

IN QUESTO NUMERO IFO in pillole ■ speciale - la ricerca in Italia ■ IFO e società - dibattiti in corso

■ sotto la lente - collaborazioni internazionali - gli antisolari - accesso alle cure ■ attualità - news dagli IFO ■

block notes

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

# Ifo


n e w s

anno 1 numero 2 ■ settembre 2004 **204**



La rivista del Regina Elena e del San Gallicano



- 
- 1 **Editoriale**  
Informare, l'antidoto migliore contro la sfiducia
- 3 **IFO speciale**  
La ricerca in Italia  
«Così cambieranno gli IRCCS»  
Più centri d'eccellenza  
A volte... ritornano  
Back to IRE
- 12 **IFO e società**  
Intramoenia, una storia infinita
- 14 **Sotto la lente**  
Italia chiama Israele: la scuola di Haifa  
Attenti agli UVA  
L'assistenza sanitaria agli emarginati
- 23 **Attualità** news dagli IFO
- 24 **Block notes**

**Negli ultimi anni** l'intensificarsi del dialogo tra medici, mass media e cittadini ha contribuito a far sì che per molte malattie, in particolare tumori e aids, lo stigma dell'inguaribilità sia stato in parte vinto. Un risultato di grande rilevanza, non solo culturale. Se infatti la sopravvivenza a tali patologie si è innalzata considerevolmente e in altre malattie come quelle cardiovascolari la qualità sia della vita che dei trattamenti è notevolmente migliorata, lo dobbiamo certamente alla disponibilità di terapie, farmaci e metodi di diagnosi sempre più efficaci e sicuri, ma anche all'ampia diffusione pubblica delle informazioni sulle nuove potenzialità di cura e all'instaurarsi di un dialogo maggiormente 'informato' tra medico e paziente, processo avviato a partire dall'introduzione dell'obbligo del consenso.

All'opposto, la mancanza o carenza d'informazione medica ai cittadini – e una minore diffusione della cultura della salute – è stata spesso in passato concausa di un diffuso atteggiamento di sfiducia verso la professione sanitaria e in particolare nei confronti dei medici, ritenuti a volte troppo occupati per interessarsi a ogni singolo paziente e per dar loro tutte le informazioni del caso, utilizzando un linguaggio comprensibile, con tutte le cautele necessarie (ad esempio la comunicazione di una diagnosi di malattia incurabile va attentamente valutata).

Atteggiamenti di chiusura, da una parte e dall'altra, che permangono tuttora e che, anche se a volte possono essere giustificabili, rischiano di allontanare il paziente dalla medicina ufficiale, quella basata sul rigore scientifico dei trials clinici, spingendolo verso lidi dove operano 'specialisti' di terapie alternative, prive di documentata efficacia e a volte potenzialmente pericolose. E che spesso, a causa delle soluzioni miracolistiche promesse e di

Ifo  
news

204

una certa tendenza – attuale e di moda – che sembra indicare vie di guarigione alternative considerate più 'naturali' o 'fisiologiche', rischiano di trovare spazio sulle pagine di riviste e giornali.

Non solo ai medici è però richiesta sempre una 'spiegazione': oggi i cittadini pretendono (giustamente) che anche la struttura presso la quale scelgono di farsi curare dialoghi con loro, offrendo servizi a misura d'uomo e soprattutto di paziente. Atteggiamenti di chiusura, anche in questo senso, ci sono stati, è fin superfluo ricordarlo. Ma da qualche tempo le Istituzioni hanno intrapreso un viaggio virtuoso: quello della comunicazione con i propri utenti. È questa – lo ribadiamo anche nel secondo numero di IFONEWS – la chiave per uscire dall'impasse della sfiducia dei cittadini nella medicina ufficiale e nell'efficienza del sistema sanitario: far sentire forte la nostra voce di operatori della sanità; intervenendo nel dibattito e spiegando anche le questioni più complesse. Crediamo fermamente che fornire chiavi di lettura, risalendo all'origine dei problemi e presentando i vari punti di vista, possa senz'altro contribuire a rinsaldare il rapporto fiduciario tra operatori e utenti della sanità.

Il secondo numero della rivista degli IFO ospita uno speciale sulla situazione della ricerca biomedica nel nostro Paese: in un'intervista il ministro Girolamo Sirchia illustra i piani per organizzare al meglio la



ricerca in Italia, portando i risultati più tangibili nel più breve tempo possibile al paziente. Affrontiamo poi, con l'aiuto del prof. Cognetti, il delicato problema della 'fuga' dei ricercatori italiani all'estero e della dimensione di questo fenomeno, oggetto di un convegno all'IRE. Nella rubrica IFO e Società trattiamo di una questione solo apparentemente marginale, ma che coinvolge aspetti etici, economici e sanitari, quella dell'attività libero professionale dei medici all'interno delle strutture pubbliche, l'intramoenia. IFONEWS parla di ciò che si farà ma anche di ciò che si fa, soprattutto in termini di collaborazioni internazionali (l'intesa tra Regina Elena e Rambam Medical Center di Haifa in Israele) affinché la lotta ai tumori sia sempre più serrata. Il prof. Aldo Morrone del San Gallicano descrive le attività del Servizio di Medicina Preventiva e delle Migrazioni e il prof. Giovanni Leone illustra le principali novità in tema di fotoprotezione.

Agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri crediamo fortemente nell'importanza dell'informazione, sostenendo e impegnandoci a fondo nella ricerca del dialogo aperto tra gli specialisti, con le istituzioni, gli operatori dell'informazione e soprattutto con i cittadini. Tra i nostri compiti – oltre che la diagnosi, la cura, la ricerca – vi è infatti anche quello di fornire spiegazioni, chiavi interpretative e risposte, contribuendo così a condividere e divulgare i risultati degli avanzamenti scientifici e delle novità terapeutiche. È certo che dobbiamo 'migliorare' l'informazione, aggiornandoci anche in questo settore, acquisendo familiarità con strumenti 'aperti' all'attualità (come questa rivista) che con linguaggio non specialistico illustrino a tutti, soprattutto ai non addetti ai lavori, il cammino della ricerca clinica e della sanità in una direzione comune e univoca: quella della salute.

Prof. LUIGI GIUSTO SPAGNOLI  
Commissario Straordinario degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri

### L'ISTITUTO REGINA ELENA

#### I posti letto

di degenza ordinaria:	268
in Day Hospital:	40

#### I servizi specialistici

- Radioterapia
- Medicina Nucleare
- Laboratorio patologia clinica
- Anatomia e istopatologia
- Citopatologia e citodiagnostica
- Anestesia e terapia intensiva
- Radiologia e diagnostica per immagini
- Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

#### L'attività ambulatoriale e le prestazioni

Ogni anno vengono erogate più di 800mila *prestazioni ambulatoriali*.

I ricoveri nel 2003 sono stati così ripartiti:

Ricoveri ordinari	9.478
Ricoveri medici ordinari	4.830
Ricoveri chirurgici ordinari (di degenza media)	4.568
Attrazione extraregionale	18,5 %
Ricoveri diurni (Day Hospital, Day Surgery)	3.641
Giornate di ricovero	
in Day Hospital	17.051, per 2.335 ricoveri totali
Giornate di ricovero	
in Day Surgery	5.722, per 1.305 ricoveri totali

### L'ISTITUTO DERMATOLOGICO SANTA MARIA E SAN GALLICANO

#### I posti letto

di degenza ordinaria:	36
in Day Surgery	6
in Day Hospital	20

#### I servizi specialistici

- Laboratorio patologia clinica
- Radiologia e diagnostica per immagini: TC spirale, Risonanza magnetica ad elevata risoluzione, ecografia cutanea
- Anestesia e terapia del dolore
- Videomicroscopia
- Istopatologia

#### L'attività ambulatoriale e le prestazioni

Nel corso del 2003 sono state erogate 271.098 *prestazioni ambulatoriali*.

I dati relativi all'attività di *ricovero* ordinario e diurno nel corso del 2003:

Ricoveri medici ordinari:	766
Ricoveri di chirurgia:	886
Giornate di ricoveri	
di Day Surgery	3.411 per 979 ricoveri totali
Giornate di ricoveri	
di Day Hospital	9.893 per 1.362 ricoveri totali

Il Ministro della Salute  
Girolamo Sirchia

# «Così cambieranno gli IRCCS»

OBIETTIVO: VALORIZZARE LA SPECIFICITÀ  
DI QUESTI ISTITUTI

■ DI SABRINA SMERRIERI ■ Sistema Sanitario Nazionale, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale delle Ricerche, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): sono le principali Istituzioni e strutture pubbliche che si occupano della ricerca biomedica nel nostro Paese. Un'organizzazione complessa, con competenze e ruoli specifici, per la quale il Ministero della Salute sta approntando una riforma che prevede alcune novità, specie per quanto riguarda gli IRCCS.

In quest'intervista per IFONEWS il Ministro della Salute Girolamo Sirchia traccia il quadro della situazione in Italia, delineando le riforme previste e quelle già in atto per far sì che la ricerca pubblica si svolga in chiave sempre più collaborativa tra le varie Istituzioni coinvolte. Allo scopo di renderla sempre più efficiente, competitiva e, soprattutto, diretta al beneficio del paziente.



**Il disegno strategico per la sanità futura da Lei delineato quest'anno a Cernobbio, prevede la riaffermazione di ruoli specifici per la ricerca clinica condotta dal Sistema Sanitario rispetto a quella condotta da altri Enti. Quali devono essere le differenze e le peculiarità fondamentali dei due settori e come sono destinati a evolvere tali ruoli in seguito alla riforma degli IRCCS, gli**

**Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ai quali appartengono anche gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri?**

La legge sul riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ha definito l'ambito della ricerca specifico del Servizio Sanitario Nazionale. Questo ambito è sicuramente diverso da quello della ricerca universitaria e da quello degli Enti di ricerca. La

«Con questa riforma sono state definite attraverso nuovi criteri le strutture di eccellenza ed è stata confermata la natura pubblica di questi Istituti di rilevanza nazionale dove si svolge ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità».

ricerca afferente al Servizio sanitario nazionale (Ssn) è di tipo clinico e traslazionale ed ha l'obiettivo preciso di migliorare l'assistenza e valorizzare il prodotto della ricerca. Abbiamo una missione precisa, diversa da quella degli altri soggetti. La peculiarità dell'attività di ricerca in un IRCCS è nell'essere un processo bidirezionale di trasferimento di conoscenze scientifiche fra laboratorio e clinica. Tale processo richiede il coinvolgimento di diverse figure dotate di specificità professionali, ma accomunate da un unico obiettivo che è quello di finalizzare l'attività della ricerca al miglior risultato, diagnostico e terapeutico, per il paziente. Attraverso gli IRCCS il Ssn assicura un servizio avanzato e una specificità precisa. Dobbiamo puntare a valorizzare le specificità di questi Istituti, che sono molto diverse dal passato e molto più serie. E dobbiamo puntare sulla qualità. Presto ci troveremo di fronte alla libera circolazione dei pazienti in Europa. L'Italia non può fare a meno di centri di riferimento europei che siano in grado di competere con centri molto più agguerriti dei nostri e questa competizione deve avvenire sui risultati, sulla misurazione della qualità, dell'outcome. In molti campi l'Italia vanta risultati tra i migliori del mondo. Dobbiamo continuare su questa strada con determinazione, per dire all'Europa che il nostro Servizio sanitario nazionale è tra i migliori del mondo occidentale.

**Quali sono i capisaldi di questa**

**riforma, perché si è resa necessaria e quando prevede si avranno i primi effetti positivi sull'attività degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico?**

Il riordino degli Irccs è arrivato dopo dieci anni di attesa ed è stato da me fortemente voluto. Gli Irccs sono Ospedali di eccellenza deputati alla ricerca, alla terapia e alla riabilitazione nei campi dell'oncologia, della pediatria, della neurologia e dell'ortopedia. Con questa riforma sono state definite attraverso nuovi criteri le strutture di eccellenza ed è stata confermata la natura pubblica di questi Istituti di rilevanza nazionale dove si svolge ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità. Questa riforma, i cui primi aspetti positivi iniziano a manifestarsi, prevede come aspetto prioritario la condivisione tra il Ministero della Salute e le Regioni sia della trasformazione degli Istituti in Fondazioni e sia della definizione degli organi di gestione, prevedendo inoltre che gli Istituti che non verranno trasformati saranno organizzati sulla base di criteri che garantiscano le esigenze di ricerca e la partecipazione a reti nazionali di centri di eccellenza. Inoltre, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, è previsto che gli Irccs possano stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società di

persone o capitali, con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità.

**Non c'è il rischio che la maggior flessibilità e autonomia nella gestione delle risorse da parte degli IRCCS crei una contrapposizione o un eccesso di competizione, specie nei confronti della ricerca pubblica?**

Il necessario confronto in chiave europea richiede oggi alla ricerca italiana, come a tutta la comunità scientifica, uno sforzo corale per accrescere e valorizzare qualità e competitività dei ricercatori e dei Centri di eccellenza del nostro paese. In una situazione di limitatezza delle risorse pubbliche disponibili, la soluzione per raggiungere le masse critiche, in termini di conoscenze e investimento, necessarie ad assicurare risultati concreti e direttamente trasferibili al paziente, va ricercata anche in modelli alternativi di finanziamento e partecipazione ai programmi di sperimentazione. In questo senso la nascita di partnership tra chi fa ricerca e chi a quella ricerca può apportare risorse finanziarie, tecnologiche e manageriali in grado di agevolarne lo sviluppo, non può che essere un prezioso strumento.

Il Decreto Legislativo di riordino degli Irccs prevede che le Fondazioni Irccs e gli Istituti non trasformati possano attuare misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con istituti di riabilitazione, per attuare progetti comuni di ricerca e protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le

terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti. Ciò non crea eccesso di competizione ma piuttosto favorisce la nascita di nuove forme di collaborazione.

**Il volontariato svolge un ruolo sempre più attivo all'interno delle strutture ospedaliere. È allo studio la partecipazione delle aziende non-profit alla gestione degli Istituti?**

L'attività di volontariato costituisce una preziosa risorsa in ambito sanitario. La possibile presenza del privato non – profit nel Consiglio di Amministrazione delle



Fondazioni è già contemplata. La legge di riordino degli Ircs prevede, infatti, che le Fondazioni siano aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati che ne condividano gli scopi ed intendano contribuire al loro raggiungimento e ne disciplinano le modalità di rappresentanza nel CdA.

**In attesa di svolte fondamentali dalla ricerca di base, quella traslazionale sembra assicurare i migliori risultati nel breve periodo. Quali sono i programmi del Ministero per rafforzare questa modalità di**

**cura e ricerca?**

Al fine di rendere efficace questo tipo di ricerca è necessario, contrariamente al passato, che i ricercatori dell'industria e i ricercatori del Ssn lavorino insieme, in modo da avere entrambi la possibilità di conseguire un risultato pratico: oggi, infatti, l'industria nazionale è costretta a cercare all'estero le invenzioni e così i ricercatori del Ssn non riescono a mettere a frutto le loro invenzioni e quindi ad avere i ritorni che li motivano e li stimolano. È inoltre necessario favorire le aggregazioni di ricercatori e il loro contatto con analoghe strutture complesse operanti all'estero e assicurare la multidisciplinarietà della ricerca, vale a dire che è fondamentale che lavorino insieme, e siano contestualmente presenti, biologi, informatici, ingegneri e fisici.

Per quanto riguarda il finanziamento di questa ricerca, esso deve provenire da sinergie pubblico-privato, ma anche dal mercato in cui le invenzioni vengono poste a frutto. Attraverso i cofinanziamenti si possono raddoppiare le quantità di risorse disponibili per la ricerca. Cercare queste fonti aggiuntive è dunque di importanza prioritaria per lo sviluppo della ricerca. Dobbiamo poi puntare a progetti strategici top down come quelli dell'Accordo Italia – Usa, che stanno procedendo molto bene su oncologia, malattie rare e bioterrorismo e che con il segretario di Stato statunitense Thompson abbiamo deciso di estendere anche al tema dell'obesità. Ciò consentirà di avere l'opportunità di un'altra immensa area di ricerca, di collaborazione e cofinanziamento, con risorse industriali importanti, non solo italiane.

**La prevenzione rimane l'arma**

**migliore e più efficace, ma, specie in ambito oncologico, sono ancora troppo poche le persone che si sottopongono ai test diagnostici. Quali campagne sta progettando il Ministero per invitare la popolazione, specie quella più a rischio, a sottoporsi agli screening?**

La lotta al cancro è uno degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale. I dati parlano chiaro: a fronte di un tasso di sopravvivenza in continuo miglioramento, il cancro rappresenta la seconda causa di morte nel nostro Paese incidendo per il 30% circa sulla mortalità complessiva. E ogni anno vengono diagnosticati circa 270mila nuovi casi di tumore. Per questo abbiamo rafforzato l'impegno nella promozione di stili di vita salutari, già oggetto di campagne di comunicazione del Ministero su fumo e corretta alimentazione, per sensibilizzare i cittadini sui rischi per la salute provenienti da abitudini di vita nocive come fumo, tabacco, alimentazione scorretta, la cui influenza sulla comparsa di tumori è ormai nota. Poi, abbiamo configurato insieme alle regioni un Piano nazionale di prevenzione attiva che prevede l'azione congiunta di medici di medicina generale e aziende sanitarie e ospedaliere per censire i cittadini target, sollecitarli a sottoporsi a programmi di prevenzione, fornire loro il risultato della partecipazione al fine di ridurre l'insorgenza delle patologie e dei relativi costi per il servizio sanitario nazionale. Inoltre, nella Legge 138/04, di conversione del DL 81/04 sulle emergenze sanitarie, sono state previste risorse aggiuntive, per il triennio 2004-2006, per giungere alla più efficiente organizzazione dello screening del cancro del colon retto, della mammella e del collo dell'utero in tutte le Regioni.

# Più centri d'eccellenza e stanziamenti per rilanciare la ricerca

MEETING SULLA "FUGA DEI CERVELLI"  
ORGANIZZATO DAL REGINA ELENA

■ DI DANIELA PELICCIOLI ■ Come far rientrare i nostri più validi PhD e far sì che il potenziale umano e scientifico, di elevata qualità, presente nel nostro Paese non emigri stabilmente all'estero? Il convegno "Regina Elena, polo di attrazione per i 'cervelli' che tornano", tenutosi lo scorso mese al Centro Congressi Bastianelli degli IFO, ha cercato di rispondere alla domanda mettendo a confronto i ricercatori che dopo una lunga esperienza di lavoro sono rientrati in Italia, o si apprestano a farlo, e i rappresentanti delle Istituzioni.

**Al meeting sono intervenuti** il senatore Cesare Corsi, sottosegretario di Stato del Ministro della Salute e gli On. Francesco Storace (presidente della Regione Lazio), Marco Verzaschi (Assessore alla Sanità – Regione Lazio) e Andrea Augello (Assessore al Bilancio – Regione Lazio).

"Il Nuovo Istituto Regina Elena – ha spiegato l'on. Storace – è una struttura moderna, con personale di grande professionalità e competenza, in grado non solo di far fronte alle esigenze dei malati ma anche di attirare l'attenzione di ricercatori e medici che hanno esercitato la loro professione all'estero".

Gli italiani all'estero si fanno onore e spiccano per le loro doti di creatività e flessibilità anche in contesti competitivi come le Università americane. Il ritorno di questi specialisti è sempre un risultato molto positivo. Tra i 'rientrati', una decina in questi ultimi mesi, c'è la dottoressa Anna Bagnato che torna al Regina Elena dopo anni passati al Dipartimento di Endocrinologia sperimentale del National Institute of Health (NIH) di Bethesda (Stati Uniti) e che in Italia porta la sua esperienza sull'endotelina, proteina chiave in alcuni processi neoplastici.

A conclusione del convegno il senatore Cesare Corsi ha sottolineato il legame inscindibile tra ricerca e buona sanità. "Una sanità che funziona si regge su basi solide e in particolare sulla ricerca biomedica. Per rilanciarla è importante valorizzare le reti di collegamento tra i centri, sia nazionali che esteri, affinché sia più facile per i nostri giovani talenti, e per chi ha più aspettative e sogni da realizzare, individuare i settori e gli ambiti di lavoro più adatti e promettenti. Ma poi, laddove vi siano progetti importanti, è necessario polarizzare l'impegno nel nostro Paese facendo sì che il fisiologico flusso dei 'cervelli' da e per l'estero consenta di elevare la partecipazione del sistema Italia alla ricerca scientifica avanzata a livello mondiale. Per questo – ha concluso Corsi – è necessario attivare sempre più nuovi centri di eccellenza per la ricerca e impegnarsi affinché vi sia lo stanziamento, fin dalla prossima manovra finanziaria, di maggiori fondi per il settore scientifico e medico in particolare".

# A volte... ritornano

RICERCATORI ITALIANI  
ALL'ESTERO:  
"FUGA" O "MOBILITÀ"?

■ DI GIULIANO D'AMBROSIO ■ Partono con la speranza di tornare. Ma alla fine sono molti i ricercatori che si fermano all'estero dove trovano maggiori possibilità di realizzazione professionale e migliore trattamento economico. Oggi, seppur lentamente, la rotta sta cambiando e s'inizia a parlare di mobilità piuttosto che di fuga: la trasmissione del sapere da una parte all'altra del globo – enormemente cresciuta nell'ultimo decennio grazie alle tecnologie informatiche – deve accompagnarsi a periodi di stage all'estero perché la condivisione della pratica di laboratorio, a contatto con l'esperienza e le metodologie di lavoro di altri "cervelli" e di diversi sistemi organizzativi e gestionali, è fondamentale per il successo di ogni ricerca scientifica. Come e cosa fare quindi per far sì che la fuga si tramuti in una auspicabile ed effettiva mobilità? IFONEWS ha rivolto questa ed altre domande sull'argomento dei 'cervelli in fuga' al prof. Francesco Cognetti, direttore scientifico del Regina Elena, una struttura di ricovero, di cura e dove la ricerca è di casa ed è considerata un investimento prezioso. Per il futuro, certo, ma anche per il presente.



Quello dei 'cervelli in fuga' è un problema ancora sentito nel nostro Paese che tra il 1996 ed il 1999 ha perso circa 2.300 professionisti: un gran numero di ricercatori italiani che lavorano all'estero. In alcuni Istituti americani gli italiani rappresentano una parte cospicua dei team di ricerca, con centinaia di scienziati riuniti sullo stesso progetto. Sarebbe fondamentale riuscire a riportarli indietro, magari non tutti i duemila che sono emigrati, ma almeno una parte.

È certo che se hanno deciso di andarsene tutti o quasi hanno avuto le loro buone ragioni, alcune più buone delle altre.

## **Quali sono queste buone ragioni?**

Ad esempio la limitatezza dei mezzi a disposizione nei nostri ambienti di ricerca, a volte difficilmente confrontabili con il livello medio delle strutture americane (anche se le eccezioni non mancano e sono sempre più note) e con le potenzialità del sistema organizzativo della



«Oggi, anche grazie al progetto 'rientro dei cervelli' voluto dal governo, le cose stanno cambiando con i fondi per la ricerca stanziati ultimamente dal ministero della Salute».

ricerca scientifica d'oltreoceano. Ciò, ovviamente – ed è forse questo che ci deve far riflettere più di ogni altra cosa su quante occasioni perdiamo ogni volta che un nostro 'cervello' emigra stabilmente, ad esempio negli Usa – a prescindere dal valore e dalle potenzialità dei singoli ricercatori italiani. L'altra maggior causa di emigrazione forzata sono le condizioni economiche: oltreoceano ci sono salari e soprattutto possibilità di carriera difficilmente confrontabili con le nostre. Ma oggi, anche grazie al progetto 'rientro dei cervelli' voluto dal governo, le cose stanno cambiando con i fondi per la ricerca stanziati ultimamente dal ministero della Salute.

**Le risorse sono insufficienti, d'accordo. Ma la responsabilità non è anche di un sistema di studi e ricerca (l'Università) che non offre molte possibilità**

**concrete?**  
Questo è vero. Com'è giusto che sia, all'inizio della sua carriera il ricercatore non può aspettarsi lauti guadagni. Ma deve sapere che il suo riconoscimento migliorerà se sarà in grado di fare delle scoperte significative. E oggi questo non è assolutamente detto, non almeno all'Università e nemmeno in altri enti pubblici di ricerca. Ma non basta. Il giovane scienziato o aspirante tale deve soprattutto avere la possibilità di lavorare, senza ostacoli burocratici o politici: e questa è una necessità assoluta. Spesso invece i nostri più valenti 'cervelli' non sono incoraggiati a fare ricerca e le loro potenzialità non sono né riconosciute né tantomeno incoraggiate: in laboratorio dominano i metodi burocratici e politici. All'estero, invece, in particolare negli Usa, il riconoscimento dei ricercatori è basato sul loro merito, senza considerazioni politiche o di anzianità.

**Che ruolo può giocare un grande Istituto di ricerca come**

### **il Regina Elena e quali segnali si aspetta dal Governo?**

Il Regina Elena sta facendo la sua parte, come testimoniano le sette storie di ricercatori che dopo varie esperienze nelle più prestigiose Istituzioni estere sono tornati, o stanno per farlo, in Italia, a Roma e precisamente al nostro Istituto. Sono tornati per studiare i meccanismi genetici alla base dei tumori e mettere a punto le cure del futuro: è la grande corsa della ricerca internazionale alla quale l'Italia si prepara a partecipare con il Rome Oncogenic Centre (ROC) del Regina Elena, uno dei quattro centri che stanno nascendo in Italia, specializzati nello studio delle basi genetiche dei tumori, della diagnosi precoce e nello sviluppo di nuovi farmaci. E recentemente l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro ha deciso di finanziare questo progetto con fondi che consentiranno l'avvio strutturale dell'iniziativa. Il ROC a Roma è, insieme a quello di Milano, il primo esempio della nuova rete della ricerca italiana in questo settore di frontiera. L'impegno richiesto è notevole, certo. Ma sono sicuro – anche alla luce di quanto affermato dal ministro Sirchia in questo secondo numero di IFONEWS – che le nostre Istituzioni sapranno supportare adeguatamente questo progetto: per dare possibilità a quanti chiedono di poter fare ricerca di punta restando in Italia e per sviluppare un ambito, quello della biomedicina, strategico per lo sviluppo futuro del nostro Paese.

# Back to IRE

IN UN BOOKLET LE “STORIE” DI SETTE RICERCATORI  
CHE RIENTRANO NEL NOSTRO PAESE  
PER LAVORARE ALL’ISTITUTO REGINA ELENA

Paola Muti, Massimo Loda, Anna Bagnato, Michele Milella, Alain Gelibter, Alessandra Felici e Roberto Biagini: sette storie, diverse tra loro, che testimoniano la difficoltà (ma anche la passione) di fare ricerca nel nostro Paese. Sette ricercatori che stanno per tornare; storie raccolte nel booklet **‘Regina Elena: polo di attrazione per i “cervelli” che**

**tornano’** appena pubblicato dall’editore Intermedia con la prefazione del premio nobel Rita Levi Montalcini. Riportiamo alcuni estratti della testimonianza di Paola Muti, faculty member dell’Università di Buffalo (NY), che dopo 14 anni di esperienza negli USA si appresta a tornare in Italia. Per lavorare al Regina Elena.



«Io lavoro in una delle poche università pubbliche americane. Mi trovo a vivere in una realtà davvero multiculturale e particolarmente stimolante. Arrivano ricercatori indiani, cinesi, afroamericani...»

**Paola Muti: «Gli italiani negli States? Diciamocelo, sono proprio bravi!».**

Ho deciso di partire per diverse ragioni. (...) Negli Usa hai possibilità concrete di scrivere progetti e seguire un lavoro in modo autonomo. (...) Il successo della tua ricerca sarà quello della istituzione a cui appartieni e parte dei finanziamenti (overhead) andrà a sostenerla economicamente e a rappresentarla scientificamente. I gruppi di ricerca sono forti, ci sono investimenti estensivi per programmi di reclutamento di scienziati di rilevanza mondiale e i progetti di ricerca originati da quei gruppi appaiono enormemente competitivi in campo internazionale. Io lavoro in una delle poche università pubbliche americane. Mi trovo a vivere in una realtà multiculturale molto stimolante. Arrivano ricercatori indiani,



cinesi, afroamericani. E italiani che diciamocelo, sono proprio bravi. Credo sia per la creatività e la flessibilità che riescono a mettere nel loro lavoro. E anche quel pizzico di furbizia che permette loro di districarsi nelle diverse situazioni. (...) Negli Usa vogliono avere garanzie sulla tua capacità di attrarre fondi. Perciò ti sottopongono a un periodo lunghissimo di verifica, inserendoti in quello che viene definito "tenure track". Hai sette anni per mostrare quanto vali. In questo arco di tempo devi scrivere articoli, devi svilupparti come ricercatore indipendente, creare

relazioni con gruppi importanti nel Paese o all'estero, ed essere un'ottima insegnante. Diverse commissioni esaminatrici, formate dai colleghi, dal dipartimento, dalle facoltà a cui appartieni e poi dall'università nel suo insieme, verificano se l'investimento su di te sia ben riposto. Se durante la procedura viene trovata qualche contraddizione, la tua richiesta di "tenure" viene bloccata e non avrai più un'altra possibilità. (...) Quando sono arrivata, l'idea era rimanere tre anni. Ma una volta là mi fu offerto di diventare faculty member, un ruolo che in Italia è praticamente impossibile ottenere, soprattutto perché i criteri di selezione sono molto diversi. Ora sono entrata in contatto con una realtà italiana in forte sviluppo come quella del Regina Elena a Roma, che sta investendo molto nella ricerca e nella costruzione di strutture adeguate per promuovere progetti importanti. (...) Credo che oggi in Italia le cose stiano cambiando e che ci sia finalmente posto per chi vuole fare ricerca ai più alti livelli.

PAOLA MUTI

School of Medicine dell'Università di Buffalo, NY

## LE DIMENSIONI DELLA "FUGA", I NUMERI DELLA RICERCA INTERNAZIONALE


La partenza dei "cervelli" verso altri Paesi, in particolare gli Stati Uniti, è un fenomeno comune a tutti gli Stati europei. L'Italia, purtroppo, è però tra quelli che fornisce più talenti all'estero e che sperimenta una sottrazione maggiore dei propri laureati.

### Pochi ricercatori uguale poca ricerca

Come messo in luce dal prof. Cognetti a pag. 8, una delle cause principali riguarda la difficoltà nell'accesso e nello sviluppo della carriera nell'ambiente scientifico italiano. Questi ostacoli sono confermati non solo dal basso numero di ricercatori per 1.000 abitanti (solo 2,82), ma anche dal fatto che l'Italia registra una crescita annua negativa del numero di ricercatori nel paese (-3,56%), ed i suoi 66.110 ricercatori non rappresentano nemmeno la metà di quelli degli altri grandi Paesi (Germania 259.957, Francia 172.070 e Gran Bretagna 157.662).

### Investimenti e crescita: Usa batte Europa

Nel panorama mondiale delle spese pubbliche e private in ricerca e sviluppo, gli Usa dominano con una media del 2,8% del Prodotto interno lordo (Pil), mentre i Quindici della UE non allargata dedicano al comparto meno del 2% del proprio Pil, con differenze tra i paesi che vanno dal 4,2% della Svezia e dal 3,5% della Finlandia, a percentuali inferiori all'1% di Italia (0,96%), Portogallo (0,77%) e Grecia (0,67%) che chiudono la classifica. L'Ue è dietro agli Usa anche per tasso di crescita annua degli investimenti in ricerca (1,8% contro



1,5%). Il tasso di crescita annuo delle spese in ricerca dei paesi Ue più virtuosi si attesta intorno al 5%, con buone prestazioni tra i fanalini di coda (+15,3% in Grecia e +4,4% in Portogallo). In Italia la crescita media si attesta allo 0,5%, contro una media Ue dell'1,5%. Tuttavia se si scorpora il dato italiano, le risorse pubbliche per la ricerca fanno registrare tassi di crescita annua elevati (5,5%), simili a quello degli Usa. Nel 2003 l'Italia è al sesto posto, insieme alla Spagna, per il totale di risorse pubbliche complessivamente dedicate al comparto ricerca (0,69% del Pil contro una media Ue di 0,77%). Dai dati emerge chiaramente che il tallone d'Achille della ricerca italiana sono gli investimenti in ricerca e sviluppo delle imprese, che ammontano complessivamente ad appena la metà di quelli assegnati dal governo. Inoltre il basso tasso di crescita annuo (0,2% contro una media europea dello 0,9%) indica che il settore pubblico è ancora poco disposto ad allocare risorse a tale scopo.

### **Ma dove vanno i “cervelli”?**

Secondo l'Adi, l'Associazione dottorandi, gli Stati Uniti sono al primo posto, seguiti immediatamente da Francia e Gran Bretagna. Lasciano l'Italia soprattutto gli ingegneri, fisici, medici e biologi. Ad andarsene sono soprattutto gli uomini (circa il 75%). Quanto alle retribuzioni, le differenze maggiori non si riscontrano tanto ai livelli più alti (lo stipendio di un professore ordinario nei vari paesi europei si aggira infatti in ogni caso tra i 4 ed i 6 mila Euro al mese) quanto ai livelli medio-bassi. Per il dottorato di ricerca, in Italia le borse di studio raggiungono un importo di circa 900 euro netti al mese, contro i 1500 Euro al mese negli Stati Uniti, 2 mila in Svizzera e 1300 in Gran Bretagna. Stesso discorso per lo stipendio percepito da un ricercatore «in ingresso»: poco più di 1000 euro al mese in Italia contro i circa 1800 Euro della Germania. Paese della «cuccagna», nella hit-parade degli stipendi, è il Giappone: qui un ricercatore all'inizio della carriera può guadagnare fino ad 4 mila euro al mese.

### **Voglia di tornare**

Secondo un sondaggio pubblicato lo scorso novembre dalla Commissione europea, il 13% degli scienziati dei 15 Paesi Ue che ora vivono all'estero intendono tornare a lavorare in patria. Anche se non esistono dati ufficiali, da qualche tempo si iniziano a contare i casi di rientro ed aumentano le dichiarazioni di scienziati e ricercatori che desiderano rientrare nei loro Paesi. Un segnale che le cose stanno cambiando.

Medici “esclusivi”

# Intramoenia, una storia infinita

IL LUNGO E TORTUOSO PERCORSO  
DI UNA LEGGE (LA SANITÀ TER DEL '99) SEMPRE PIÙ IN DISCUSSIONE.  
FIN DAL 1930

■ DI SERGIO CECCONE ■ IFONEWS prosegue il suo ‘viaggio’ tra normative, dibattiti e cronaca degli eventi che più hanno inciso, specie negli ultimi anni, sulla professione medica e sul sistema sanitario del nostro Paese. Nel primo numero sono state prese in esame le nuove sigle della sanità come i DRG e i LEA che contraddistinguono il processo di trasformazione in atto. In questo secondo articolo si ripercorrono le tappe della legge che regola l’esclusività del rapporto di lavoro degli specialisti all’interno delle strutture ospedaliere. Una cronaca che inizia molti decenni fa.

**Per comprendere l’annosità** del problema basti ricordare che gli esordi della discussione sull’incompatibilità della professione medica privatistica esercitata all’interno degli ospedali risalgono a ben settant’anni fa: intorno al 1930 infatti, un regio decreto stabilì di limitare il numero dei posti, in particolare di letti per ricovero, riservati a tale attività in ogni ospedale. E nel 1933 una circolare del ministero degli Interni (allora non c’era la Sanità) prevedeva una ‘libera professione contenuta in giusti limiti’ che non snaturasse ‘il carattere del nosocomio’. Risalendo rapidamente nel tempo, la prima ‘incompatibilità’ nell’accezione moderna risale al 1975; poi con il riordino della Sanità del ’92 si è imboccata la strada della ‘concorrenzialità’; nel ’97 sono stati posti i primi paletti della libera professione *intramuraria* (o *intramoenia*). Si arriva poi al punto nodale: la Finanziaria del ’99 (riforma Ter della Sanità, o riforma Bindi – ex ministro della Sanità) introduce definitivamente la regola dell’*esclusività*: i medici devono scegliere se svolgere la libera professione nelle strutture pubbliche (*intramoenia*) oppure all’esterno (*extramoenia*). In pratica solo chi opta per l’esclusiva può svolgere attività libero professionale all’interno delle aziende del Ssn, guadagnando una cospicua indennità (circa 750 euro lordi al

Secondo gli estensori della proposta di riforma della Ter '99, i medici che opteranno per l'extramoenia rinunceranno all'indennità di esclusiva, ma non perderanno la possibilità di ottenere incarichi dirigenziali presso la struttura pubblica. La scelta tra pubblico e privato, inoltre, non sarà più obbligatoria.

mese) e può ottenere la qualifica di primario. Per gli altri, quell'8% circa che – dopo una serie di slittamenti dell'applicazione delle 'norme Bindi' dovuti alla mancanza di un contratto, di regole nuove e di certezze sul rapporto esclusivo con il Ssn – sceglie di restare "fuori" del Ssn, niente indennità, niente intramoenia e niente posti da primario. E un guadagno di circa 10mila euro l'anno in meno rispetto ai loro colleghi. Ma con la possibilità di svolgere senza vincoli la libera professione oltre l'orario di lavoro. Naturalmente senza conflitti d'interesse con l'azienda da cui dipendono e mai in una struttura che ha a che fare con il servizio pubblico.

Un maxi emendamento alla Finanziaria del dicembre 2002 (ministro Girolamo Sirchia), che intendeva riformare l'esclusività dei medici togliendo la penalizzazione economica per chi decideva per l'attività libero professionale fuori dalla struttura pubblica, viene bocciato. Successivamente, con un decreto dell'aprile 2003, il Governo proroga al 31 luglio 2005 l'*intramoenia allargata*, la possibilità cioè di svolgere la libera professione negli studi privati, mentre il testo originario non prevedeva un limite temporale, prorogandolo fino a quando le Aziende sanitarie avessero trovato gli spazi nelle proprie strutture interne. Dopo numerose prese di posizione del Ministro Sirchia, nel settembre 2003 Francesco Storace, Presidente della Regione Lazio, dichiara che la Regione ha allo studio un provvedimento che toglie l'irreversibilità della scelta pubblico o privato. E a gennaio di quest'anno arriva la proposta di legge di Forza Italia che permette la reversibilità della scelta fra lavoro in esclusiva e non per il servizio sanitario nazionale. Secondo gli estensori della proposta, i medici che opteranno per l'extramoenia rinunceranno all'indennità di esclusiva, ma non perderanno la possibilità di ottenere incarichi dirigenziali presso la struttura pubblica. La scelta tra pubblico e privato, inoltre, non sarà più obbligatoria. Insorgono le opposizioni: i sindacati ritengono la proposta un danno, sia per i cittadini che per i medici.

A inizio del maggio scorso il Senato approva l'emendamento a un decreto sull'emergenza sanitaria che permette ai medici di cambiare idea, ogni anno, se optare per il rapporto di lavoro esclusivo con il Servizio sanitario nazionale oppure no, modificando, per la prima volta 'de facto', il principio dell'irreversibilità della scelta previsto dalla riforma sanitaria Ter della Bindi nel '99. Questa volta insorgono parte delle 'sigle' mediche, pronte ad annunciare giornate di protesta, alcune delle quali poi messe in atto.

L'opposizione annuncia battaglia sull'emendamento, giudicato dall'ex ministro Bindi "un tentativo di controriforma per indebolire il Ssn a suon di emendamenti senza affrontare il dibattito parlamentare". La posizione del Ministro è ferma: Sirchia ritiene che il sistema dell'esclusività avrebbe provocato un meccanismo a catena alla fine del quale "i malati vengono sollecitati a ricorrere all'attività libero professionale cioè a pagare prestazioni che potrebbero avere gratuitamente, allungando anche le liste d'attesa". Per il Ministro il provvedimento sulla *nuova reversibilità* consentirà anche di ottenere "risparmi cospicui per gli ospedali, che non dovranno più spendere per attivare adeguati spazi e strutture da adibire alla libera professione intramoenia o ai suoi surrogati e miglior controllo e organizzazione del lavoro a favore dei pazienti non paganti in proprio, con riduzione delle liste di attesa". Per il momento è questa l'ultima dichiarazione, ma non certamente l'ultimo atto, a proposito di una querelle ancora irrisolta.

# Un seminario internazionale promosso dalla nostra ambasciata e dal Regina Elena Italia chiama Israele: la scuola di Haifa

L'INCONTRO, SVOLTOSI DAL 5 AL 7 MAGGIO SCORSO, È SERVITO PER VERIFICARE I PROGRAMMI DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA TRA IRE E RAMBAM MEDICAL CENTER

■ DI MASSIMO CRESPI\* ■ Una folta delegazione di ricercatori e clinici del Regina Elena si è recata lo scorso mese ad Haifa, in Israele, per partecipare ad un seminario di oncologia organizzato presso il Rambam Medical Center (RMC) diretto dal prof. A. Kuten. L'incontro è stato promosso dalla direzione scientifica dell'IRE e dall'ambasciata italiana in Israele e ha visto il coinvolgimento di eminenti oncologi israeliani del RMC e dell'ospedale italiano di Haifa.

**L'obiettivo principale del seminario**, che è stato preceduto da una intensa fase preparatoria, era la verifica di possibili programmi di collaborazione scientifica tra l'IRE e l'istituto israeliano in vari settori dell'oncologia.

I temi trattati nel corso dell'incontro, finalizzati ai possibili sviluppi di progetti di cooperazione, hanno permesso di illustrare le attività di eccellenza dell'IRE nei vari settori di comune interesse e di operare un confronto pragmatico con i responsabili delle Divisioni e dei Servizi attivi presso il Rambam Medical Center di Haifa.

Il congresso si è aperto con i saluti e gli interventi introduttivi di Luca Fianchetti Pardo, incaricato d'affari presso l'Ambasciata Italiana a Tel Aviv, Miri Ziv, direttore della *Israel Cancer Association* e di Zvi Ben Ishai, vice direttore del Rambam Medical Center. Sono seguite le presentazioni dei due Istituti coinvolti in questa iniziativa di collaborazione internazionale: il prof. Cognetti, direttore scientifico del Regina Elena e il prof. Kuten, direttore del Rambam Medical Center hanno così illustrato i punti forti e gli obiettivi della ricerca condotta nelle due strutture oncologiche.

Nel corso della tre giorni israeliana sono state evidenziate varie aree di ricerca

\* Responsabile Rapporti Internazionali, Istituto Regina Elena

**Nelle immagini, la delegazione italiana in visita presso i Bahai Gardens di Haifa e il prof. Giuseppe Spriano (Direttore del Dipartimento di Chirurgia cervico-facciale dell'IRE di Roma) alla conferenza congiunta con il Rambam Medical Center presso il Dan Panorama Hotel di Haifa il 6 maggio 2004.**



### **I partecipanti**

Della delegazione italiana in Israele hanno fatto parte il prof. Francesco Cognetti, Direttore Scientifico dell'IRE e, sempre dell'IRE, i seguenti ricercatori: prof. Mario Antonini (Dipartimento di Terapia Intensiva); dott. Giovanni Blandino (Dipartimento di Oncologia Sperimentale); prof. Maurizio Cosimelli (Dipartimento di Chirurgia Oncologica); prof. Massimo Crespi (Primario Emerito e Responsabile degli Affari Internazionali); prof. Francesco Facciolo (Direttore del Dipartimento di Chirurgia Toracica); prof. Michele Gallucci (Direttore del Dipartimento di Urologia); dott. Alain Gelibter (Dipartimento di Oncologia Medica); dott.ssa Laura Marucci (Dipartimento di Radioterapia); prof. Giuseppe Spriano (Direttore del Dipartimento di Chirurgia Cervico-Facciale); prof. Giovanni Vennarecci (Dipartimento di Chirurgia Oncologica). Hanno inoltre partecipato il prof. Attilio Giacosa dell'Istituto Tumori di Genova e la dott.ssa Ilaria Vallati, segretaria dell'Ufficio Rapporti Internazionali dell'Istituto.

### **Le sessioni**

Il programma del Seminario si è articolato in diverse sessioni scientifiche:

Prof. Cognetti: *State of the Art in Treatment of Breast Cancer*;

Prof. Attilio Giacosa: *Diet, Lifestyle and Genetics in Colorectal Carcinogenesis*;

Prof. Massimo Crespi: *Colorectal Cancer Screening: Traditional vs Novel Approaches*;

Prof. Maurizio Cosimelli: *Clinical and Biological Advances in the Multidisciplinary Treatment of Locally Advanced Rectal Cancer*;

Prof. Giovanni Vennarecci: *Liver Transplantation for Neoplasms*;

Prof. Mario Antonini: *Perioperative Care and Blood Salvage in Oncologic Liver Surgery*;

Prof. Francesco Facciolo: *Combined Modalities in the Treatment of Pleural Mesothelioma*;

Prof. Michele Gallucci: *Combined Treatments After Curative Radical Cystectomy*;

Dott. Eliahu Gez: *Chemo-Immunotherapy for Metastatic RCC*;

Prof. Alain Gelibter: *Novel Approaches in the Treatment of Advanced Pancreatic Cancer*;

Dott. Ron Eppelbaum: *Chemoradiation for Loco-regionally Advanced Pancreatic Carcinoma*;

Prof. Laura Marucci: *IMRT: Our Experience*;

Prof. Giuseppe Spriano: *Hypopharyngeal Reconstruction after Total Pharyngolaryngectomy*;

Prof. Giovanni Blandino: *The P53 Family: a Potential Target for new Anticancer Treatments*.

**Il prof. Massimo Crespi (Primario Emerito IRE, Roma) interviene alla conferenza congiunta con il Rambam Medical Center.**



I temi trattati nel corso dell'incontro, finalizzati ai possibili sviluppi di progetti di cooperazione, hanno permesso di illustrare le attività di eccellenza dell'IRE nei vari settori di comune interesse e di operare un confronto pragmatico con i responsabili delle Divisioni e dei Servizi attivi presso il Rambam Medical Center di Haifa.



**Il prof. Francesco Cognetti, direttore scientifico dell'IRE, interviene alla conferenza di Haifa.**

clinica di comune interesse e di probabile futura collaborazione tra i due Istituti. Ecco le principali:

- trattamento neo-adiuvante dei tumori del seno
- studio di fase 2 sul trattamento combinato dei tumori localmente avanzati del retto (Rxter-Chemioterapia)
- trattamento dei tumori metastatici del rene
- trattamento multidisciplinare dei tumori pancreatici (Rxter IMRT e chemioterapia con nuovi farmaci quali il Glivec)
- sviluppo di piani di trattamento combinati (Rxter IMRT) di tumori delle ossa e della prostata. In particolare i colleghi del *Rambam Medical Center* hanno mostrato grande interesse per la Radioterapia IMRT, una tecnologia avanzata già disponibile in IRE e in fase di attivazione presso il *Rambam Medical Center*.

**Infine qualche doverosa** parola di ringraziamento. Il benvenuto in Israele e la perfetta organizzazione del Seminario sono stati possibili anche grazie all'impegno del dott. Castro, addetto scientifico della nostra Ambasciata e l'accoglienza dei colleghi israeliani è stata a dir poco splendida. La visita di una loro delegazione a Roma è prevista il prossimo novembre per dare avvio ai programmi comuni identificati nel corso del convegno di Haifa.



# Attenti agli UVA

TUTTE LE NOVITÀ IN TEMA  
DI FOTOPROTEZIONE CUTANEA

■ DI GIOVANNI LEONE\* ■ Nell'ambito del Servizio di Fotodermatologia, all'Istituto Dermatologico San Gallicano si effettuano studi sui meccanismi di induzione del danno e dell'azione terapeutica dei raggi UV. Con particolari strumenti e metodiche si eseguono test di valutazione di efficacia dei prodotti fotoprotettori, mentre l'attività clinica è rivolta alla diagnosi delle patologie da esposizione solare.

**Un tempo considerati innocui** rispetto alle radiazioni ultraviolette di tipo B, i raggi UVA sono oggi al centro dell'attenzione dei ricercatori. L'obiettivo è stabilire nuovi 'endpoint' per determinare con sempre maggior precisione il fattore di protezione e l'efficacia filtrante dei prodotti antisolari, non sempre provata in modo corretto.

**Le responsabilità della radiazione ultravioletta** solare nell'induzione di molti tumori della pelle sono ormai scientificamente accertate. Per quanto riguarda il *melanoma*, i dati disponibili dimostrano una *responsabilità delle esposizioni occasionali intense e ripetute al sole*. L'esposizione eccessiva o non corretta alla luce solare è del resto anche responsabile dell'invecchiamento precoce della pelle (*photoaging*). D'altra parte la facilità con cui si viaggia oggi giorno facilita l'esposizione di molti individui di carnagione chiara (fototipo chiaro) – particolarmente suscettibili al danno dermatologico da sole – a quantità importanti di raggi UV, ad esempio nel corso dei soggiorni ai tropici. Il concetto di *fattore di protezione* dei prodotti antisolari è attualmente al centro di un vivace dibattito da parte delle Istituzioni scientifiche e dell'industria cosmetica. Ciò perché, mentre fino a non molto tempo fa la radiazione ultravioletta solare di tipo A era considerata quasi innocua (al contrario di quella di tipo B), i dati recenti indicano per gli UVA un ruolo molto importante e additivo a quello degli UVB nella carcinogenesi e nella senescenza cutanea. È inoltre da tener presente che nella radiazione solare gli UVA sono presenti in percentuale maggiore rispetto agli UVB. La disponibilità di questi nuovi dati ha pertanto indirizzato la ricerca verso l'ottenimento di una protezione che risultasse efficace, oltre che per gli UVB, anche per gli UVA.

Il fattore di protezione di un antisolare (SPF) è calcolato in base alla capacità del prodotto di proteggere la pelle dall'eritema indotto dagli UVB. Per tale motivo i ricercatori sono oggi impegnati ad individuare altri 'endpoint', ovvero risposte biologiche della pelle diverse dall'eritema. Non è detto infatti che un prodotto

\*Responsabile del Servizio di Fototerapia dell'Istituto Dermatologico San Gallicano; Task Force "Sun Protection Measurement" COLIPA (Comité de Liaison des Associations Européennes de l'Industrie de la Parfumerie)



La ricerca attribuisce sempre maggiore importanza ad un corretto rapporto tra l'efficacia filtrante nei confronti dei raggi ultravioletti B (UVB) e quella nei confronti degli UVA.

### La determinazione del fattore di protezione

Per fattore di protezione solare (FP o SPF dall'inglese Sun Protector Factor) si intende il rapporto tra *minima dose eritema* (MED) su cute protetta dal prodotto antisolare e MED su cute non fotoprotetta; tale rapporto è anche conosciuto come indice di Schultze, dal nome del ricercatore che lo ha introdotto.

Il COLIPA (Comité de Liaison des Associations Européennes de l'Industrie de la Parfumerie), l'associazione che raggruppa i produttori di cosmetici in ambito CEE, ha emanato nel 1994 e poi aggiornato nel 2003 una normativa per il calcolo del SPF in Europa. Normalmente tra le regole per la determinazione del SPF vengono incluse anche quelle per la valutazione della resistenza all'acqua del prodotto: "water resistant" o "waterproof", valutata dopo ripetuti periodi di immersione in acqua. Dopo la prova di immersione il SPF del prodotto non deve essere inferiore al 50% di quello calcolato in condizioni basali.

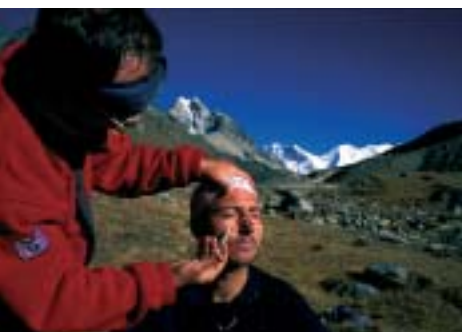
Un accenno alla possibilità di eseguire test "outdoor", cioè con esposizione alla luce solare naturale. Tali test possono rappresentare un ulteriore banco di prova per il prodotto, in quanto è noto che il SPF calcolato "outdoor" subisce una notevole riduzione rispetto a quello calcolato "indoor" (al chiuso, in laboratorio). Tuttavia si tratta di prove complesse e laboriose sicuramente non consigliabili per i controlli di routine.

Attualmente in Italia *i prodotti antisolarari non sono*

capace di proteggere dall'eritema sia anche in grado di proteggere la pelle dalla cancerogenesi o dalle alterazioni del sistema immunitario indotte dai raggi UV solari.

A seguito dei risultati di questi studi assistiamo pertanto ad un miglioramento delle qualità protettive degli antisolarari nei confronti degli UVA e la tendenza è attribuire sempre maggiore importanza ad un *corretto rapporto tra l'efficacia filtrante nei confronti dei raggi ultravioletti B (UVB) e quella nei confronti degli UVA*.

Le considerazioni fin qui esposte ci fanno propendere per la *scelta di antisolarari con fattore di protezione molto elevato*, capaci di offrire un ampio margine di sicurezza al consumatore. Un altro fattore da non sottovalutare è la corretta informazione ed educazione del pubblico nei confronti dell'uso degli antisolarari: *un uso sconsigliato degli antisolarari può indurre il consumatore a prolungare il tempo di esposizione al sole con conseguente aumento del rischio*, dovuto essenzialmente ad una sovraesposizione a quelle lunghezze d'onda dello spettro solare che sono meno filtrate dagli antisolarari, come gli UVA. Ci aspettiamo comunque che lo studio della fotoprotezione nei confronti degli UVA subisca un incremento considerevole negli anni a venire, in modo da rendere disponibili prodotti antisolarari sempre più efficaci.



**Nelle foto: il dr. Leone nel corso degli esperimenti condotti nel deserto del Sahara (in alto) e in Himalaya (a lato e pag. succ.) per testare l'efficacia filtrante degli antisolarari.**



sottoposti a particolari normative per quanto riguarda l'indicazione del fattore di protezione. Ciò significa che il fabbricante non è tenuto ad indicare il metodo usato per la determinazione del fattore di protezione.

Le metodiche enunciate per la determinazione del SPF prevedono tutte test "in vivo" su volontari. Ciò non toglie che molte aziende si avvalgano attualmente di test "in vitro" per lo più basati su indagini spettrofotometriche che valutano l'assorbimento del prodotto. Se tali indagini possono rappresentare un utile screening non sono in alcun modo sostituibili alla determinazione in vivo del SPF. Le prove "in vitro" sono attualmente accettate per la valutazione del SPF per gli UVA (ad es. metodica Australiana) dove ancora manca una metodologia "in vivo" ufficiale.

Quando non diversamente specificato, per FP si intende quello nei confronti degli UVB, infatti per gli UVA le metodiche sono più complesse: si consideri che non è possibile utilizzare la semplice valutazione dell'eritema per determinare il FP nei confronti degli UVA in quanto per ottenere una minima dose eritema (MED) con gli UVA sono necessarie dosi molto maggiori rispetto agli UVB (tra 100 e 1000 volte di più) per la scarsa capacità degli UVA a produrre eritema. In passato si tentò di ovviare a questa difficoltà ricorrendo alla somministrazione di sostanze fotosensibilizzanti (metodica del PUVA test) che permettevano di ottenere un eritema (detto fototossico) dopo l'esposizione agli UVA. Di solito si somministrano *psoraleni* per via orale o si applicano per via locale. In tal modo, sfruttando l'azione fotosensibilizzante di tali sostanze, l'eritema può essere ottenuto con dosi

ragionevoli di UVA e il FP può essere calcolato come per gli UVB (MPD cute protetta/MPD cute non protetta). La metodica del PUVA test è stata oggi abbandonata soprattutto per motivi etici e per la non buona corrispondenza dei risultati con altre metodiche. Attualmente, anche se mancano raccomandazioni ufficiali sul SPF per gli UVA, le metodiche più in auge si basano sulla valutazione del fenomeno della pigmentazione immediata da UVA. Viene calcolata la MPD (minima dose pigmentogena) su cute protetta e cute non protetta. Alcuni preferiscono tener conto della PPD (Persistent Pigment Darkening) che è la MPD valutata a distanza di 1 ora, quando il fenomeno di pigmentazione immediata acquista caratteristiche di maggior stabilità. Con questi metodi, il SPF per gli UVA corrisponde ad un numero (di solito mai superiore a 12); in altri casi si preferisce indicare l'efficacia protettiva nei confronti degli UVA con un numero di stelle (da 1 a 4; metodo inglese, di Boots): quanto più è equilibrato il rapporto tra protezione per gli UVA e protezione per gli UVB, tanto maggiore è il numero di stelle. Ovviamente questo sistema tiene conto del fatto che un prodotto con elevato SPF per gli UVB e basso SPF per gli UVA può risultare pericoloso per il consumatore.

Esistono infine prodotti che vantano azione protettiva nei confronti della radiazione infrarossa solare: di solito si indica la sigla "IR" senza un SPF. L'effetto protettivo nei confronti degli IR è dato soprattutto dall'aggiunta di polveri e particelle minerali. Vista l'azione favorente degli IR soprattutto nel determinare il "photoaging" sarebbe auspicabile dedicare maggiore attenzione anche a questa parte dello spettro solare.



### L'importanza dei test "outdoor" in condizioni estreme

Vi sono fattori che aumentano il rischio legato all'esposizione ai raggi UV. I più importanti sono: ora del giorno, stagione, latitudine e altitudine. Il nostro scopo, in occasione di alcune spedizioni scientifiche svoltesi in condizioni estreme era quello di verificare l'efficacia e l'affidabilità di alcuni prodotti antisolari in quelle particolari condizioni d'uso (il test "outdoor" contrapposto a quello "indoor"). Nel corso di apposite spedizioni sul Kilimanjaro, sul Monte Rosa e in Himalaya, si è potuta constatare l'importanza dei fattori geografico-climatici e in particolare l'effetto della riflessione della luce solare su neve e ghiacciai, che in alcuni casi può portare ad un raddoppio della quantità di UV che raggiungono la cute. I test "outdoor" sono importanti in quanto il SPF calcolato in laboratorio raramente corrisponde alla reale efficacia protettiva dell'antisolare. Alcuni esperti sostengono addirittura che il fattore di protezione reale di un antisolare sarebbe uguale a non più del 50% di quello calcolato in laboratorio.

# L'assistenza sanitaria agli emarginati

L'ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO

■ DI ALDO MORRONE\* ■ Dal 1985 al 2003 la struttura di Medicina delle Migrazioni ha visitato oltre 65.000 pazienti tra immigrati regolari e clandestini, persone senza fissa dimora, zingari, richiedenti asilo politico, vittime di tortura e anziani che vivono sotto la soglia della povertà.

**Cenni storici.** Una lapide marmorea sulla parete del grande atrio dell'Istituto Dermosifilopatico S. Maria e S. Gallicano di Roma, reca incise le parole: BENEDICTUS XIII P.O.M. NEGLECTIS REJECTISQUE AB OMNIBUS PRURIGINE LEPRO ET SCABIES... (OMISSIS) A FUNDAMENTIS EREXIT. ANNO SALUTIS MDCCXXV, e ricorda a chi entra che l'Ospedale fu fondato **nell'anno santo 1725** dal papa Benedetto XIII per accogliere e curare i malati di Roma e i pellegrini che giungevano nella città da tutta Europa, specialmente i poveri e gli esclusi affetti da malattie della pelle, in particolare lebbra e scabbia. Da allora l'Istituto ha sempre rivolto un'attenzione particolare ai malati più poveri ed emarginati e **nel 1936** ha acquisito lo status giuridico di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

**In linea con l'ispirazione originaria**, e in risposta a concreti principi etici, è iniziata **negli anni ottanta** un'attività di accoglienza e cura gratuite dedicate alle persone più deboli ed emarginate, italiani e immigrati, a rischio di essere escluse dall'accesso alle cure sanitarie a causa della povertà, dell'ignoranza, o per problemi con la legge.

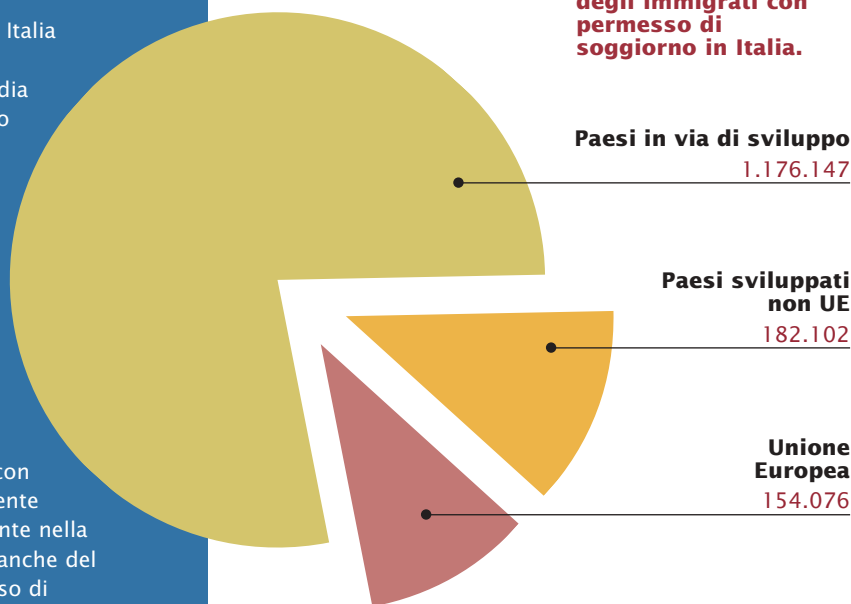
**Nel 1985** tale impegno ottiene un riconoscimento ufficiale e viene creato il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale. Lavorando in sinergia con le istituzioni assistenziali e con i centri del privato-sociale, il Servizio è stato la prima struttura pubblica di Roma ad offrire prestazioni mediche gratuite ai bisognosi; per anni ha rappresentato l'unico punto di riferimento per assistenza, cura e ricerca clinico-scientifico-epidemiologica, sociale ed antropologica su immigrati, nomadi, tossicodipendenti, senza fissa dimora e **a rischio di emarginazione**: persone che altrimenti non si sarebbero rivolte agli ospedali nel timore di essere espulsi dall'Italia. **Nel 1998** il Servizio è stato riconosciuto quale "Centro di Riferimento

\*Direttore della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto San Gallicano

## Gli immigrati in Europa, Italia e Lazio

Gli stranieri regolarmente presenti in Italia sono pari al 2,8% della popolazione residente. Nell'Unione Europea la media è del 5,1%. L'Italia fa parte dei quattro Stati membri dell'Unione Europea che superano il milione di residenti stranieri (Gran Bretagna, Francia e Germania, quest'ultima con più di 7 milioni di immigrati). In Italia vi è un immigrato ogni 38 persone, in Francia uno ogni 18 persone, in Germania, Austria e Belgio circa uno ogni 11 persone.

All'inizio del 2003 nel Lazio erano presenti 238.918 stranieri regolari, quasi un sesto del totale nazionale, con un'incidenza sulla popolazione residente pari al 7,5%, di cui l'89,5% soggiornante nella provincia di Roma. Se si tiene conto anche del numero di domande legate al processo di emersione, che sono state 124.000, il totale degli stranieri presenti aumenta di circa il 50%. La provincia di Roma rimane quella dove si concentra la maggioranza degli immigrati (213.834) seguita da Milano (170.737) dove vive circa un settimo degli immigrati regolarmente soggiornanti in Italia. A livello nazionale se ai soggiornanti registrati all'inizio del 2003 (1.512.325) si aggiungono le domande di regolarizzazione accolte e i minori a carico dei genitori, si arriva ad un totale di oltre 2,5 milioni di stranieri: una percentuale reale sulla popolazione italiana del 4,5%.



**Paesi di provenienza degli immigrati con permesso di soggiorno in Italia.**

**Paesi in via di sviluppo**  
1.176.147

**Paesi sviluppati non UE**  
182.102

**Unione Europea**  
154.076

e Consulenza della regione Lazio e delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le iniziative di formazione e tirocinio degli operatori socio-sanitari sulle materie concernenti la salute degli immigrati”.

**Attività** Il servizio si articola in diverse aree e competenze, a cominciare da quelle clinico-sanitarie. Ma si occupa anche degli aspetti non prettamente sanitari con le attività di **assistenza sociale, psicologica, antropologica e di mediazione linguistico-culturale**, oltre che di

**formazione clinica, scientifica e culturale** degli operatori e di sensibilizzazione sociale. Numerose sono inoltre le collaborazioni della struttura di Medicina delle Migrazioni con le massime Istituzioni sanitarie internazionali ovvero con analoghi servizi all'estero, in particolare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel 2002 il Regional Office for Europe dell'OMS, dopo aver valutato il modello di lavoro della Struttura di Medicina Preventiva delle Migrazioni del San Gallicano come *case study* per l'Italia, l'ha proposta quale centro di riferimento per le tematiche inerenti *“Health and Poverty”*. Altre rilevanti collaborazioni sono quelle con l'International Society of Dermatology e con l'International Centre for Migration and Health/OMS di Ginevra.

I servizi dell'**area clinico-sanitaria** sono aperti a tutti i cittadini, italiani o stranieri, che abbiano problemi di salute, in particolare di natura dermatologica e infettiva. Può offrire inoltre ai viaggiatori da e per i Paesi tropicali, visite, analisi e informazioni aggiornate per la prevenzione delle malattie più comuni nelle regioni tropicali. Le prestazioni del Servizio sono rivolte soprattutto a immigrati clandestini e irregolari, persone senza fissa dimora, nomadi, prostitute, vittime di tortura, richiedenti asilo politico, anziani a reddito minimo e comunque a rischio di emarginazione.

Il Servizio si avvale della presenza e dell'opera di mediatori linguistico-culturali che svolgono un'attività di interpretariato sociale e garantiscono l'accoglienza dei pazienti stranieri nelle loro lingue di origine. Offrono inoltre una facilitazione culturale e interpretativa di notevole importanza anche ai fini diagnostico-terapeutici. Le principali lingue parlate sono: francese, inglese, spagnolo, portoghese, arabo, kurdo, lingala, swaili, tigrino, amarico, filippino,

Aldo Morrone in Etiopia.



tamil, bangladeshi, serbo-croato, bulgaro, polacco, russo, rumeno e albanese. Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente; è invece frequente la mancata tutela sanitaria di base e quindi la difficoltà d'accesso al SSN, ciò che non consente diagnosi precoci e terapie adeguate. In tal modo la tutela della salute della persona emarginata non viene garantita, con grave nocimento per tutta la comunità.

#### Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

Istituto San Gallicano, Via S. Gallicano 25/a - 00153 Roma

Tel. 06.5854.3739 - Fax: 06.5854.3782

e-mail: [morrone@ifo.it](mailto:morrone@ifo.it)

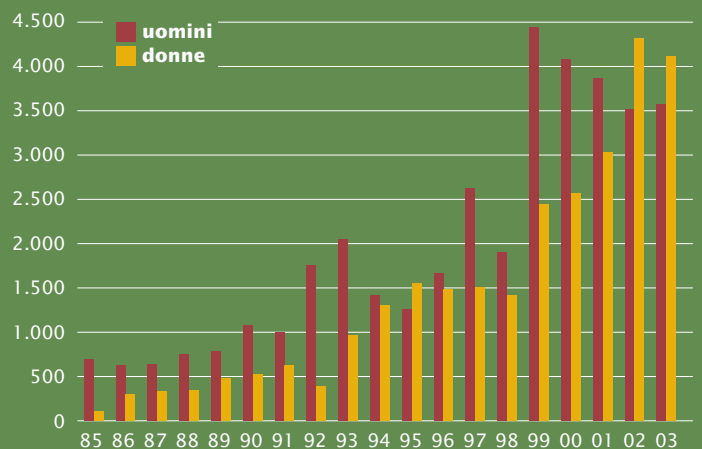
Sito WEB: <http://crs.ifo.it/ISG/Migrazioni/>

#### I numeri del servizio

Dal 1 gennaio 1985 al 31 dicembre 2003 il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni ha visitato 65.205 pazienti italiani, immigrati, regolari ed irregolari, 27.669 (il 42,4%) donne e 37.536 (il 57,61%) uomini.

La percentuale di prestazioni erogate nei confronti di italiani rispetto al passato è crescente essendo passata dall'1% dell'inizio degli anni '80 al 25% attuale. Tale incremento, oltre all'accresciuta accessibilità al Servizio, è molto probabilmente dovuto anche alla composizione sociale della popolazione italiana che vede il 13,1% dei cittadini situarsi al di sotto della soglia della povertà.

#### Pazienti osservati dal 1 gennaio 1985 al 31 dicembre 2003



#### Mutilazioni genitali femminili: due milioni di bambine a rischio

Due convegni appena conclusi a Roma

Il 2-3 luglio si è tenuto in Campidoglio un seminario internazionale con i maggiori esperti mondiali, seguito, il 5 luglio, dal workshop per ginecologi, ostetrici e dermatologi sull'attualità clinica, legislativa e storica delle mutilazioni genitali femminili (al centro Bastianelli-IFO, con accreditamento ECM). Motore delle iniziative, la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, impegnata da oltre un decennio nello studio di questo fenomeno con attività di indagine clinica, antropologica, epidemiologica e di consulenza legislativa per conto delle Commissioni Affari Sociali della Camera ed Igiene e Sanità del Senato.

Benché la pratica tradizionale delle mutilazioni genitali femminili – termine comprendente numerose e diverse pratiche rituali tradizionali – sia illegale e penalmente perseguibile in numerosi Paesi, si stima che nel mondo circa 142 milioni di bambine e donne siano state sottoposte a mutilazione genitale e che ogni anno almeno 2 milioni di bambine siano a rischio di mutilazione. È noto che gli effetti fisici e psicologici di questa pratica sono spesso molto estesi e che colpiscono la sfera sessuale e riproduttiva, la salute mentale e il benessere integrale delle donne. Il danno inferto agli organi genitali femminili e al loro funzionamento è spesso vasto e irreversibile. Ma, nonostante la consapevolezza che questo problema vada risolto, soprattutto se si vuole andare incontro alle esigenze sanitarie, sociali ed economiche della donna immigrata, la conoscenza del fenomeno mutilazioni femminili presenta ancora grandi lacune, specie riguardo alla sua diffusione e ai tipi di interventi politico-sanitari che possano garantirne l'eradicazione.

OTTAVIO LATINI

Responsabile progetti Medicina delle Migrazioni,  
del Turismo e Dermatologia Tropicale

## INVERTITA LA MIGRAZIONE DEI PAZIENTI

Si è invertita la tendenza dei cosiddetti viaggi della speranza dal Lazio verso le regioni del Nord. Oggi sono numerosi i pazienti che dal resto d'Italia vengono a curarsi nel Lazio, un'inversione di tendenza che si traduce in cifre: dalla spesa di 300 miliardi di vecchie lire del passato all'attuale guadagno di 140 miliardi. Sono i dati presentati dal presidente della Regione Lazio in occasione del convegno sulla fuga dei cervelli organizzato dall'Istituto Regina Elena (IRE). "L'IRE – ha osservato il presidente Storace – "è stata la prima conquista della nostra amministrazione regionale" e "oggi si impone come centro di eccellenza a livello internazionale, non solo sul fronte dell'assistenza ma anche su quello della ricerca". "Sulla Regione Lazio si può investire – ha ribadito quindi Storace – ci sono 11 università e 52 centri di ricerca, risorse che devono essere viste come un fattore di avanzamento per l'intero Paese".

## AL SAN GALLICANO LA QUALITÀ È TOTALE TRA I PRIMI IRCCS IN ITALIA A RECEPIRE IL DECRETO 2003

Il San Gallicano è struttura di eccellenza in campo dermatologico fin dal 1725 e una tra le prime in Europa. L'Istituto ha oggi ottenuto un riconoscimento in più: la certificazione di qualità per tutte le sue attività. Il San Gallicano è così tra i primi Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) a recepire il recente decreto 288/03 che impone la certificazione di qualità totale dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute, uno dei requisiti per il riconoscimento degli IRCCS. Per Mauro Picardo, direttore scientifico dell'Istituto, "al San Gallicano qualità ed eccellenza sono sempre andate di pari passo con la struttura organizzativa, con quella architettonica – la storica sede di Trastevere è uno dei migliori esempi di ingegneria sanitaria del XVIII secolo – con la professionalità degli operatori e la centralità dell'utenza. La certificazione di qualità rappresenta l'acquisizione e il consolidamento di una modalità e mentalità operativa che è un ulteriore passo e un nuovo stimolo nel percorso dell'eccellenza". "La certificazione di qualità Iso9001 data all'Istituto San Gallicano non fa che confermare la richiesta congiunta dalla regione Lazio e del Ministero della Salute per il riconoscimento degli IRCCS, anche in virtù dei risultati raggiunti nella ricerca e nel ricovero, che rientrano a pieno titolo negli obiettivi fissati dal decreto legislativo di riordino degli istituti di ricerca", ha dichiarato il sottosegretario alla Salute, Cesare Cursi. Con questa certificazione, ha continuato Cursi, "la regione Lazio, che si troverà ad avere 5 Irccs pubblici e privati, diventa terra d'eccellenza nella costruzione di un polo oncologico e dermatologico a livello regionale ed europeo". Come ha sottolineato Giovanni Zotta, direttore generale del servizio di vigilanza enti del Ministero della Salute, "sia il San Gallicano che l'Istituto Regina Elena, a differenza di altre strutture, non avranno infatti problemi ad ottenere l'eccellenza e il riconoscimento come IRCCS".

## ISTITUTI ONCOLOGICI: IN ARRIVO DUE NUOVE 'PET', UNA ALL'IRE VERZASCHI: "LA RIFORMA DEGLI IRCCS SARÀ CONCORDATA CON I SINDACATI"

La Regione Lazio avrà presto due nuovi ciclotroni, macchinari necessari per effettuare la tomografia ad emissione di positroni (PET), per indagini diagnostiche di tumori e altre malattie, arrivando così ad un numero complessivo di nove nel Lazio. In più si deciderà sulla redistribuzione dei posti letto dopo la definizione del piano dei bisogni dei singoli istituti oncologici. Lo ha annunciato l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio Marco Verzaschi. "Il futuro è legato all'innovazione tecnologica – ha osservato Verzaschi – ecco perché un impegno per questa Regione, ormai da tempo rimandato, è quello dell'installazione di questi strumenti", di cui uno sicuramente sarà collocato all'IRE. Inoltre, ha aggiunto, la Regione sta valutando con grande attenzione il decreto per la conversione degli Istituti Oncologici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in fondazioni. "È chiaro – ha sottolineato Verzaschi – che per un Istituto che è pubblico ogni iniziativa verrà preventivamente concordata con le organizzazioni sindacali, oltre che con la dirigenza dei vari centri, perché credo che decisioni così importanti che riguardano il futuro di tanti lavoratori ma anche di tanti assistiti debbano avere la piena partecipazione e condivisione di tutti i soggetti interessati".

## CALENDARIO LUGLIO-OTTOBRE 2004

Sede degli eventi:  
**Centro Congressi  
"R. Bastianelli"**  
Via Ognibene, 23  
00144 Roma

per informazioni:  
Ufficio attività didattiche e  
formative  
tel. 06.52665356-5502  
eventi@ifo.it

### REGINA ELENA

Referenti organizzativi:  
Carol Scioscia - Sabrina Soresi  
(Ufficio attività didattiche e  
formative)

### CORSI

**18-22 ottobre**  
*L'intervento psicologico in  
ambito oncologico*  
Referenti Organizzativi:  
Dott.ssa M. Maschio,  
TNFP G. Graziano  
TNFP G. Petrerì,  
Sig.ra V. Veneziano  
tel. 06.52665344 fax  
06.52665068

### LETTURE MAGISTRALI (alle ore 15)

#### 1 luglio

*Il trattamento adiuvante nei  
tumori del colon: stato  
dell'arte e prospettive della  
ricerca*  
F. Di Francesco - Segretario  
Nazionale AIOM

#### settembre 2004

*Attività ricerca clinica dei  
Trials Clinici del Memorial  
Sloan-Kettering Cancer  
Center nei Tumori della  
Mammella*  
Dr.ssa Monica Fornier  
MD Breast Cancer Medicine  
Service  
Memorial Sloan-Kettering  
Cancer Center, New York

#### 21 settembre

*The role of genetic studies in  
malignant lymphomas*  
Prof. Hans Konrad Mueller-  
Hermelink  
Director Dept. of Pathology,  
University of Wuerzburg

#### 11 ottobre

*Identification of Anchilles heel  
in drug resistance and cell  
transformation, interactions  
between the PI3K/PTEN/Akt  
and Raf/MEK/ERK*  
Prof. J. Andrew McCubrey  
Department of Microbiology  
and Immunology,  
School of Medicine East  
Carolina University

#### 26 ottobre

*Tumori ginecologici: stato  
dell'arte*  
Prof. Sergio Pecorelli, MD  
University of Brescia - Spedali  
Civili di Brescia

### BREAKFAST MEETINGS

(ogni giovedì, dalle ore 8  
alle 9)

#### 30 settembre

*Prolonged gemcitabine  
infusion in advanced non-  
small cell lung carcinoma:  
a randomized phase ii study  
of two different schedules in  
combination with cisplatin.*  
Cancer 2003, jul  
15;98(2):337-343  
M. Rinaldi (chairman), A.  
Ceribelli (relatore), F. De  
Marinis (discussant osp.  
Forlanini)

#### 7 ottobre

*Venous thromboembolism nd  
cancer: new issues for an old  
topic.*  
Crit Rev Oncol Hematol 2003  
oct, 48(1):65-80.  
L. Conti (chairman), G.L.  
Ferretti (relatore),  
G. Gandolfo (discussant -  
univ. La Sapienza)

#### 14 ottobre

*A phase ii study of irinotecan  
plus chronomodulated  
oxaliplatin, 5 fu and folinic  
acid in advanced colorectal  
cancer patients.* Br j cancer  
2003, nov 17;89(10),1870-5.  
E.Terzoli (chairman), C. Garufi  
(relatore), A. Alberti  
(discussant - az. osp.  
S. Andrea)

#### 21 ottobre

*The future of antisense  
therapy: combination with  
anticancer treatments.*  
Oncogene 2003, sep 29;  
22(42):6579-6588  
G.Zupi (chairman), C. Leonetti  
(relatore), A. Rughetti  
(discussant - Univ. La  
Sapienza)

#### 28 ottobre

*Temozolomide chemotherapy  
for progressive low-grade  
glioma: clinical benefits  
and radiological response.*  
Ann oncol 2003,  
dec,14(12):1722-1726.  
B. Jandolo (chairman), A. Pace  
(relatore), M. Barduagni  
(discussant - az.osp Anzio-  
Nettuno)

### PANELS MONOTEMATICI MULTIDISCIPLINARI (dalle ore 15 alle 18.30)

#### 16 settembre

MELANOMA  
Moderatori: Caterina Catricalà  
- Franco Di Filippo

*Epidemiologia del melanoma*  
C. La Vecchia Istituto Mario  
Negri - Milano

*Melanoma familiare e  
primitivo multiplo*  
Paola De Simone

*Fattori di rischio biologici*  
V. Maresca

*Recettore B dell'endotelina  
nella progressione del  
melanoma cutaneo*  
A. Bagnato

*Diagnosi precoce*  
L. Eibenschutz

*Diagnosi differenziale con i  
simulatori del melanoma*  
A. Amantea

*Fattori prognostici  
istopatologici*  
F. Marandino

*Trattamento chirurgico del  
melanoma primitivo*  
S. Bucher - M. Tedesco

*Trattamento chirurgico del  
linfonodo sentinella*  
F. Di Flippo

*Trattamento medico*  
V. Ferraresi

*Trattamento radioterapico*  
A. Mirri

*Nuove frontiere terapeutiche*  
G. Parmiani, Istituto  
Nazionale Tumori di Milano

**22 ottobre**

*Evoluzione della diagnostica per immagini nei tumori*

Moderatori:

F. Cognetti - M. Crecco

*Nuove tecniche di imaging nello studio delle neoplasie endocraniche*

*e del distretto testa collo*

A. Vidiri

*TC spirale: nuove applicazioni nello studio di neoplasie pleuriche e polmonari*

M. Caterino

*La colonscopia con TC spirale multistrato nel rilevamento delle lesioni coloretali*

S. Giunta

*RM 3 Tesla: applicazioni cliniche in campo neuroradiologico*

T. Scarabino

*RM 3 Tesla: prospettive nei distretti extraneurologici*

P. Torricelli

*Radiologia Interventistica e TC angiografia nell'epatocarcinoma*

*e nel trapianto di fegato*

L. Carpanese

*I mezzi di contrasto in Ecografia: una evoluzione della Diagnostica per Immagini*

G. Pizzi

*Contributo della Diagnostica per immagini nel trattamento radioterapico nei tumori della prostata*

A. Marsella

**SEMINARI CRS**

(dalle ore 14 alle 16)

c/o Centro Ricerca

Sperimentale

Via delle Messi d'Oro, 251

Referenti organizzativi:

Direzione Scientifica CRS

tel. 06.52662538

dirsci@ifo.it

**ALTRI APPUNTAMENTI**

14-15 Ottobre

*IV Congresso Nazionale e Corso Precongressuale SIV - Società Italiana*

*Interdisciplinare di Vulvologia*

Segretario Scientifico:

dr. L. Mariani

**SAN GALLICANO****RIUNIONI**

Per informazioni sul calendario:

Emanuele Dettore,

tel. 06.52665256

Direzione Scientifica ISG

dirsci.isg@ifo.it

**LETTURE MAGISTRALI**

(ore 13)

**2 luglio**

*Patologia di autoaggressione in età pediatrica*

Dr. Mauro Paradisi

**29 settembre**

*Rivalutazione critica degli attuali fattori di rischio del Melanoma in relazione al fototipo*

Prof. Giovanni Borroni

**6 ottobre**

*La patologia palpebrale di interesse chirurgico*

Prof. Nicolò Scuderi

**RIUNIONI CLINICO-ISTOLOGICHE**

(ore 13)

*Rassegna e discussione della casistica ISG più interessante del mese*

Coordinamento: dr. Pietro

Donati

30/6, 28/9, 13/10

**SEMINARI**

(ore 13)

13 luglio

relatore: dr. Aldo Di Carlo

21 settembre

relatore: dr.ssa Paola Cordiali

12 ottobre

relatore: dr. Mauro Picardo

**2-3 luglio**

Isg e Comune di Roma

Convegno

*Stop alle mutilazioni genitali femminili: una strategia europea*

(c/o sala Cola di Rienzo, Via delle Consolazioni, 4 - Roma)

**5 luglio**

Seminario di formazione

Daphne 2004

*Stop alle mutilazioni genitali femminili: una strategia europea*

Per informazioni: Isa

Buonomini - tel. 06 5854

3780

**25-26-27-28 ottobre**

*XI workshop internazionale*

*"cultura, salute,*

*migrazioni"*

Elogio del "prendersi cura"

c/o Consiglio Nazionale

delle Ricerche (CNR) -

Piazzale Aldo Moro 7,

Roma

# Ifo

news

---

Reg. Trib. di Brescia  
n. 7/2004 del 25/2/2004  
Poste Italiane spa  
Spedizione in A.P.  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1 comma 1, DCB - Brescia  
Periodico trimestrale

## **Comitato Scientifico**

Prof. Luigi Giusto Spagnoli  
Prof. Francesco Cognetti  
Prof. Mauro Picardo

## **Direttore Responsabile**

Mauro Boldrini

## **Coordinamento editoriale**

Sabrina Smerrieri

## **Segreteria di redazione**

Federica Cervini

## **Redazione**

Carlo Buffoli  
Sergio Ceccone  
Giuliano D'Ambrosio  
Daniela Pelicioli  
Lorella Salce  
Gino Tomasini

## **Editore**

### **Intermedia srl**

Via Malta 12/b – 25124 Brescia  
Tel. 030.226105  
imediabs@tin.it

Via Costantino Morin, 44  
00195 Roma  
Tel. 06.3723187  
intermedia@intermedianews.it

## **Stampa**

Officine grafiche Staged  
San Zeno (Brescia)