - Allo studio per lui un contraccettivo a ultrasuoni - ...

1



## ALLO STUDIO PER LUI UN CONTRACCETTIVO A ULTRASUONI

**L**o studio di nuovi metodi contraccettivi è sempre in corso, in particolare per quanto riguarda la ricerca di metodi che possano essere utilizzati dagli uomini. Gli scienziati dell'università americana della Carolina del Nord stanno lavorando su un nuovo sistema contraccettivo basato sugli ultrasuoni. Questo sistema, applicato per un quarto d'ora nella zona

interessata, bloccherebbe per circa sei mesi la produzione degli spermatozoi. La sperimentazione è ancora all'inizio, ma sembra promettente. La novità potrebbe essere molto interessante, anche se non permetterà di fare a meno del preservativo, che resta sempre l'unico metodo che consente anche la protezione da malattie a trasmissione sessuale.

# Cacciatori di virus ecco gli Indiana Jones che ci salvano la vita

*Girano il mondo per "neutralizzare" i microbi pericolosi*

## Le epidemie del passato

1918	1957	1968	2002	2003
<b>Spagnola</b>	<b>Asiatica</b>	<b>Hong Kong</b>	<b>Sars</b>	<b>Aviaria</b>
● Scoppiata dopo la I guerra mondiale, provocò più vittime del conflitto	● Pandemia causata dal virus H2N2 isolato per la prima volta in Cina nel 1954	● La pandemia si interruppe un anno dopo l'inizio della sua diffusione nel 1969	● Epidemia. Nonostante sia stata contenuta rapidamente ha provocato non poche vittime	● Arrivata in Europa nel 2005, l'epidemia si è propagata in 15 paesi e non si è ancora conclusa
<b>Morti</b> 50/100 milioni	1 milione	750 mila	800	294

### ELENA DUSI

ROMA — «Nel cuore di una foresta del Camerun, un serpente velenoso non è l'incontro peggiore che si possa fare». Lo dice Nathan Wolfe, 40 anni, di professione "cacciatore di virus", per sei mesi scienziato a Stanford e per altri sei mesi "Indiana Jones" nelle foreste africane. Scansando serpenti e insetti, sono i ben più subdoli "nemici invisibili" di cui Wolfe è alla ricerca: quei virus che nascono tra gli animali prima di trasferirsi nei villaggi degli uomini e da lì diffondersi in tutto il mondo sotto forma di pandemie.

Wolfe racconterà le sue avventure nella conferenza "Virus, the invisible enemy" che si svolgerà a Venezia dal 19 al 21 settembre, organizzata dalle tre fondazioni che portano i nomi di Umberto Veronesi, Silvio Tronchetti Provera e Giorgio Cini. Nel frattempo, il direttore dell'istituto Global Virus Forecasting di San Francisco racconta le strategie usate per cer-

care di rintracciare un virus prima che diventi epidemia. «Il 60 per cento dei virus pericolosi per l'uomo — spiega — sono trasmessi dagli animali. Il segreto dunque è cercare nei posti dove il contatto è intenso, come le foreste africane, dove ci si nutre di specie selvatiche, e i mercati asiatici, dove gli uccelli vengono venduti vivi. È lì che ho passato

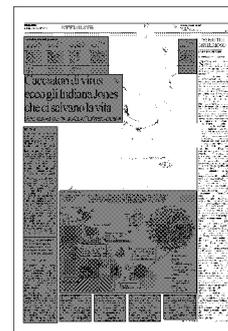
**Gli studi scientifici che prevengono le pandemie sono in espansione. Ma servono più fondi**

buona parte degli ultimi 15 anni».

La pandemia di influenza suina l'anno scorso non è stata violenta. Ma ci ha colto del tutto impreparati. «È solo grazie alla fortuna che ci siamo trovati di fronte a un virus benigno» spiega Robin Weiss, virologo dell'University College London, un altro degli ospiti della conferenza.

«Con i virus dobbiamo aspettarci sempre l'inaspettato». E Dorothy Crawford, che insegna all'università di Edinburgo e alla conferenza di Venezia, ha prestato il titolo ("Il nemico invisibile" è un suo libro): «Ci attendevamo che la nuova pandemia arrivasse dall'Asia. Invece è spuntata in Messico, e con un virus molto diverso dalle nostre previsioni. Dobbiamo investire molto di più in ricerca, se vogliamo riuscire ad anticipare la prossima pandemia».

Del mondo di questi microrganismi conosciamo infatti solo la punta dell'iceberg. «In peso e volume battono tutti gli altri esseri viventi messi insieme. Se allineassimo tutti i virus del mondo, copriremmo sei volte la lunghezza della nostra galassia» spiega Crawford. «Oggi abbiamo meno infezioni e meno de-



cessi rispetto a 50 anni fa — aggiunge Weiss — ma non dobbiamo dimenticare che alcuni virus sono legati a particolari forme di cancro, e che combattendo questi microrganismi potremo prevenire un tumore su sei. In parte, già ci stiamo riuscendo grazie ai vaccini contro l'epatite B e il virus del papilloma».

La differenza fra un virus e un

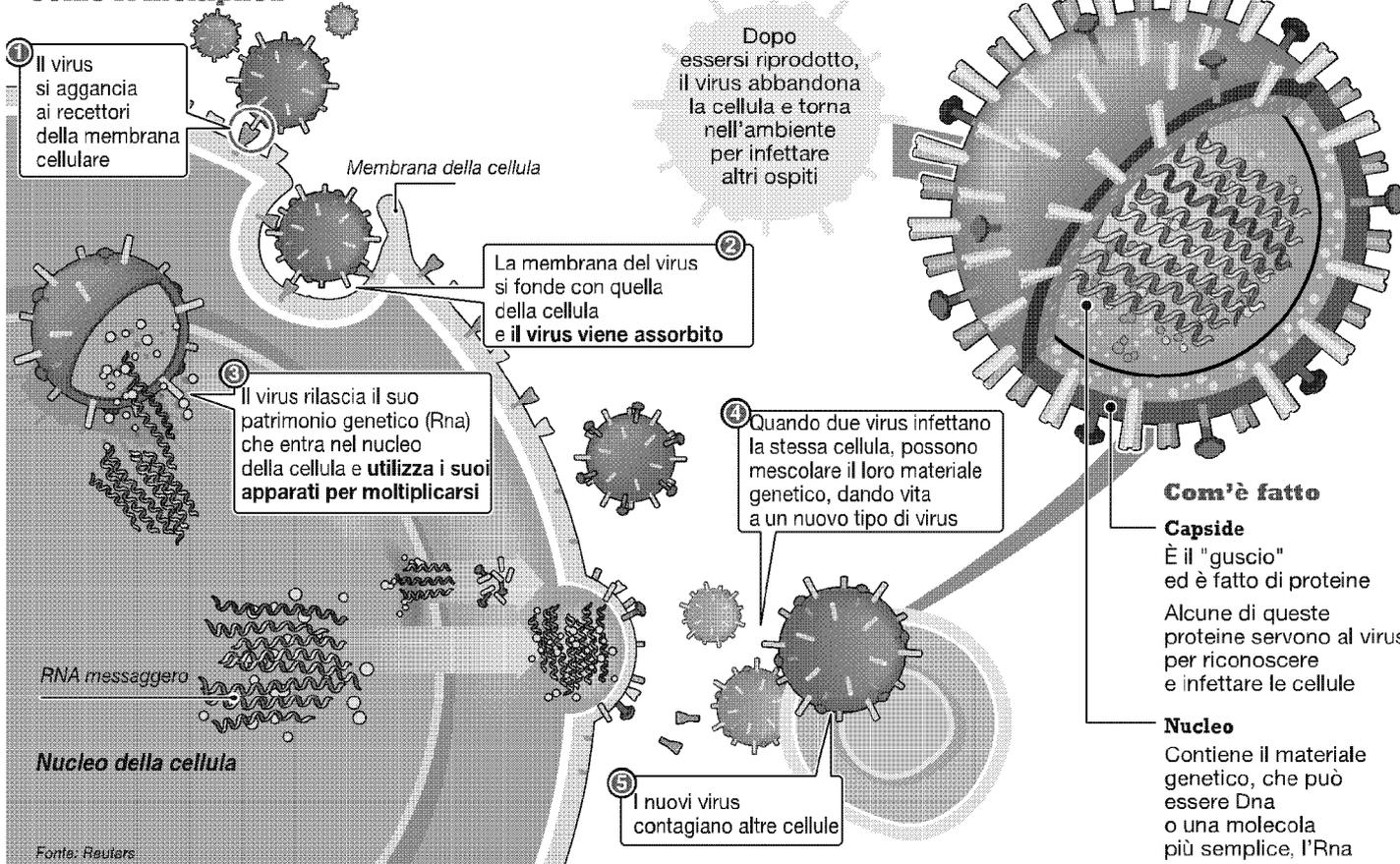
serpente in fondo è proprio questa: «Del serpente conosciamo i rischi, dei virus no. Non sappiamo neanche quanti sono i virus capaci di infettare l'uomo» spiega Wolfe. E immaginare un microrganismo che sconvolga il nostro stile di vita non è difficile per nessuno degli scienziati che si occupano di infezioni. «I virus hanno modellato l'u-

manità nel corso di tutta la sua storia» racconta la Crawford. «Non credo però che potranno mai cancellarci dalla faccia della Terra. Anche fra gli uomini esistono grandi diversità. E ci sarà sempre, come è avvenuto in passato, chi sarà in grado a vincere un'infezione e portare avanti la specie».

**Cos'è un virus**

- È uno dei microrganismi più piccoli e semplici che esistano
- Da molti non è considerato neanche un essere vivente perché **non è capace di riprodursi da solo**
- Tra il 1940 e il 2008 sono state registrate nell'uomo 335 nuove malattie virali
- Nel 60% dei casi il virus aveva avuto origine in un animale ed era poi passato all'uomo

**Come si moltiplica**



**CRIMINALITÀ**

Federfarma aderisce all'Osservatorio sulla criminalità  
Tra i banditi, un broker senza lavoro e un poliziotto

# Farmacie, è allarme rapine: svaligate più delle banche

A Roma 200 aggressioni l'anno scorso, a Milano 359

di CARLA MASSI

ROMA - Un broker finanziario di 52 anni ha perso il lavoro e ha cominciato a rapinare farmacie. Un giovane senegalese è stato arrestato a Milano alcune settimane fa: in poco più di un mese, armato di coltello, aveva portato via le casse di oltre venti farmacie. Volti coperti da cappellini e sciarpe, pistola semiautomatica in mano, ci hanno messo 47 secondi tre banditi a prendersi l'incasso di una farmacia di Torino che ha subito tre assalti in una settimana. Un artigiano edile bolognese di 43 anni disoccupato si è trasformato in un rapinatore seriale di farmacie con sei colpi da fine gennaio a primi giorni di marzo 2010. Il 24 aprile scorso un ispettore di polizia penitenziaria della provincia di Napoli è stato fermato dopo aver partecipato ad una lezione sulla legalità: il giorno prima aveva ripulito una farmacia della costiera. Era a capo di una baby gang responsabile di aver messo a segno 14 rapine in farmacie di Bari un giovane di 17 anni arrestato a Molfetta l'altra settimana. Con i suoi complici, altri quattro adolescenti, aveva messo a segno colpi su colpi nelle farmacie della provincia. Sempre all'orario di chiusura. La farmacia comunale di Gabicce è costretta a lavorare sotto scorta: il Comune ha deciso di mettere la guardia giurata a presidiare come fosse una banca. Verrà installata la porta a chiamata stile istituti di credito. E poi arresti anche a Roma, a Genova e a Pesaro dove andava in trasferta, da Napoli, una banda di tossicodipendenti diventati il terrore dei farmacisti e dei clienti delle Marche e della Romagna. Tutto questo, e tanto altro ancora, è accaduto da gennaio ad oggi. Aggressioni, minacce, irruzioni con taglierini, manganelli e pistole. Anche il "rapinatore Puffo" che a Milano, pistola alla mano, chiedeva solo confezioni di

Viagra per rivendere le pasticche, insieme all'ecstasy, nelle discoteche. Anche "Bonnie e Clyde" dello sciroppo che, in Lombardia, avevano il vizio della rapina in coppia. Armati di pistola giocattolo, minacciavano i titolari e svuotavano le casse. Ma, a metà febbraio, qualcosa è andato storto per loro e sono stati arrestati dai carabinieri di Legnano.

Colpi sicuri quelli di questi banditi seriali. Anche se ormai la maggior parte toglie l'incasso a più riprese durante la giornata perché la sera è sempre un pericolo. Solo nel Lazio, nel 2009, quasi 500 aggressioni. La micro-criminalità ha spostato i suoi interessi: meno banche, più farmacie. Ormai l'eldorado per chi ha bisogno anche di poco. Ma, per quel poco, è disposto a tutto: un manganello sulla testa di un paio di clienti per trecento euro, una pistola alla tempia per arraffare l'arraffabile. Il rapinatore ha cambiato genere perché la liquidità di una volta, in banca, non c'è più. I movimenti on line e le carte le hanno rese meno appetibili. Ecco perché Federfar-

ma, che riunisce i titolari di 16mila farmacie, ha deciso di aderire all'Osservatorio inter-settoriale sulla criminalità predatoria, in centro ricerca dell'Associazione bancaria italiana sulla sicurezza anticrimine. Dell'Osservatorio fanno parte anche Poste italiane, Federdistribuzione, Confcommercio, Federazione italiana tabaccai e Assovalori.

Tutti i posti in cui circola la moneta. Con il tempo, conferma l'Abi, la minore attrattività economica delle banche ha reso molto più "ap-

petibile" le casse delle farma-

**«EVITARE REAZIONI  
E RICORDARE TUTTO»**

*Approntato anche  
un manuale per  
i farmacisti. Un colpo  
dura circa 45 secondi*

cie. Si riduce la percentuale di rapine commesse da gruppi di tre o più persone e cresce quella degli assalti-lampo. Ed è per questo che oggi si punta sulla "moneta elettronica", quindi bancomat e carte di credito. Ma non è certo una strada così facilmente percorribile dal momento che, tra i clienti, soprattutto tra gli anziani, c'è una forte resistenza ad abbandonare il contante.

«Abbiamo deciso di avviare un'indagine a livello nazionale - spiegano a Federfarma - perché dobbiamo capire qual è la situazione a livello nazionale. In molte zone le farmacie sono diventate dei veri e propri bancomat dei tossicodipendenti». A Milano, dove si conta una rapina al giorno, è stata fatta un'inchiesta pilota: nell'ultimo anno le banche rapinate sono state 344 e le farmacie 359. Sono stati messi a confronto anche cento punti operativi di banche e farmacie. Ebbene, la percentuale dei punti rapinati tra gli istituti di credito è risultata, in tutta la provincia, dell'13,4% mentre tra le farmacie la percentuale è del 35,7%.

«E' essenziale ricordarsi - spiegano all'Ordine dei farmacisti di Modena che ha messo a punto un manuale antirapina - che i malviventi vivono una fortissima tensione e che occorre evitare reazioni violente rivolte al personale e ai clienti. Tranquillizzare tutti e registrare nella memoria le ca-

ratteristiche somatiche dei banditi. Dal modo di vestire alla lingua per portare alla loro identificazione. Diminuire l'importo accessibile e rendere palesi le difese come le video camere». Che permettono, nella maggior parte dei casi, a far arrestare i rapinatori-lampo. Il tempo medio di un'aggressione: in media 45 secondi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE ARMI**



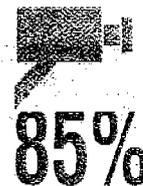
Delle rapine sono compiute con pistole

**GLI INCASSI**



Degli incassi sono sotto i 1000 euro

**LE TELECAMERE**



Delle farmacie hanno le telecamere



L'INTERVISTA

# Il presidente Caprino: «Per difenderci ora andiamo a lezione»

ROMA - "Se i malviventi sono più di uno, concentrare l'attenzione su almeno uno. E' meglio descrivere bene una persona, che male due!". Questo si legge in uno dei manuali che gli Ordini dei farmacisti stanno facendo girare tra i colleghi. "Come scoraggiare il malvivente? Non nascondendo le misure di difesa, ma ponendole in bella evidenza", si legge ancora. "Ricordarsi che la conoscenza di poter contare su un bottino assai limitato rende meno attraente la rapina". «La realtà ci ha ormai costretti ad imparare un po' di regole base per difendere noi e i nostri clienti», spiega Franco Caprino, presidente di Federfarma di Roma e provincia.

**E, appunto, a Roma come vi state attrezzando?**

«Abbiamo avviato una stretta collaborazione con la Questura per analizzare bene il fenomeno e studiare insieme i punti deboli della nostra attività».

**Possiamo dire che andate a scuola di autodifesa?**

«Non proprio scuola ma, sicuramente, dobbiamo prendere lezioni. Certo è che a Roma, come nel resto d'Italia, è necessario attrezzarci in modo serio per disincentivare le rapine. Noi stiamo lavorando con il primo dirigente della Questura Raffaele Clemente del Servizio prevenzione generale soccorso pubblico».

**A Roma come è la situazione?**

«L'anno scorso si sono contate quasi 200 rapine su 700 farmacie. Ma molti neppure fanno denuncia. Saliamo a oltre 500 nel Lazio. Le telecamere in quasi tutti i punti vendita rappresentano un deterrente. Quelle del Centro storico sono più protette perché le vie di fuga, spesso,

sono complicate. Le più esposte, invece, le troviamo nei quartieri periferici. In prossimità, per esempio, di incroci e strade

di alto scorrimento».

**Anche a voi è stato suggerito di tenere libera la visuale dall'esterno così da poter controllare meglio ciò che avviene all'interno?**

«Sì, credo siano consigli che arrivano da tutte le questure. E poi tanti altre indicazioni che stiamo mettendo in atto. Noi, come gli altri, visto che più o meno ci troviamo tutti nelle stesse condizioni».

**Ne può citare delle altre?**

«Preferirei di no. Comunque si sappia che ci stiamo preparando alla difesa quotidiana. Le telecamere, per esempio, come ho detto, hanno permesso di identificare molti malviventi. Anche perché sono quasi sempre gli stessi che scelgono questo tipo di rapine. Stesse persone, stessi comportamenti».

**Pensate di incoraggiare i pagamenti con carte di credito e bancomat per avere meno contante in cassa?**

«Credo sarebbe più vantaggioso per tutti. Sia per noi che per i clienti. Ma capiamo che, soprattutto per gli anziani, non è facile cambiare il sistema di pagamento».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Franco Caprino

**ROMA, IL "CAPO" DEI FARMACISTI**

*«Collaboriamo con la Questura. Le telecamere? Ci proteggono»*



**La ricerca** Alla conferenza internazionale di settore in Svizzera

## Un premio internazionale per il Pascale

### Emanuela Sorrentino

La sindrome metabolica come nuovo fattore di rischio per il cancro alla mammella. Lo studio di Immacolata Capasso, responsabile della struttura dipartimentale di Senologia Preventiva dell'Istituto Tumori «Pascale» è risultato il miglior progetto di ricerca presentato alla sesta «International Conference on Clinical Cancer Prevention» che si è svolta in Svizzera. E così accanto al progetto Underforty, per

favorire la prevenzione delle donne al di sotto dei 40 anni, il dipartimento diretto da Giuseppe D'Aiuto, può vantare un ulteriore riconoscimento internazionale. Il premio, «The Best Abstract Award 2010» che la specialista ha conseguito, riguarda la correlazione tra carcinoma della mammella e sindrome metabolica effettuata in un progetto di ricerca corrente condotto presso l'Istituto Tumori - manager Tonino Pedicini, direttore scientifico Aldo

Vecchione - in collaborazione con Maurizio Montella, responsabile dell'Epidemiologia.

La Capasso, da anni impegnata nella lotta contro il cancro della mammella anche con campagne di sensibilizzazione nei confronti delle studentesse, intende con tutto il team, individuare nuovi fattori di rischio accanto a quelli già noti e che sono l'età, la parità, la mancanza di allattamento e soprattutto la familiarità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricercatrice La Capasso





**Epatiti**

*Allarme Oms: nel mondo peggio dell'Aids  
Ma l'Italia si difende bene*

*A pagina 59*

**Infezioni** Allarme dell'Oms: i malati cronici sono 500 milioni

# Epatite, la new entry tra le emergenze globali

*Pochi i governi impegnati per arginare i virus*

Si è scomodata anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità: durante la sua 63 assemblea annuale, che si è appena conclusa a Ginevra, i 193 stati membri hanno adottato una risoluzione che, per la prima volta, riconosce l'epatite come priorità sanitaria globale e invita i governi a uniformare le politiche di prevenzione e informazione, con l'obiettivo di sconfiggere la malattia.

Si sa da tempo che l'epatite, soprattutto da virus B e C, (quelli che generalmente si trasmettono con il sangue, diversi dal virus A che contamina i cibi) rappresenta un problema di sanità pubblica: è la quarta malattia infettiva più diffusa al mondo, ne soffrono cronicamente 500 milioni di persone (dieci volte di più dei portatori di virus dell'Aids), fra cui oltre due milioni di italiani. Si sa che, quando l'infezione diventa cronica, può portare alla cirrosi e al cancro e si è visto che, quando le cure non funzionano più, non rimane altra soluzione che il trapianto di fegato.

Non tutti i sistemi sanitari, però, sono in grado di far fronte al problema. Un rapporto, presentato qualche settimana fa a Vienna al congresso dell'Easl, la Società europea per lo studio del fegato, dalla World Hepatitis Alliance (che rappresenta oltre 280 associazioni di malati), denuncia la disomogeneità delle politiche sanitarie: solo il 70% delle 135 nazioni interpellate ha adottato strategie di prevenzione, solo un terzo conosce la diffusione della malattia sul proprio territorio e i due terzi chiedono aiuto alla comunità internazionale.

La Cina è la nazione che ha

più portatori (oltre cento milioni solo per il virus B, circa il 7% della popolazione), come è stato rilevato a Pechino nel corso dell'ultima conferenza dell'Apas, la Società asiatica per lo studio del fegato, ma è anche quella che, grazie a programmi di prevenzione e alla collaborazione internazionale di fondazioni e organizzazioni non governative, ha ottenuto, secondo la World Hepatitis Alliance, i migliori risultati negli ultimi anni, con un calo delle nuove infezioni soprattutto nelle grandi città. Ma dalla Cina e da altri Paesi, dove i virus dell'epatite hanno un'elevata diffusione (il B soprattutto nei Paesi asiatici, il C nell'Est Europeo), hanno origine flussi migratori che ingigantiscono il problema anche nelle aree dove la situazione è sotto controllo.

L'Italia è stato uno dei primi Paesi a rendere obbligatoria, nel 1991, la vaccinazione contro l'epatite B per neonati e adolescenti, ma ancora oggi detiene il record europeo delle complicanze: l'infezione da virus B è quasi scomparsa nella popolazione giovanile (rimane il problema degli immigrati da aree endemiche e dei non vaccinati, dai trent'anni in su, che adottano comportamenti a rischio di infezione, tipo rapporti sessuali promiscui o uso di droghe endovena, o si sottopongono a piercing e tatuaggi), ma si è cronicizzata in una certa percentuale di coloro che si sono conta-

giati prima della vaccinazione di massa (complici l'uso di siringhe non ben sterilizzate, le tossicodipendenze, le trasfusioni). Oggi queste persone soffrono di epatiti croniche o di cirrosi e possono andare incontro,

in alcuni casi, a epatocarcinomi, soprattutto le persone di sesso maschile. Proprio in questi giorni un lavoro pubblicato su *Science* da ricercatori americani dell'University of Rochester guidati da Ming-Heng Wu ha spiegato il perché: il virus B possiede una speciale sequenza genetica che si lega ai recettori

per gli ormoni androgeni presenti sulle cellule del fegato e dà origine a una serie di eventi biochimici che danneggiano il fegato.

Più complesso, invece, il problema dell'epatite C (anche se il virus, rispetto al B, è dieci volte meno contagioso): per prevenire l'infezione non esiste ancora un vaccino; le persone continuano a infettarsi (le vie: uso di droghe, promiscuità sessuale, trasmissione materno-fetale, piercing e tatuaggi) nonostante si sia ridotto il contagio legato alle trasfusioni dopo l'introdu-

zione dello screening sul sangue, nel 1990, e, spesso, chi soffre di una forma cronica non lo sa. E' vero che anche per il controllo dell'infezione C stanno arrivando nuove terapie antivirali, in particolare per le persone più giovani e per quelle con forme gravi, ma in molti casi la malattia evolve fino a provocare danni irreversibili al fegato che deve essere allora sostituito. Secondo i dati della Società Italiana per la Sicurezza e la Qualità nei Trapianti (presieduta da Franco Filipponi), nel 2009 sono stati eseguiti, in Ita-

lia, 1.061 trapianti di fegato. L'epatocarcinoma è la prima causa di trapianto (33%), seguita dall'epatite C (26%) e dall'epatite B (13%). Con una sopravvivenza, in quest'ultimo caso, del 70% a cinque anni, grazie non

soltanto alle tecniche chirurgiche, alle terapie antirigetto, ma anche alle terapie antivirali e alle immunoglobuline, ora somministrabili anche dal paziente con un'iniezione sottocute, che impediscono al nuovo fegato di reinfezzarsi con il virus B.

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA [abazzi@corriere.it](mailto:abazzi@corriere.it)



**I test**

**Chi è più a rischio di contagio**

Ci sono persone a rischio di epatiti croniche da virus B e C che non lo sanno. Chi sono? Come intercettarle? Secondo la maggior parte degli esperti questi individui dovrebbero essere identificati attraverso un "interrogatorio" da parte del medico e sottoposti poi a test per la ricerca di "spie" della presenza dei virus (l'HBsAg, l'antigene del virus B e l'anti-HCV, l'anticorpo contro il virus C). Ecco un elenco delle persone a rischio:

- i familiari e i partner sessuali di persone infette
- i tossicodipendenti
- i detenuti nelle carceri
- gli immigrati da aree ad alta prevalenza di virus B e C
- le persone sessualmente promiscue
- le persone con infezioni da Hiv
- i figli di madri portatrici
- gli operatori sanitari
- chi si è sottoposto a tatuaggi o piercing senza adeguata sterilizzazione

**Terapie** Al classico interferone si affiancano gli antivirali  
**Nuovi farmaci contro la B e per la C arriva una tripletta**

Di epatite cronica B si guarisce di rado, ma il virus può essere tenuto a bada, con successo. Grazie ai farmaci. Di epatite cronica C, invece, si può guarire davvero. Sempre grazie ai farmaci. Sono due filosofie diverse di cura.

«Non tutti i pazienti con infezione cronica da virus B possono essere trattati — spiega Massimo Colombo, direttore dell'Unità di Gastroenterologia all'Università di Milano, Ospedale Policlinico —. I candidati alla cura sono selezionati in base a una serie di criteri, come, ad esempio, il grado di attività della malattia». Alla classica terapia con interferone per l'infezione cronica da virus B (l'interferone è un farmaco adatto a pochi casi, spesso mal tollerato e comunque somministrabile per brevi periodi con l'obiettivo di rompere l'equilibrio fra ospite e virus e permettere così alle difese dell'organismo di aggredire quest'ultimo e annientarlo, ndr) si sono da qualche tempo aggiunti, in alternativa, i nuovi antivirali che hanno l'obiettivo di inibire il ciclo biologico del virus e di "congelare" o migliorare le condizioni del fegato: l'ultimo arrivato, di terza generazione, che si affianca

al tenofovir, è l'entecavir, capace anche di ridurre le "cicatrici" del fegato, cioè la fibrosi provocata dal virus. «Al Policlinico di Milano — continua Colombo — abbiamo la più grande casistica al mondo di pazienti curati con entecavir. Lo usiamo da tre anni e finora non abbiamo visto comparire resistenze. Lo stesso vale per il tenofovir». Il problema delle resistenze del virus ai farmaci, invece, è già emerso per la lamivudina, un antivirale di prima generazione (nato per combattere il virus dell'Aids) e anche per quelli di seconda generazione, come per il adefovir.

«Il problema dei nuovi farmaci è il costo — dice Colombo — e gli ospedali, soprattutto quando hanno centri di riferimento per la cura delle epatiti croniche, rischiano di superare i tetti di spesa. Al Policlinico abbiamo creato una rete che ci permette di seguire "a distanza" pazienti di altri centri lom-

**Cure efficaci**

L'epatite cronica B può essere tenuta a bada; da quella C si può guarire

bardi, senza costi aggiuntivi per noi».

Anche per l'epatite C, i pazienti candidati alla terapia sono scelti fra quelli più giovani o quelli con forme più gravi perché rispondono meglio alla terapia attuale, basata sulla somministrazione di interferone pegilato e ribavirina (antivirale). E' però in arrivo una triterapia che, secondo i dati appena riportati dal *New England Journal of Medicine*, può aumentare di molto le percentuali di successo, anche nelle forme dove il tipo di virus C è particolarmente "cattivo" (genotipo 1). Il nuovo schema terapeutico aggiunge un antivirale (inibitore delle proteasi, enzimi che servono per la replicazione del virus), il telaprevir, alla terapia standard (interferone pegilato+ribavirina). Le percentuali di successo arrivano al 70% nei pazienti che non sono stati mai trattati con farmaci (con il "vecchio regime" si arriva al 50%). Saranno da valutare alcuni problemi legati all'uso del telaprevir: effetti collaterali (soprattutto anemia e rash cutanei) e comparsa di fenomeni di resistenza del virus al farmaco.

**A. Bz.**

# La mappa dell'infezione B

La prevalenza dell'epatite B nel mondo (% di popolazione con antigene nel sangue, dati OMS)

Alta  
≥ 8%

Intermedia  
2% - 7%

Bassa  
≤ 2%



**VIRUS EPATITE B**

## IN ITALIA

**600.000**

I portatori cronici di virus dell'**epatite B**

**1.600.000**

I portatori cronici del virus dell'**epatite C**

**20.000**

I decessi ogni anno per malattie di fegato

**Neurologia** Al via un vasto studio sulla tecnica messa a punto dall'italiano Zamboni

# Sclerosi multipla: i malati vogliono vederci chiaro sulla nuova terapia

*Su Facebook 20 mila sostenitori, molti pazienti all'estero per la cura*

Si comincia: fra poche settimane una quindicina di centri italiani inizieranno a sottoporre a eco-doppler circa 1700 persone sane, o con sclerosi multipla, o con altre malattie neurologiche. Scopo: capire se davvero l'insufficienza venosa cerebrospinale è un tratto distintivo della sclerosi multipla. Nei giorni scorsi è stato deciso che Paolo Zamboni, il chirurgo vascolare dell'Università di Ferrara scopritore della condizione patologica, coordinerà lo studio; a giugno partiranno i corsi di formazione per i medici che dovranno eseguire i test.

«Verosimilmente entro un anno avremo i risultati: abbiamo bisogno di certezze in tempi brevi» dice Mario Alberto Battaglia, presidente dell'Associazione italiana sclerosi multipla che sostiene lo studio con la Fondazione *Hilarescere*. Forse questa accelerazione nelle ricerche servirà a placare gli animi dei pazienti, che hanno da poco creato un'Associazione insufficienza venosa nella sclerosi multipla e sfogano su internet desideri e rabbie.

Su Facebook il gruppo italiano conta poco meno di 20 mila iscritti, che crescono al ritmo di 400 al giorno; tutti già convinti che l'insufficienza venosa sia la causa della sclerosi multipla, accusano i neurologi di non voler vedere la realtà e vorrebbero che la procedura di liberazione (vedi a destra) fosse disponibile da subito, ovunque. C'è chi invoca class-action, chi sottolinea che, al di là del legame con la sclerosi multipla, l'occlusione delle vene cerebrali dovrebbe essere trattata comunque, visto che la procedura è fattibile (l'Unione internazionale di flebologia l'ha riconosciuta come patologia venosa nel settembre scorso). La sensazione è che ci siano non pochi interessi in gioco: i pa-

zienti italiani sono circa 60 mila e per curarli coi farmaci si spende oltre un miliardo di euro all'anno (diagnosi e trattamento dell'insufficienza venosa cere-

brospinale costano meno di 5 mila euro). I medici sostenitori dell'insufficienza sottolineano che nessuno vuole «scippare» i malati ai neurologi, ma solo dare uno strumento di cura in più; né si potrà fare a meno dei farmaci. Ciononostante, il

possibile cambio di prospettiva nella gestione della malattia ha reso molti assai cauti nel valutare la nuova ipotesi.

I neurologi però vogliono collaborare, come spiega Angelo Ghezzi, segretario del Gruppo di studio sulla sclerosi multipla della Società italiana di neurologia: «Verificare l'ipotesi attraverso studi rigorosi che diano risposte ineccepibili è un nostro dovere. Non dev'essere una guerra, i malati devono avere fiducia e pazienza». Quella che sembrano aver perso i tanti che si sono già messi in lista all'estero, in Kuwait, in Polonia, in India: in rete circola l'elenco dei centri stranieri che fanno diagnosi e liberazione, con tanto di prezzi.

Un turismo della speranza frenato anche dalla Fondazione *Hilarescere*: «Non c'è nessuna garanzia della corretta applicazione della metodologia sviluppata all'università di Ferrara», avverte Augusto Zeppi, vicepresidente della Fondazione e uno dei primi a farsi operare nel 2007. Oggi la lista d'attesa di Zamboni conta circa 20 mila malati, italiani e stranieri; per ora in Italia si può fare solo la diagnosi di insufficienza venosa cerebrospinale ma entro l'anno dovrebbe iniziare in Emilia Romagna uno studio di intervento su circa 500 pazienti, sostenuto dalla Regione, da *Hilarescere* e dall'AIMS. Dice Zamboni: «La metà dei partecipanti non sarà operata, per confrontare gli esiti della liberazione

con un "nulla di fatto": nonostante questo ogni giorno ricevo richieste di adesione».

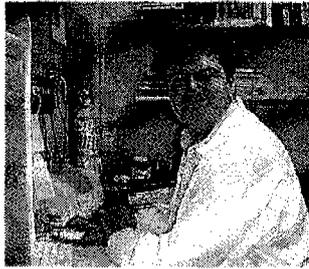
Perché i pazienti, in barba alle verifiche scientifiche che lo stesso Zamboni ritiene indispensabili, non vogliono più aspettare.

**Elena Meli**

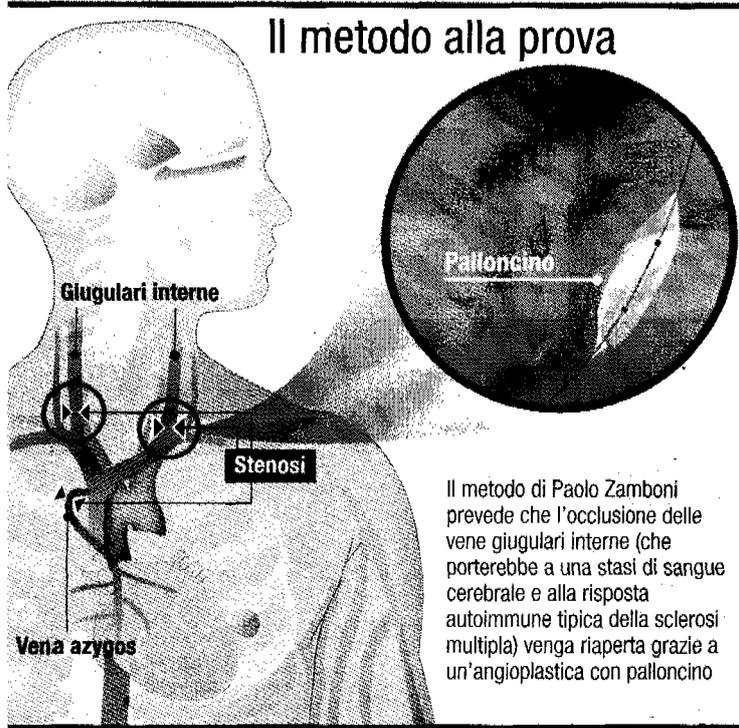
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il chirurgo**



Nel 2003 Paolo Zamboni, chirurgo vascolare ferrarese, ha scoperto (studiando il caso della moglie) che i malati di sclerosi multipla hanno, 40 volte più dei sani, restringimenti o occlusioni delle vene che drenano il sangue dal cervello, azygos e giugulari: da ciò un accumulo di ferro intorno ai vasi che sarebbe alla base della reazione autoimmune tipica della malattia. Zamboni ha trattato oltre 100 pazienti, riaprendo i vasi con angioplastica. «Non si devono usare gli stent, fatti per essere inseriti nelle arterie» dice. Il rischio è di complicanze gravi, com'è successo a due pazienti operati a Stanford negli Usa. Dall'università di Buffalo, a febbraio, è arrivata una conferma della presenza di questi restringimenti in un'alta percentuale di malati; studi di intervento sono in partenza a Boston e in corso a Washington.



**Il metodo alla prova**

Il metodo di Paolo Zamboni prevede che l'occlusione delle vene giugulari interne (che porterebbe a una stasi di sangue cerebrale e alla risposta autoimmune tipica della sclerosi multipla) venga riaperta grazie a un'angioplastica con palloncino

EMANUELE LAMEDICA

# L'associazione La struttura di ricerca creata dall'Aism Un Centers per testare tutte le potenzialità dei farmaci

Alla "riscoperta" di farmaci, già in commercio per altre indicazioni terapeutiche, che potrebbero essere efficaci anche nel trattamento della sclerosi multipla. È una delle aree di ricerca sostenute dall'Associazione italiana sclerosi multipla, insieme con la sua fondazione (Fism), per identificare, in tempi rapidi e a costi contenuti, nuove cure per questa malattia invalidante, che colpisce soprattutto donne e giovani, tra i 20 e i 30 anni (nel nostro Paese ne soffrono circa 60 mila persone).

Per questo, con parte dei fondi raccolti, dal 2005 la Fism ha promosso e finanziato un progetto, chiamato Centers (Centro Neurologico Terapie Sperimentali). La struttura, completamente dedicata alla sperimentazione di nuove terapie per le malattie neurologiche, è affidata agli specialisti dell'Ospedale Sant'Andrea e dell'Università La Sapienza di Roma, coordinati dal professor Marco Salvetti, cui si è aggiunto di recente il gruppo di neurologi coordinato dal professor Diego Centonze, responsabile del Centro per la sclerosi multipla del Policlinico Tor Vergata di Roma. Una collaborazione nata per utilizzare al meglio le specifiche competenze e accelerare i tempi della ricerca.

«Molti farmaci già utilizzati per altre malattie agiscono attraverso meccanismi che potrebbero essere utili nella cura della sclerosi multipla e contribuire a migliorare la qualità di

vita dei pazienti» spiega Marco Salvetti. I ricercatori lo chiamano "riposizionamento di terapie esistenti". «Si tratta di una strategia che consente di guadagnare tempo e denaro — continua l'esperto —. Per sviluppare una nuova molecola, infatti, occorrono in media 10-15 anni e circa un miliardo di dollari. Non solo: i farmaci già in uso danno già garanzie in termini di sicurezza».

Di recente sulla rivista *Neurology* sono stati pubblicati i risultati di uno degli studi del Centers, «sull'efficacia del rilu-

## «Vecchie» molecole

Si punta alla riscoperta di farmaci per altre malattie, che potrebbero servire anche per la sclerosi multipla

zolo, — spiega Salvetti — di norma utilizzato per la sclerosi laterale amiotrofica, nella terapia sintomatica di forme atassiche della sclerosi multipla, quando cioè si perde il coordinamento muscolare».

Dopo l'estate partirà un altro studio che coinvolgerà circa 60 pazienti. «Nei nostri trial clinici (di fase 2) sperimentiamo il farmaco con pochi pazienti, ma in modo veloce, per cercare di capire al più presto se può funzionare o meno — spiega il neurologo —. In questo nuovo studio somministreremo ai malati con sclerosi multipla primaria progressiva, forma per cui non ci sono tera-

pie, un farmaco usato in campo ematologico, l'idrossiurea. Si è scoperto, infatti, che questa molecola è indicata non solo come immunosoppressore, ma anche come antivirale e per la sua capacità di rimodulare determinati geni».

Per far "andare più veloce il mondo della ricerca", durante la Settimana nazionale della sclerosi multipla (fino al 30 maggio) promossa dall'Aism, si svolgeranno in tutta Italia iniziative per la raccolta fondi (informazioni sul sito [www.aism.it](http://www.aism.it) o al numero verde:

800-803028). Il punto sui risultati della ricerca scientifica sarà fatto il 26 maggio, in occasione della seconda Giornata mondiale della sclerosi multipla, durante il convegno "Verso un mondo libero dalla Sclerosi Multipla: Fism e Aism insieme nel movimento internazio-

nale", che si svolgerà a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità. Interverrà il professor Lars Fugger dell'Università di Oxford che ha aperto la strada alla "riscoperta" della amiloride, "vecchio" farmaco per il trattamento dei pazienti ipertesi. Il gruppo inglese, che già 3 anni fa ha dimostrato l'efficacia di questo farmaco sul processo di neurodegenerazione in modelli sperimentali di sclerosi multipla, ha avviato quest'anno la sperimentazione clinica presso il John Radcliffe Hospital di Oxford.

**Maria Giovanna Faiella**

51 RIPRODUZIONE RISERVATA



Il pacchetto sulla sanità. Possibile un alleggerimento del piano di tagli originario

# Superticket in bilico, alt ai pignoramenti

## GLI INTERVENTI IN DISCUSSIONE

### Superticket sulla specialistica

■ Taglio di 550 milioni del fondo sanitario: le regioni dovranno finanziare da sé la somma o applicare un ticket sulla specialistica da 7,50 euro e un ticket-ricetta da 3 euro per gli esenti dal 1° luglio. In alternativa potranno applicare mini ticket su altre prestazioni

### Taglio della spesa per farmaci

■ Trasferimento dall'ospedale alla farmacia di farmaci innovativi oncologici, antiretrovirali, biologici. Intervento sui prezzi degli off patent e riduzione dei margini dei grossisti

### Piani di rientro dal deficit

■ Saranno concessi tre anni in più per il completamento dei piani di risanamento strutturale.

### Stop ai pignoramenti

■ Ritorna il blocco delle azioni esecutive da parte dei creditori di Asl e ospedali.

### Acquisto di beni servizi:

■ Centralizzazione degli acquisti di beni e servizi: si stimano risparmi iniziali intorno a 100 milioni.

### Fondo non autosufficienza:

■ Incremento di 400 milioni nel 2011 delle risorse per il Fondo della non autosufficienza

### Riduzione degli stipendi

■ Il taglio agli stipendi dei dirigenti pubblici: attesi 416 milioni di risparmi nel 2011 ma insieme si teme una protesta massiccia con tanto di blocco degli ospedali

## LE NOVITÀ

Tra le opzioni il trasferimento in farmacia della vendita di medicine innovative ad alto costo oggi dispensate dagli ospedali

### Roberto Turno

ROMA

Possibile dietrofront sulla rinascita del superticket sulla diagnostica, ma non a costo zero per assistiti e regioni che dovranno trovare 550 milioni di riduzione del fondo sanitario nazionale. Nuovo stop ai pignoramenti dei creditori di asl e ospedali. Trasferimento in farmacia della vendita di farmaci innovativi ad alto costo oggi dispensati dagli ospedali, col risultato che a pagare l'eventuale disavanzo saranno le industrie e la distribuzione. Tre anni in più per i piani di rientro dal debito, aprendo forse qualche spiraglio per evitare di far scattare le maxi addizionali nelle regioni sotto tutela e commissariate. Centrali d'acquisto per i beni e servizi.

Non ci sarà «macelleria sociale», ha detto ieri Berlusconi escludendo tagli all'assistenza sa-

nitaria. Ecco così che i tecnici dell'Economia hanno ingranato la retromarcia: testo da riscrivere, o quasi, per i tagli alla sanità nella manovra 2011-2012. Opera-

zione che in ogni caso dipenderà dal perimetro complessivo degli interventi in cantiere con la manovra. La sanità, insomma, sarà chiamata a fare la sua parte per ridurre la spesa pubblica. Ma con un impatto inferiore ai 2,5 miliardi finora ipotizzati. E non senza incognite, come nel caso dell'applicazione anche i medici dei tagli agli stipendi dei dirigenti pubblici: si calcolano 416 milioni di risparmi nel 2011 (e di più nel 2012), ma insieme si teme una protesta massiccia con tanto di blocco degli ospedali. Tutti i sindacati sono in allarme.

La partita a scacchi sulla spesa sanitaria è complessa e il borsino dei tagli è destinato a cambiare fino all'ultimo. A cominciare dalla misura più impopolare: la rinascita del superticket sulla specialistica per il mancato finanziamento della sua abolizione da parte dello stato. Ieri formalmente la misura è scomparsa. Ma il Governo chiede in ogni caso una

riduzione di 550 milioni dei trasferimenti già da quest'anno. Decidano le regioni come e dove trovare le risorse, è il ragionamento rigettato nel campo dei governatori. Che, se resisteranno, si ritroverebbero sul tavolo il superticket: il mancato rifinanziamento per 550 milioni significherebbe un balzello da 7,50 euro già dal 1° luglio, col ticket ricetta di 3 euro per gli esenti. Natural-

mente le regioni potrebbero fare da sé nel segno di un ticket-spezziato diverso da un capo all'altro d'Italia, anche al posto del ticket-ricetta: con altri mini ticket su altre prestazioni per un gettito equivalente ai 550 milioni di taglio al fondo sanitario.

La contropartita per le regioni arriverebbe dai farmaci. In questo caso il nodo è la spesa ospedaliera, dove si stima un buco nel 2010 di 2,3 miliardi tutto a carico dei bilanci locali. Ecco così che dall'ospedale alla farmacia verrebbe trasferita la dispensazione di alcuni farmaci innovativi particolarmente costosi (oncologici, antiretrovirali, biologici), col risultato di appesantire la spesa in farmacia oggi in regio-

la col budget. Lo sfondamento sarebbe a carico delle industrie, ma anche di farmacie e grossisti. Altri tagli potranno essere l'intervento sui prezzi dei farmaci off patent e una limitatura ai margini dei grossisti.

Per le regioni in rosso arrivano poi altre due ciambelle di salvataggio: lo stop ai pignoramenti da parte dei creditori - inserito nella Finanziaria 2010 ma cancellato col milleproroghe a febbraio - e i tre anni di tempo in più concessi per l'applicazione dei piani di rientro, chissà se con effetti per alcune di quelle (Lazio, Campania, Molise, Calabria, tutte di centrodestra) che senza i Fas rischiano a breve di dover applicare le maxi addizionali Irpef e Irap. Sempreché l'Economia conceda sconti senza garanzie e che le altre regioni siano d'accordo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Risparmi nella sanità

# Centrali d'acquisto per tagliare la spesa

■ Anche la spesa per l'acquisto di beni e servizi da parte di asl e ospedali - una montagna da 32,7 miliardi nel 2009 - finisce nel mirino della manovra 2011-2012. L'obiettivo è di arrivare, dove non esistono, a centrali d'acquisto regionali magari sul modello toscano dell'«area vasta» che raggruppa più centri di spesa interprovinciali. Con risparmi teorici che nel tempo sarebbero di qualche miliardo l'anno.

Il borsino delle misure della manovra sanitaria, continua a registrare una curva ad alti e bassi. Così ieri, mentre salivano le quotazioni del taglio sui beni e servizi, sotto l'incalzare delle regioni ma anche per valutazioni di opportunità politica, avrebbe perso qualche chance la riduzione di 600 milioni del finanziamento statale per l'abolizione

del superticket (o altri ticket decisi dalle regioni) sulla specialistica. Mentre, pur tra mille riserve, avrebbe acquistato più credibilità il trasferimento dall'ospedale alle farmacie di alcuni farmaci innovativi.

Intanto, sebbene ancora in divenire, la manovra ha già fatto molti scontenti. I governatori non accettano tagli ai trasferimenti, la filiera del farmaco (industrie, farmacisti e grossisti) assiste in fibrillazione, i produttori di tecnologie temono misure indifferenziate. E i medici hanno fatto sapere di non gradire affatto i tagli in cantiere (alt ai contratti, riduzione degli stipendi sopra 80-100mila euro, pensioni, stop al turn over, ticket): l'Anaa, il principale sindacato di categoria, ha già annunciato di essere pronto a mobilitarsi contro «una stangata epocale».



# SCREENING PER SALVARSI BASTA UN ESAME

**FEDERICO MERETA**

I DATI RELATIVI al 2007 sono davvero sconfortanti. Solo tre donne liguri su dieci accedono allo screening mammografico: 41.000 le donne coinvolte nel 2007, il 37,4% delle aventi diritto. Un dato di gran lunga inferiore alla media nazionale, che speriamo sia migliorato in questi ultimi anni, perché accedere allo screening è fondamentale per la diagnosi precoce di un tumore che colpisce circa 38.000 donne l'anno in Italia. Ma soprattutto per eseguire interventi poco demolitivi e sfruttare al meglio le cure più moderne, dagli anticorpi monoclonali come trastuzumab fino alle piccole molecole, capaci di attaccare esattamente solo le cellule malate.

Il richiamo all'importanza dello screening - consigliato per le donne tra i 50 e i 69 anni ma in molti casi da far decollare anche prima sulla base del parere del medico - viene da una lettera alle Istituzioni di Salute Donna onlus, resa nota in occasione del Forum Istituzionale "Screening mammografico, un Diritto delle donne, un Dovero delle Istituzioni" organizzato a Roma in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e il Gruppo Italiano Screening Mammografico. Dall'analisi presentata emerge che nel nostro Paese risultano escluse circa 2 milioni e mezzo di donne: sono infatti meno del 70%

le donne tra i 50 ed i 69 anni, fascia target dello screening mammografico organizzato, ad essere inviate a fare la mammografia biennale. E circa la metà aderisce all'invito:

ovvero solo 1 milione e 300.000 donne, il 36%. Eppure l'esame è semplice. E va fatto secondo precise regole, da stabilire con il proprio medico, per cogliere fin dall'inizio eventuali lesioni. Ma è solo l'inizio di un percorso che può portare ad approfondimenti più precisi.

«Un programma di screening non si esaurisce in un atto isolato, ovvero nel test mammografico - spiega Paolo Pronzato, Direttore dell'Oncologia Medica A presso l'Ist di Genova -. Si tratta piuttosto un percorso complesso che parte dall'invito alle donne candidate e prosegue poi, nei casi di esito positivo al test mammografico, in esami diagnostici di approfondimento, definiti esami di secondo livello. E la chiamata al test di secondo livello è indubbiamente un momento molto delicato per l'inevitabile carico di ansia che comporta per le donne».

Oltre alle indicazioni sulle modalità orga-



nizzative di un programma di screening mammografico previste dalla normativa, sono molteplici le raccomandazioni relative alle procedure cliniche finalizzate ad un corretto percorso di screening. E' necessario in primo luogo che esista a monte del percorso un sistema organizzato di elevata qualità che garantisca che il numero delle chiamate sia il minore possibile.

«La qualità è un fattore dipendente dalla preparazione e dalla formazione dei tecnici e dei medici che effettuano la mammografia - fa notare Pronzato -. Per incrementare il tasso diagnostico e ridurre quello dei richiami bisogna puntare ad uno screening organizzato con personale e macchine dedicati, piuttosto che allo screening spontaneo, spesso affidato a radiologi non specialisti della mammella. Solo i centri per lo screening di primo livello possono infatti assicurare la qualità dell'esame e della lettura del dato, e dunque un numero di richiami inferiore».

**SALUTE** *I vaccini per prevenire le recidive di melanoma e le ultime tecniche di diagnostica*

# Pelle baciata dal sole

di Cristina Cimato

L'arrivo della bella stagione porta con sé le prime tintarelle e i bagni di sole, ma gli effetti benefici e le controindicazioni derivanti dall'esposizione ai raggi ultravioletti sono sempre sotto esame da parte degli esperti. I risultati di un recente studio eseguito dall'Università del New Mexico su 528 pazienti con melanoma, presentati all'ultimo congresso della Sidemast (Società italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse), evidenziano che l'esposizione al sole, contrariamente alla convinzione più diffusa, può offrire una protezione contro il rischio di mortalità per tumore alla pelle. La revisione di 39 studi condotti su oltre diecimila pazienti ha confermato inoltre che se un'esposizione saltuaria e senza precauzioni è associata a un alto rischio di manifestazione del melanoma (70% in più), prendere il sole in modo regolare ne riduce l'incidenza (17%) e mortalità (19%). Va detto che in letteratura sono numerosi gli studi su questo argomento e altrettanto numerose le tesi riguardo il coinvolgimento benefico o nocivo del sole nelle malattie della pelle, tra cui il melanoma. Questa neoplasia, che origina dai melanociti, è la prima causa di mortalità tra i tumori cutanei e presenta un aumento del 3-7% di incidenza annuale in Europa e negli Stati Uniti, con 6 mila nuovi casi all'anno in Italia. Negli ultimi 10 anni è aumentata del 15% circa l'incidenza di diagnosi precoci di melanoma un dato riconducibile non solo a un più attento controllo attraverso le strumentazioni diagnostiche. «Esiste un'ipotesi, non ancora suffragata da evidenze scientifiche, secondo cui sotto la stessa diagnosi di melanoma risiedono in realtà due diverse malattie, una molto aggressiva e una meno, catalogate però nello stesso modo», ha spiegato Mario Santinami, direttore dell'unità Melanoma e sarcoma della Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei tumori di Milano, «non ritengo che la causa scatenante di un melanoma possa essere il sole, ma sicuramente nel caso di una malattia già in essere o di una predisposizione può risultare nocivo».

**Una barriera contro le recidive.** La ricerca si concentra sull'identificazione di strumentazioni per una diagnostica sempre più precoce, capace di identificare lesioni piccolissime, sulla terapia per fermare eventuali recidive e sulla messa a punto di nuovi approcci terapeutici per i casi più gravi, che evolvono in metastasi. «Una delle strade percorse di recente da tutti i centri nel mondo è quella dei vaccini, dapprima sperimentati sui pazienti più gravi per verificare l'efficacia biologica e immunologica nella malattia metastatica, e ora in fase di verifica anche come trattamento adiuvante post chirurgico», ha spiegato Licia Rivoltini, direttore dell'unità di immunoterapia dei tumori umani del Int di Milano, «normalmente la rimozione delle lesioni della pelle sottilissime danno un tasso di recidive pari allo zero, ma questa percentuale sale a seconda dello stadio di gravità e in una fase 3, in cui sono coinvolti anche i linfonodi, può arrivare al 40%». La speranza riposta nei vaccini risiede anche nella possibilità che, una volta stimolata, la memoria immunologica di difesa resti salda per un periodo di tempo lungo. Lo studio, che coinvolgerà più di 100 centri nel mondo per un totale di oltre

mille pazienti, vedrà la somministrazione di terapia per due anni, cui seguirà un periodo di controllo di 5 anni. Le attese sono buone perché vi sono già evidenze nei pazienti più gravi di una discreta risposta immunologica. Positivi riscontri sono previsti anche da un nuovo anticorpo, che verrà probabilmente approvato dall'Fda entro alcuni giorni e quindi immesso sul mercato presumibilmente entro la fine dell'anno, capace di sbloccare i freni di risposta immunitaria. «Uno studio da poco avviato in Europa di fase III, con 500-600 pazienti coinvolti, mira a verificare l'aumento di sopravvivenza nei pazienti con melanoma metastatico per i quali normalmente, in uno

stadio 4° di malattia, non ci sono speranze per più di 6-12 mesi», ha precisato Rivoltini. Un'altra novità dal punto di vista terapeutico riguarda gli inibitori che agiscono selettivamente su alcune mutazioni di un gene, presenti nel 50% dei melanomi. In fase II è stata dimostrata un'ottima efficacia nella riduzione di lesioni, anche se la fase III ha mostrato che l'effetto tende a scemare significativamente nel tempo.

**Diagnosi sempre più raffinate.** Presso il Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, in collaborazione con l'Istituto dermatologico dell'Immacolata di Roma, è stato eseguito uno studio al fine di comprendere in quali casi i nevi evolvono in melanomi. La finalità della sperimentazione è stata anche quella di avvicinarsi all'identificazione dei cosiddetti melanomi senza volto, ossia una categoria difficile da diagnosticare che però rappresenta una quota non marginale, pari al 20%, e quelli a rapida crescita, che mutano rapidamente in una forma invasiva. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Archives of Dermatological Research* e ha interessato 94 lesioni equevoche. «Sono state analizzate e monitorate per un anno e poi asportate. Di queste 29 erano melanomi e 65 nevi», ha spiegato Michele Fimiani, direttore della Dermatologia del policlinico senese, «si è visto che le lesioni che avevano dato risultato positivo di melanoma si erano modificate nel tempo in modo diverso rispetto a quelle innocue. Sono stati quindi studiati 49 diversi parametri che riguardano la geometria, il colore e la relativa distribuzione nel tessuto per capirne meglio le caratteristiche». Anche in virtù della natura di questo tipo di tumori è fondamentale una diagnosi tempestiva, e per sensibilizzare la popolazione il 10 maggio ha avuto luogo la prima edizione italiana dell'Euromelanomaday, giornata organizzata da Sidemast e dedicata alla prevenzione e alla diagnosi precoce del melanoma e dei tumori della pelle. Un'arma in più rispetto al passato è rintracciabile nelle strumentazioni di ultima generazione come il laser confocale, che permette di effettuare un'indagine sulla struttura cellulare della cute con una risoluzione che si avvicina a quella dell'esame istologico pur analizzando uno strato meno profondo del derma. La microscopia con laser confocale non è ancora molto diffusa ma è assai promettente per l'affidabilità che garantisce. Da studi pilota sull'indagine mini invasiva eseguiti presso l'Università di Modena e Reggio Emilia è stata dimostrata una drastica riduzione del numero di lesioni benigne asportate (da 20-30 a 1 fino a 4 a 1) per essere certi di non aver tralasciato tumori maligni. (riproduzione riservata)