

Rassegna del 16/03/2011

METRO - Pillola abortiva Ru486, in un anno 6.000 confezioni - ...

1

Pillola abortiva Ru486, in un anno 6.000 confezioni

ROMA La pillola Ru486 per l'interruzione farmacologica della gravidanza in Italia compie un anno. Dal primo aprile 2010 sono state distribuite negli ospedali seimila confezioni, a cui corrispondono circa 6.500 procedure di interruzione di gravidanza. Nella classifica delle regioni spicca il Piemonte, con 1.574 confezioni, seguito da Toscana (773), Liguria (655), Puglia (615) e

Lombardia (604). Più indietro il Lazio (142). A fornire i dati è la Nordic Pharma. Nel 2009 in Italia sono state effettuate 116.933 interruzioni di gravidanza e solo in 857 casi è stata utilizzata la Ru486 (autorizzata dal mese di dicembre 2009). Intanto gli andrologi lanciano l'allarme: un ragazzo su tre è poco fertile già a 20 anni, soprattutto se abita in zone urbane inquinate. ● **METRO**



Studio italiano evidenzia i vantaggi apportati da esami "intermedi" in grado di indicare le pazienti a rischio

Collo dell'utero, confermata l'efficacia del test Hpv

Giulia De Chiara
ROMA

La relazione tra il Papillomavirus (Hpv) e il tumore del collo dell'utero è nota da oltre 20 anni: sono più di 100 i genotipi di Hpv classificati a oggi, di cui 13 considerati ad alto rischio. In Italia circa il 4-5% dei risultati del Pap test mostrano alterazioni minimali o di significato indeterminato definite come "Ascus" (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*). Le atipie citologiche Ascus rappresentano il più comune risultato di un pap test anoma-

lo e necessitano di ulteriori approfondimenti. L'introduzione del test che identifica il Dna del virus Hpv, denominato test Hybrid Capture 2 (HC2), nella gestione di tali atipie citologiche consente di ottenere benefici clinici, organizzativi ed economici. È quanto emerge dal recente studio italiano Pater (*Population-based frequency assessment of HPV-induced lesions in patients with borderline Pap tests in the Emilia-Romagna Region*) pubblicato sulla rivista internazionale "Cmro" e condotto dal dipartimento di Ginecologia e ostetricia dell'Ospedale Uni-

versitario S. Orsola Malpighi di Bologna.

Il gruppo di ricercatori ha effettuato un'analisi retrospettiva con test HPV HC2 seguito dalla genotipizzazione, per valutare le pazienti cui era stato rilevato un Pap test Ascus tra gennaio 2000 e dicembre 2007. Il test HPV nel gruppo delle pazienti con CIN3+ e la cui età media è vicina a 40 anni ha dimostrato un'ottima sensibilità (98,3%) e una buona specificità (75,5%). «Il rischio di un carcinoma invasivo nelle pazienti con citologia Ascus è assai ridotto, e varia tra lo 0,1 e lo 0,2%, mentre nel

5-15% è presente una lesione preneoplastica di alto grado (CIN2-3)», ha spiegato Silvano Costa, dipartimento di Ginecologia e Ostetricia del S. Orsola-Malpighi e autore dello studio. E ha aggiunto: «Elevata frequenza e bassa predittività generano costi umani ed economici rilevanti (ansia, colposcopie, biopsie, esami di follow-up), ma gravemente improduttivi in termini di numero di lesioni preneoplastiche o neoplastiche diagnosticate. In questo contesto, l'adozione di test "intermedi", come il test Hpv in grado di selezionare le pazienti a rischio

per lesioni di alto grado da inviare alla colposcopia, offrirebbe notevoli benefici clinici, organizzativi ed economici». Si tratterebbe, dunque, di inviare a colposcopia ed eventuale biopsia mirata solo chi risulta Hpv positivo, cioè poco più del 30% di tutte le Ascus.

Il tumore del collo dell'utero è ancor oggi una patologia molto rilevante dal punto di vista sanitario e sociale e costituisce in Italia la seconda causa di morte per tumore nelle donne tra i 15 e i 44 anni d'età.

Ogni anno si registrano 3.500 nuovi casi, con 1.700 decessi. ◀



Fazio: il governo non lavora contro il Sud

In un'intervista al Sole 24 Ore il ministro della Salute chiarisce: il governo non è contro il Sud. Nel 2011 i criteri di riparto del fondo sanitario da 106 miliardi non cambiano. Si tratta sul federalismo regionale. ▶ pagina 20

INTERVISTA

Ferruccio Fazio

Ministro della Salute

«Il governo non è contro il Sud»

Nel 2011 i criteri di riparto dei 106 miliardi non si toccano, possibile un fondo di riequilibrio

**NUOVI PARAMETRI
«Indici di deprivazione da raffinare: stiamo lavorando alla prevalenza delle patologie»**

**LIBERA PROFESSIONE
«Già pronto il decreto di proroga per i medici fino a dicembre 2011, riforma con la governance»**

di **Roberto Turno**

«Sarebbe offensivo e dai responsabili anche solo insinuare che il governo è contro il sud». Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, difende per il 2011 i criteri di riparto dei fondi per la sanità fondati sull'età della popolazione che non considerano la deprivazione, l'indice di squilibrio socio-economico invocato dai governatori del sud di cui si discute anche nella bicameralina sul federalismo. Ma nulla esclude intanto un fondo di riequilibrio e tra 2-3 anni fattori più raffinati come la prevalenza delle malattie sul territorio, senza escludere la deprivazione.

Ministro Fazio, il sud è insorto contro il riparto dei 106 miliardi per la salute senza la deprivazione. Che farete?

Ci sarebbe un parametro ideale su cui nessuno potrebbe obiettare: la prevalenza delle patologie, eventualmente corrette per l'età della popolazione. Ma se esistono i dati delle dimissioni dall'ospedale, non ci sono quelli per il territorio dove sono trattate molte patologie. Ma col fascicolo elettronico e con altre rilevazioni credo che entro due, al massimo tre anni potremmo avere i dati per arrivare a un criterio definitivo per il riparto.

Basta il solo criterio dell'età contestato dal sud?

Nel mondo vengono utilizzati vari criteri: l'età, la mortalità, la disabilità, la deprivazione o qual-

cosa di simile. L'età di per sé non è un criterio perfetto. Un giovane iperteso costa più di un anziano iperteso, un tumore giovanile costa più di un tumore nell'anziano. L'età è un criterio imperfetto, ma è epidemiologicamente sicuro e validato.

Ma la deprivazione non pesa nei conti della sanità?

La deprivazione va studiata in maniera molto approfondita. Ad esempio purificandola dagli effetti degli stili di vita: chi "è deprivato" fuma di più o beve di più. Non posso negare che può influire sulle patologie. Ma sono patologie da seguire sul territorio, non in ospedale. Se per valorizzare la deprivazione usassimo i dati dei ricoveri, i soli che abbiamo, favoriremmo l'inappropriatezza dei ricoveri che sono una caratteristica delle regioni del sud ad alta deprivazione. Io non ho nulla in contrario in un futuro riparto a considerare anche la deprivazione associata a età o a fattori come l'accessibilità in zone montuose o insulari. Ma con dati scientifici e oggettivi. Quelli in nostro possesso oggi rendono quel criterio totalmente inaffidabile, inapplicabile e inaccettabile.

Semplificando: per il 2011 non si cambia.

Il criterio oggettivo per il 2011 non può essere cambiato almeno per una semplice ragione: non abbiamo i tempi per approvare in stato-regioni un criterio condiviso. Forse, se avessimo iniziato sei mesi fa... Mi auguro che adesso sia arrivato il momento di ragionare

serenamente.

Per sgombrare il campo: non è che rema contro il sud?

Più che ridicolo, definirei offensivo che si possa anche solo insinuare un'accusa del genere, se mai qualcuno l'ha fatto. Sarebbe da irresponsabili. Tant'è vero che io mi dichiaro anche favorevole alla deprivazione. E sono teoricamente favorevole anche a un aiuto alle regioni del sud: penso al vecchio "fondino" compensativo.

In bicamerale si va verso lo show down per i costi standard. Che significheranno anche confronto sugli "esiti" delle cure, oltre che su efficienza e appropriatezza gestionale. Sarà una sfida estrema.

Sarà una sfida indispensabile per avere una sanità pubblica all'altezza in tutta Italia. Stiamo lavorando a fondo sugli indicatori di efficacia, efficienza e appropriatezza. E anche sugli "esiti" di cura, che ci stanno dimostrando l'esistenza di una grandissima disomogeneità all'interno delle stesse regioni, più che tra le regioni.

Ha in mente qualche proposta specifica?

Almeno due. Penso all'ipotesi della creazione di una quarta gamba nella divisione della spesa oggi articolata tra 51% per il territorio, 45% all'ospedale e 5% alla prevenzione. L'ipotesi è di creare un quarto fattore di spesa legato all'emergenza-urgenza, a cavallo tra territorio e ospedale. Immagino anche a

una possibile pianificazione discendente intra-regionale.

Cosa intende?

Se c'è una divisione tra territorio e ospedale, io devo in qualche modo garantire che la regione la divida poi a sua volta tra ospedale e territorio in quel modo. Oggi non è così. Non solo: se una regione prende una cifra per l'età della popolazione, ma ha una grossa differenza al sud interno, credo che poi la spesa debba riflettere questa divisione intra regionale.

A fine marzo scade la libera professione dei medici pubblici nei propri studi: che farà?

È già stato diramato dalla presidenza del consiglio il decreto di proroga fino a tutto dicembre 2011. Poi valuteremo di inserire in un altro veicolo il prolungamento nel 2012. Per la riforma complessiva pensiamo al ddl di governance del sistema che sta per ripartire alla Camera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Pubblicato l'Atlante 2008: persi mille medici dipendenti del pubblico e 3.390 infermieri

Addio a dieci ospedali e 4mila posti letto

L'EFFETTO SUL TERRITORIO

La razionalizzazione avviata nel 2007 pesa su Veneto, Liguria, Basilicata e Sicilia. In aumento le strutture per l'assistenza residenziale

Paolo Del Bufalo

Dieci ospedali e oltre 4mila posti letto in meno in un solo anno (dal 2007 al 2008). Ma anche 638 strutture in più per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali ecc.). E meno personale: i medici dipendenti sono oltre mille in meno, quelli convenzionati (medici di famiglia, pediatri e guardie mediche) si riducono di 528 unità e ci sono 3.390 infermieri e 6.374 unità di altro personale (tecnico e amministrativo) in meno.

A scattare l'ultima fotografia delle strutture e della forza lavoro della sanità italiana è l'Atlante di Asl e ospedali 2008, pubblicato ieri dal ministero della Salute (per il testo si veda anche www.sanita.ilsole24ore.com).

La razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale avviata in modo massiccio nel 2007, primo anno dei piani di rientro per le regioni con i conti in rosso e della previsione di commissariamenti in caso di buchi di bilancio eccessivi, punta al territorio e gli effetti si vedono soprattutto sulle strutture e sugli organici del servizio pubblico. Resta sostanzialmente stabile infatti il numero di strutture di ricovero private accreditate con il Ssn (una sola clinica in meno) e anche il numero di posti letto accreditati che si riducono di mille unità, un quarto

di quelli pubblici.

In realtà la riduzione degli ospedali pubblici nel 2008 riguarda solo quattro regioni: Veneto (-1), Liguria (-6), Basilicata (-1) e Sicilia (-2). Ma negli ultimi cinque anni le strutture sono passate dalle 672 del 2004 alle 645 attuali (-27) e i segni meno si sono avuti in 11 regioni, dai -14 ospedali della Campania al -1 dell'Emilia Romagna.

La contrazione maggiore si ha tuttavia per ambulatori e laboratori. Quelli pubblici - nel 2008 erano 3.877, di cui 2.725 extraospedalieri - si sono ridotti del -5,3%, mentre nel privato (5.849 strutture accreditate) la riduzione è stata del -0,7%. Una razionalizzazione nel segno dell'accorpamento dei servizi perché chi eroga più prestazioni garantisce maggiore qualità.

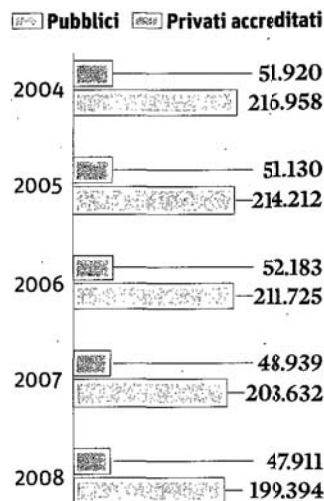
Ma la razionalizzazione sembra non colpire ancora i "piccoli ospedali", quelli con meno di 120 posti letto, che secondo il patto per la salute 2010-2012 dovrebbero essere riconvertiti (se non chiusi) quanto più possibile. Nel 2008 ce n'erano 204, solo quattro in meno dell'anno precedente e oltre la metà (105) hanno al massimo quattro discipline di assistenza.

Infine il personale. I blocchi delle assunzioni giustificano in parte il calo dei dipendenti, ma a ridursi sono anche gli organici dei medici di famiglia (-451) che però aumentano la media del numero di assistiti per medico e, a macchia di leopardo, quelli di guardia medica: dai -80 della Toscana ai +50 unità del Piemonte.

la RIPRODUZIONE RISERVATA

La "discesa" dei posti letto

Valori in migliaia



L'ANALISI

Programmare e prevenire: la ricetta per restare in salute

Politiche di riequilibrio contro il deterioramento degli stili di vita

L'ottimale gestione della cronicità è la vera sfida per la sostenibilità

L'analisi proposta nel Rapporto Osservasalute rappresenta un'occasione tradizionale di approfondimento per i ricercatori e di aggiornamento e riflessione per esperti, decisori, giornalisti e cittadini sui temi della salute e della Sanità, ovvero della qualità del nascere, crescere, vivere e morire nelle Regioni italiane. Queste contribuiscono al successo di uno dei migliori sistemi sanitari e anche di uno dei Paesi a più elevato sviluppo socio-economico.

Tuttavia, i traguardi eccezionali sullo stato di salute rischiano di sgretolarsi ulteriormente per cattivi comportamenti e stili di vita (in fatto di alimentazione, sedentarietà e consumo di alcol in eccesso soprattutto tra i giovani) e per le difficoltà legate alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema.

Abitudini sbagliate, che oltretutto sembrano divenute "normali" (e accettate per tali) agli occhi dei cittadini che quindi non si applicano per cambiarli.

Per quanto riguarda la gestione, nonostante il sistema farmaceutico pubblico presenti crescenti problemi di sostenibilità legati alla continua introduzione di farmaci nuovi, spesso più costosi, e alla crescente domanda legata all'invecchiamento della popolazione, il nostro Ssn garantisce quasi il 70% della spesa farmaceutica convenzionata, livello uguale o superiore ad altri Paesi con consolidati sistemi di welfare, compresi i Paesi scandinavi. Nel periodo 2008-2009, l'assistenza farmaceutica ha continuato a presentare un'ampia variabilità di consumo e spesa, non sempre secondo gradienti Nord-Sud.

Negli ospedali italiani i ricoveri continuano a diminuire e parallelamente si riducono le giornate di degenza. La riduzione registrata in tale periodo è da ricondurre alla sola componente dei ricoveri ordinari, mentre è aumentata nel periodo la quota di ricoveri in regime diurno. Allo stesso tempo, tutte le Regioni meridionali del Paese e, in particola-

re, quelle sottoposte ai Piani di rientro, che pure hanno introdotto misure per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata, mostrano tassi di ospedalizzazione per acuti ancora superiori alla media nazionale, talvolta anche rispetto a quella del 2001. L'ospedalizzazione presenta i tassi più alti nelle fasce di età "estreme", dove si registrano anche variazioni regionali molto più ampie, e quindi suscettibili di miglioramento.

Osservasalute non intende suggerire azioni da intraprendere, ma fornire ai decisori dati oggettivi e scientificamente rigorosi a supporto delle scelte, in modo da adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento.

I problemi di salute degli italiani non dipendono solo dalla loro cattiva volontà che li porta a essere sedentari e poco inclini a corretti stili di vita, bensì anche dal deteriorarsi, soprattutto nelle Regioni in difficoltà sul piano economico (soprattutto al Sud), di interventi adeguati per mancanza di investimenti nella prevenzione.

Quest'anno Osservasalute concentra la sua analisi sui dieci anni di federalismo sanitario, con la Sanità ormai trasferita interamente alle Regioni: le Regioni deboli corrono il rischio di essere travolte, la Sanità rischia cioè di essere l'elemento dirompente della Regione in toto. E l'egemonia che hanno avuto i piani di rientro sul governo dei conti approfondisce il baratro dei servizi e della sostenibilità delle Regioni, erodendo i servizi sociali e sanitari.

Alla necessaria azione di risanamento dei conti deve essere, infatti, affiancata una coerente strategia di programmazione e controllo dei servizi sanitari, basata su evidenze epidemiologiche e scientifiche "forti", senza le quali i problemi delle Regioni in difficoltà sono destinati ad aggravarsi in modo progressivo.

Gli ambiti di azione prioritari sono quelli di: a) prevenzione e degli stili di vita, b) disuguaglianze economico-sociali e geografiche nella capacità di finanziamento, gestione e nella qualità dell'assisten-



za e c) rapporto territorio-ospedale.

1) Nell'ambito della prevenzione, e nel controllo/riduzione dei principali determinanti ambientali e comportamentali, la preoccupante "normalizzazione" nella cultura e nei modelli per alcuni comportamenti e stili di vita (dall'alcol alle sostanze di abuso; dalla guida al volante alle abitudini sessuali; dalla sedentarietà al fumo di sigaretta), sia nei giovanissimi, che da parte dell'intera società è scarsamente contrastata dalla mancanza di un forte coordinamento delle azioni governative, e tra queste e quelle regionali, nonostante forme di stewardship si vanno proponendo, soprattutto in attuazione del processo di devoluzione in Sanità.

Anche la comunicazione istituzionale non favorisce talvolta la diffusione di un'informazione valida e corretta proponendo messaggi in maniera spesso incoerente. Tuttavia, quando condivise e puntali, le policy di Sanità pubblica riescono a modificare positivamente i comportamenti e, quindi, la salute: si vedano gli effetti all'avanguardia in Europa della legge 3/2003 sul fumo di sigaretta. L'attuale quadro epidemiologico demografico e sociale potrà essere contrastato - sui temi della prevenzione e degli stili di vita - solo attraverso alleanze intersettoriali e con una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che riqualifichi e finanzia prevenzione, Sanità pubblica e ricerca evidence-based, come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili.

2) Le differenze geografiche e quelle sociali si stanno invertendo - e l'attuale crisi economica sta acuitizzando il dato - con uno svantaggio per il Mezzogiorno e con la creazione di "isole di Mezzogiorno" in zone del Centro-Nord: la tradizionale protezione meridionale dall'incidenza di alcune malattie croniche importanti, come i principali tumori, si sta riducendo, mentre lo svantaggio nella letalità si sta allargando. La spiegazione di tali differenze geografiche risiede, senz'altro, nella maggiore concentrazione al Sud delle persone con svantaggi socio-economici e nella modalità con cui tali svantaggi si sono legati, nel tempo e nei contesti, a una maggiore insorgenza di

problemi di salute e della risposta dei servizi ai bisogni. Inoltre, in alcune Regioni la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati. Certamente, in un quadro in cui si devono contemperare, da un lato, la garanzia di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e, dall'altro, una progressiva spinta federalista, le Regioni dovranno impegnarsi a ricercare sempre più le cause e concordare strategie di intervento capaci di colmare tali differenze.

3) Rapporto territorio-ospedale: se la vera lotta per la sostenibilità del sistema sarà sulla capacità di prevenire e di gestire la cronicità e la disabilità, gli interventi non potranno essere soltanto sanitari e non soltanto di natura istituzionale, specie per il sostegno alle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati dovuti a problemi di disabilità e nella gestione della multi cronicità, soprattutto della popolazione anziana. Tali interventi passeranno per lo sviluppo e la diffusione di modalità integrate per lo sviluppo di reti, non solo istituzionali, di tutela e assistenza agli anziani che vivono soli specie al momento della loro perdita di autosufficienza. Se appare ragionevole operare verso la riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, va rilevato come, in assenza di un adeguato sviluppo dell'assistenza primaria, l'ospedale risponderà sempre più in modo meno coerente, sicuro ed efficiente alla domanda di prestazioni e ai bisogni espressi dai cittadini, assumendosi una pluralità di funzioni e compiti (anche di minore complessità) che non sono direttamente correlati alle fasi di acuzie della patologia.

Antonio Giulio de Belvis

Segretario scientifico Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane

Walter Ricciardi

Direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane e Istituto di igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

► www.osservatorio-salute.it

Staminali, adesso chiedete tutto

Dopodomani l'evento in quattro università italiane: 2 mila studenti incontrano i ricercatori

Biologia

LUCA BONFANTI
UNIVERSITÀ DI TORINO

La scienza viene spesso interrogata riguardo a scenari futuri. Ma se per una volta a porre le domande fossero i giovani, quali quesiti dovremmo attenderci?

Me lo chiedo poiché il 18 marzo in quattro atenei italiani - Torino, Milano, Roma, Firenze - dialogheremo di cellule staminali con 2 mila studenti delle scuole secondarie, rispondendo a domande su questo tema e sulla scienza in generale. L'evento si potrà anche seguire in streaming.

Come professore universitario mi viene da chiedermi: che idea avranno questi ragazzi dell'università italiana? E più in generale: come immaginano la scienza e la ricerca?

Un obiettivo sarà quello di spiegare che la ricerca, oltre a servire necessità utilitaristiche, è anche molto altro. E allora le staminali diventano un ottimo esempio per dire che la scienza ha il suo fascino. Convinti che questo sia il modo migliore per dare una visione realistica del mondo della ricerca cercheremo di realizzarlo parlando direttamente con gli studenti.

Il 18 marzo cade il venerdì dopo una festa importante: il 150° anniversario dell'Unità d'Italia. Per cui ci siamo chiesti: ci sarà qualcuno? Ma appena aperte le iscrizioni, più di 2 mila domande hanno saturato i posti disponibili.

Quella data potrebbe essere anche un'occasione per dire che cos'è l'università al di là dell'immagine che circola da tempo nel nostro Paese. Giocando un po' con le parole, ci piacerebbe sottolineare un valore essenziale: la coesistenza di unità e diversità. Tutti idealmente uniti nel segno della scienza, per dire che ricerca e cultura sono elementi essenziali per costruire un Paese economicamente e culturalmente più forte di quello attuale.

E' proprio riflettendo su questo concetto che mi è venuta in mente un'analogia tra giovani e cellule sta-

minali. Sappiamo tutti che sono cellule giovani che devono ancora decidere che cosa faranno da grandi: capaci di mantenere la loro individualità e al tempo stesso di differenziarsi in un'ampia varietà di tipi cellulari (coesistenza di unità e diversità). Non è forse ciò che si chiede ai giovani di una società moderna? Di mantenere un grande equilibrio dinamico all'interno di un mondo che cambia velocemente, preparandosi ad esprimere le loro potenzialità future. Ma come per le staminali, ciò può avvenire solo se si crea il giusto ambiente (la nicchia).

Nell'organismo il sistema funziona perché la nicchia staminale ha regole precise e al suo interno tutte le cellule le osservano (tranne quelle malate). E di nuovo mi viene in mente la società, che al di là del diritto a legittime libertà individuali ha un bisogno fisiologico di regole. E allora perché non comportarsi come cellule staminali, lasciando coesistere libertà e osservanza delle regole in un equilibrio omeostatico? Ma la metafora non finisce qui, perché la nicchia produce fattori che stimolano la crescita delle cellule, guidandole verso il loro destino. Che poi non è quello che dovrebbero fare la scuola, i genitori, un amico, un libro, nei confronti dei giovani?

Queste sono le cose che ci piacerebbe raccontare ai ragazzi il 18 marzo, in una delle poche occasioni in cui usciamo dai nostri laboratori per ricordare che la scienza non è soltanto questo, e che gli scienziati riflettono anche su quello che fanno.

So che avrei dovuto parlare un po' di più di scienza in questo articolo, se non altro per il ruolo che rivesto. Ma sulle cellule staminali è già stato scritto molto, e forse è più importante dire che quello della ricerca non è un mondo grigio e irraggiungibile, bensì un'avventura stimolante che è parte integrante delle comunità moderne, libere e sane. Certo è un mondo complesso e stretto dal rigore del metodo scientifico, ma è anche un universo infinito e affascinante, che vale la pena di conoscere. Se, come scriveva Charles Snow negli Anni '50, «il ricercatore ha il futuro nel sangue», allora in nome di questo futuro facciamo qualcosa che vada oltre i nostri ruoli istituzionali. Qualcosa che leghi il nostro lavoro

con il complesso organismo sociale in cui viviamo, proprio a partire da quelle sue cellule fragili e dalle potenzialità miracolose che dovranno progettare il domani: i giovani.

Luca Bonfanti Neuroanatomomo

RUOLO: E' PROFESSORE DI ANATOMIA VETERINARIA ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO

IL LIBRO: «LE CELLULE INVISIBILI. IL MISTERO DELLE STAMINALI DEL CERVELLO»
BOLLATI BORINGHIERI

OLTRE GLI STEREOTIPI
«La giornata sarà l'occasione per spiegare la ricerca da nuovi punti di vista»



L'ARMA FINALE

ELENA CATTANEO
 UNIVERSITA' DI MILANO

Molti dei tessuti adulti contengono cellule staminali. Nel sangue una staminale professionista si divide continuamente, generando migliaia di cellule figlie, le quali potranno specializzarsi negli 8 sotto-tipi di cellule di quel tessuto che ogni giorno devono essere sostituiti. Un'altra staminale professionista è nella pelle. Ogni minuto 30 mila cellule dello strato più superficiale devono essere rimpiazzate da nuove cellule prodotte, appunto, da staminali.

La staminale del sangue e della pelle (diverse tra loro) fanno parte della categoria delle «adulte». Con queste si trattano malattie come le leucemie e di recente le ustioni.

Un'altra staminale affascinante è presente nella blastocisti, una struttura composta da circa 200 cellule: è la staminale embrionale. Le cellule possono essere isolate dalle blastocisti sovrannumerarie prodotte durante la fecondazione in vitro (nei Paesi dove è permesso). Come le adulte possono dividersi e specializzarsi. Ma la loro potenza è massima in quanto capaci di generare le centinaia di cellule differenziate dei tessuti (ad eccezione di quelli extraembrionali). Da queste generiamo neuroni o cellule del cuore, come non è possibile da nessuna staminale adulta. Le embrionali sono allo studio per capire malattie, identificare farmaci e impiegarle nel trapianto.

Dal 2007 è nota una terza staminale, la pluripotente indotta: è un traguardo della ricerca, che ha riportato indietro nel tempo le cellule della pelle, facendole tornare allo stadio simil-embrionale. Potrebbero avere lo straordinario carico di potenza delle embrionali vere, ma alcuni studi lo mettono in dubbio. Molta ricerca, quindi, è ancora necessaria.



Tumori L'annuncio di Fazio «Via alla prima banca per gli ovociti di donne malate»

ROMA. Verrà inaugurata tra una decina di giorni presso l'Istituto Regina Elena una banca per la conservazione di tessuti, cellule riproduttive e ovociti femminili per le pazienti oncologiche. «E' la prima iniziativa del genere in Italia, cui se ne potrebbero aggiungere delle altre», ha assicurato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**. «C'è un numero importante di donne sotto i 40 anni, malate di tumore — ha spiegato Fazio, che ha parlato di almeno 8mila donne — che possono avere problemi di fertilità in seguito alle terapie oncologiche, inoltre la stimolazione ormonale per il recupero degli ovociti può essere dannosa in queste pazienti».



L'ESPERTO IL MEDICO CHE HA CURATO BAMBINI COLPITI DA CHERNOBYL, TUTTI DIVENTATI LEUCEMICI

«Le radiazioni più intense distruggono midollo osseo»

● **ROMA.** Come insegna l'esperienza di Chernobyl, tra gli effetti a lungo termine dell'esposizione alle radiazioni i peggiori sono la leucemia e l'aplasia midollare, una malattia del midollo osseo molto simile alla leucemia, che si possono manifestare anche a distanza di tempo. Lo afferma Giorgio Dini, direttore del dipartimento di Ematologia e Oncologia pediatrica dell'istituto Gaslini di Genova, che ha curato diversi piccoli pazienti provenienti dall'area colpita dal disastro di Chernobyl, 25 anni fa.

«Entrambe queste patologie richiedono un trapianto di midollo, anche se la leucemia oggi può essere trattata nel 90% con

la chemioterapia - spiega l'esperto - queste malattie si possono manifestare subito, nelle persone esposte a grandi dosi di radiazioni, oppure dopo qualche anno nel caso in cui l'esposizione sia stata minore».

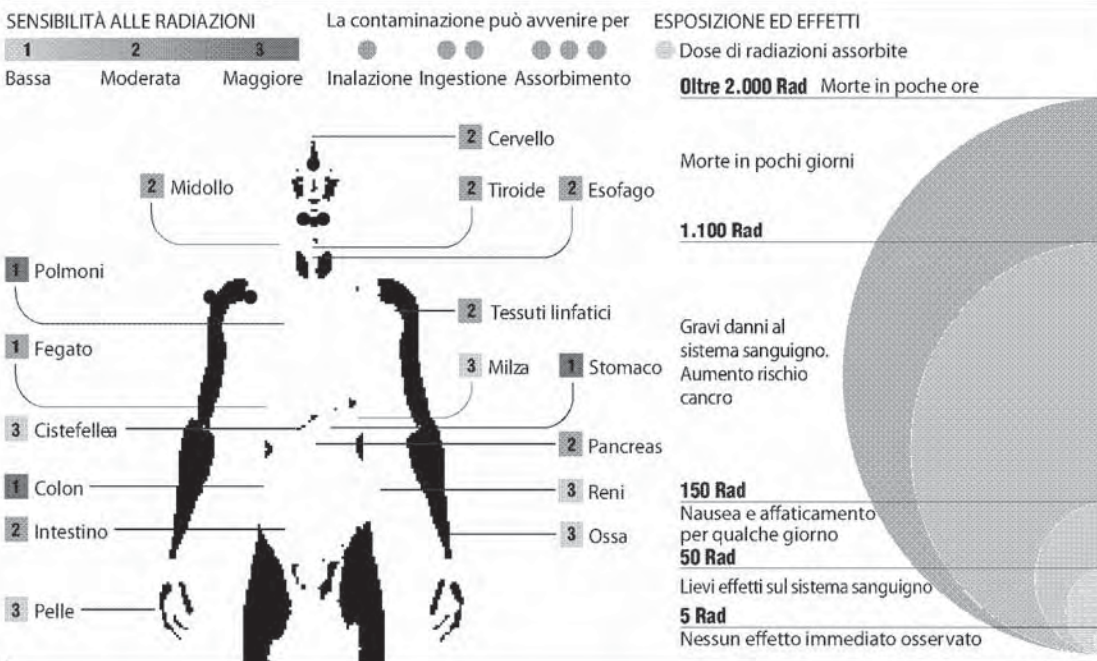
L'istituto genovese ha curato una decina di pazienti dall'area di Chernobyl, l'ultimo dei quali lo scorso anno: «Questo non sarà il caso del Giappone - continua Dini - dove l'assistenza medica è più che adeguata e dove verranno curati gli eventuali malati. Curiosamente il primo trapianto di midollo in Europa è stato fatto proprio a causa di un incidente nucleare, avvenuto negli anni '50 nella ex-Jugoslavia. In

quel caso si tentò l'operazione su alcuni scienziati, ma non si conosceva ancora l'Hla, cioè l'impronta digitale che differenzia il midollo di diverse persone e che rende necessario trovare quelle compatibili per il trapianto. Furono quindi trapiantati a caso, e purtroppo morirono tutti.

I danni alla salute derivati dall'esposizione a radiazioni a seguito di un incidente nucleare sono «proporzionali all'entità dell'esposizione cui si è sottoposti», aggiunge Franco Locatelli, docente di Pediatria all'Università di Pavia e direttore del dipartimento di Onco-ematologia all'ospedale Bambino Gesù di Roma.

Rischio radiazioni

Effetti delle radiazioni nucleari sul corpo umano



ANSA-CENTIMETRI



Sclerosi multipla, la speranza è italiana

DAL NOSTRO INVIATO A BOLOGNA
ENRICO NEGROTTI

I pazienti con sclerosi multipla non devono abbandonare i trattamenti farmacologici in corso. Va richiamata la raccomandazione finale del neurologo Fabrizio Salvi (ospedale Bellaria di Bologna), ma il concetto principale emerso dal meeting della Società internazionale per le malattie neurovascolari (Isnvd) è che crescono le conferme di un ruolo delle anomalie del sistema vascola-

re nelle malattie neurodegenerative, in primis la sclerosi multipla (Sm).

La teoria di Paolo Zamboni, direttore del Centro di malattie vascolari dell'Università di Ferrara, che ha messo a rumore il mondo scientifico negli ultimi tre anni, ha aperto però nuovi orizzonti nello studio delle malattie neurodegenerative. Alla base del cosiddetto "metodo Zamboni" vi è l'osservazione che molti pazienti con sclerosi multipla presentano anche una insufficienza venosa cerebrospinale cronica (l'acronimo dall'inglese è Ccsvi), cioè restringimenti, a livello del collo, delle vene toraciche e cervicali che escono dal cervello. Interventi di angioplastica che ripristinino il normale flusso sanguigno hanno dato risultati positivi ai pazienti con sclerosi multipla: miglioramento della qualità della vita, delle prestazioni motorie e cognitive e riduzione delle recidive. Studi sono stati avviati in tutto il mondo per verificare la plausibilità e le ricadute della teoria della Ccsvi nella pratica clinica: in Italia oltre alla sperimentazione sostenuta dalla fondazione Hilarescere presso la cattedra del professor Zamboni, è stato avviato uno studio multicentrico della Fondazione italiana sclerosi multipla. L'incontro di Bologna ha messo a confronto specialisti di molte branche della medicina (neurologi, angiologi, chirurghi vascolari, radiologi). Gli studi finora effettuati parlano in favore di una correlazione tra Ccsvi e sclero-

si multipla: in particolare il neuroradiologo Stefano Bastianello (Istituto Mondino, Pavia) con dati di un osservatorio epidemiologico internazionale su più di 700 malati ha indicato la presenza della Ccsvi nell'86%, diagnosticata con l'ecocolordoppler. Cifre simili - oltre il 90% - hanno ottenuto altri gruppi di ricerca (in Stati Uniti, Grecia, Giordania, Polonia) con l'utilizzo però della venografia transcatetere (una metodica invasiva) come tecnica diagnostica. Viceversa studi sulla popolazione generale (presentati da Mark Haacke, Wayne University) hanno riscontrato la presenza di Ccsvi nell'8% dei casi, mentre altre indagini (illustrate da Robert Zivadinov, Università di New York) la pongono al 13% dei soggetti sani. «Non si sa se la correzione della Ccsvi da sola - ha puntualizzato Zivadinov - cambi il decorso della malattia, però sembra migliorare la qualità della vita. Si tratta di studi solo osservazionali e si sta facendo un registro, ma occorreranno studi randomizzati in cieco per capire se si può proporlo come terapia della Sm».

Nel 90% dei casi è confermata la tesi del professor Paolo Zamboni, secondo cui la malattia deriverebbe da un problema venoso

Cruciale dal punto di vista del metodo la consensus conference che ha approvato all'unanimità il protocollo diagnostico per riconoscere la Ccsvi messo a punto da Zamboni. «Un passo importante perché non c'era un protocollo preciso tra i diversi laboratori per fare diagnosi con ecocolordoppler, che è una metodica dipendente dall'operatore».



salute in pericolo

Anche per chi è lontano rischio linfomi e leucemie

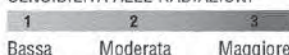
I danni alla salute derivati dall'esposizione a radiazioni a seguito di un incidente nucleare sono «proporzionali all'entità dell'esposizione cui si è sottoposti». Dunque, le due variabili fondamentali sono la vicinanza al luogo dell'incidente e la quantità di radiazioni ricevute. A precisarlo è Franco Locatelli, docente di Pediatria all'Università di Pavia e direttore del dipartimento di Onco-ematologia all'ospedale Bambino Gesù di Roma, che per 25 anni ha avuto in trattamento vari bambini ucraini dopo il terribile incidente alla centrale di Chernobyl.

L'esposizione a radiazioni – spiega Locatelli – è comunque dannosa, ma la gravità delle conseguenze sulla salute dipende molto dalla "quantità" di radiazioni assorbite. Dunque, «se si è esposti a dosi elevate di radiazioni, come nel caso di un lavoratore impiegato nella centrale in cui si verificò un incidente, la conseguenza è una sindrome acuta da radiazioni con esito fatale, o la distruzione del midollo osseo con esiti altrettanto seri». Se invece si è esposti a dosi più basse di radiazioni (è il caso della popolazione nell'area circostante al luogo dell'incidente), «nel breve-medio periodo, ovvero nel giro di qualche settimana o mese, il rischio maggiore è quello di sviluppare malattie tumorali ematologiche come linfomi e leucemie». Nel lungo periodo invece, ovvero anche a distanza di 20-25 anni, «l'esposizione a dosi anche basse di radiazioni può determinare l'accumulo di metaboliti radioattivi dello iodio che si concentrano nella tiroide, dando luogo essenzialmente a tumori tiroidei». In relazione a quanto sta accadendo in queste ore in Giappone. «ci sono ancora poche informazioni per interpretare i dati a disposizione, ma l'impressione, col passare delle ore, è che l'incidente alla centrale di Fukushima stia acquistando dimensioni più preoccupanti. Se si innescasse un fenomeno di fusione nucleare si potrebbe avere una seconda Chernobyl, o ancora peggio». Nella tragedia, conclude Locatelli, «quanto meno il Giappone è un paese medicalmente molto evoluto, e non credo si renderà necessario un aiuto sanitario specialistico come nel caso dell'Ucraina 25 anni fa».

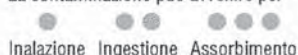
Rischio radiazioni

Effetti delle radiazioni nucleari sul corpo umano

SENSIBILITÀ ALLE RADIAZIONI



La contaminazione può avvenire per



ESPOSIZIONE ED EFFETTI

● Dose di radiazioni assorbite

Oltre 2.000 Rad Morte in poche ore

Morte in pochi giorni

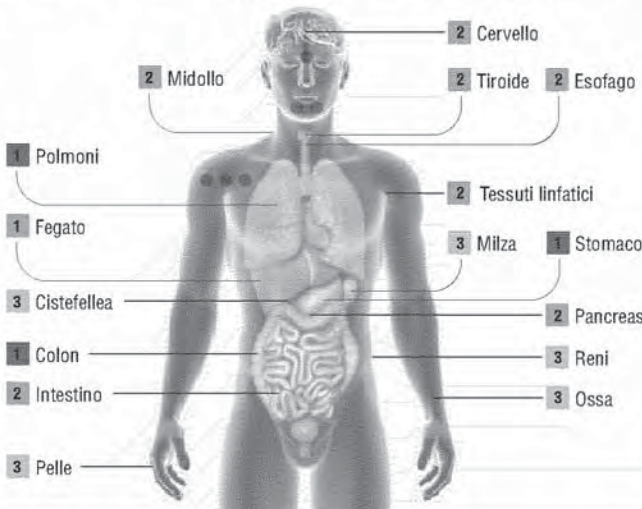
1.100 Rad

Gravi danni al sistema sanguigno. Aumento rischio cancro

150 Rad
Nausea e affaticamento per qualche giorno

50 Rad
Lievi effetti sul sistema sanguigno

5 Rad
Nessun effetto immediato osservato



ANSA-CENTIMETRI



Prodotti a pazienti morti Denunciati 76 farmacisti

Bergamo, venivano rimborsati dal servizio sanitario

La truffa

I 76 farmacisti o titolari di farmacie bergamasche devono rispondere di truffa al Sistema sanitario nazionale e falso. L'inchiesta, durata 12 mesi, è stata portata a termine dalla guardia di finanza

■ BERGAMO

HANNO ottenuto rimborsi sanitari per prodotti destinati a pazienti che — secondo l'accusa — erano in realtà deceduti, alcuni da tempo. I prodotti in questione erano destinati a diabetici, a celiaci o a malati affetti di altre gravi patologie: nell'elenco erano inclusi anche i pannoloni per l'incontinenza. Per questo, 76 farmacisti bergamaschi sono stati denunciati dai carabinieri del Nucleo antisofisticazione e sanità di Brescia. Per tutti gli indagati l'accusa è di truffa ai danni del Sistema sanitario regionale e falso. La pratica era ben consolidata, come è emerso dall'operazione 'Lazzaro' condotta dai Nas in stretta collaborazione con la direzione dell'Asl della provincia di Bergamo.

TUTTA l'indagine, durata un anno circa, ha preso le mosse nell'ambito del monitoraggio della spesa farmaceutica nella Bergamasca, con particolare riferimento alla distribuzione di presidi per assistenza sanitaria integrativa. I controlli incrociati effettuati dai carabinieri con i database dell'Asl, avrebbero dimostrato che i farmacisti finiti nell'inchiesta avevano contabilizzato e ottenuto dal Servizio sanitario regionale il rimborso economico di presidi consegnati a fronte di un piano terapeutico autorizzato a pazienti.

Da ulteriori approfondimenti, gli uomini dei Nas hanno scoperto che i farmacisti coinvolti completavano la pratica amministrativa falsificando sulla ricetta la firma del richiedente, deceduto, o di un

La firma

Sulle pratiche per ottenere prodotti per i diabetici, per l'assorbimento, per l'incontinenza o per la celiachia la firma di pazienti deceduti o di ignari parenti. Poi i prodotti venivano rivenduti

ignaro parente. Una farmacia su quattro metteva in atto questo raggio sottobanco, approfittando anche del tempo che intercorre tra la morte di un paziente e la comunicazione da parte del comune all'Asl (solitamente un periodo che va da 3 a 8 mesi).

È la merce, che fine faceva? Gli inquirenti non hanno escluso che fosse rivenduta in nero (a case di riposo o strutture sanitarie): un espediente che permetteva ai farmacisti di guadagnare una seconda volta.

IMMEDIATA la replica del presidente dell'Ordine dei farmacisti bergamaschi, Ferdinando Bialetti, alla notizia dell'indagine dei Nas che ha coinvolto 76 colleghi per truffa nei confronti del sistema sanitario regionale. «È un fulmine a ciel sereno. Sono amareggiato e incredulo. Può essere che, come in ogni famiglia, — assicura Bialetti — una mela bacata ci sia, ma escludo che su 276 farmacie tra la città e la provincia, ben 76 titolari abbiano cercato di truffare lo Stato e la Regione».

Il presidente dell'Ordine ritiene che un simile comportamento sia inverosimile: «Occupo questo ruolo da 15 anni e non è mai successo una cosa del genere. Credo, piuttosto, che si tratti di un mancato aggiornamento dei dati. Mi spiego: se oggi viene da me un parente o una badante a prendere dei pannoloni per l'anziano e domani muore, in teoria il parente dovrebbe segnalare e restituire il materiale, cosa che normalmente si fa. Questo disguido tecnico non è una truffa».

r. s.



Legrottagnie e Pato contro il cancro

MILANO. Non fumare, seguire una sana alimentazione e praticare attività sportiva: anche questo può servire a prevenire i tumori. Per informare e sensibilizzare i giovani, l'Associazione italiana di oncologia medica ha deciso di puntare sui volti e le esperienze di calciatori come i milanisti Alexandre Pato e Nicola Legrottagnie, che questa mattina a Milano incontreranno circa 500 studenti dell'Istituto Artemisia Gentileschi per la prima tappa della campagna nazionale "Non fare autogol".

I 7 VIZI CAPITALI
Secondo i dati dell'Aiom, i tumori provocano ogni anno oltre 250 mila nuovi malati in Italia. Pato ci è passato quando era in Brasile e aveva 11 anni. Una cicatrice all'altezza della clavicola sinistra gli ricorderà per sempre quel tumore benigno che non mise a rischio la sua vita ma poteva costargli il braccio se non fosse stato asportato d'urgenza. Secondo l'Aiom, con una giusta alimentazione e una corretta attività fisica i nuovi casi ogni anno potrebbero ridursi del 30%. E altri fattori negativi sono

il fumo, le lampade solari, le malattie sessualmente trasmissibili, l'alcol e il doping. Per sensibilizzare gli adolescenti, è stata scelta una squadra di testimonial guidata dal ct della Nazionale Cesare Prandelli, e formata anche da Giorgio Chiellini, Alberto Gilardino, Morgan De Sanctis, Angelo Palombo, Fabrizio Miccoli, Simone Perrotta e Giuseppe Sculli. Entro la fine del campionato il progetto (sul sito www.nonfareautogol.it e anche su Facebook) toccherà Palermo, Firenze, Genova, Napoli, Torino e Roma con sette incontri nelle scuole superiori.

P.CAP.

Milan L'investimento maggiore è programmato per la mezzanotte

Milan, fantasie brasiliane

Kaka, Gervinho, Lucas: uno di loro sarà il nuovo trequartista rossoneri



Kaka, 31 gli anni / Gervinho, star del Santos / Lucas, baby prodigy

C'è già il re di Messico
Per il centrocampo l'ipotesi Montolio



DUE ACCESSI PRIVILEGIATI.



Aprilia