

Rassegna del 04/05/2010

REPUBBLICA SALUTE - La pillola che cambiò il sesso - Giommi Roberta

1

LEI & LUI



ROBERTA GIOMMI *

LA PILLOLA CHE CAMBIÒ IL SESSO

La pillola anticoncezionale ha compiuto cinquant'anni. Il sesso libero dalla riproduzione ha cambiato il destino delle donne, rendendole competenti a viverlo come piacere e iniziativa. La fine del mito della verginità, la parità dei comportamenti hanno trasformato la sessualità da obbligata e dolorosa a libera e orgasmica, con cambiamenti radicali nella relazione maschio-femmina. Lo spostamento della maternità verso i trent'anni, poi, ha modificato l'ordine delle diverse identità femminili: sociale, lavorativa, di donna emancipata anche sessualmente, di partner stabile. la dimensione

di madre, non tappa finale. Il passaggio di consegne da madre a figlia ha rinforzato l'idea del lavoro, il sesso è stato più una conquista sociale. La psiche femminile oscilla tra antichi compiti e nuove conquiste: a livello di salute la visita ginecologica è diventata obbligatoria, la maternità è libera e paritaria, con l'accesso al bimbo nella pancia (ecografia) e la partecipazione del partner al parto. La generazione più giovane ha prodotto un eccesso di parità tra età diverse: madri adolescenti e figlie sagge, madri desiderose del miracolo della giovinezza e figlie complici di diete e bellezza. Al centro corpo femminile, sesso consapevole e protetto, costruzione dell'autostima, armonia tra psiche e comportamenti, rinforzo dell'assunzione di responsabilità soggettiva verso il futuro, relazione più competente con il maschile. Il maschio amico e complice

* www.irf-sessuologia.org

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rassegna del 04/05/2010

REPUBBLICA FIRENZE - Concorso per ginecologi, anche Srebot lascia per malattia - mi.bo.	1
TIRRENO PISTOIA - Spermatozoi e fecondazione: più facile trovare i migliori - ...	2

Concorso per ginecologi, anche Srebot lascia per malattia

UN ALTRO membro della commissione che sta selezionando ginecologi per Careggi e le aziende sanitarie dell'area fiorentina (Firenze, Empoli, Pistoia, Prato) si è dimesso. Massimo Srebot ha dato forfait, per motivi di salute. Alcune settimane fa, l'allora presidente della commissione, il professor Mauro Marchionni, era uscito di scena per le stesse ragioni. Così entrerà un altro sostituto.

Quello in questione doveva essere un concorso dei tanti, ma una lettera anonima ha agitato molto le acque nel policlinico. Il corvo ha stilato la graduatoria di coloro che sarebbero già predestinati a vincere. A Careggi è iniziata la caccia per arrivare all'anonimo, per ora senza successo. «Se è tutto vero mi dimetto anch'io», disse Massimo Srebot, già primario di Pontedera noto per essere stato uno dei primi in Italia ad utilizzare la Ru486, quando venne a sapere della lettera, ai primi di aprile. Adesso se ne è andato davvero ma il motivo ufficiale sta in un certificato di malattia, una caduta ha fatto riacutizzare un problema ortopedico del dottore.

Il concorso va comunque avanti, i commissari sono Maria Giovanna Salerno di Pisa e Gianfranco Scarselli, il presidente, più il sostituto di Srebot, Franco Lelli di Arezzo. Tra qualche giorno dovrebbero iniziare gli orali. Il concorso è stato bandito dall'Estav centro, il consorzio che si occupa di acquisti ed assunzioni per le Asl del centro della Toscana. E' «pubblico per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato di numero 4 dirigenti medici nella disciplina di ginecologia e ostetricia». Si tratta di specialisti al primo contratto che entrano come ospedalieri. Allo scritto della settimana sono presentati 50 dei 76 iscritti. Il corvo ha rivelato i nomi dei primi quattro classificati più quelli di altri due che arriveranno dopo.

(mi.bo.)



STARBENE

Spermatozoi e fecondazione: più facile trovare i migliori

PISTOIA. Un passo avanti nella scelta dello spermatozoo migliore per un maggiore successo nella fecondazione assistita. La novità viene dall'Università di Padova, dove nuove tecniche consentono di affrontare il problema con maggiore sicurezza. Lo spiega il professor Carlo Foresta, ordinario di Patologia Clinica e direttore del Centro di crioconservazione dei gameti maschili.

Il risultato nasce dalla possibilità di utilizzare ingrandimenti degli spermatozoi a sei-mila volte, rispetto alle mille ottenibili con i normali microscopi. Inoltre è emersa una correlazione fra come appare il nucleo cellulare e l'entità e la frequenza delle sue alterazioni.

Il percorso lo sintetizza lo stesso Foresta. «Abbiamo individuato le associazioni di patologie nucleari negli spermatozoi a seconda di come compaiono al microscopio con maxingrandimento. Così abbiamo isolato e crioconservato spermatozoi singoli ed in due coppie, con esperienze negative per mancato sviluppo embrionale, sono state eseguite tecniche di fecondazione in vitro: un bambino è già nato, l'altro è in arrivo. Lo scopo è impedire che si compiano sperimentazioni sugli embrioni con il gravoso problema di quelli crioconservati prima dell'entrata in vigore della legge 40 ed il cui esito non è ancora chiaro».

«Nelle gravi alterazioni testicolari che si presentano con azoospermia (mancanza di spermatozoi nel liquido seminale, ndr), oggi è possibile - continua Foresta - produrre fecondazione in vitro attraverso spermatozoi che si isolano dal testicolo con tecniche biottiche». Tuttavia, conclude Foresta, i risultati che si ottengono non sono troppo incoraggianti. D'altra parte è sempre più importante disporre di metodi per selezionare gli spermatozoi suscettibili di successo.

Gian Ugo Berti



Ricercatore al microscopio nel suo laboratorio



Salute. Sulla rivalutazione dell'indennità di esclusiva

Stop della Corte dei conti al contratto dei medici

Roberto Turno

ROMA

La Corte dei conti rinvia al mittente la rivalutazione dell'indennità di esclusiva per i 139 mila dirigenti medici e non del Servizio sanitario nazionale introdotta con il nuovo contratto di categoria licenziato il 1° aprile dal Consiglio dei ministri. La novità, che era stata già contestata dall'Economia e poi superata dopo le risposte dell'Aran, se mantenuta nel monte salari rischia secondo la magistratura contabile di «determinare maggiori oneri» sia sul contratto sotto esame sia «nell'ambito delle future tornate contrattuali».

Un giudizio articolato, quello emesso ieri dalle sezioni riunite della Corte in sede di controllo sui contratti pubblici. Un verdetto che certifica positivamente i contratti, ma non l'esclusiva rivalutata e fatta parte del monte salari. Col risultato che adesso le parti si dovranno incontrare

nuovamente (forse già in settimana) per la sigla finale ma limitando l'intesa per rispondere alle osservazioni della Corte.

Per la rivalutazione dell'indennità di esclusiva - 26 euro mensili lordi a testa - il contratto prevede due interventi: la rivalutazione dell'importo economico con le risorse per il biennio 2008-2009; la disapplicazione della parte del vecchio contratto in cui si specificava che l'indennità di esclusiva rappresenta «un elemento distinto della retribuzione non calcolato ai fini della determinazione del monte salari cui fanno riferimenti gli incrementi contrattuali». Considerazione, questa, ripresa anche nella dichiarazione congiunta tra le parti. E che invece la Corte dei conti considera «suscettibile» di far crescere i costi sia del nuovo che dei prossimi contratti. Per quanto riguarda in particolare i contratti futuri, rilevano i magistrati contabili, la «nuova

qualificazione» dell'indennità di esclusiva «non sembra sia del tutto priva di effetti, ma appare finalizzata a preconstituire le condizioni» per inserire l'indennità nelle «componenti stipendiali della retribuzione». La stessa preoccupazione, si segnala, «fatta propria dallo stesso ministero dell'Economia». E per questo, «in mancanza di clausole di salvaguardia o esplicite precisazioni», le nuove disposizioni sull'indennità di esclusiva «non possono essere certificate positivamente»: determinerebbero «una dinamica retributiva particolare per una singola categoria di personale in contrasto col quadro programmatico generale e con l'obiettivo specifico di stabilizzare la spesa sanitaria rispetto al Pil». E la modifica, a questo punto, dovrà riguardare la cancellazione della «dichiarazione congiunta»: l'esclusiva non deve far parte del monte salari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Le spine della categoria

Camici bianchi senza ordine: «La riforma non ci considera»

MILANO — I camici bianchi hanno acceso la sirena. Stavolta però in pericolo non ci sono pazienti ma il futuro stesso delle professioni sanitarie non disciplinate da organi professionali. In Italia infatti operano più di 500 mila professionisti (dai fisioterapisti ai logopedisti passando per dietisti e radiologi) che, pur avendo conseguito una laurea, non possono disporre di un proprio ordine professionale.

Da 10 anni questi professionisti della sanità attendono che la loro posizione venga regolamentata e protetta. «La nostra prima emergenza è la lotta all'abusivismo — spiega Antonio Bortone, presidente del Conaps, coordinamento nazionale delle associazioni delle professioni sanitarie —. Basta leggere le statistiche per scoprire che per ogni professionista sanitario, due non lo sono ed operano abusivamente. Un fenomeno gigantesco per un giro d'affari - naturalmente in nero - da milioni e milioni di euro. Di fronte a tutto ciò oggi un professionista sanitario vero e serio ha ben poche armi per difendersi: contrariamente ai medici, infatti, non dispone di un Ordine che lo tuteli e ne sancisca la qualità del lavoro». Il punto è che il 21 aprile scorso il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** ha convocato le professioni ordinate di area medica per affrontare i temi della riforma (così come aveva già fatto il ministro Alfano con i professionisti di area tecnica ed economico-giuridica), lasciando deliberatamente fuori le professioni sanitarie non ordinarie. Mossa tecnicamente ineccepibile ma che ha suscitato qualche preoccupazione tra le file del Conaps.

«La nostra richiesta non esclude assolutamente l'apertura e la disponibilità ad un processo più complessivo di riforma del sistema degli ordini, come richiesto dai medici durante l'incontro con il ministro Fazio — spiega Bortone —. Ma non può avvenire il contrario. Cioè che si utilizzi la necessità di una riforma complessiva degli ordini già esistenti per tentare di rimandare o far saltare l'istituzione degli ordini per le professioni sanitarie». Attualmente infatti è finalmente approdato in Parlamento il Ddl 1142 che dovrebbe regolare le 22 professioni sanitarie non disciplinate da un ordine professionale. Il ti-

more è che la riforma complessiva possa, ancora una volta, far slittare un riconoscimento atteso da 10 anni e che adesso appare non più rinviabile soprattutto perché un organismo di sorveglianza sulla titolarità già acquisita è un fondamentale mezzo di contrasto all'abusivismo.

«Per questo chiediamo che venga approvato subito il Ddl 1142 — continua Bortone — che non fa altro che allineare professioni già riconosciute ma non ordinate, nello status quo giuridico insieme a tutte le altre professioni inserite in ordini e collegi. Allo stesso tempo crediamo che il ministro debba fare un passo in avanti, e incontrare le professioni in attesa di ordine, così come ha fatto con quelle ordinate. Tutte le professioni curano i malati, e tutti i malati hanno diritto ad avere le medesime garanzie, e la possibilità di sentirsi tutelati nel miglior modo possibile». Magari senza rischiare di finire nelle mani di «stregoni» con il camice bianco.

Isidoro Trovato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La convocazione

La convocazione mancata del ministro Fazio e i 500 mila professionisti senza riconoscimento



Arriva il via libera della Stato-Regioni: ecco le strategie e gli obiettivi fino al 2012

Prevenzione, decolla il piano

Azioni su tre livelli: per tutti, per le categorie a rischio e per i cronici

I tre livelli

- **Prevenzione universale:** la prevenzione è intesa come promozione della salute, rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali (stili di vita, aspetti nutrizionali ecc.)
- **Prevenzione nella popolazione a rischio:** in questo caso la prevenzione significa individuazione del rischio e comprende sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva
- **Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia:** la prevenzione considerata come gestione della malattia e delle sue complicanze e che significa adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con verifiche e monitoraggio

I requisiti per la governance del piano

Req. di sistema	Descrizione
Coordinamento e integrazione	<p>a) Le strutture presenti a livello nazionale e regionale (Direzioni, Dipartimenti, Unità operative...) pianificheranno in modo coordinato le attività di prevenzione, concordando l'adozione dei provvedimenti di rilievo e impegnandosi a perseguire la massima coerenza con le altre azioni, programmi e iniziative istituzionali, in una logica di sistema</p> <p>b) Le direzioni regionali costituiscono il punto di coordinamento e contatto con le direzioni ministeriali, Ccm e Centri di eccellenza; direzioni regionali e direzioni ministeriali individueranno pertanto ruoli e responsabilità</p> <p>c) Le azioni individuate nei Prp perseguono quanto più possibile l'integrazione e il coordinamento con altri soggetti del Ssr (medici di assistenza primaria e assistenza specialistica) e con Arpa</p>
Preparazione per affrontare le emergenze	<p>a) A livello nazionale, con il coordinamento del Ccm, saranno valutati e integrati gli attuali Piani e sistemi di gestione delle emergenze, con particolare riguardo agli eventi epidemici e alla sicurezza alimentare</p> <p>b) A livello regionale saranno articolate reti integrate - es. Asl e Ao - in cui sia data evidenza di: modalità di comunicazione e interrelazione tra i diversi soggetti coinvolti; flussi e responsabilità per le scelte; centri specialistici di supporto; protocolli operativi per i principali eventi</p>

Dopo mesi di anticamera il Piano prevenzione 2010-2012 è pronto a decollare. La settimana scorsa la conferenza Stato-Regioni ha finalmente licenziato l'atteso testo pronto da diverso tempo, visto che aveva già incassato il via libera dei tecnici regionali la scorsa estate (si veda «Il Sole 24 Ore Sanità» n. 32-33).

Il nuovissimo Piano, nato e messo a punto insieme alle Regioni come mai prima era accaduto nel segno della Sanità federale, punta su tre livelli di prevenzione: primaria per tutti, secondaria per le fasce a rischio e terziaria contro il riaccutizzarsi delle malattie croniche. Nuovo, inoltre, il "taglio" rispetto al passato: per la prima volta la persona sarà al centro degli interventi di prevenzione, mentre per ognuno degli «obiettivi generali di salute» sono previste «linee di supporto» e «intervento».

Non solo. I contenuti e gli obiettivi del nuovo Piano nazionale della prevenzione e dei corrispondenti Piani regionali della prevenzione che seguiranno, do-

vanno trovar posto rispettivamente nel Piano sanitario nazionale a cui il ministero sta lavorando ora (si vedano gli articoli a pagina 5) e nei successivi Piani regionali. A disposizione ci saranno almeno 240 milioni all'anno. E tante "armi di prevenzione di massa": screening, vaccinazioni, stili di vita corretti, medicina preventiva e predittiva.

Come detto il Piano punta su tre livelli di prevenzione: il primo è di tipo universale e riguarda tutti i cittadini. Rientra all'interno di questo ambito una serie di interventi: l'area della sicurezza (finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico); la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici (che comprende le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria; le malattie causate da alimenti e bevande; le malattie professionali e in ambito lavorativo; le malattie correlate all'inquinamento); la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.

Il livello secondario della prevenzione riguarda, poi, una serie di fasce stratificate di cittadinanza considerate a rischio per le quali bisogna favorire test di diagnosi precoci stimolando la domanda espressa e non quella indotta. Nel mirino i tumori (soprattutto con gli screening), le malattie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie croniche, le malattie osteo-articolari, le patologie orali. Ma anche i disturbi psichiatrici, le malattie neurologiche, la cecità e l'ipovisione, l'ipoacusia e la sordità.

Il terzo livello, infine, è quello relativo alla prevenzione di disabilità e complicanze di malattie croniche, che colpiscono oggi il 35% degli over 65. Un fronte caldissimo anche per i conti del Ssn visto che la cronicità pesa spesso sugli ospedali. Su questo punto il piano è pronto a scommettere sull'uso della medicina predittiva.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Stato-Regioni. Nuovo piano per la prevenzione

Prenotazioni uniche con «linee» nazionali

Le Liste d'attesa e viaggi della speranza sotto controllo, trasparenza nelle strutture pubbliche, nel privato accreditato e nella libera professione. Per l'assistenza sanitaria parte il «Sistema Cup (centri unici di prenotazione) nazionale».

È con questi ambiziosi obiettivi che la Stato-Regioni ha approvato le linee guida da tempo predisposte dal ministero della Salute – approfondite sul prossimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» – che rappresentano un passo avanti importante per lo sviluppo della sanità

elettronica. «Facendo dialogare tra loro i Cup si agevolano i cittadini costretti alla mobilità sanitaria e si riducono i tempi di attesa», ha dichiarato ieri il ministro Ferruccio Fazio, nel confermare il varo del provvedimento.

Le linee guida riorganizzano in modo omogeneo l'attività dei Cup che dovranno essere, oltre che "punto di prenotazione" anche osservatori per la programmazione socio-sanitaria, gestendo prenotazioni e disdette, rimborsi, cambi di appuntamento, operazioni di cassa anche per l'area veterinaria, quella a paga-

mento e per il settore socio-assistenziale. E dovranno rilasciare fatture e ricevute, contribuire alla gestione delle liste d'attesa ed effettuare i monitoraggi dell'erogazione delle prestazioni.

Via libera anche al piano nazionale della prevenzione che entrerà a pieno titolo nel Piano sanitario nazionale 2010-2012 (si veda «Il Sole-24 Ore» del 30 aprile). A disposizione 240 milioni l'anno e tre i livelli di azione: universale, dalla prevenzione di infortuni e incidenti alle vaccinazioni fino agli stili di vita; per le fasce a rischio (tumori, malattie cardiovascolari ecc.); per la disabilità e le malattie croniche.

P.D.Bu.



www.ilssole24ore.com/noirme

Le linee guida sul Cup nazionale

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La prevenzione

Screening e cure
dei tumori al seno,
troppi ritardi
nel Meridione

LENZO E SALMI

Tumore al seno

Grazie alle diagnosi precoci cala la mortalità
Ma in Emilia Romagna i controlli raggiungono
il 99 per cento delle donne, in Sicilia solo il 17

Screening e cure la salute negata nel Sud d'Italia

TIZIANA LENZO

Ogni anno in Italia aumenta l'incidenza del carcinoma al seno ma diminuisce la mortalità, grazie a una diagnosi sempre più precoce e alle terapie personalizzate. Lo screening, così come la qualità delle cure, ha raggiunto nel nostro paese un livello medio-alto rispetto alla media dei paesi dell'Europa occidentale, ma con una grave differenza fra Centro-Nord da una parte e Sud e Isole dall'altra, dove i programmi di screening raggiungono rispettivamente l'82,9, il 73,3 e il 27,6% delle donne. La regione più virtuosa è l'Emilia Romagna, dove la prevenzione secondaria ha una copertura del 99,1%. La meno attenta la Sicilia con una percentuale del 17,9.

Dello screening mammografico e delle nuove terapie si è parla-

to a Catania nel corso della XVIII Conferenza nazionale dell'Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica. «La sopravvivenza al carcinoma della mammella può essere utilizzata come parametro di valutazione qualitativa del sistema sanitario regionale — afferma Carmelo Iacono, presidente

**Una Breast unit
territoriale
con trattamenti
personalizzati
e terapie mirate**

Aiom — e purtroppo nel nostro Paese la situazione è assolutamente diversificata. Lo dimostrano i dati del nostro *IV Libro Bianco*, ma anche quelli su diffusione e accesso ai programmi di screening di servizi come le radioterapie: circa il 70% dei siciliani, ad

esempio, ha difficoltà oggettive nell'accesso a questo trattamento». Ma dagli oltre 500 oncologi riuniti a Catania arrivano proposte concrete: «Il rimedio — continua Iacono — sta nella costruzione di un sistema di rete. Occorre creare una *Breast Unit* per ciascun ambito territoriale, dove confluiscono tutte le specialità concorrenti alla prestazione senologica e un network oncologico per definire un percorso diagnostico assistenziale uniforme in regione».

Sul fronte delle terapie, oggi la vera svolta nella lotta al cancro è rappresentata dalla strategia della personalizzazione del trattamento. Le caratteristiche biologiche del tumore sono infatti anche la chiave per «disinnescarlo»: l'esempio del recettore HER2 (Human Epidermal Receptor 2) dimostra come un test di laboratorio si è riuscito a cambiare la storia naturale del cancro del seno. Le

neoplasie in cui è presente in quantità superiori, circa il 20-30 per cento del totale, sono particolarmente aggressive. Molto spesso letali, fino a dieci anni fa. Da quando sono stati messi a punto il test e la terapia mirata con trastuzumab (anticorpo monoclonale), la mortalità in queste pazienti è invece scesa del 30% circa.

«È fondamentale ripensare l'intero sistema assistenziale — commenta Roberto Bordonaro, presidente della conferenza — e in questo senso Aiom già si è mossa, prima in Europa, nel definire una collaborazione con i patologi per ottenere diagnosi sempre più rapide e accurate, indispensabili per consentire all'oncologo medico la scelta della terapia migliore e un utilizzo più appropriato delle risorse».

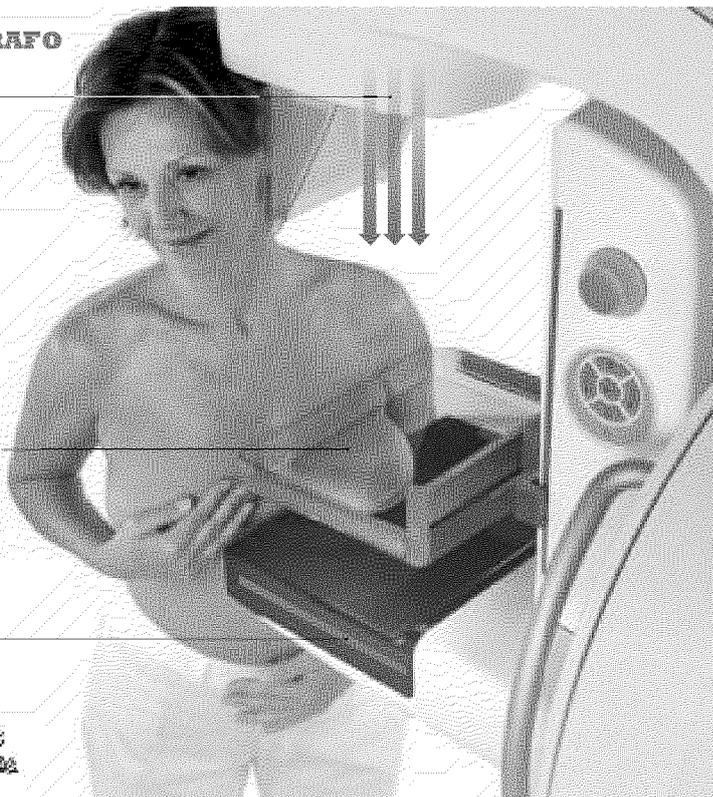
IL MAMMOGRAFO

1 Ermette una
piccola dose di raggi
X. I mammografi
moderni, soprattutto
quelli digitali,
riducono al minimo
le emissioni.

2 I raggi permettono
di visualizzare
le strutture fibro-
epiteliali interne della
ghiandola mammaria.

3 Negli apparecchi
moderni l'immagine
viene stampata
su di una pellicola.
In quelli digitali,
l'immagine viene
registrata su di un PC
e può essere stampata
o archiviata in un CD.

INFOGRAFICA PA



SCREENING MAMMOGRAFICO

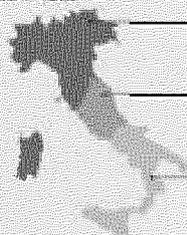
Numero di donne che hanno accettato di fare il test
in seguito a invito effettuato nel periodo considerato

✉ DONNE INVITATE	2006-2007	2008
	4.925.922	2.434.058

👩 **HANNO ADERITO**
e hanno fatto il test

57%
2006-2007
2.389.345

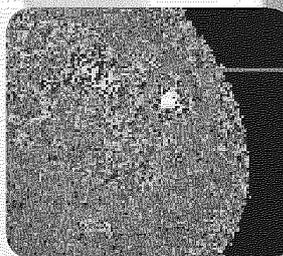
55%
2008
1.333.859



NORD
'06-'07 61%
'08 61%

CENTRO
'06-'07 58%
'08 57%

SUD
'06-'07 37%
'08 35%



Calcificazioni
Sono piccoli
depositi minerali
che indicano un
tessuto benigno
o, meno di
frequente,
cancerogeno.

QUANDO SI CONSIGLIA

TRA 40 E 49 ANNI
Ogni 1-2 anni
(secondo la World
Health Organization
(WHO))

TRA 50 E 59 ANNI
Una volta all'anno
(secondo il National
Comprehensive Cancer
Network)

Fonte: OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING 2007/2008



La ricerca

L'AIRC IN PIAZZA CON LE AZALEE

Azalea della ricerca: toma
in piazza, domenica 9 maggio,
l'Airc che invita, in occasione
della Festa della mamma,
l'acquisto di una pianta
da regalare. Il contributo andrà
alla ricerca sul cancro
Info per trovare le piazze in Italia
www.lafestadellamamma.it

MAMMOGRAFIA**ITALIA TERZA
IN EUROPA
MA CON TROPPE
DIFFERENZE**

La mammografia eseguita ogni due anni dalle donne tra i 50 e i 69 anni dimezza la mortalità. È dimostrato. L'Italia è al terzo posto rispetto agli altri paesi europei per performance dei programmi di screening organizzato. Eppure, secondo i dati presentati al Forum "Screening mammografico, un diritto delle donne un dovere delle istituzioni" promosso da Salute Donna onlus, Osservatorio nazionale screening (Ons) e Gisma col sostegno di Roche, un terzo delle donne candidate alla mammografia ancora oggi non riceve l'invito. «I limiti sono strutturali, organizzativi e culturali», spiega Marco Zappa, direttore Ons. Per guadagnare vite, «andrebbero inserite nello screening mammografico organizzato le donne tra 40-49 anni e 70-75 anni, oggi escluse — sottolinea Francesco Cognetti, direttore [oncologia](#) medica all'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, — e le strutture dovrebbero dotarsi di mammografi digitali, ecografi e risonanza magnetica; infine, si dovrebbe tracciare il profilo di rischio personale per distinguere donne a rischio normale da quelle a rischio intermedio e alto». (mp. s.)

Poteri straordinari a Zaia**Veneto, «buco» di 100 milioni
Commissariata la Sanità**

VENEZIA — Commissariata la sanità veneta. L'esecutivo dell'ex presidente Giancarlo Galan nel quarto trimestre dell'anno scorso ha fatto registrare ai ministeri di Economia e Salute un deficit di 101 milioni di euro, non coperto entro il 31 dicembre 2009, come prevede la legge. Colpa della cancellazione dell'addizionale Irpef — da cui si prevedeva un introito pari a 130 milioni — voluta dall'ex governatore azzurro nella campagna elettorale delle ultime regionali. E così a causa del «buco» di bilancio è scattato il commissariamento. I poteri straordinari sono andati al nuovo governatore, l'ex

ministro Luca Zaia, che fino al 31 maggio assumerà dunque la delega della Sanità: dovrà verificare i conti e le variazioni di bilancio necessarie alla copertura del deficit.

«Luca Zaia senza dubbio dispone delle risorse necessarie a sanare il debito», dice il sottosegretario alla Salute Francesca Martini, fresca delle nuove deleghe al federalismo fiscale e alla gestione dei profili riguardanti il fondo sanitario nazionale, con particolare riferimento ai piani di rientro delle Regioni. È la prima volta che una lettera di infrazione parte all'indirizzo del Veneto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PSN 2010-2012

Il piano sanitario di Fazio

Territorio superstar - Piccoli ospedali chiusi o riconvertiti

Prima Stato-Regioni del dopo elezioni: il ministro della Salute Fazio illustra ai governatori i contenuti del nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 per dare il via al «processo concertativo» necessario alla sua definizione. Obiettivo principale del Psn è potenziare al massimo il territorio chiudendo (o riconvertendo in strutture territoriali) i piccoli ospedali inappropriati e realizzando la continuità assisten-

ziale tra i due livelli di assistenza. Tra gli argomenti da sviluppare anche Hta, farmaci e rapporto pubblico-privato, Ict, governance e ricerca, monitoraggi, costi standard e naturalmente fasi della vita e patologie rilevanti tra cui le malattie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie croniche, il diabete, la salute mentale, le dipendenze e le malattie infettive e rare.

A PAG. 5

Le linee del nuovo Piano 2010-2012 illustrate da **Ferruccio Fazio** ai presidenti delle Regioni

Psn: territorio avanti tutta

Per l'ospedale riconversioni, tagli ai posti letto e informatizzazione

Fissate le risorse per il 2010 e chiuso il nuovo patto per la salute si può dare il via «al processo concertativo che dovrà portare al Piano sanitario nazionale 2010-2012». A illustrare ai neo-governatori i contenuti del Psn è stato alla Stato-Regioni della scorsa settimana il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, che in una sua comunicazione ha consegnato alle Regioni un «documento preliminare informativo» sui contenuti del Piano.

Il quadro delineato è di armonizzazione del servizio sanitario rispetto ai principi della Comunità europea, con la libera circolazione dei cittadini e la mobilità che ne consegue e la necessità di declinare i diritti e i doveri europei in campo sanitario sia individuali che collettivi, la

definizione di una serie di regole chiare e coerenti con le normative nazionali per l'acquisto di prestazioni sanitarie, sia per quanto riguarda la tipologia che le relative tariffe e i requisiti di qualità degli operatori e delle strutture, il follow up dei pazienti e lo scambio di informazioni e dati. Il nuovo patto per la salute che fa parte degli strumenti «pattizi» previsti dal federalismo, ha spiegato Fazio, ha dato certezza di risorse per il Ssn su un arco pluriennale, confermando un trend di crescita del finanziamento rendendolo compatibile con la programmazione finanziaria del Paese «nel rispetto degli impegni assunti a livello europeo in materia di finanza pubblica». Questo consente, ha spiegato il ministro, di tenere separati i diversi

ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati. Un ruolo più incisivo è assegnato allo Stato nell'affiancamento alle Regioni caratterizzate da gravi disavanzi sanitari, nel processo di accompagnamento verso il risanamento dal deficit e il miglioramento e la razionalizzazione del sistema sanitario regionale, per la garanzia dell'erogazione dei Lea, ruolo che si realizza anche attraverso i commissari, nelle scelte più appropriate e meno dispendiose per i cittadini dei loro territori, aiutandole nell'organizzazione strutturale del sistema sanitario e dei servizi.

Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro



LE CRITICITÀ

Poca omogeneità e difficoltà di accesso ai servizi

Due le sfide assistenziali. La prima è relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria legati alla non autosufficienza. La seconda all'incremento dei costi per lo sviluppo di tecnologie e nuovi farmaci, con potenzialità diagnostiche e terapeutiche fino a oggi non disponibili. Queste tematiche assorbiranno larga parte delle risorse aggiuntive costringendo «il Ssn a imparare a garantire le prestazioni sanitarie dei Lea con margini di efficienza sempre più stringenti».

Nelle Regioni si hanno risposte disomogenee agli stessi bisogni di salute con il rischio di inequità nella copertura dei bisogni e mancata erogazione dei Lea: il superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le Regioni è un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

C'è un'ampia variabilità nei ricoveri ospedalieri, imputabile al ricorso a diversi setting assistenziali rispetto alle stesse patologie. L'impegno del patto per la salute di ridurre i posti letto anche per liberare risorse per lo sviluppo del territorio «impone il passaggio di alcune prestazioni inappropriate dal regime di ricovero a regimi erogativi diversi, nel rispetto di una presa in carico del paziente da realizzarsi con un'efficace continuità assistenziale tra ospedale e territorio».

Gare centralizzate di acquisto, forme di distribuzione di farmaci alternative a quella tradizionale, linee guida sulla corretta prescrizione e utilizzo dei farmaci, corretta gestione del personale, sono attività realizzate solo in alcune Regioni, mentre in altre i processi sono ancora in fase iniziale.

Il Ssn non è percepito dai cittadini come sistema di qualità. Punto critico è la difficoltà di accesso ai servizi e l'iperafflusso al pronto soccorso perché territorio e liste d'attesa non vanno: la funzione ancora centrale dell'ospedale con l'utilizzo inappropriato delle risorse non consente lo sviluppo del territorio e manca il collegamento funzionale tra la risposta territoriale e ospedaliera, creando difficoltà soprattutto ai cronici.

LE AZIONI PER LO SVILUPPO

Spazio al territorio per garantire appropriatezza

Prevenzione: va proseguito e aggiornato il piano nazionale per ampliare quella primaria (stili di vita e diminuzione dell'incidenza di patologie cardiovascolari e tumorali) ed estendere ai soggetti a rischio quella secondaria e terziaria. Fondamentale è la centralità delle cure primarie e del territorio, da realizzare con percorsi "condivisi" tra operatori e utenti, l'integrazione delle varie professionalità e la rimodulazione dell'offerta assistenziale, garantendo la continuità assistenziale attraverso le forme aggregate di cure primarie, ancora disomogenee. Per evitare l'iperafflusso al pronto soccorso alcuni percorsi sono stati già indicati negli obiettivi di Psn 2009, ma un approfondimento va fatto per i Mmg su consulenze specialistiche, problemi sanitari delle isole minori e comunità montane.

Va garantita la continuità dell'assistenza e la gestione integrata delle cronicità territorio/ospedale. Anche in questo caso il Mmg è il principale referente, e vanno sviluppati Adi e posti letto territoriali/

servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico da dedicare soprattutto agli anziani non autosufficienti. In aiuto alla gestione della cronicità c'è l'Ict, per garantire modalità operative in rete tra Asl, ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, Comuni e famiglie. Un ruolo fondamentale avrà la rete delle farmacie. Per gli spazi sul territorio i piccoli ospedali, che danno una risposta non coerente con la funzione ospedaliera, vanno chiusi o ricoverati e utilizzati per risposte sanitarie più appropriate e di qualità ai bisogni delle popolazioni locali.

Infine la riorganizzazione delle reti ospedaliere. Accanto al ruolo degli ospedali di alta specializzazione, è necessaria la riduzione dei posti letto per acuti e la qualificazione di quelli per la riabilitazione: una rete secondo modelli hub&spoke o altri equivalenti di integrazione. Necessaria anche l'interconnessione dei sistemi di emergenza (118) e quella informatica tra Dea di I e II livello per il controllo in reti integrate delle patologie acute.

LA RICETTA DELL'APPROPRIATEZZA

Hta, farmaci e pubblico-privato nel mirino

Appropriatezza ad alto dosaggio e nuova etica dei rapporti tra Ssn e privato accreditato: la traccia di Psn presentata da Fazio punta al sodo, proponendo la medicina dell'Hta per garantire il buon uso delle risorse disponibili con il minor tasso di sprechi. Per le tecnologie il percorso è quello già tracciato (e per nulla applicato) dell'health technology assessment, con la messa in rete delle esperienze italiane ed europee per garantire una sensata introduzione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico. Per i farmaci valgono ancora le ricette di razionalizzazione dei consumi che passano per l'appropriatezza prescrittiva, l'acquisto centralizzato, la buona gestione del magazzino, l'aumento della distribuzione diretta, il corretto uso dell'off label, la promozione dei generici, gli incentivi agli innovativi e alla ricerca: tutte questioni depositate da tempo e in attesa di risposte politiche dal tavolo della **farmaceutica**. Per i dispositivi c'è solo (e non è poco) da proseguire il cammino già avviato e ribadito dalla recentissima confe-

renza nazionale, con la gestione puntuale banca dati e del repertorio Ssn vis à vis con le norme europee di settore e la promozione della ricerca scientifica in questo campo. Dove davvero il Psn potrebbe cambiare musica è nei rapporti pubblico-privato: in relazione a essi - scrive Fazio - si potrebbe delineare «una modifica alla normativa che consenta percorsi di accreditamento specifici per le strutture di eccellenza rispetto alle strutture che fanno assistenza ordinaria». Per queste ultimi, specie nelle realtà regionali più arretrate, potrebbero esserci «budget dedicati e verificati» rispetto alle prestazioni rese, puntando al recupero dei ritardi assistenziali, soprattutto per le fasce di bisogno che determinano fenomeni rilevanti di mobilità sanitaria.

Ma il ministro punta anche a valorizzare quello che di buono è stato fatto con le sperimentazioni gestionali (art. 9-bis, Dlgs 502/92), trasferendo dalla fase sperimentale alla legislazione ordinaria le soluzioni operative e giuridico-istituzionali risultate vincenti.

I SETTORI STRATEGICI

Ict, governance e ricerca a tutto empowerment

Ci sono cinque aree da mettere al passo per garantire la tenuta strategica per la tenuta e lo sviluppo del Sistema sanitario nazionale e ce n'è una sesta - quella dei rapporti con il cittadino - da curare a dovere per non nullificare tutto il resto. L'elenco dei cinque obiettivi apre con l'Information and Communication Technology (Ict), giudicata lo strumento fondamentale per erogare assistenza sempre più personalizzata e servizi integrati in rete. A seguire figurano la Clinical governance, per onorare gli impegni assunti in tema di rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e la ricerca finalizzata al trasferimento dei risultati nella pratica clinica, con la creazione di network tematici. Per concludere due aree che necessitano di una urgente alfabetizzazione europea: la sanità veterinaria, che dovrà tra l'altro dotarsi di anagrafi animali «senza le quali non è possibile alcuna epidemiosorveglianza» e la sicurezza degli alimenti.

Ciò garantito al sistema, che fare di impatto immediato sul cittadino? Il primo punto all'ordine del giorno sono le liste d'attesa: «il Piano nazionale in materia - scrive Fazio - va aggiornato a lume d'appropriatezza, classi di priorità e percorsi per la cronicità», e sfruttando tutte le chance dell'Ict per le prenotazioni «anche sovra regionali». Poi l'integrazione sanitaria e socio sanitaria: per bisogni che necessitano di risposte intersettoriali integrate (a esempio salute mentale, dipendenze, malati terminali ecc.), Fazio suggerisce l'arma della «programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le Asl» e lo sviluppo di «ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, in raccordo con la programmazione». Tutto da inventare. E infine, per guadagnarsi fiducia e consenso da parte dell'assistito: qualità e umanizzazione, da realizzare unendo a professionalità e pietas anche il «saper "rendere conto" di ciò che viene fatto», e un empowerment che passi dalle parole ai fatti: «Accanto alle iniziative istituzionali - scrive Fazio - è necessario che ogni operatore sia consapevole che è un proprio impegno lo sviluppo della partecipazione e dell'empowerment dei cittadini». Tutto da verificare.

MONITORAGGI E PERFORMANCE**Federalismo e costi standard per migliorarsi**

«L'attuazione del Piano sanitario nazionale temporalmente coinciderà con l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'articolo 119 della Costituzione. Ai fini dell'applicazione della normativa sarà affrontata la tematica relativa alla definizione dei costi standard, per la quale occorre tener conto di alcune criticità». Il tema dei temi: il federalismo fiscale, con il corollario dei costi standard che dovranno essere definiti, è pronto a entrare ufficialmente nel nuovo Piano sanitario nazionale. La sostenibilità del sistema si misurerà infatti grazie al nuovo sistema che attribuirà i fondi in base ai costi standard (da definire in base alle performance delle Regioni migliori). Il nodo è però quello del flusso dei dati: in molte Regioni mancano sistemi di controllo e di contabilità analitica. Diventerà cruciale quindi «operare un raffronto tra le performance regionali». Un punto, questo, che viene introdotto chiaramente dal nuovo Patto della salute attraverso la «definizione di un set di indicatori sulla programmazione, sui costi medi per gruppo di prestazioni omogenee e sull'appropriatezza organizzativa, sull'efficienza e sull'efficacia». Un monitoraggio dell'appropriatezza che secondo la «traccia» del nuovo Piano sanitario nazionale dovrà avvenire anche attraverso la «partecipazione degli utenti». Con strumenti come l'audit civico, la customer satisfaction e il ruolo del volontariato.

Infine ci sarà anche un focus sugli investimenti «che potranno supportare il processo di territorializzazione dell'assistenza, con la concentrazione delle acuzie in strutture di riferimento regionali interconnesse a ospedali intermedi e a strutture territoriali e rinnovare il parco tecnologico, eliminando le tecnologie obsolete, introducendo tecnologie innovative».

FASI DELLA VITA E PATOLOGIE**Tutte le priorità: dalla nascita alle cure palliative**

Il Piano sanitario nazionale promette un'attenzione particolare per alcune «patologie di grande rilevanza». Ecco la lista: malattie cardiovascolari; oncologiche; respiratorie croniche; diabete; salute mentale e disturbi del comportamento alimentare; dipendenze; malattie infettive; malattie rare. In più ci sarà una voce ad hoc per i «pazienti ad alto grado di tutela».

La promessa più in generale del nuovo Psn sarà quella di concentrarsi sulle prime e le ultime fasi della vita. Cominciando con la nascita: dalla sicurezza all'umanizzazione del parto, dal ricorso alla parto-analgesia, alla diminuzione dei parti cesarei, dalla facilitazione dell'allattamento al seno alla dotazione di posti letto di terapia intensiva neonatale fino al trasporto neonatale. E poi l'età pediatrica in particolare per le «patologie congenite, ereditarie e le malattie rare», miglioran-

do l'assistenza ai pazienti affetti da «sindromi malformative congenite», razionalizzando l'ospedalizzazione pediatrica con più «integrazione tra ospedale e PIs», valorizzando infine la «scuola nella promozione di stili di vita salutari». E poi c'è l'adolescenza a cui va garantita più «informazione e formazione per l'adozione di stili di vita salutari», con interventi ad hoc per la prevenzione del disagio e l'educazione alla sessualità prevedendo nelle scuole o all'interno dei consultori spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi.

Infine ci sarà la «senescenza» a cui andrà garantita prevenzione secondaria e terziaria, mentre per le «fasi ultime della vita» si dovrà puntare sulle cure palliative e l'attuazione della legge 15 marzo 2010 con le «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore».

MALATTIE INFETTIVE

Meningite, uno spettro che ritorna a causa della globalizzazione

NELL'ODIERNO mondo globalizzato e interdipendente, dove l'intensità delle migrazioni, dei commerci e delle comunicazioni tra persone e paesi cresce di continuo, anche la salute è senza confini: non esistono più problemi di salute nazionali e internazionali, poiché i microorganismi non riconoscono barriere geografiche e l'accelerazione degli spostamenti di merci e di popolazioni umane mobili ha reso il nostro piccolo pianeta un'unica realtà. Alcune malattie infettive, come la meningite, ad alta endemia e fino a poco tempo fa solo localizzate solo in alcune aree, ormai non limitano la loro diffusione entro i confini di uno Stato e si diffondono in tutto il globo. Proprio le malattie da meningococco, diffuse a livello globale e con effetti devastanti sulla salute di adulti e bambini, si presentano in forma sia endemica che epidemica in tutte le parti del mondo (circa 100mila casi stimati/anno). La maggior parte dei casi si verifica nella 'cintura della meningite' ('meningitis belt') nel corso di epidemie esplosive e prevalentemente nella stagione secca, da dicembre a giugno ed in spazi chiusi e sovraffollati. Uno degli effetti della globalizzazione e della caduta delle frontiere, unitamente ai movimenti migratori, è stato l'aumento in Italia ed in altri Stati occidentali di ceppi cosiddetti 'emergenti' della meningite meningococcica, come nel caso del ceppo A diffuso negli Stati Uniti, o del ceppo Y e W135 presenti prevalentemente nel continente africano.

LE AUTORITÀ nazionali e regionali dovrebbero intraprendere nuovi percorsi che facilitino la prevenzione delle malattie infettive e non solo, e soprattutto la realizzazione di campagne vaccinali che rafforzino e potenzino le misure di sanità pubblica internazionale. In Italia la difformità dell'offerta vaccinale a livello regionale riduce l'efficacia della vaccinazione e nuove alternative alle attuali strategie esistenti sarebbero di grande aiuto. L'implementazione di una strategia vaccinale uniforme su tutto il territorio nazionale potrebbe rappresentare una possibile soluzione, anche grazie ai nuovi vaccini che saranno presto disponibili in Italia. La sfida rappresentata dalle popolazioni umane mobili e in particolare dei migranti e dei turisti, è quindi una grande opportunità per migliorare l'intero Ssn e renderlo più fruibile soprattutto dalle fasce di popolazione più fragile. Non da ultimo occorre potenziare e arricchire la cultura della prevenzione in ambito di viaggi internazionali. E' in questo contesto che la medicina dei viaggi deve trovare una nuova collocazione all'interno del grande capitolo della salute globale e acquisire un ruolo sempre maggiore, sia a livello istituzionale che della comunità scientifica.

Aldo Morrone, Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà, Roma, Italia



Stephen Katz, direttore del Niams americano, intervenuto al convegno caprese
 “Non è vero che l’osteoporosi fa parte del normale processo di invecchiamento”

“È una malattia pediatrica che presenta il conto tardi”

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

CAPRI

Una malattia pediatrica con conseguenze geriatriche. La definisce così, l’osteoporosi, Stephen Katz, direttore del Niams (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases) americano, a Capri per un recente incontro sulle patologie dermatologiche di unghie e capelli, organizzato dalla professoressa Antonella Tosti dell’università di Bologna.

Non è dunque una malattia legata all’età?

«Non necessariamente, come non fa parte del normale e fisiologico processo di invecchiamento. In questa malattia esiste una componente immutabile, come i geni, l’etnia, il sesso o l’età, e un’altra, invece, sulla quale si può operare, come lo stile di vita attivo o l’alimentazione corretta».

Però sono gli anziani a subire più fratture...

«Hanno un rischio aumentato di frattura perché c’è un blocco del turnover dell’osso: diminuisce non solo la formazione di nuovo osso ma anche la densità. La frattura, dunque, è una conseguenza ma diventa un fattore importantissimo di mortalità e morbidità, indipendentemente dall’età. E mentre abbiamo più donne con osteoporosi, sono gli uomini ad avere più elevate percentuali di mortalità correlate alle fratture».

Incidono molto sulla qualità della vita?

«Enormemente. Negli Stati Uniti, un anno dopo la frattura dell’anca, il 40 per cento dei pazienti non riesce a camminare bene, il 60 ha difficoltà nelle attività semplici della vita quotidiana, l’80 non riesce più a guidare e il 27 è costretto ad avere assistenza in casa».

Anche alcuni farmaci possono danneggiare le ossa?

«La perdita di densità ossea è molto spesso provocata dall’assunzione di particolari farmaci. È importante affiancare una terapia per l’osteoporosi quando si prescrivono terapie antiandrogene per il tumore della prostata o alcuni antiepilettici, i barbiturici, gli antidepressivi, alcuni chemioterapici, gli immunosoppressori o ancora i glucocorticoidi, farmaci utilizzati per artrite, asma, la malattia di Crohn o il lupus, e ancora per patologie di reni, fegato e polmoni. Per questi ultimi, per esempio, l’American College of Rheumatology ha raccomandato la minima dose efficace, da affiancare a modifiche del proprio stile di vita, e questo perché l’effetto sulle ossa è legato alla dose e alla durata della terapia. Il consiglio per i pazienti curati con i corticosteroidi è comunque di utilizzare i bisfosfonati per almeno tre mesi dalla fine della terapia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute A Milano si riunisce la Società italiana di virologia. In scena approcci terapeutici innovativi

Nuovi farmaci anti-virus

Nel 2009 eseguiti 900 test salivari per l'Hiv. Per il 57% era il primo controllo

di Cristina Cimato

Molecole capaci di combattere i virus che si associano al dna della cellula, come quelli dell'Hiv e dell'epatite B, insieme a farmaci basati su anticorpi in grado di riconoscere tutti i virus influenzali che possono colpire l'uomo. Il quarto congresso nazionale della Società italiana di virologia, che ha luogo da domani al 7 maggio presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, si preannuncia ricco di novità, soprattutto in ambito terapeutico. I continui progressi della ricerca hanno condotto all'individuazione di nuovi farmaci e in particolare di inibitori di integrasi virale, ossia il processo che porta il virus a integrare il genoma nella cellula e quindi ad associarsi al dna di quest'ultima. «Il target di questi farmaci è molto specifico e permette di bloccare l'infezione di nuove cellule, interrompendone il reclutamento», ha spiegato Massimo Clementi, primario del laboratorio di virologia e microbiologia dell'Irccs San Raffaele, «attualmente per l'Hiv ci sono 26 nuovi farmaci registrati appartenenti a cinque ceppi che interferiscono con altrettante diverse fasi di replicazione, tra cui l'integrazione nella cellula. Altri sono in fase clinica o preclinica di studio». Due primi inibitori dell'in-

tegrasi sono stati studiati su pazienti che non rispondevano alle terapie tradizionali e i risultati sono molto buoni, anche in termini di tollerabilità. Il congresso mostrerà dati anche su nuovi farmaci concepiti per contrastare altri virus, come l'epatite C e i ceppi influenzali, basati su anticorpi monoclonali prodotti in grande quantità. «Agiscono nello stesso modo in cui opera il sistema immunitario, che produce anticorpi e libera l'organismo dall'infezione», ha aggiunto Clementi, «sono stati individuati anticorpi capaci di riconoscere tutti i virus influenzali che possono infettare l'uomo, quindi più efficaci concettualmente dei

singoli vaccini. Le tecnologie di ultima generazione permettono di creare farmaci attivi contro tutti i virus, il problema è che la produzione di un gran numero di anticorpi è ancora molto costosa e quindi la terapia si prospetta d'élite». Sono circa 10 gli anticorpi in fase di sperimentazione preclinica o clinica, mentre uno attivo contro il virus che dà bronchioliti nei bambini è già disponibile e utilizzabile come farmaco. Nell'ottica della prevenzione e della diagnostica tempestiva, il 7 maggio presso il San Raffaele dalle 11 alle 18 sarà possibile effettuare il test rapido con la saliva per l'Hiv. L'esame viene effettuato tramite un tampone orale e mostra la presenza di anticorpi diretti contro il virus. Il risultato del test è immediato. Questo tipo di indagine diagnostica è stata registrata dall'Unione europea e verrà a breve distribuita anche in Italia. Alla fine del 2009 il Comune di Milano, l'Irccs San Raffaele, l'Azienda Ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco, Anlaids e Mila-

nocontrolaids hanno avviato il progetto pilota denominato Easy-test, che ha coinvolto 5 mila persone desiderose di informazioni, tra cui 900 pazienti che hanno effettuato il test. I dati emersi mostrano però un preoccupante freno da parte delle persone. Il 57% degli intervistati ha dichiarato di non aver mai eseguito il test Hiv e, tra chi l'ha eseguito almeno una volta, il 63,2% l'ha fatto uno o due anni prima. Il 43%

del totale degli intervistati ha riferito inoltre di aver avuto rapporti a rischio. Gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che dal 1982, anno della prima diagnosi di Aids in Italia, al 31 dicembre 2008, sono stati notificati oltre 60 mila casi. Nel 2008 sono stati oltre mille i nuovi casi di Aids. Sempre nel 2008 è stato istituito a livello nazionale il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, ma già 12 tra province e regioni erano attive con un sistema locale di osservazione, da cui è emerso che dal 1985 al 2007 sono state circa 40 mila le nuove diagnosi di infezione (nel 2007 ne sono state segnalate 1.679). (riproduzione riservata)



Presentato a Milano il Rapporto annuale *delle aziende che operano in campo medico: 302 progetti in sviluppo, 89 in preclinica e dieci nell'ultima fase*
Puntando soprattutto su nanotecnologie, bioingegneria e terapie geniche

Dai tessuti ai farmaci nuove frontiere di cura

SILVIA BAGLIONI

Il nuovo rapporto sulle biotecnologie in Italia, presentato in questi giorni a Milano, ha rivelato, in ambito medico, ben 302 progetti in sviluppo: 69 in fase di studio precoce, 89 in preclinica e 144 in clinica, di cui 10 hanno raggiunto l'ultimo stadio (fase III). Gli ambiti più promettenti sono le nanotecnologie biomediche, la terapia cellulare e quella genica, e i farmaci "intelligenti". I 10 prodotti più vicini al mercato si riferiscono alle aree dell'ingegneria tissutale, della neurologia, delle malattie cardiovascolari, dell'oncologia, delle malattie autoimmuni e dell'infiammazione.

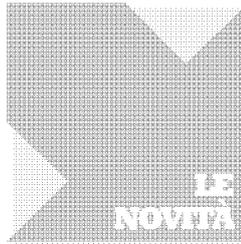
Nasce a Faenza il "biomimetico", conosciuto come MaioRegen, capace di rigenerare perfettamente lesioni ossee e cartilaginee a carico del sistema muscolo scheletrico. Si tratta di una struttura ingegnerizzata (scaffold) costituita da tre strati di fibre di collagene in cui sono inclusi dei cristalli inorganici di dimensioni nanometriche. Lo scaffold è in grado di agire da "impalcatura" di sostegno, consentendo l'alloggiamento di cellule midollari presenti nel sangue. Tali cellule, una volta posizionate, vanno incontro a un processo di differenziamento che promuove la rigenerazione dei tessuti cartilagineo e osseo.

Molto vicini all'ingegneria anche altri prodotti biotec in sperimentazione, come la colla

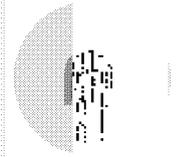
di fibrina, importante sia per il suo potere sigillante che emostatico, e l'EryDex, un presidio farmacologico che permette di incapsulare nei globuli rossi del paziente un farmaco anti-infiammatorio cortisonico per ottenerne, così, un lento e graduale rilascio (fino a 30 giorni). L'EryDex permetterà di mantenere stabile la concentrazione plasmatica del principio attivo, aumentandone il potere anti-infiammatorio e riducendone le conseguenze indesiderate.

Con le biotecnologie sarà possibile soddisfare le grandi aspettative che lo studio del patrimonio genetico ha suscitato. Ne è un esempio la terapia cellulare che ha come oggetto i linfociti T ingegnerizzati (TK008) che, una volta trapiantati in pazienti con leucemie acute, permettono di controllare le principali complicanze e controindicazioni associate al trapianto di midollo, incrementando sia la sopravvivenza dei pazienti, sia il numero di donatori prontamente disponibili.

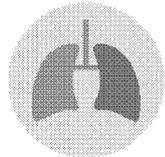
Risposte biotec alle patologie più gravi: trombosi (per esempio con l'antitrombotico Defibrotide), tumori (gli anticorpi come l'Abagovomab prevengono le forme recidive di tumore ovarico), leucemia, malattie neurodegenerative (farmaci intelligenti come il Safinamide possono coadiuvare la terapia del Morbo di Parkinson), il dolore cronico e le malattie rare.

**ARTICOLAZIONI**

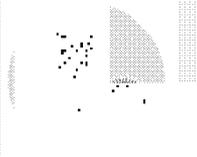
MaioRegene,
per rigenerare
lesioni articolari
di ginocchio e caviglia

**CIRCOLAZIONE**

Defibrotide:
di origine animale
protegge le cellule
vascolari endoteliali

**POLMONI**

Colla di fibrina
utilizzata come
sigillante per la
chirurgia polmonare

**LEUCEMIE**

Tk008: in pazienti
con leucemie acute
trapiantati
con staminali

**DOLORE**

Ralfinamide:
per il dolore cronico
da lesione diretta
delle vie nervose

IL PERSONAGGIO

**Cavazza,
non solo
carnitina**



Il fondatore della Sigma Tau: "Produciamo ormai 150 tipi di medicinali e finanziamo ricerche dall'oncologia alle malattie infettive"

**“Farmaci e scienza,
così da Pomezia
sfidiamo il mondo”**

EUGENIO OCCORSIO

DOPO tanti anni, a Claudio Cavazza (foto) è rimasto un cruccio. Quella vittoria al Mundial spagnolo del 1982, «alla fine ci ha nuociuto». La Sigma Tau, l'azienda di Pomezia che Cavazza, classe 1934, fondò nel 1957 e tuttora presiede, produce dagli anni '70 la carnitina, la sostanza-miracolo che restituì vigore agli affaticati muscoli degli azzurri e contribuì al trionfo del Bernabeu. «Da allora ci hanno trattato come produttori di doping. Invece la carnitina è tutt'altro, è un farmaco studiato per stabilizzare l'equilibrio energetico. Certo, a dosi massicce può dare un temporaneo beneficio a giovani atleti, ma è espressamente destinato agli anziani e soprattutto a chi soffre di una rara sindrome metabolica per cui non riesce all'interno del suo organismo a valorizzare l'ener-

gia. È una malattia rara: la carnitina è il primo farmaco-orfano italiano, destinato a colmare un vuoto nelle terapie esistenti. Altro che doping».

PER fortuna, la Sigma Tau non è solo carnitina, «anche se rimane uno dei nostri principali prodotti, in continua evoluzione grazie a sempre nuove ricerche: ultimamente abbiamo scoperto ulteriori capacità antiossidanti nonché proprietà di miglioramento del ciclo dell'insulina e quindi di prevenzione del diabete». Ma il gruppo produce farmaci in un'infinità di aree: reumatologia, cardiologia, osteoporosi, infettivologia, e via dicendo. «Poche settimane fa - dice Cavazza - abbiamo presentato all'agenzia del farmaco europea un farmaco contro la malaria, l'Eurartesim, basato sulle erbe di artemisinina, che cura la malattia in tre giorni e rende quindi inopportuna la profilassi, della quale sono note le controindicazioni». L'impegno contro la malaria non è storia degli ultimi mesi: da tempo la Sigma Tau collabora con il progetto *Insieme per l'Africa* per aiutare l'Amref (African Medical and Research Foundation) a realizzare un programma sanitario nel nord dell'Uganda: vacci-

nare 3000 bambini contro le mille malattie del paese (tubercolosi, difterite, pertosse, tetano, poliomielite, epatite B, *haemophilus influenzae* B, morbillo) e al tempo stesso formare operatori sanitari locali.

Intanto, l'azienda si sviluppa. Nel complesso, ha più di 150 farmaci in produzione: è oggi uno dei principali gruppi farmaceutici europei, con 615 milioni di fatturato 2009 e 2.500 dipendenti fra lo storico stabilimento di Pomezia (recentemente ampliato e intorno al quale è cresciuto negli anni un vasto distretto farmaceutico) e le altre società del gruppo: Avantgarde, fondata nel 1982, che realizza anch'essa a Pomezia prodotti dermatologici, ginecologici e pediatrici, Biosint di Sermoneta che dal '79 si è specializzata appunto nella carnitina, e Biofutura, fondata nel 2001 a Milano che lavora sulle patologie del sistema nervoso centrale. Nell'innovazione, il gruppo investe il 16% del fatturato, con l'impiego di oltre 300 ricercatori.

Quando tutto è cominciato, verso la fine anni '50, Cavazza aveva solo 23 anni, «ma i primi risultati operativi - precisa - sono arrivati nel '62 con il lancio della vitamina Record B12». Arrivato a Roma subito dopo la laurea in farmacia a Bologna, figlio del distributore della Ferrero

per il centro-Italia («mio padre Emilio ha sostenuto senza riserve il mio entusiasmo e mi ha aiutato anche finanziariamente»), Cavazza è stato sempre affascinato dalla ricerca, dall'intelligenza e dal progresso scientifico che da tutto questo deriva. «Noi abbiamo cercato di portare nella medicina moderna soprattutto il principio che il corpo umano va studiato come un tutt'uno. Per questo ci siamo specializzati nei prodotti metabolici, in grado di intervenire a livello generale sull'organismo valorizzandone le difese immunitarie». Per spingere la ricerca, Cavazza ha dato vita da anni alla Fondazione Sigma Tau, presieduta dalla figlia Silvia, 44 anni, che organizza seminari e studi in cooperazione con università di tutto il mondo. «Non è facile fare ricerca oggi: è talmente costosa che, per esempio, sono decenni che non si crea più un antibiotico, con il risultato che l'uomo moderno è pericolosamente esposto se emerge qual-

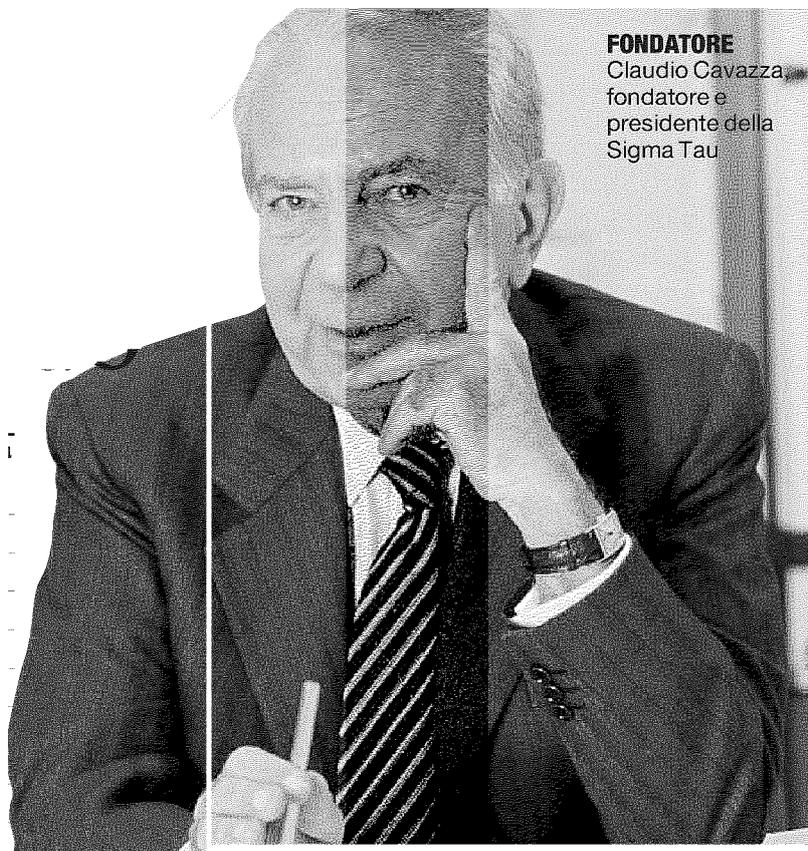
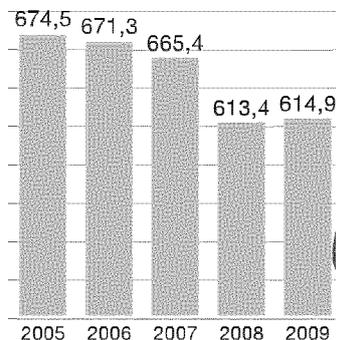


che nuovo germe. Anche per questo ci sembra importante permettere agli scienziati di incontrarsi, di scambiarsi informazioni, di avere idee in comune».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le vendite di Sigma-Tau

Fatturato in milioni di euro

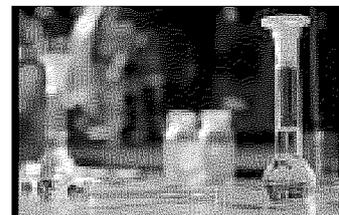


FONDATORE
Claudio Cavazza, fondatore e presidente della Sigma Tau



L'azienda

Cavazza presiede il gruppo, amministratore delegato è Francesco Ugo, un manager proveniente dall'americana Amgen



Le acquisizioni

La Sigma Tau, per 300 milioni di dollari, ha appena acquisito il settore *specialty care* dell'americana Enzon Pharmaceuticals



Il Festival di Spoleto

Già presidente del Festival di Spoleto, Cavazza oggi cura la sezione "Spoleto scienza" con dibattiti e convegni internazionali