

Rassegna del 05/05/2010

CORRIERE DELLA SERA - La banalizzazione dell'aborto e del sentimento amoroso -
Montefoschi Giorgio

1

LA BANALIZZAZIONE DELL'ABORTO E DEL SENTIMENTO AMOROSO



Non risale alla notte dei tempi, bensì a una delle ultime puntate di Tetris (e ha lasciato tempo per riflettere), il vivace contrasto fra l'ex ministro della Sanità Livia Turco e l'attuale ministro della Gioventù Giorgia Meloni: le quali, alla presenza di un insolitamente quieto onorevole Borghesio, parlando di aborto e della nuova pillola Ru486, si sono reciprocamente raccomandate, con molta decisione, di non banalizzare l'aborto.

Cosa vuol dire non banalizzare l'aborto? Se non ho capito male, la preoccupazione di Livia Turco era quella di non consentire a nessuno di pensare che le donne che abortiscono possano mai, in nessun caso, farlo superficialmente: cioè, banalmente. Il timore del ministro Meloni riguardava l'esatto contrario: e cioè che un troppo facile accesso alle pratiche abortive potesse indurre, in qualche caso, a un atteggiamento superficiale (dunque banalizzante) nei confronti dell'interruzione di gravidanza.

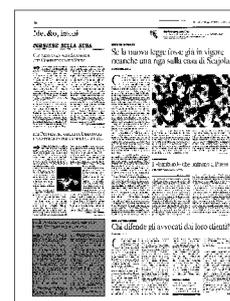
In realtà, penso che sia la Turco che la Meloni, in quanto donne, fossero d'accordo, in fondo al cuore, nel sapere che l'aborto è sempre un dramma: anche per

chi lo affronta incoscientemente. Ma il punto è ancora un altro, e forse le due ministre hanno mancato entrambe una occasione. Perché, prima della banalizzazione dell'aborto, sarebbe molto opportuno parlare della banalizzazione dei rapporti sessuali. E del corpo.

Chi può negare, infatti, al di là di ogni steccato religioso, che la precocità, la disinvoltura, la mancanza di ogni consapevolezza, il travalicamento di ogni equilibrio nel rapporto fra la sessualità e il sentimento amoroso — in altre parole: il pessimismo e svilente modo con il quale viene vissuto oggi l'eros — è il primo gradino in discesa che poi può condurre, passo dopo passo, inavvertitamente, a quella soglia sempre dolorosa e traumatica che è la soppressione della vita? Chi può negare che, prima di qualunque sacrosanta contraccezione, è il rispetto profondo del nostro corpo la sola strada possibile per vivere l'amore nella sua pienezza, con tutte le sue soddisfazioni, e insieme il principale antidoto, potente, a evitare sbadati incidenti di percorso?

Giorgio Montefoschi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 05/05/2010

DIVA E DONNA - 50 anni fa nasceva la pillola della libertà - Carbone Betta

1

Inchiesta

Mezzo secolo sì, ma solo **negli Stati Uniti**. «Da noi ancora negli anni Settanta l'anticoncezionale **si prescriveva con mille cautele**», dice la sociologa Saraceno. «E oggi si teme che parlare di sesso ai figli voglia dire autorizzare a farlo»



I PAPÀ A sin., il fisiologo austriaco Ludwig Haberlandt (1885-1932). Sotto, il biologo americano Gregory Pincus (1903-1967) che mise a punto la prima pillola con il collega John Rock.



50 anni fa nasceva la pillola della libertà

di Betta Carbone

MILANO, maggio

Enovid. Si chiamava così la prima pillola anticoncezionale. Entrò in commercio negli Stati Uniti il **9 maggio 1960**. Ma già dal **1919** il principio era stato isolato in laboratorio dal **fisiologo austriaco Ludwig Haberlandt**. I "papà" della pillola a stelle e strisce sono invece il **biologo ebreo americano Gregory Pincus** e il suo collega **John Rock**. Ci vollero poi quasi 15 anni perché la contraccezione orale varcasse le Alpi. D'altronde solo nel 1971 la Corte Costituzionale abrogò l'articolo 553 del codice penale che prevedeva il carcere per chiunque pubblicamente incitasse a pratiche contro la procreazione. E solo nel 1975 i consultori pubblici cominciarono a dare informazioni gratuite sulla contraccezione. Ecco perché nel celebrare il mezzo secolo della pillola la **socio-**



Chiara Saraceno



Intrugli... storici

Il primo metodo contraccettivo è descritto dagli egiziani nel Papiro di Ebers (a ds.) che risale al 1550 a.C. Era una sorta di diaframma preistorico: un tampone di lana imbevuto di succo d'acacia e miele che si consideravano spermicidi. ***Greci, romani, indiani.** In ogni cultura ci si pose il problema della contraccezione inventando misture e intrugli da far assumere alle donne per renderle sterili.

***I primi profilattici** vengono descritti dal medico Fallopio nel 1555. Nel 1700 nei suoi diari ne parlava ampiamente Giacomo Casanova. Erano fabbricati con intestini di montone.



1700

IL SEDUTTORE Giacomo Casanova, interpretato al cinema da Heath Ledger (1979-2008, a ds.), nelle sue "Memorie" descrive i metodi anticoncezionali dell'epoca, a partire da profilattici realizzati con interiora di animali.



Giacomo Casanova

Fonte:
Società italiana
di ginecologia
e ostetricia

16%

delle donne italiane
usa la pillola.
Sono il 50%
in Olanda,
il 30% in Svezia
e il 40%
in Francia

Contraccezione
tra Sfinge
e Piramidi



1550 a.C.

IL PAPIRO DI EBERS
Nel papiro che documenta la scienza medica degli antichi egizi si descrive un "prototipo" di diaframma, che può essere associato a un primo spermicida.

1839

CONDOM&PNEUMATICI
I preservativi di intestini di montone (sopra), verranno sostituiti da quelli di lattice: la vulcanizzazione della gomma inventata da Charles Goodyear permette la larga diffusione del condom.

loga Chiara Saraceno, professore di ricerca all'Istituto di studi sociali di Berlino, ha i suoi dubbi:

«50 anni? Non mi tornano i conti. Quando nel 1973, dopo la nascita delle mie figlie, il mio ginecologo me la prescrisse, dovette farlo "sotto mentite spoglie", come cura per l'amenorrea. Non "stava bene". L'unica forma di contraccezione ammessa era il preservativo, non a caso dal nome rassicurante, qualcosa che preserva, non qualcosa che va "contro" come il contraccettivo. Però veniva associato alle prostitute. Insomma, le donne per anni si dovettero arrangiare».

La pillola ha aiutato le battaglie femministe?

«La contraccezione si è diffusa solo perché già la testa delle donne stava cambiando. Aiutò un po', ma da sola non sarebbe stata determinante. Anche oggi, quando si va a parlare di contraccezione nel Terzo Mondo, non è

«I nostri ragazzi **cominciano** a fare sesso alla stessa età che nel resto d'Europa. **Ma ne sanno molto meno**»

che si fornisce lo strumento e si risolve il problema. Prima devi preparare al cambiamento. Ancora alla fine degli anni Settanta, fronteggiavo i detrattori della pillola facendo notare come non fosse vero che portasse al calo della natalità. Anzi, per un certo periodo erano aumentati i figli, quelli illegittimi: le donne avevano conquistato la libertà sessuale, ma sul come gestirla erano ancora indietro».

Le donne cercavano il controllo del corpo. E gli uomini intanto?

«Anche la loro testa stava cambiando. Uno studio di quegli anni condotto tra i contadini del Sud Italia dimostrava come loro stessi si stessero rendendo conto che non potevano trattare le proprie mogli alla stregua del bestiame, mettendole incinte tutte le volte. Così ricorrevano a quella che chiamavano "marcia indietro"».

Il coito interrotto?

«Esatto. Nel chiamarlo così evidenziavano anche un passo indietro verso la continua spinta alla procreazione delle generazioni precedenti. Insomma, molto prima della pillola si diffondeva l'idea che gli uomini dovessero chiedere "Permesso"».

Oggi una donna su tre nel mondo usa la pillola, solo una su sei, la

7%

La percentuale delle donne che in Basilicata e Campania usano la pillola contro il dato massimo del 31,1% in Sardegna e del 24,4% in Val d'Aosta

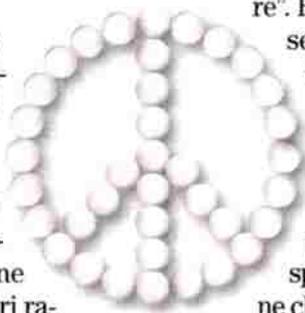
Fonte: Società italiana di ginecologia e ostetricia

«**metà, in Italia. Perché?**

«In Italia l'educazione sessuale e contraccettiva si fa poco in famiglia, per niente a scuola, dove al limite per lo più si parla di nascita di bambini, di parto. Ma di quello che viene prima, mai. Eppure i nostri ragazzi cominciano a fare sesso alla stessa età che nel resto d'Europa. Ma ne fanno molto meno. Ho letto con orrore che imparano guardando la tv, che credono che per non rimanere incinta basti lavarsi con la Coca-Cola. Paradossalmente è stato merito della paura dell'Aids se almeno si è diffuso un po' l'uso del preservativo».

Perché la pillola da noi ha ancora tanta strada da fare?

«Perché in famiglia si pensa che par-



lare di sesso, mettere in guardia dalle conseguenze, sia dare una specie di autorizzazione morale. Salvo poi ritrovarci a scoprire che in Italia abortiscono soprattutto immigrate e ragazze molto giovani.

E salvo poi dividersi sulla pillola abortiva, la Ru486 (vedi riquadro sotto)...

«La Bibbia dice "partorirai con dolore". È come se la postilla fosse:

se devi abortire devi anche soffrire il più possibile».

Senta, ma gli uomini in tutto questo stanno a guardare?

«La pillola ha liberato soprattutto loro, li ha deresponsabilizzati. Sono le donne che si assumono ogni costo, che riempiono il loro corpo di ormoni. Ritornando sulla Ru 486, gli uomini che capiscono che serve ad alleggerire le sofferenze della donna sono favorevoli. I contrari sono quelli che vogliono mantenere il controllo sul corpo delle compagne. A quelli che si nascondono dietro un "Non bisogna lasciare sola la donna in un momento così delicato", io rispondo: meglio sole che male accompagnate».

Betta Carbone

Ora a dividere è la Ru486

La Ru486 è arrivata in Italia nel 2005, ma in via sperimentale e solo in quegli ospedali che l'acquistavano dalla Francia, come il Sant'Anna di Torino.

* **Li il ginecologo Silvio Viale** ne ha messo a punto l'utilizzo. Solo nell'ultimo mese la pillola che consente l'aborto farmacologico, evitando alle donne l'intervento chirurgico, viene distribuita anche in Italia.

* **Il protocollo del ministero della Sanità che ne regola l'uso**, attenendosi alla legge 40 sull'aborto, impone che la Ru486 venga somministrata in ospedale, per tutelare le donne dal rischio, sporadico, di emorragie. * **Roberto Cota**, neogovernatore del Piemonte, aveva dichiarato che avrebbe fatto di tutto per impedirne l'uso nella sua Regione. Ha dovuto poi ammettere che avrebbe rispettato la legge. ●



Il Pantheon degli scienziati che hanno salvato più vite

Una nuova classifica dei geni di tutti i tempi. A contare non sono i premi ma la quantità delle persone curate. Sono nomi perlopiù sconosciuti o dimenticati: dagli inventori dei vaccini a chi ha purificato l'acqua col cloro

Ecco il Pantheon degli scienziati che hanno salvato più vite umane

La top 10 dà un volto diverso alla ricerca, una motivazione nuova alla scienza

Talvolta però i riconoscimenti si scontrano con la salvaguardia ambientale

dal nostro corrispondente

FEDERICO RAMPINI

NEW YORK

«**U**TILE», la scienza che inventa la bomba atomica, il defoliante al napalm, gli organismi geneticamente modificati? La fede nel progresso scientifico è stata messa a dura prova nel Novecento, il secolo delle carneficine di massa, segnato dall'industrializzazione della guerra e da tecnologie di morte sempre più distruttive.

NEW YORK

Qualche genio ci ha lasciato le impronte digitali: Albert Einstein, Enrico Fermi e Robert Oppenheimer non sono estranei alla sorte di Hiroshima e Nagasaki. Si può ricostruire la fiducia nella ricerca? Un sito Internet americano, dedicato alla divulgazione scientifica per i giovani, ha avuto un'idea originale. Altro che premi Nobel, l'unico Pantheon degli scienziati illustri deve ammetterli in base alla loro effettiva utilità sociale. Quale misura oggettiva se non il numero delle vite salvate? I risultati sono sorprendenti. Una rivelazione, che sconvolge le graduatorie consolidate. Interrogate uno studente medio sui nomi dei «padri» della scienza, e le sue risposte conterranno i

nomi di Galileo Galilei per l'astronomia, Isaac Newton per la fisica, Charles Darwin per l'evoluzione. Ora il sito www.scienceheroes.com promuove nomi ben diversi. Per lo più sconosciuti, o dimenticati. Sono i veri «eroi della scienza».

A fianco ad ogni nome c'è il dato che conta: il numero di vite salvate, dalle centinaia di migliaia fino ai miliardi. È il criterio per costruire una classifica in base al merito. «È una trovata fantastica — dice Francis Eberle che dirige l'associazione degli insegnanti americani di materie scientifiche — perché dà un volto umano alla ricerca, motiva gli studenti a cercare nell'attività scientifica un ideale umanistico, una ragione di vita».

L'ignoranza su questi nomi è imbarazzante. Nella Top Ten degli scienziati salvavite in campo medico figura Karl Landsteiner. Non ci sono molte piazze intitolate al suo nome.

Eppure un miliardo di persone, secondo stime attendibili, hanno evitato la morte grazie a questo medico austriaco: sono tutti coloro che hanno subito trasfusioni che prima di lui sarebbero state mortali. Landsteiner nel 1901 scoprì che il sangue umano è diviso in quattro gruppi ed alcuni non sono interscambiabili. 122 milioni di es-

seri umani devono la vita a Edward Jenner, il medico inglese che alla fine del Settecento scoprì che i contadini a contatto con le mucche venivano quasi sempre risparmiati dalle epidemie di vaiolo; ebbe il sospetto che fossero immunizzati per la vicinanza con bovini infettati da una simile malattia; arrivò all'invenzione del primo vaccino. Da allora il vaiolo è stato eliminato dalla faccia della terra.

Il sito dedicato agli eroi della scienza «utile» ha un'attenzione particolare per le donne, per secoli discriminate nel mondo accademico. Nella Top Ten delle scienziate benefattrici dell'umanità un'attenzione particolare va alla coppia di ricercatrici americane Pearl Kendrick e Grace Eldering. Nel bel mezzo della Grande Depressione, quando i fondi per la ricerca medica vennero tagliati ferocemente, le due dottoresse lavorarono gratis per mettere a punto il vaccino contro la pertosse, una malattia infantile che faceva 6.000 morti all'anno.

Contrariamente all'immagine che abbiamo oggi della ricerca scientifica — ipertecnologica, bisognosa di finanziamenti immensi — a volte le scoperte benefiche per l'umanità sono nate da semplice spirito di osservazione. L'oftalmologo

Alfred Sommer (6,3 milioni di vite salvate) notò che i bambini con una carenza di vitamina A erano i più soggetti alla cecità. Grazie alla sua ricerca, la diffusione di alimenti integrati con la vitamina A è considerato oggi come uno dei più efficienti programmi di prevenzione mondiale della cecità infantile. E costa pochissimo.

Un'altra idea che combina la scienza medica con l'efficienza economica è quella del pediatra francese André Briend (1,9 milioni di bambini salvati): nel 1999 lanciò in Africa una sorta di «Nutella con vitamine e minerali», un prodotto che ha avuto una straordinaria diffusione per fronteggiare le carestie.

L'attenzione ai costi è cruciale, se la scienza vuole mettersi al servizio dell'umanità più diseredata.

Nelle Top Ten non ci sono soltanto i medici, però. Il primato assoluto nella classifica interdisciplinare spetta a Fritz Haber, chimico, per l'invenzione dei fertilizzanti: 2,7 miliardi di vite salvate grazie all'aumen-



to dei raccolti. Al terzo posto Norman Borlaug (245 milioni) per la messa a punto di una semente di grano ad alto rendimento. Al quarto Abel Wolman: ha diffuso l'acqua potabile in zone dov'era assente, grazie all'uso del cloro. Tre trofei controversi, se giudicati dal punto di vista della difesa dell'ambiente. Ma il conteggio delle vite salvate è un argomento difficile da ignorare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La top ten

FRITZ HABER

2,7 miliardi di vite salvate. Inventò il fertilizzante sintetico, senza il quale il 30-40% della gente non sarebbe viva

K. LANDSTEINER

Un miliardo di vite salvate. Gruppi sanguigni e trasfusioni di sangue. Solo negli Usa 4 milioni e mezzo di vite ogni anno

N. BORLAUG

245 milioni di vite salvate. Padre della "rivoluzione verde", ovvero la coltivazione del grano ad alto rendimento

ABEL WOLMAN

173 milioni di vite salvate. Acqua disinfettata con il cloro: una delle scoperte più grandi nella salute pubblica

EDWARD JENNEF

122 milioni di

vite salvate. Dottore di campagna inglese della fine del '700 è il papà del vaccino antivaiole

BILL FOEGE

122 milioni di vite salvate. Negli anni '60 fu l'autore della strategia della vaccinazione che sradicò il vaiolo

JOHN ENDERS

113 milioni di vite salvate. Creò il vaccino contro il morbillo e la polio: è il padre dei vaccini moderni

HOWARD FLOREY

80 milioni di vite salvate. Australiano, divise il Nobel con Fleming e Chain per l'estrazione della penicillina

GASTON RAMON

58,5 milioni di vite salvate. Francese, negli anni Venti scoprì i vaccini contro la difterite e il tetano usando la formaldeide

DAVID NALIN

51,3 milioni di vite salvate. La terapia di reidratazione orale, a base di sali e zuccheri, salvò molti bimbi

Il personaggio L'addio allo scienziato che aveva dedicato la vita alla cura della schizofrenia

Cazzullo, indagatore della follia

Scompare a 95 anni uno dei padri della psichiatria italiana

di SILVIA VEGETTI FINZI

E morto ieri a Milano Carlo Lorenzo Cazzullo, considerato il padre della psichiatria milanese e una delle figure più rilevanti della psichiatria italiana. Nato a Gallarate (in provincia di Varese) il 30 gennaio 1915, aveva ottenuto incarichi e riconoscimenti nazionali e all'estero.

Precozemente orfano di padre, si era diplomato in ragioneria, da sempre ritenuta dalla borghesia lombarda garanzia di un buon impiego. Ma evidentemente la partita doppia andava stretta a una mente inquieta e a una personalità appassionata come la sua, tanto che, nonostante i bombardamenti che imperversavano su Milano, nel 1945 si era laureato con lode in medicina alla scuola di Carlo Besta, fondatore dell'Istituto Neurologico dove Cazzullo avrebbe lavorato per tutta la vita. Tra i suoi maestri vanno ricordati anche i fisiologi Foà e Margaria. Nel 1959 era diventato professore della prima cattedra italiana in psichiatria. Una caratteristica che lo differenziava da molti colleghi dell'epoca era la frequenza di rapporti internazionali: nel 1939 aveva seguito uno stage in malattie mentali a Monaco di Baviera e, dopo la guerra, si era recato negli Stati Uniti per compiere, all'Istituto Rockefeller, ricerche di elettrofisiologia con i maggiori scienziati — tra i quali il Premio Nobel Herbert Gasser — e di psichiatria presso la Colombia University.

Tra i più prestigiosi incarichi, da ricordare la nomina a esperto per le questioni psichiatriche presso le Cee e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel cui ambito aveva instaurato rapporti significativi con la Cina Popolare. Tra i premi, la medaglia d'oro «Albert Schweitzer» per l'umanizzazione della medicina: un riconoscimento alla sensibilità e all'impegno sociale radicato nella partecipazione alla Resistenza e nella direzione sanitaria della Pontificia Commissione d'assistenza agli ex deportati.

Ma il centro della sua vita era rimasto l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Milano — il Centro di Riabilitazione di Affori e il Padiglione di Psichiatria del Policlinico — un ospedale generale dove aveva ricoverato malati mentali quindici anni prima che la legge 180 chiudesse i manicomi. La sua direzione, mantenendo costanti rapporti con quella americana, aveva perseguito sperimentazione, ricerca, divulgazione e formazione scientifico-professionale.

Mentre il movimento anti-istituziona-

le di Basaglia identificava nella società autoritaria le cause della sofferenza mentale, e nel suo superamento le potenzialità di cura, Cazzullo si era mostrato sempre fiducioso nelle funzioni terapeutiche del medico e della famiglia, non solo per guarire ma anche per prevenire i disturbi mentali. In questo senso è significativo il libro, scritto con altri, *Terapie familiari e psicoeducazione* (Franco Angeli, 1995) che, registrando le difficoltà incontrate dall'assistenza ai malati psichiatrici quindici anni dopo la chiusura dei manicomi, valorizza l'assistenza nei luoghi di vita e lavoro.

Nel 2003, a ottantotto anni, aveva pubblicato *Le ferite dell'anima* (Frassinelli), un'indagine del malessere contemporaneo che coglie nella vergogna un effetto della personalità narcisistica, invasa dall'ansia nel timore di non risultare all'altezza del proprio ideale. Tra le varie manifestazioni dei disturbi psichiatrici, la lente di Cazzullo restava però puntata sulla schizofrenia, in cui riconosceva, proseguendo la tradizione classica, «il problema cardine della psichiatria».

Rifiutando le spiegazioni che rinviano a una sola causa, il suo modello teorico implica l'interazione di una pluralità di fattori e l'integrazione tra biologia, psicologia, sociologia e farmacologia. Eppure, conclude, «l'intima natura della malattia rimane sconosciuta».

In un'ottica di prevenzione, oltre che di cura, la sua indagine si soffermava sulla suscettibilità alla schizofrenia, che spesso risale a generazioni precedenti, e al concorso di fattori predisponenti.

Compito in cui intendeva coinvolgere le famiglie, spesso restie a riconoscere la gravità di disturbi mentali ambigui e sfuggenti, difficili da comprendere e valutare. Eppure la tempestività della diagnosi e dell'intervento è così decisiva da avergli fatto lanciare l'allarme: «Carriere scolastiche anche ottime che si inceppano e poi si interrompono, amicizie che si dissolvono, carriere di lavoro che cambiano senza valida giustificazione, sfilacciamento progressivo degli interessi, tendenza all'isolamento solo apparentemente confortato da musica o da libri astrusi, irritabilità ed insofferenza improvvisate». Non è certo l'ambiziosa pretesa di risolvere il problema che lo aveva indotto, diceva, a fondare l'«Associazione Ricerche sulla Schizofrenia», quanto la consapevolezza della sofferenza altrui e il senso di responsabilità di fronte ad una malattia dalle implicazioni così am-

pie ed impegnative. «Sospingere la comunità a togliere i pazienti schizofrenici dal loro tragico isolamento sociale e culturale — affermava — è come richiamare ciascuno a un "tempo" di comunione e di solidarietà ove gli uomini, e i medici come uomini, riconoscano le parole come mezzo di unione e i gesti come strumento di incontro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Biografia

Carlo Lorenzo Cazzullo, scomparso ieri a 95 anni, è considerato uno dei padri della psichiatria italiana. Era stato il promotore della legge approvata nel 1976 che ha stabilito l'autonomia della psichiatria dalla neurologia. Tra i suoi riconoscimenti più significativi, l'inserimento nella direzione della Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA). Tra i saggi fondamentali, oltre a più di 600 pubblicazioni in Italia e all'estero: «Rapporto Medico-Paziente» (1980); «Studio sulla famiglia» (1984); «Psichiatria. Trattato in tre volumi» (1993); «Un medico per la libertà», edito nel 2005 da Sperling & Kupfer.



Come battere un big killer

Medicina. «Screening» più ricerca: crescono i casi di guarigione del tumore al colon-retto
Gli ultimi studi svelano il rapporto tra il numero di linfociti e l'aggressività delle metastasi

ALBERTO MANTOVANI
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS

Negli ultimi decenni sul fronte della lotta ai tumori abbiamo assistito a progressi importantissimi, in termini sia di guarigioni definitive sia di allungamento della vita dei malati.

Questi successi sono attribuibili a fattori diversi: i miglioramenti della diagnosi precoce, della prevenzione e delle nuove terapie mirate, la conoscenza sempre più approfondita delle alterazioni molecolari che caratterizzano i diversi tumori, le tecnologie più innovative e, infine, un nuovo atteggiamento nei confronti della malattia da parte di una popolazione sempre più informata. Anche grazie a iniziative come l'Azalea della Ricerca di AIRC, che come ogni anno ritorna nelle piazze d'Italia per raccogliere fondi destinati a finanziare i migliori progetti di ricerca sui tumori femminili.

Non più solo maschile

In particolare quest'anno il focus è sul cancro del colon-retto, ad alta incidenza e in crescita, percepito come tipicamente maschile, ma non più esclusivamente tale. Solo in Italia, infatti, dove se ne registrano 30 mila nuovi casi all'anno (circa 50 ogni 100 mila persone), rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia nell'insieme dei due sessi.

Nonostante l'aumento della sua incidenza, però, il tumore del colon-retto è oggi curabile in buona parte dei casi. La diagnosi precoce gioca un ruolo im-

portantissimo: prima viene individuato il tumore, più alta è la sua percentuale di guaribilità. Di qui l'importanza dello «screening», che negli ultimi 15 anni si è dimostrato capace di ridurre la mortalità legata a questa patologia.

Storia personale o familiare di carcinoma o di polipi del colon-retto, poliposi adenomatosa familiare, tumori ereditari del colon «senza poliposi» rappresentano fattori di rischio riconosciuti per il tumore del colon-retto, e necessitano di controlli clinici precoci e frequenti.

Nel caso in cui familiari di primo grado siano stati colpiti da tumore del colon-retto prima dei 60 anni, il rischio di sviluppare la malattia sale di 2-3 volte. Per questo proprio ai familiari di primo grado (di età compresa fra 40 e 70 anni) di pazienti affetti da cancro del colon-retto diagnosticato nei 6 mesi precedenti si rivolge un innovativo programma di prevenzione promosso dal Ministero della Salute, che coinvolge l'Istituto Clinico Humanitas di Milano (centro coordinatore), l'Università degli Studi La Sapienza di Roma, l'Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo, il Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma.

Il progetto di ricerca, coordinato dal professor Alberto Malesci, si propone di comparare la validità della colonscopia virtuale a limitata preparazione intestinale rispetto alla colonscopia nello «screening», oltre che di valutare il rischio di sviluppo della malattia attraverso analisi molecolari.

Le linee guida

Qualora i risultati dello studio rispondessero alle aspettative, le raccomandazioni e le linee guida per lo «screening» dei familiari di primo grado di pazienti con cancro colo-rettale si modificherebbero rispetto a tempistica (in vicinanza della diagnosi del caso del familiare e non nell'ambito dello screening generale), esclusione dal programma di «screening» endoscopico dei soggetti a basso rischio perché negativi a colonscopia virtuale e focus su soggetti a più alto rischio, perché portatori di polimorfismo genico.

Approfondire gli studi sulle caratteristiche del tumore è un altro elemento fondamentale per sconfiggere questa malattia. In questo senso la ricerca sta facendo importanti passi avanti. Oggi l'attenzione si sta sempre più focalizzando sull'interazione fra questo e altri tumori e il sistema immunitario. Ad esempio, uno studio pubblicato di recente su «Lancet Oncology» ed effettuato da un team di ricercatori, gastroenterologi e immunologi, di Humanitas guidati da Luigi Laghi, ha dimostrato che una bassa densità di linfociti T (cellule di difesa del nostro sistema immunitario) intorno al tumore si associa ad un maggior rischio di metastasi nei pazienti sottoposti a resezione intestinale per cancro coloretale. Di contro, il riscontro di un alto numero di linfociti consente una prognosi favorevole, ma solo se la malattia non è ancora estesa ai linfonodi.

I risultati di questo studio sono molto interessanti anche dal punto di vista biologico, in quanto suggeriscono



che la diffusione del tumore ai linfonodi possa coincidere con la cosiddetta immunoevasione, cioè con la capacità delle cellule tumorali di sfuggire alla sorveglianza immunitaria.

La nuova sfida

Questi e altri risultati pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche, per il cancro del colon e per altri tumori (ad esempio il linfoma di Hodgkin su «New England Journal of Medicine») rappresentano una sfida per i ricercatori: utilizzare le risposte immunitarie sovvertite dal cancro per un migliore inquadramento diagnostico e rieducarle a svolgere il loro ruolo di difesa. Una sfida che si può raccogliere grazie al sostegno di AIRC.

Chi è
Alberto Mantovani
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS IRCCS DI MILANO E PROFESSORE DI PATOLOGIA GENERALE ALL'UNIVERSITÀ DI MILANO
IL SITO: WWW.HUMANITAS.IT/CMS/

Lo sapevi che?

L'Azalea della Ricerca

■ L'appuntamento è per domenica 9 maggio, con l'«Azalea della Ricerca»: è l'iniziativa dell'AIRC - l'Associazione italiana per la ricerca contro il cancro - che prevede la distribuzione di 650 mila piantine in oltre 3500 piazze d'Italia.

L'evento del 9 maggio

■ L'obiettivo è raccogliere 10 milioni di euro, che finanzieranno i migliori progetti di ricerca sui tumori femminili.

Le informazioni

■ Tutte le informazioni sono disponibili contattando il numero speciale 840.001.001 oppure visitando il sito www.airc.it.

«La sanità che vorrei svuota gli ospedali»

FERRUCCIO FAZIO. Il ministro della Salute si confronta con il presidente di Farmindustria e spiega la sua idea di un servizio più presente sul territorio che decongestioni i nosocomi (e la spesa). **Dompé** «Il meccanismo degli accreditamenti cambia il sistema».



■ Il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** e il presidente di **Farmindustria** Sergio **Dompé** hanno partecipato a un forum nella redazione del *Riformista*. Si parla della nuova riforma del sistema sanitario nazionale alla luce del federalismo fiscale e delle misure necessarie per rientrare nei costi. Ma anche del ruolo della sanità territoriale, del vaccino contro l'H1N1 e della crisi che ha colpito il settore farmaceutico. Partiamo dal federalismo.

La sanità è al centro della riforma sul federalismo fiscale. Il costo del federalismo è veramente così alto?

Fazio. Analizzando i dati economici del fondo sanitario, possiamo dire che il nostro sistema dovrebbe riuscire a contenere i costi migliorando la qualità sanitaria delle Regioni che attualmente non sono virtuose. Oggi, per quanto riguarda i conti, segnaliamo un incremento del 5 per cento - cioè 5 miliardi - del piano di rientro approntato per le Regioni commissariate, a cui po-

tremmo aggiungere un altro 5 per cento di risparmi attraverso un recupero dagli altri settori della sanità. Il problema non sono i conti, ma la messa a sistema dell'intera sanità: come una scatola in cui all'entrata c'è il fabbisogno di salute, e dentro ci mettiamo le risorse, mentre all'uscita abbiamo le prestazioni che dobbiamo misurare e monitorare. Nelle Regioni virtuose questo già avviene. In quelle meno virtuose stiamo ancora indietro, con qualche eccezione. Per esempio in Abruzzo, abbiamo un'ottima collaborazione con il commissario-presidente: abbiamo condiviso una metodologia operativa, abbiamo fatto un'analisi su tutte le Asl e ospedali. Da qui è partito il piano di ristrutturazione 2009-2012 che prevede, per esempio, di portare le Asl a 8 dalle 22 attuali. Questo è un piano concreto e credibile. La prima cosa che ci vuole è la reale volontà politica dei governatori. In Calabria, in Campania e nel Lazio non l'abbiamo trovata.

Il nuovo presidente del Lazio ha detto che si impegnerà, ha messo la sanità al primo punto del suo programma...

Fazio. Ben prima che si insediassero il nuovo presidente abbiamo avuto una serie di colloqui e incontri. Comunque non ci saranno chiusure di ospedali. Il nostro obiettivo è la riqualificazione di tutta la rete sanitaria che va dal territorio all'ospedale. Vogliamo mettere al centro le residenze sanitarie assistenziali. Dal punto di vista economico il problema del Lazio non è riscontrabile solo nella rete ospedaliera generale, ma anche nella riabilitazione di altissimo livello, nei poli universitari e nelle strutture extra-territoriali. Sono problemi che meritano attenzione e che devono giustificare

un ruolo attivo da parte del Governo. Non è facile per i governatori collaborare. Il presidente dell'Abruzzo ha accettato con fatica il piano di rientro. Vorrei ricordare che la riqualificazione sanitaria studiata dal ministro Raffaele Fitto non è stata premiata dagli elettori.

In un futuro federalista qual è il modello sanitario regionale migliore da esportare nelle altre amministrazioni? Quello della Lombardia in cui coesistono pubblico e privato?

Fazio. Pubblico e privato coesistono in tutto il Paese. Non parliamo di pubblico verso privato, ma di buona sanità privata-pubblica, verso una cattiva sanità privato-pubblica, in una governance rigorosamente pubblica. Questo deve essere chiaro e deve arrivare agli accreditamenti definitivi previsti alla fine del 2010. L'altro aspetto è che noi abbiamo quattro regioni - Toscana, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna - con quattro ottimi modelli sanitari differenti. Il bello del federalismo è proprio questo: abbiamo tanti esempi di Regioni buone: dobbiamo prendiamo tutte le eccellenze regionali ed esportarle nelle Regioni meno virtuose. Tre giorni fa abbiamo messo in rete sul sito del ministero gli indicatori di appropriatezza di tutte le Asl e di tutte le aziende ospedaliere del Paese. Puntiamo sulla trasparenza.

Ci può spiegare meglio la questione degli accreditamenti?

Fazio. La legge dice che dobbiamo arrivare all'accreditamento definitivo entro il 2010 e prevede che ci sia una revisione dei meccanismi di accreditamento. Stiamo valutando anche un accreditamento rigoroso con le metodologie attuali che sono fonda-

mentalmente strutturali: per esempio un istituto viene accreditato se ha un certo numero di posti letto. Oltre a questo, che potrebbe essere lo zoccolo duro di un accreditamento base, ci potrebbe essere un accreditamento dinamico, cioè sulla qualità sanitaria offerta.

Più si risparmia e più ci guadagnano tutti i settori. Anche quello farmaceutico?

Dompé. Il momento è davvero difficile. Non stiamo vivendo solo una grande crisi. Tutti siamo stati obbligati a ritornare a lavorare sui fondamentali. Noi italiani eravamo molto bravi a produrre materie prime per il settore farmaceutico, i primi del mondo. Nel momento in cui è stato permesso a indiani e cinesi di produrre le stesse cose, ma con regole sostanzialmente diverse (per esempio pagando meno l'energia, spendendo per la manodopera un quinto rispetto a noi, norme antinquinamento inesistenti, o quasi, eccetera), anche un competitore modesto avrebbe vinto sull'industria italiana. Salute e previdenza sono gli assi portanti della coesione politica-sociale del nostro Paese. Il rapporto qualità-prezzo del sistema italiano e il modello di erogazione dei servizi è, già oggi, il motore competitivo più importante: la domanda cresce - perché il numero della popolazione anziana è destinato a incrementarsi - e si sta lavorando per trovare un rimedio terapeutico alle malattie che non hanno ancora soluzione. Dal sistema dobbiamo prendere le eccellenze e farne un esempio na-



zionale. Qualche giorno fa sul *Wall Street Journal* la Lombardia è stata considerata un modello internazionale per la capacità di erogare servizi sanitari. Rispetto agli scorsi anni, oggi ci sono alcune novità importanti: è la prima volta che ci troviamo davanti un periodo di tre anni consecutivi di governo senza elezioni e un grande passo in avanti è stato fatto anche con l'elenco di proposte pragmatiche del ministro Fazio. Per esempio, è una rivoluzione la pubblicazione sul sito del ministero degli indicatori sanitari. È la prima volta che un ministro fa un'operazione di trasparenza di questo tipo. Un'altra rivoluzione è quella che riguarda le tariffe minime e ancora introdurre il dinamismo degli accreditamenti cambia tutto il sistema.

Come vedete la sanità del futuro?

Fazio. Sarà differente rispetto alla situazione attuale. Il 40 per cento dei ricoveri è costituito da pazienti che hanno malattie croniche e che invece andrebbero trattati sul territorio, non negli ospedali. Dobbiamo creare un percorso per il paziente che parte dalla medicina generale. Come rinforzare questa porta d'ingresso? Con l'H24, cioè la promozione dell'associazionismo della medicina generale anche per l'urgenza. Abbiamo messo in campo 850 milioni di euro di finanziamenti per tutta l'assistenza primaria generale. Abbiamo aperto molti tavoli con i rappresentanti di medicina generale. La nostra intenzione è quella di incentivare la medicina generale. Un altro passo in avanti è stato fatto con la legge che rende le farmacie centri socio-sanitari. Stiamo lavorando sui decreti attuativi. La farmacia avrà un triplice ruolo: collaborerà con la medicina generale, investirà in innovazione e nell'Otc (i farmaci fuori brevetto). I cittadini devono avere la massima qualità al minor prezzo possibile.

Il sistema farmaceutico ita-

liano è messo a rischio dalla concorrenza dei Paesi in via di sviluppo. È possibile contrastare questo fenomeno con la ricerca?

Dompé. La mia visione è necessariamente diversa da quella del ministro. In termini assoluti non sono pienamente soddisfatto dell'innovazione, anche se ci stiamo applicando con risultati positivi anno dopo anno. Credo che sia interesse del nostro sistema-Paese quello di non perdere il patrimonio industriale che abbiamo. Con le regole di oggi non c'è niente che costa così poco, rispetto al valore che ha, di un farmaco fuori brevetto. La mia richiesta, nell'interesse del Paese, è di non esasperare questo aspetto. Per fare in modo che un'azienda presenti un bilancio in attivo, l'imprenditore delocalizza i suoi asset produttivi: certo, così ritorna all'utile, ma il Paese ci perde. Il problema della delocalizzazione è già realtà: tutte le aziende più importanti stanno andando verso Cina e India. Si punta a investire nei Paesi che a fine anno garantiscono una crescita dei ricavi del 10 per cento. Se la spesa per farmaci in Italia cala dell'1 per cento, considerando che le quantità vendute continuano a crescere, significa che i ricavi diminuiscono del 4 per cento. Sommando un punto di inflazione si arriva a un meno 5 per cento: significa che in tre anni si perde il 15 per cento. Se guardiamo l'occupazione del farmaceutico in Italia, in tre anni è diminuita di circa 7mila unità, passando da 74mila a 67mila lavoratori. Dovremmo disegnare una strategia per il farmaceutico e lavorare per non perdere la struttura produttiva italiana.

Parliamo di vaccini. In caso di pandemia, quale sarà la strategia rispetto al passato?

Dompé. La pandemia è un problema serio che impatta anche sui risparmi. L'atteggiamento complessivo di chi ha delle responsabilità in campo sanitario in

questi casi è sempre necessariamente orientato alla cautela. Per quanto riguarda poi le pandemie, dovrebbe essere adottato un sistema che faccia tesoro dell'esperienza finora vissuta. Dal punto di vista tecnico, non si era mai vista un'influenza combinata con l'avviaria, la suina e l'umana. Secondo me, anche se la probabilità di diffusione dell'influenza H1N1 fosse stata molto bassa, nessuno avrebbe potuto rischiare sulla vita della popolazione. Lo scorso anno i decessi ci sono stati, ma - paradossalmente - molti di meno rispetto alla media dell'influenza stagionale. Il problema è che nessuno poteva prevedere con certezza l'andamento della pandemia.

Fazio. Quando a maggio moriva la gente in Messico, mi sono preso la responsabilità di comprare per l'Italia meno vaccini di tutta l'Europa. Vi assicuro che non è stato facile. Siamo stati i primi a capire che era sufficiente solo una dose, non due. Così abbiamo dimezzato le dosi già acquistate.

Oggi c'è anche il serio problema delle corsie di ospedali affollate di avvocati pronti a far causa...

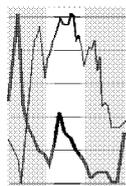
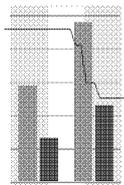
Fazio. Urge legge sul rischio clinico. Ci stiamo lavorando.

Dompé. La medicina difensiva costa allo Stato qualche miliardo di euro, ma considerate le conseguenze per i medici, come si fa a negarla? Bisognerebbe quindi anche lavorare con il ministro della Giustizia sulla riduzione logica della responsabilità oggettiva del medico. Credo che bisognerebbe distinguere gli errori che possono rientrare nell'esercizio quotidiano della professione e le omissioni o negligenze imputabili invece direttamente al medico.

Fazio. Dobbiamo lavorare nell'interesse dei cittadini e non dei medici.



Ricerca e sanità la Francia punta 35 miliardi



PARIGI — Investimento decisivo per rilanciare la crescita, secondo il governo; misura inutile che servirà solo a gonfiare il debito pubblico, secondo l'opposizione di sinistra. François Fillon ha firmato i primi impegni per gli investimenti finanziati con il mega-prestito pubblico da 35 miliardi. Il primo ministro ha attribuito ad alcune agenzie 6,85 miliardi per finanziare progetti in numerosi settori: insegnamento superiore e ricerca, sanità, biotecnologie, sviluppo sostenibile, prestiti "verdi" all'industria o finanziamenti per isolare termicamente gli alloggi. Secondo il capo del governo, grazie alla mobilitazione dei capitali privati, questa prima tranche dovrebbe iniettare nell'economia francese 16 miliardi. Le altre convenzioni saranno tutte firmate entro l'estate: alcuni progetti partiranno subito, altri solo in autunno, dopo la selezione operata dalle agenzie tra le idee già presentate.

Fillon si augura che ci sia «un ritorno per ogni euro investito. Selezioneremo i progetti in funzione del loro potenziale in materia di

crescita per il nostro Paese. Su un certo numero di programmi aiuteremo le imprese private a migliorare la loro competitività, ci accolleremo una parte dei rischi che prendono, ma anche degli utili che realizzeranno». Tra i progetti più in vista quello, già in atto, di un reattore nucleare sperimentale in costruzione sul sito del Centro per l'energia atomica in Provenza, per il quale lo Stato verserà 250 milioni.

Quanto agli equilibri di bilancio, Fillon si mostra, bontà sua, ottimista: «In un contesto difficile, non si tratta di spendere da una parte il denaro che risparmiamo dall'altra. Gli oneri finanziari del prestito saranno integralmente coperti dai tagli alla spesa pubblica».

Giampiero Martinotti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

