

ENDOMETRIOSI, NEL NOSTRO PAESE COLPISCE 3 MILIONI DI DONNE DA OGGI IN ITALIA LA PRIMA TERAPIA SPECIF


Milano, 28 maggio 2013 - Otto volte su 10 hanno difficoltà a continuare la vita lavorativa. Nel 73% dei casi si scontrano con problemi di relazione con amici e familiari. E ancora: notti insonni e rapporti sessuali quasi impossibili. Ecco la quotidianità di 3 milioni di italiane affette da endometriosi, malattia invalidante che colpisce con maggior frequenza tra i 25 e i 34 anni. Il disturbo ha una diagnosi difficile e molto lunga. In media, prima di riconoscerlo passano anche dieci anni. Ma la ricerca è in grado di dare una risposta rapida e convincente alle necessità delle pazienti. Da oggi è disponibile in Italia la prima terapia a base di Dienogest - spiega il prof. Felice Petraglia, Direttore della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università di Siena -: l'unico progestinico orale studiato e messo in commercio con l'indicazione per il trattamento della patologia, con profili di tollerabilità e sicurezza che ne permettono l'impiego a lungo termine. Lo ha dimostrato un lavoro multicentrico europeo, coordinato dal policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena e pubblicato nel 2012 su Archives of Gynecology and Obstetrics. Sono state coinvolte 168 pazienti che avevano già completato un trattamento di 3 mesi con Dienogest (2mg al giorno), arrivando a ben 65 settimane in totale, senza registrare particolari problematiche. L'efficacia clinica è stata valutata attraverso i seguenti parametri: sollievo dal dolore e riduzione delle lesioni. La molecola attenua i sintomi senza significativi effetti collaterali da ipoestrogenismo, come la riduzione della densità minerale ossea. Dopo vent'anni di attesa disponiamo finalmente di un rimedio efficace e specifico per l'endometriosi, che per le sue caratteristiche potrebbe diventare il farmaco di riferimento per questo disturbo. Una patologia estrogeno dipendente dovuta al distacco dell'endometrio: il tessuto che riveste l'utero migra in altre sedi del corpo e risponde al naturale ciclo mestruale, infiammandosi periodicamente. 7 pazienti su 10 presentano manifestazioni tipiche già da adolescenti. Intervenire in tempo è fondamentale: il 50% delle donne che non riesce a procreare soffre infatti di endometriosi, una delle prime cause di infertilità. Il nuovo prodotto a base di Dienogest, approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e disponibile in fascia C (non rimborsato dal Servizio Sanitario), rappresenta una vera innovazione perché colma il vuoto lasciato da trattamenti terapeutici non incisivi a sufficienza. La chirurgia va limitata a determinate situazioni e presenta comunque recidive in un caso su due - aggiunge il prof. Luigi Fedele, Direttore del Dipartimento della donna, del bambino e del neonato Fondazione Irccs Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano e Presidente del Xx convegno clinico della Società Italiana della Riproduzione (Sidr), in chiusura oggi a Milano -. Finora siamo intervenuti prescrivendo farmaci non specifici per la riduzione dei sintomi o con schemi approvati per la patologia, che presentano però effetti collaterali importanti e sono utilizzabili al massimo per 6 mesi. Inoltre il Dienogest, a differenza del Danazolo, una delle poche molecole approvate finora per la malattia, non ha conseguenze androgeniche (es. Irsutismo) e riduce il dolore e le lesioni. Ora sappiamo come intervenire e dobbiamo sforzarci per giungere ad una diagnosi precoce. Secondo uno studio americano, il 47% delle pazienti deve consultare addirittura cinque clinici prima di dare una risposta al proprio malessere. Questo gioca molto sulla qualità di vita della donna e influisce anche sul risultato della terapia. Le cause dell'endometriosi non sono ancora conosciute, ma è probabile che un ruolo importante lo giochi il numero medio di mestruazioni nella vita. Infatti, queste corrispondono a veri e propri picchi infiammatori, che colpiscono ovviamente l'utero e i suoi tessuti. Il numero di cicli è aumentato in maniera considerevole nelle occidentali e in particolar modo nelle italiane - commenta il prof. Fedele -, perché procreano sempre di meno. Il tasso di fecondità del nostro Paese è di 1,39 figli per donna, uno dei più bassi al mondo. Questo

purtroppo non basta a spiegare l'evoluzione di una patologia così particolare. Di conseguenza, per assicurare alle pazienti la miglior qualità di vita possibile, dobbiamo monitorare con costanza l'evoluzione della malattia per prevenire danni più ampi, per esempio sul fronte della fertilità, e agire sui sintomi per ridurli il più possibile. Il dolore può anche essere eliminato, ma è indispensabile che la diagnosi sia precoce, soprattutto nelle giovani. Persone che si trovano ancora in età riproduttiva e sono quindi da tutelare, per evitare che la loro condizione le porti alla sterilità. oell Dienogest induce uno stato di inibizione dell'ovulazione completo ma temporaneo - conclude il prof. Petraglia -, come dimostrato dai nostri studi: una volta sospeso, quindi, la fisiologica attività ovarica e mestruale riprende regolarmente.

Studio dell'Humanitas

Meno scariche «pazze» con il salva cuore italiano

Il defibrillatore «dolce» è made in Italy. Questione di taratura. Meno scariche inutili quando il ritmo del cuore esce dai binari e viene rimesso in riga da mini-folgorazioni sul muscolo del cuore. Il defibrillatore impiantabile è come un pacemaker, ma dispone della stessa funzione dell'apparecchio usato dai soccorritori per rianimare un cuore che si è fermato. Un salvavita automatico, che però può partire anche senza emergenza. E questo, per chi lo «indossa», è psicologicamente deleterio. Immaginate una serie di scariche notturne. La programmazione ideale arriva da uno studio su 1.900 pazienti, coordinato da Maurizio Gasparini e pubblicato su «Jama», rivista dell'American Medical Association. Gasparini è il responsabile dell'elettrofisiologia ed elettrostimolazione dell'Humanitas di Rozzano (Milano). L'impianto di un defibrillatore è ormai cura standard per lo scompenso cardiaco. E sono oltre 140 mila i pazienti che ne portano uno in Europa. Più di 20 mila in Italia. Lo studio ha individuato come tarare l'apparecchio perché sia efficace, dimezzandone le scariche «pazze».

Mario Pappagallo @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Primari oncologi ed esperti del Cergas Bocconi a confronto sulla gestione ottimale

Oncologia, sfida da manager

Risorse scarse e costi crescenti: percorsi, équipe e buone pratiche aiutano

Il Collegio italiano dei primari oncologici medici (Cipomo) ha raccolto nell'ultimo anno tante segnalazioni, provenienti da molte Regioni, che possono essere percepite come un ridimensionamento dell'oncologia negli ospedali e nelle aziende sanitarie. Si tratta di scelte di riorganizzazione, già realizzate o comunque avviate, in risposta all'esigenza di ripensamento strutturale del sistema di offerta. In effetti, alcune Giunte regionali hanno annunciato la necessità di progettare un riordino della rete ospedaliera e il ministero ha predisposto una bozza di decreto dedicato proprio all'assetto organizzativo futuro degli ospedali.

L'esperienza maturata negli ultimi 15 anni dal Cipomo consente di affermare che l'oncologia italiana è in grado di accogliere questa sfida. I direttori delle unità di oncologia hanno una cultura aperta all'innovazione con l'obiettivo di garantire una migliore salute con risorse sempre più scarse, di "fare di più e meglio con meno".

Con questo atteggiamento positivo di fronte al cambiamento,

è stata progettata e realizzata una giornata di riflessione comune, denominata "Beyond the Fence", che si è svolta il 14 marzo scorso all'Università Bocconi di Milano e alla quale sono stati invitati rappresentanti delle istituzioni regionali e nazionali (Agenas, Conferenza delle Regioni, Federsanità, Fiaso). L'idea, nata da una partnership che si va consolidando tra il Cipomo, il Cergas e la Sda, è quella di un confronto senza pregiudizi sui fattori che stimolano il cambiamento e sugli strumenti adeguati a raggiungere gli obiettivi citati.

Cipomo sente il dovere di raccogliere le preoccupazioni espresse dalla propria comunità, ma nello stesso tempo vorrebbe evitare che alcune istanze possano essere interpretate solo come una mera difesa sindacale, acritica, delle strutture operative complesse di oncologia in Italia. Si è trattato quindi di una iniziativa caratterizzata non da generiche lamentele sui vincoli derivanti dal contenimento della spesa o da generiche proposte su come affrontare la situazione attuale di risorse scar-

se, anche per la sempre più rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche.

È stato un momento di confronto su esperienze concrete, quale il modello della continuità dell'assistenza secondo la logica dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta), in cui confluiscono conoscenze professionali (quali protocolli devono essere adottati per affrontare determinate condizioni del malato oncologico), organizzative (chi deve fare che cosa e su quali risultati di salute deve essere valutato), economico-gestionali (quali indicatori di efficacia, efficienza ed economicità sono da adottare).

Un secondo tema affrontato riguarda la necessaria interdisciplinarietà che consente di perseguire il miglioramento, sia sul piano della qualità sia su quello del contenimento della spesa. In particolare, sono state discusse le condizioni per un efficace lavoro di équipe nel quale includere oncologi, infermieri, altri specialisti e farmacisti ospedalieri.

Un terzo tema è stato quello della generazione, diffusione e

consolidamento delle conoscenze (knowledge management). Una delle debolezze del sistema Italia in generale e del sistema di tutela della salute in particolare è quello di non riuscire a diffondere le buone pratiche e di non riuscire a far diventare patrimonio di conoscenza organizzativa le punte avanzate costituite da medici e altri professionisti con elevata professionalità. L'oncologia italiana è considerata all'avanguardia anche a livello internazionale, ma i direttori delle unità di oncologia hanno evidenziato le crescenti difficoltà nel formare nuove generazioni di oncologi. Nella giornata sono stati discussi i sistemi manageriali che consentono una formazione continua collegata all'attività assistenziale. Ottimizzare il rapporto tra assistenza, ricerca e diffusione delle conoscenze è un obiettivo cruciale per il benessere del paziente oncologico.

Elio Borgonovi
Presidente Cergas
Gianpiero Fasola
Membro direttivo Cipomo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'oncologia è una disciplina paradigmatica dei cambiamenti in corso nella Sanità dei Paesi occidentali e nel nostro Servizio sanitario in particolare. Ai vincoli strutturali connessi allo sviluppo clinico, professionale e alle innovazioni tecnologiche, che non sono ancora in grado di dare risposte definitive ai bisogni di molti pazienti, si associa, in questa fase storica, la più grave crisi economica degli ultimi 50 anni e forse dell'ultimo secolo. Essa ha determinato in tutti i Paesi dell'Ocse politiche di contenimento della spesa per la tutela della salute. Infatti, dopo un decennio in cui la spesa è aumentata in media del 4%, dal 2010 la spesa è

stabile in termini assoluti e in leggera diminuzione in termini di percentuale sul Pil.

Di conseguenza, alla logica programmazione, che fino al 2009-10 si basava su scenari di medio-lungo periodo, sono subentrati interventi frammentari caratterizzati dalla logica dell'urgenza. Comunque, applicando il detto popolare secondo cui "non tutto il male viene per nuocere", le difficoltà create dalla crisi economica rappresentano una occasione per far convergere professionisti, amministratori e decisori politici sulla necessità di progettare nuovi assetti dell'assistenza oncologica.

Infatti, se è vero che diverse Regioni italiane sono in ritardo nell'elaborazione di programmi di riorganizzazione dell'assistenza oncologica adeguati alle necessità attuali e nell'attivazione delle reti oncologiche, è altrettanto vero che sono stati sperimentati modelli operativi (Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia, Toscana) che presentano elementi di interesse, potenzialmente trasferibili ad altri contesti. Essi, infatti, hanno un obiettivo comune: garantire la sostenibilità delle cure e la presa in carico dei pazienti con patologie oncologiche nel prossimo futuro ed evitare pericolosi arretramenti sul piano della qualità e degli esiti.

Ticket, alt all'aumento da 350 euro Ma ora il governo cerca 2 miliardi

Tavolo con le Regioni. Errani: insostenibile il rincaro dal prossimo anno

ROMA — Quei due miliardi di ticket in più sarebbero un peso insostenibile. Probabilmente potenzierebbero il fenomeno della fuga dei cittadini italiani da un sistema pubblico non più competitivo alle cliniche private che offrono tariffe concorrenziali.

Doppio pericolo che il governo di Enrico Letta sta cercando di schivare evitando l'entrata in vigore il 1° gennaio 2014 della nuova stangata sanitaria, prevista dalla manovra estiva del 2011, quando al Tesoro c'era Giulio Tremonti. Volontà condivisa oltre che dal premier, dai ministri dell'Economia Fabrizio Saccomanni e della Salute Beatrice Lorenzin. «Anche io voglio che i cittadini non si trovino a gennaio con questo balzello», ha detto Letta ai governatori incontrati ieri mattina a palazzo Chigi, secondo quanto ha raccontato su Facebook il presidente della Toscana, Enrico Rossi.

In questi giorni ci sono stati

diversi incontri e la strada sembra tracciata. Si ipotizza di poter fare a meno della nuova ondata di «rincari» compensando i due miliardi con i risparmi di spesa già realizzati nel corso del 2012, come indica il Documento di programmazione di economia e finanza del 2013.

«Niente annunci eclatanti — si ritrae la Lorenzin —. Prima vogliamo trovare soluzioni concrete. Fin dai primi giorni di lavoro abbiamo affrontato il nodo della spesa sanitaria nel suo complesso. Fondamentale è il Patto per la salute, con le Regioni. È chiaro che nel prossimo bilancio non potrà non essere rideterminato il livello del finanziamento del servizio sanitario». Il ministro la scorsa settimana ha spinto in questa direzione chiedendo apertamente l'impegno di Saccomanni. «Abbiamo avuto aperture importanti dal premier. Ha detto che è impegnato a eliminare lo scatto del 2014», riferisce Rossi, sem-

pre su Facebook.

È un problema prevalentemente contabile che il Tesoro dovrà risolvere. Tanto più che a rendere urgente la ricerca di una soluzione c'è anche una sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittimo lo strumento con cui il rincaro dei ticket è stato introdotto. Già Renato Balduzzi, ministro del governo Monti, aveva aperto un confronto per riformare i ticket e trovare un nuovo sistema per la rimborsabilità, basato sulle franchigie. Non c'è stato tempo per completare il dossier.

Nel 2012 gli italiani hanno pagato per essere curati in ospedali e ambulatori pubblici circa 4,5 miliardi, inclusi i farmaci. La nuova «Imu sanitaria», come è stata ribattezzata, significherebbe per i pazienti tirare fuori una media di 300-400 euro a famiglia secondo la stima di Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Il presidente dell'agenzia

Giovanni Bissoni sottolinea un dato. Nel 2012, anno in cui si è sentito l'effetto dei superticket introdotti da una precedente manovra, si è avuto un calo di prestazioni sanitarie nel pubblico di circa l'8%. «Alcuni avranno rinunciato a curarsi, altri si sono probabilmente rivolti alle cliniche private dove esami diagnostici hanno un costo sovrapponibile a quello del ticket col vantaggio dell'assenza di liste di attesa. La fuga è stata più evidente nel settore dei laboratori. Ormai tante analisi sono più convenienti e rapide nel privato».

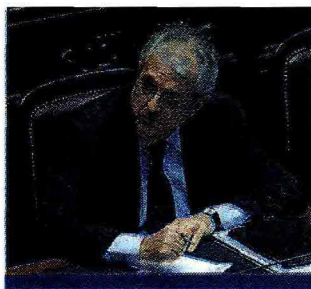
Sarebbe necessario poi rivedere il sistema delle esenzioni (che riguardano circa la metà degli italiani, la maggior parte concentrati al Sud). Si è visto però che alla revisione non si potrà procedere fino alla riforma dell'Isee, lo strumento che consente di valutare la disponibilità economica delle famiglie.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I costi

L'Agenzia nazionale dei servizi sanitari regionali: ormai molte analisi sono più convenienti nel privato



Risparmi per evitare la revisione delle tariffe già in vigore dal gennaio 2014

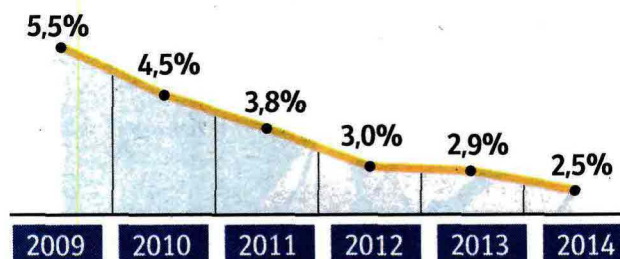


I conti dell'Italia

LE SPESE DELLO STATO

	Risultati 2012	
	In milioni	in % di PIL
Reddito da lavoro dipendente	165.366	10,6
Consumi intermedi	132.279	8,4
Prestazioni sociali di cui:	311.413	19,9
• pensioni	249.471	15,9
• altre prestazioni sociali	61.942	4,0
Altre spese correnti	57.480	3,7
Interessi passivi	86.717	5,5
Totale spese correnti	753.255	48,1
Totale spese in conto capitale	47.827	3,1
Totale spese finali	801.082	51,2

DEFICIT (in % del Pil)

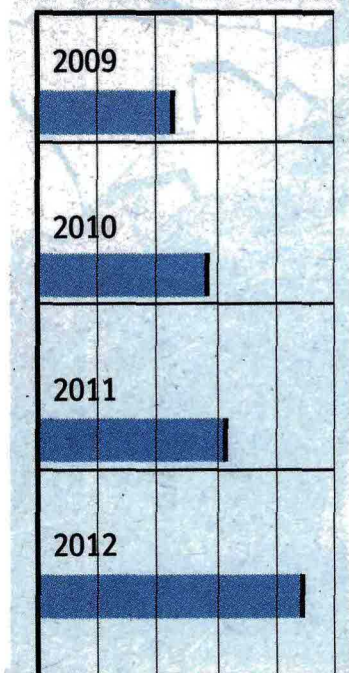


CURVA DEI RENDIMENTI DEI TITOLI DI STATO dati in %



EVOLUZIONE DEL RAPPORTO DEBITO/PIL NEL PERIODO 2009-2012 dati in %

105 110 115 120 125 130



L'Ue ci libera dai lacci del rigore Stop ai ticket e più lavoro ai giovani

Letta frena: «Soldi nel 2014. Ma già a giugno misure di rilancio»

■ MILANO

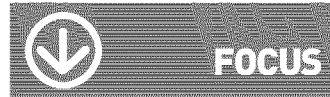
SE DOMANI, come sembra, Bruxelles chiuderà la procedura per deficit eccessivo contro l'Italia, sarà «certamente una buona notizia»; ma i benefici per i conti pubblici arriveranno solo nel 2014 mentre per quest'anno non si libererà alcuna risorsa aggiuntiva e bisognerà rispettare al centesimo il vincolo di deficit al 2,9% del Pil. Lo «stop» ai facili entusiasmi è venuto ieri dal premier Enrico Letta durante la conferenza Stato-Regioni. Sembrerebbe riferirsi alla corsa, già in piano svolgimento,

PREMIER
Enrico Letta
(Lapresse)



per spartire il «tesoretto» fra chi dà per scontata l'archiviazione dell'Imu, chi la cancellazione dell'aumento Iva, chi il varo di un piano per l'occupazione giovanile, chi la copertura da 400 milioni per la proroga degli ecobonus, chi, come il presidente degli industriali Giorgio Squinzi, lamentando i drammatici effetti della stretta creditizia, pretende che l'intera somma sia destinata alle imprese per saldare i debiti arretrati della Pubblica amministrazione e abbattere il cuneo fiscale. Letta, però, invita alla prudenza, e anzi fa notare che l'uscita dalla «lista nera» è proprio il risultato della cauta gestione delle vicende Imu e Cigs da parte del suo governo, oltre al rigore del governo precedente.

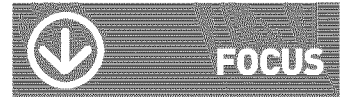
SI DISCUTE intanto sull'ammontare delle risorse liberate dalla fine della procedura. Sicuramente potranno aumentare il rapporto



Il giudizio

Domani l'Ue dovrebbe chiudere la procedura d'infrazione che 'vale' 12 miliardi di fondi

deficit Pil per il 2014 dall'1,8% attualmente previsto al 2,3-2,5%, spiega il professore Carlo Secchi che in Bocconi insegna politica economica della Comunità europea, e questo può valere 7-8 miliardi. Già da quest'anno, però, ci sarà concesso di cofinanziare programmi su crescita e occupazione previsti con i fondi strutturali europei, e questo potrebbe valere altri due miliardi. Infine è possibile che il bilancio pubblico goda di un ulteriore calo dello spread (ieri sceso sotto i 260 punti con una Borsa a +1,55%, regina d'Europa) aggiungendo al tesoretto uno due miliardi di minori spese per interessi. Un conto fatto ieri dal ministro degli Affari regionali, Graziano Delrio, arriva così, «nella migliore delle ipotesi» a 12 miliardi in più da giocare nella finanziaria del 2014. Soprattutto si concretizza la possibilità di cancellare la stangata da due miliardi di euro per l'aumen-



Boccata d'ossigeno

I ticket dovevano entrare in vigore dal primo gennaio 2014: un salasso da 350 euro a cittadino

to dei ticket su visite specialistiche ed esami prevista a partire da gennaio. Ne avrebbe parlato lo stesso Letta ieri ai presidenti delle Regioni, e ci avrebbero lavorato nei giorni scorsi il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni.

PER LA LORENZIN è una priorità dal momento che l'aumento costerebbe circa 350 euro a testa all'anno per i non esenti, pur in presenza di un sensibile miglioramento dei conti sanitari, chiusi l'anno scorso con una minor spesa di 2,7 miliardi. Intanto Letta ha garantito ai governatori la disponibilità a istituire una commissione governo-Regioni sui ticket per riformare completamente il sistema. L'idea del precedente ministro i Balduzzi era rimodulare i ticket introducendo una 'franchigia' basata sul reddito o sull'indicatore Isee, anch'esso in attesa di la riforma.

Massimo Degli Esposti



Ticket, ipotesi di sospensione dell'aumento

I NUOVI ticket sanitari, previsti per il 2014, secondo quanto stabilito dalle manovre 2011 dal ministro Giulio Tremonti, e con i quali lo Stato prevedeva di incassare 2 miliardi di euro, potrebbero non essere introdotti. È l'ipotesi che emerge dall'incontro del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni. Il ministro Lorenzin, in un incontro nei giorni scorsi con Saccomanni, avrebbe posto "con forza" la necessità di non imporre nuove misure "insostenibili" per i cittadini. A confermarlo anche il Centro Studi Sic Sanità di Fe-

deranziani, secondo cui aumentare i ticket non rappresenterebbe necessariamente un risparmio "in quanto nel breve-medio periodo i costi fissi del Servizio sanitario nazionale rimarrebbero costanti e diminuirebbero solo i costi variabili, determinando in questo modo una situazione non così favorevole per i bilanci delle Asl". Il mancato introito dell'introduzione dei ticket secondo la Lorenzin, potrebbe essere recuperato con i risparmi di spesa già realizzati nel corso del 2012 e già indicati nel Documento di economia e finanza.



I DUBBI DELL'ESPERTA

«Test impossibile senza le prove»

La sperimentazione prevista dalla legge è destinata a non partire, per il semplice fatto che il metodo Vannoni non può essere «mostrato». Ne è convinta **Elena Cattaneo**, direttore del centro UniStem dell'Università di Milano.

Quindi i 3 milioni stanziati dal Parlamento per testare il metodo non saranno utilizzati?

Per agire secondo le regole il metodo Vannoni deve essere «mostrato»: si deve dire quali cellule vengono impiegate, quante ne sono state isolate, quante volte è stato ripetuto l'esperimento. E dimostrare che ogni volta che le cellule vengono trattate nel modo «truce» enunciato da Vannoni, cioè esponendole ad alcol, non solo sopravvivono ma si trasformano anche in neuroni. Noi sappiamo che tutto ciò non accade: gli stessi uffici brevetti americani hanno affermato che nell'intero procedimento Stamina non c'è nulla di simile a un neurone o a un metodo scientifico. Quest'ultimo, perché sia tale, deve essere stato replicato almeno 20 volte con gli stessi risultati, trascritti nero su bianco in una relazione dettagliata. Il metodo Stamina è privo di questi requisiti. Ma se Vannoni ha da qualche parte la documentazione opportuna e per qualche motivo non l'ha mai presentata, ora la legge gli dà la possibilità di mostrare le carte.

Quindi la legge che gli scienziati hanno tanto contestato riuscirà almeno a fare chiarezza?

Questa è senz'altro una nota positiva del provvedimento, a cui si è arrivati dopo la coraggiosa operazione-verità compiuta prima dalla commissione Affari sociali e poi dall'Aula della Camera, che hanno scongiurato il «rischio far west» stralciando quel comma 2 bis introdotto in prima lettura al Senato, che ammetteva al metodo Vannoni tutti i malati rari. Un pericolo enorme, che avrebbe aperto in Europa un varco a tutti i mercanti di terapie fasulle basate su staminali fuori dalle regole. I deputati hanno fatto un lavoro serio, sentendo in audizione sia la comunità scientifica che Vannoni e Andolina. La chiave di volta, poi, è stato il ricondurre la procedura nell'alveo delle terapie, come tali soggette al controllo dell'Aifa e alle norme europee sulla sicurezza dei pazienti. Ciò detto, per la sperimentazione vengono stanziati 3 milioni, a fronte degli 8 ricevuti nel 2009 dalla ricerca pubblica sulle cellule staminali.

A questo proposito, si può parlare di un business-staminali?

Il business ci sarà solo allorquando le staminali si dimostreranno efficaci. Non a caso oggi le grosse aziende **farmaceutiche** non si mostrano particolarmente interessate. La ricerca darà i suoi frutti, forse, solo tra vent'anni. Oggi ci sono cure già disponibili e «passate» dal Ssn per le leucemie, per le lesioni alla cornea e per ustioni e malattie genetiche della pelle. Tutto il resto è pura sperimentazione. Gli ambiti in cui nutriamo più speranze - ma il rischio fallimento è sempre in agguato - sono quelli in cui le patologie sono molto circoscritte. Tra le malattie neurologiche, non ce n'è una che sia trattata con staminali. Se poi guardiamo alle mesenchimali, non esistono terapie avallate dalla Fda americana. Lo scenario è insomma ancora aperto: bisogna dare il tempo alla comunità scientifica di lavorare.

Dall'altra parte ci sono le richieste dei malati e delle loro famiglie...

Innanzitutto non sappiamo che cosa venga iniettato a queste persone. L'efficacia di una terapia non si testa su un singolo paziente, perché tutte le malattie sono soggette a fluttuazioni, anche quelle neurologiche. Miglioramenti temporanei possono verificarsi durante il decorso di patologie anche gravi. In ogni caso, alla sofferenza si risponde con la volontà di fornire prove trasparenti, visibili e ripetibili. Sennò non stiamo facendo nulla di compassionevole e questo va ribadito con assoluta fermezza.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

