

Cellule di ratti «imparano» a produrre saliva

Cellule che non hanno mai prodotto alcun fluido hanno «imparato» a produrre saliva. È questo il risultato raggiunto in una ricerca condotta, per ora soltanto sui ratti, presso l'Istituto americano di ricerca dentale. Lo studio, pubblicato sulla rivista dell'Accademia delle scienze degli Stati Uniti, è un primo passo verso la possibilità di rimediare ai danni procurati alle ghiandole salivari dall'esposizione alla radioterapia per curare tumori della gola o della testa. Per «insegnare» alla cellula a produrre saliva, i ricercatori hanno trasferito al suo interno un gene che produce una particolare proteina in grado di rendere porosa la membrana della cellula in modo che sostanze fluide riescano ad attraversarla. Nell'esperimento sono state utilizzate cellule di ratto particolarmente resistenti alle radiazioni e che in condizioni normali non producono fluidi. Per il responsabile della ricerca, Bruce Baum, si tratta di un progresso importante per la possibilità che offre di trovare una soluzione a un problema per il quale finora non era disponibile alcuna terapia. I malati di tumore che non riescono a produrre saliva soffrono di frequenti infiammazioni alle mucose orali e disturbi nel deglutire e parlare.

Sono 500mila gli italiani che hanno problemi con le coronarie, ma risultano carenti le strutture di cura

Cuori malati trascurati dalla sanità Farmaco salvavita ancora troppo caro

Prove cliniche schiacciati indicano i vantaggi delle terapie con le statine che sono, insieme agli antibiotici, tra i farmaci di maggior valore sviluppati in questo secolo, ma in Italia non vengono ancora concessi gratuitamente ai cardiopatici.

Sono circa 500mila gli italiani che hanno problemi con le coronarie. Divisi tra quelli che hanno provato una semplice «stretta» al cuore, cioè una crisi anginoso e quelli che invece hanno avuto un vero e proprio infarto. Rappresentano una categoria a rischio, sia dal punto di vista sociale (la metà degli infartuati perde il posto di lavoro nel giro di tre anni) che da quello medico: un nuovo episodio ischemico potrebbe infatti rivelarsi fatale. Troppo spesso però in Italia il cuore malato sembra non ricevere le dovute attenzioni. Trascurato negli ospedali, trasformati in «aziende» ispirate da criteri manageriali; e fuori, quando il paziente post-infartuato andrebbe recuperato attraverso programmi e strutture territoriali di riabilitazione. Che sono carenti, come denuncia l'associazione nazionale dei cardiologi ospedalieri. Ma scarseggiano pure le iniziative di prevenzione primaria: quella che gioverebbe ai coronaropatici «inconsapevoli» o ai numerosissimi portatori di un eccesso di colesterolo nel sangue. E poi c'è il caso-statine. Una famiglia di farmaci abbassa-colesterolo che ha già mostrato grande efficacia nella prevenzione secondaria dell'infarto del miocardio. Tanto che molti esperti considerano ormai pravastatina, simvastatina e l'ultimo arrivato fluvastatina come degli autentici «salvavita». Il farmacologo Rodolfo Paoletti, direttore dell'Istituto di Scienze farmacologiche dell'Università di Milano, ad esempio, non usa mezzi termini: «Le statine - dice testualmente - sono, insieme con gli antibiotici, tra i farmaci di maggior

valore sviluppati in questo secolo. I dati dell'ultimo triennio hanno chiaramente dimostrato che possono ridurre la mortalità e la morbidità da malattie cardiovascolari. E per la loro bassa tossicità, possono essere somministrati anche per lunghi periodi». Le conferme più recenti dell'efficacia delle statine vengono dallo studio indicato con l'acronimo LCAS (da Lipoprotein and Coronary Atherosclerosis Study): «La terapia con fluvastatina - attesta Antonio Capurso, direttore del Centro universitario di Bari per lo studio delle dislipidemie - rallenta in maniera significativa la naturale evoluzione verso il peggioramento delle lesioni coronariche anche in pazienti con aumentati minimi o moderati del colesterolo». Ma in precedenza lo studio scandiavo sulla sopravvivenza con simvastatina - nota anche come «4S» e portato avanti su 4.444 soggetti infartuati - aveva già evidenziato la validità del supporto farmacologico nella prevenzione secondaria delle malattie coronariche: dimostrando come la riduzione dei livelli di colesterolo ottenuta con la statina abbassa considerevolmente il rischio di mortalità dovuto a cause coronariche (e non solo quello). Prove consistenti a favore di una cardioprevenzione «primaria» - per soggetti asintomatici ma con tassi elevati di colesterolo - vengono invece dal «Woscops» (West of Scotland Coronary Prevention Study), condotto su più di 6.500 uomini. Secondo gli autori di quell'indagine, trattando mille uomini ipercolesterolemici di mezza età con pravastatina per

Così agiscono le statine Il meccanismo d'azione delle statine consiste nell'inibire una tappa-chiave della sintesi del colesterolo. «In questo sono potentissimi e molto selettivi», spiega il farmacologo Cesare Sirtori, presidente della Società italiana per lo studio dell'arteriosclerosi, «e bloccando la sintesi del colesterolo a livello del fegato, sono in grado di ridurre in particolare il colesterolo LDL (quello «cattivo»). Come conseguenza di questo blocco le cellule, avendo bisogno di colesterolo, aumentano i cosiddetti «recettori» (vere e proprie trappole chimiche cellulari) e questa «fame» periferica di colesterolo ne determina la sua sottrazione dal circolo». Nessun dubbio - concorda Sirtori - sulla opportunità di concedere le statine per la prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un infarto (nei quali «è opportuno ridurre il colesterolo anche se non è molto alto»). Opportune anche sulla base di criteri di farmacoconomia.

cinque anni, si potrebbero evitare sette decessi per cause cardiache (e due per altre cause), venti infarti miocardici non fatali, otto interventi di rivascolarizzazione del miocardio. Non aride cifre, insomma, ma cruciali per la salute. Ammesso che non sia comune la prevenzione secondaria con le statine, proporre un trattamento a lungo termine con una statina per tutti i soggetti con tassi di colesterolo «esuberanti», ci si chiede come mai in Italia - di fronte a prove cliniche tanto evidenti - i farmaci salvavita non vengano tuttora concessi gratuitamente almeno ai coronaropatici. Pur prendendo atto della precisa indicazione delle statine nella prevenzione secondaria delle malattie coronariche, la vecchia Commissione Unica del farmaco (Cuf) non era infatti riuscita a trovare unanimità di consensi nel riconoscere questo trattamento come onere a carico del servizio sanitario nazionale. Per il momento, insomma, può fare la prevenzione dell'infarto solo chi può permettersela, pagando di tasca propria. L'operatività della decisione sulla rimborsabilità delle statine dipende ora dai nuovi componenti della Commissione. Su loro tavolo sono nel frattempo sicuramente arrivati anche i risultati di un lavoro scientifico da poco pubblicato sul New England: secondo i quali la spesa per le statine, impiegate come prevenzione secondaria nei soggetti giovani già colpiti da infarto, si traduce in risparmio in termini di attività lavorativa. «Peccato che in Italia - segnala Adriana Ceci, responsabile del Centro Nuovi Farmaci presso il

CBA di Genova - l'attuale sistema non ci consenta di spostare le già scarse risorse del fondo sanitario da una parte all'altra, perché mancano criteri di valutazione dell'efficacia dei farmaci correlata ai costi». L'impiego delle statine resta perciò tuttora limitato alle ipercolesterolemie di origine genetica (cosiddette FH), che sono una piccola parte di quelle totali. E invece, a parere degli esperti, questi prodotti andrebbero concessi a tutti gli individui con lesione aterosclerotica in atto (e documentata) delle coronarie, ed a quei soggetti che hanno più di un fattore di rischio (ipercolesterolemia, obesità, ipertensione, diabete, ecc.). «Purtroppo - rileva Paoletti - la rimborsabilità di un farmaco dipende spesso da fattori quali il rapporto costo/beneficio o la disponibilità di fondi del servizio sanitario nazionale». E promette: «Faremo in modo, nella nuova Cuf, di considerare nella valutazione dei farmaci innovativi anche i giorni di ospedalizzazione che essi consentono di risparmiare». «Ma questo sarà realizzabile - obietta la Ceci - se si allargherà a tutti i farmaci il modello di rimborsabilità e di formazione del prezzo che per il momento è valido solo per i prodotti registrati dall'Emea (l'Agenzia europea per i farmaci, ndr). Arriva opportuna (è annunciata a giorni) la proposta di legge firmata tra gli altri dal capogruppo sanità del Pds alla Camera Vasco Giannotti, che ha fatto di quest'esigenza un punto fermo per cambiare il sistema dei prezzi e dei rimborsi».

Individuata una proteina che «accende» le allergie

Una proteina indicata come «interruttore biologico» per agire sul malfunzionamento del sistema immunitario nel caso in cui questo provoca patologie allergiche o malattie autoimmuni anche gravi è stato individuato a Milano dal gruppo di ricercatori di «Roche Milano Ricerche», guidati da Francesco Sinigaglia. La ricerca, pubblicata sul Journal of Experimental Medicine, apre la strada - afferma una nota della Roche - a un intervento diretto sull'attività delle cellule del sangue che coordinano le risposte difensive dell'organismo, i linfociti T helper (Th). Queste cellule sono state distinte in Th1, che stimolano le difese contro i virus e contro i tumori (immunità cellulo-mediata), e in Th2, che stimolano i linfociti B a produrre anticorpi contro i batteri (immunità umorale). Così come l'equilibrio fra cellule Th1 e Th2 è una garanzia per l'efficienza della risposta difensiva, la sua rottura ha gravi conseguenze patologiche, come le malattie autoimmuni nelle quali il bilancio è spostato a favore dei Th1, o come le allergie, nelle quali prevalgono i Th2. La ricerca ha individuato una proteina agendo sulla quale si potrebbe modificare il rapporto alterato fra Th1 e Th2, ristabilendo la normalità.

Edoardo Altomare

SOTTOSCRIVI Per il Pds

Vuoi chiarimenti sulla campagna di sottoscrizione? Telefona al 06/6711585 ogni giorno dalle 9.30 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 17. Telefonando potrai annunciare la somma che ti impegni a sottoscrivere.

Puoi sottoscrivere con i seguenti modi: • in tutte le sezioni del Pds; • con versamento su c/c postale n. 17823006, intestato a Partito Democratico della Sinistra - Direzione; • con versamento sul c/c bancario n. 371/33 c/o Banca di Roma, Ag. Roma 203 (6003) cod. ABI 3002-3, CAB 05006-2, intestato a Partito Democratico della Sinistra - Direzione.

Continua la pubblicazione dell'elenco dei sottoscrittori. Nelle prossime settimane saranno pubblicati i nominativi di tutti coloro che stanno rispondendo alla campagna «Sottoscrivi per il Pds»



Table of names and amounts for PDS subscribers, including Acquaticci Giulio, Agnelli Vittorio, Maria Pia, Agresti Francesco, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Braida Ennio, Brandoni Claudio, Breschi Leopoldo, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Cimolitonino, Cingolani Giuliano, Cintielli Giuliano, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Fontanot Adriano, Foresti Regina, Forlivesi Gualtiero, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Lisa Matteo, Losa Giancarlo, Losi Bruno, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Palchetti Giancarlo, Paleari Gaudentio, Pallesca Domenico, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Scocco Elio, Scola Domenico, Segantini Alberto, etc.

Table of names and amounts for PDS subscribers, including Signorini Paolo, Signorini Giovanni, Spelta Aldo, etc.