

■ SELPRESS ■
www.selpress.comDirettore Responsabile
Ezio MauroDiffusione Testata
360.522

Medicina, cosa cambia senza i test

IL MINISTRO GIANNINI HA PROMESSO ENTRO LUGLIO UN NUOVO SISTEMA DI ACCESSO ALLA FRANCESE. LE CONSEQUENZE PER LE IMPRESE CHE PREPARAVANO ALLE PROVE, PER LE UNIVERSITÀ STRANIERE CHE ATTIRAVANO CHI NON PASSAVA E PER GLI STESSI ATENEI ITALIANI

Catia Barone

“Libero accesso a Medicina”. Poteva essere una frase dettata dal momento e destinata all'oblio. Invece, il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini lo ha ribadito su Facebook: via i test d'ingresso al primo anno e modello francese. Non una parola in più, solo l'intenzione di presentare un piano entro luglio. Al di là di promesse e scadenze, l'esempio d'Oltralpe viene presentato come punto di partenza sul quale riflettere. Il primo anno è comune agli studi di Medicina, Farmacia, Odontoiatria. Gli studenti seguono i corsi e poi si sottopongono a un esame di sbarramento (una parte dopo il primo semestre, l'altro dopo il secondo). Il test è a risposta multipla e verte solo sulle materie studiate (senza domande di logica e cultura generale tipiche dei quiz italiani). In caso di scarso punteggio si può o ripetere l'esame l'anno seguente, oppure scegliere un percorso alternativo, come infermieristica e ostetricia, indicato dalla facoltà in base ai risultati del test.

Qualunque sia la scelta finale, sarà una rivoluzione per molti. A cominciare dalle società specializzate nella preparazione ai test, che dovranno trasformarsi. Sarà, quello francese, il modello giusto? «Ho molti dubbi - spiega Maurizio Benato, vice presidente nazionale della Federazione ordini dei medici - il problema principale è lasciare in mano ai singoli atenei la discrezionalità dell'esame per passare al secondo anno. Questo potrebbe comportare disuguaglianze e favoreggiamenti». Ma in quanti vorranno investire un anno della loro vita senza certezze? «Ci sarà sicuramente una decurtazione delle adesioni rispetto a chi si presenta ai test - dice Benato -. Molto però dipenderà dalla possibilità di ottenere, in caso di bocciatura, il riconoscimento degli esami sostenuti da parte delle altre facoltà (chimica, fisica, biologia)».

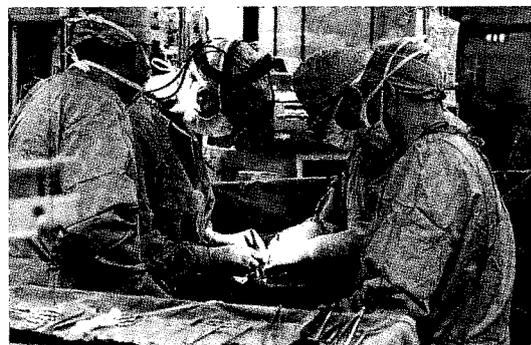
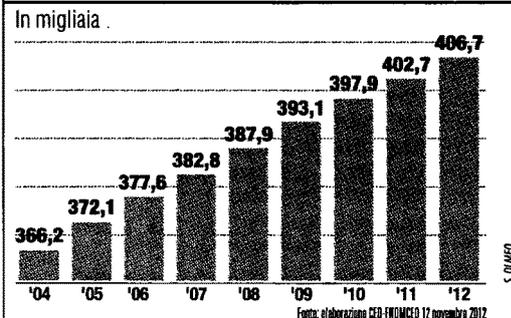
Uno scenario difficile da immaginare per Andrea Silenzi, vice presidente dell'Associazione italiana giovani medici: «Anche in Francia molti si lamentano. Chi può permettersi-

lo, o chi non rientra tra il 15-20% che supera in media il primo anno, va in Belgio e tenta l'accesso a Medicina. Al di là di questo, in Italia le università non sono attrezzate strutturalmente ad affrontare 100 mila matricole l'anno. Il rischio è che, in assenza di una rivisitazione complessiva del sistema, si giochi sulla pelle di giovani e famiglie».

Soddisfatto, ma con riserva, il sindacato dell'Unione degli universitari (Udu): «Per riformare davvero il sistema non basta eliminare i test - dice il coordinatore Gianluca Scuccimarra - sono necessari interventi che partano dall'orientamento scolastico e passino attraverso una politica seria di investimenti (dalle specializzazioni all'inserimento nel lavoro)». Sul tema interviene anche Michele Bonetti, storico avvocato di Udu: «La riforma sul libero accesso non deve allarmare il mondo accademico. Negli anni '90 il numero degli immatricolati a medicina oscillava tra le 90.000 e le 130.000 unità, senza problemi di sovraffollamento. C'è anche da dire che in un sistema libero la bolla creata dal numero chiuso si sgomfierebbe naturalmente, e che, in base ai dati raccolti negli ultimi anni, gli atenei sarebbero comunque in grado di contenere oltre 35.000 studenti». «E poi - continua il legale - l'abolizione dei test potrebbe portare alla chiusura dei poli universitari all'estero», da Vasile Goldis di Arad, all'Università Medica di Poznan fino all'Università europea di Madrid e fino a MUS di Sofia, dove si rifugiano gli studenti che non superano i test.

Il legale di Udu descrive un mondo dove i sogni si trasformano in business: tasse alle stelle, atenei che promettono il trasferimento in Italia dopo un certo numero di crediti, ma anche società di servizi pronte ad accompagnare gli studenti dall'inizio alla fine del percorso universitario (compreso il servizio navetta per l'aeroporto e le visite guidate all'università). A questo si aggiungono le convenzioni con l'Italia: «I nostri atenei barrano gli accessi principali e aprono succursali all'estero, così fanno nascere nuove cattedre e incarichi per docenti italiani e poi consentono un immediato riconoscimento dei titoli. Nostra Signora del Buon Consiglio di Tirana, ad esempio, è convenzionata con le università di Tor Vergata, Bari, Bologna, Firenze, Palermo Foggia, Cattolica di Milano e Lumsa di Roma. Stesso piano di studi, stessi insegnanti, l'unica differenza è il costo: 10 mila euro all'anno».

GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI



1

Nel grafico a sinistra, la lenta crescita del numero dei medici in Italia: più 1,1 per cento in otto anni



2

Qui sopra, **Amedeo Bianco** (1), pres. Consiglio Nazionale Medici, e **Stefania Giannini** (2), ministro dell'Istruzione

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Cure palliative. Agenas avvia indagine on line. RegISTRAZIONI aperte fino al 31 maggio per "mappare" il settore

Sul sito dell'Agenzia attivo un link dove potranno registrarsi tutte le Unità per le cure palliative operanti nel Paese. Obiettivo quello di mappare la rete ma anche favorire un processo di confronto e miglioramento delle cure. L'ultima indagine del 2012 aveva evidenziato che su un totale di 177 strutture censite, soltanto 55 UCP domiciliari rispondevano ai criteri minimi

È online l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche nelle cure palliative; si potranno, così, registrare direttamente tutte le UCP interessate. L'Osservatorio si propone di offrire un servizio rivolto sia ai cittadini sia alle strutture sanitarie, che consentirà agli utenti e ai professionisti di conoscere le strutture presenti sul territorio, favorendo per queste ultime un processo di confronto e quindi di miglioramento continuo delle cure erogate. La *mission* dell'Osservatorio consiste nel monitoraggio dello sviluppo di Reti di cure palliative in possesso degli standard strutturali qualitativi e quantitativi previsti dalla legge 38/2010 e dai successivi provvedimenti attuativi.

L'Osservatorio ha finora sviluppato un'attività di **monitoraggio sulle cure palliative domiciliari di base e specialistiche** (UCP domiciliari) ed è, inoltre, integrato dallo studio Agenas, **Teseo-Arianna**, che ha l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure palliative domiciliari, identificando precocemente i malati con patologie croniche in fase evolutiva, oncologiche e non, attraverso l'implementazione di un **modello organizzativo integrato tra medicina generale e servizi specialistici di cure palliative**.

Lo studio Agenas, cofinanziato dalla Fondazione Guido Berlucci Onlus, mira a valutare l'impatto dell'applicazione di un modello integrato di cura che vede coinvolte, nell'ambito delle Reti locali di cure palliative, UCP e MMG secondo una progettualità condivisa con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Possono registrarsi fino al 31 maggio sul sito www.agenas-buonepratiche-cp.it sia le strutture che risultano già censite durante la precedente indagine del 2013 realizzata dall'Agenas sulle "Buone pratiche nelle cure palliative", aggiornando i dati di attività, sia le nuove UCP che potranno aderire registrandosi e compilando le schede direttamente presso il portale.

Non una semplice mappatura, quindi, ma un prezioso strumento che permetterà di fare il punto sullo stato dell'arte dell'implementazione della legge 38/2010 sul territorio nazionale, anche rispetto ai risultati dell'indagine di due anni fa che aveva fotografato un'Italia fortemente diversificata, dove coesistono strutture caratterizzate da standard assistenziali elevati e realtà meno virtuose nell'indagine del 2012.

In particolare, su un totale di 177 strutture censite, soltanto 55 UCP domiciliari rispondevano effettivamente ai criteri minimi introdotti dall'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, che stabilisce le principali dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano le Reti di cure palliative, e soltanto 31 presentavano tutti i requisiti richiesti per essere ammesse nell'Osservatorio.

Camminare sulla sabbia: spiagge «off limits» per chi ha il Parkinson

Il suono dei passi è un riferimento importante con cui i pazienti riescono a riorganizzare e immaginarsi mentalmente le caratteristiche spaziali del cammino

di Cesare Peccarisi



Chi soffre di [Parkinson](#) non ama la spiaggia e preferisce la piscina o tutt'al più le rocce, purché siano piatte, come dicono i sempre più numerosi pazienti giovani maggiormente portati al contatto con la natura. La considerazione può sembrare ovvia se si pensa alla difficoltà d'appoggio che può avere questo malato sulla sabbia dove si muove con più fatica anche una persona sana, che cammina meglio sulla sabbia dura e compatta del bagnasciuga. Ma i ricercatori inglesi di medicina dello sport dell'Università di Brunel a Uxbridge e di psicologia della Queen's University di Belfast hanno scoperto che c'è dell'altro: in uno studio pubblicato su *Neuropsychologia* indicano che per questi pazienti è il suono dei loro passi a rappresentare un punto di riferimento importante con cui riescono automaticamente a riorganizzare e immaginarsi mentalmente le caratteristiche spaziali del cammino riadattando il loro comportamento motorio.

Il rumore dei propri passi

Partendo dal presupposto che generalmente la lunghezza dei passi di questi pazienti va riducendosi e può essere solo parzialmente corretta con strategie fisioterapiche che forniscono informazioni o visive o sonore, i ricercatori hanno pensato di farli camminare su una superficie coperta di ghiaia in modo che ogni passo fornisse loro contemporaneamente informazioni spaziali, temporali e acustiche del movimento che stavano facendo. In una seconda fase il rumore dei passi veniva amplificato in modo da aumentare l'effetto di correzione del cammino e in una terza fase veniva fatto ascoltare quel suono quando camminavano su una superficie normale per vedere se gli adattamenti motori attivati si mantenevano anche solo immaginando il rumore dei passi sulla ghiaia. I ricercatori hanno verificato che l'ascolto, sia reale che registrato, migliora il cammino dei pazienti parkinsoniani e quindi il suono dei passi fornisce informazioni motorie che consentono loro di riorganizzare mentalmente le caratteristiche spaziali del movimento, effetto che non sono invece mai riuscite a ottenere le tecniche riabilitative basate sull'ascolto di suoni ritmici volti a sincronizzare la cinetica della marcia. Secondo gli autori è probabile che questi pazienti abbiano una soglia di risposta sensorimotoria agli stimoli sonori più alta

del normale.

La soglia del dolore

«Questo dato concorda con l'ormai dimostrata alterazione della cosiddetta integrazione sensori-motoria, la funzione necessaria per la corretta esecuzione dei movimenti volontari, primo fra tutti il cammino che risente del deficit di rappresentazione corporea, con conseguenti disturbi di postura e di equilibrio oltre che di motricità globale - commenta il professor Alfredo Berardelli della Sapienza di Roma, presidente della LIMPE, la società scientifica dei medici che si occupano di queste malattie -. Proprio ricercatori italiani hanno dimostrato da tempo che il sistema motorio dei parkinsoniani si attiva in maniera anomala in risposta a uno stimolo afferente somato-sensitivo». «Fra i problemi che devono affrontare questi pazienti ce n'è anche uno non motorio molto importante - puntualizza il professor Giovanni Defazio dell'Università di Bari e presidente della DISMOV-SIN, la società scientifica che insieme alla LIMPE raccoglie tutti gli specialisti della malattia del tremore -. L'11 maggio si è svolta nella nostra città la terza edizione della maratona di solidarietà dell'associazione Parkinson Puglia [RUN-4-PARKINSON](#) nella quale i malati hanno corso insieme ai loro familiari nel parco Due Giugno. Per questi pazienti, camminare sul suolo duro è certamente meglio che su una delle belle spiagge del nostro mare pugliese, ma sia sulla sabbia sia sul suolo c'è sempre un altro fattore che riduce le capacità di movimento: il dolore. L'origine di questo dolore è complessa, ma studi recenti, condotti anche dal nostro gruppo, dicono che questi pazienti percepiscono gli stimoli dolorosi molto prima, mentre ciò non avviene per quelli tattili, cosicché possono provare dolore anche quando non sentono bene come hanno poggiato i piedi in terra, perché la loro soglia del dolore è ridotta mentre quella tattile non lo è». Forse l'informazione tattile della sabbia della spiaggia, così vaga rispetto a quella del suolo, lascia spazio soltanto a quella del dolore e per questi pazienti raggiungere l'ombrellone diventa, oltre che faticoso, anche ben poco piacevole.

http://www.corriere.it/salute/neuroscienze/14_maggio_19/camminare-sabbia-spiagge-off-limits-chi-ha-parkinson-1c7cbfe0-df48-11e3-b0f4-619ff8c67c6b.shtml

SANITA': 80% RADIOGRAFI E 70% MAMMOGRAFI SONO 'VECCHI'

(ANSA) - ROMA, 25 MAG - L'84,7% dei macchinari utilizzati negli ospedali per effettuare una radiografia al torace hanno piu' di 10 anni, ovvero, in base ai passi fatti dalla tecnologia in questo campo, sono 'vecchi'. Stesso discorso per il 66,8% dei mammografi e il 40% delle TAC. Ammodernarli consentirebbe di ridurre liste d'attesa e, in prospettiva, anche di risparmiare soldi. Lo rivela uno studio presentato al 46° Congresso nazionale della Societa' dei Radiologi (SIRM) ed elaborato da Assobiomedica. Secondo l'indagine - condotta sulla base dei dati forniti dalle imprese, nel periodo 2011-2013, in merito ad apparecchiature di diagnostica per immagini delle strutture pubbliche e private convenzionate - ad essere obsolescenti sono anche il 71,6% delle unita' mobili radiografiche, quasi il 60% dei telecomandati e il 30,7% degli angiografi. "Il sistema sanitario pubblico e privato convenzionato stasubendo un allarmante invecchiamento con possibili riflessi negativi sulla qualita' dell'esame diagnostico e sulle implicazioni per il paziente", spiega Emilio Gianni, presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica. A preoccupare e' anche il peggioramento evidenziato da un raffronto tra la fine del 2011 e la fine del 2013. "Spesso, invece - sottolinea Gianni - adottare una nuova tecnologia significa ridurre i tempi di attesa per analisi e risultati, aumentare la capacita' di diagnosi con notevoli risparmi in termini di ospedalizzazione e per la cura dei pazienti". L'ammodernamento tecnologico rappresenta un fattore di contenimento della spesa soprattutto per il futuro. "La direttiva comunitaria sulla mobilita' sanitaria dei cittadini europei imporra' ai governi - conclude - di farsi carico dei costi per le prestazioni eseguite all'estero, qualora non fossero fruibili in Italia. Per cui la mancanza di tecnologie adeguate nel nostro Paese si tradurrebbe in ulteriori e maggiori costi".(ANSA).

Medici, contro il codice la rivolta degli obiettori

- A neanche una settimana dall'approvazione si annunciano ricorsi contro il nuovo regolamento
- Sotto tiro le modifiche all'articolo che regola e riscrive la clausola di coscienza

ROMA

Il nodo della questione, quello che ha fatto esplodere la reazione dei medici obiettori, sempre di più nei nostri ospedali, sta in poche righe. Quelle che hanno allungato e modificato l'articolo 22 del Codice deontologico dei medici, rinnovato in toto da circa una settimana.

Nell'articolo in questione si disciplina la clausola di coscienza. Nella vecchia versione, che risale al 2006, vi si legge che il medico «al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento». La nuova, invece, è stata integrata nella parte finale prevedendo l'obbligo di fornire informazioni «per consentire la fruizione della prestazione».

In pratica se una donna si rivolge a un medico obiettore con l'intenzione di abortire questo potrà rifiutarsi di farlo ma dovrà indicare la struttura più idonea o vicina dove poter accedere al servizio di interruzione di gravidanza (tutelata dalla legge 194). Che cosa c'è di sbagliato in questa piccola aggiunta? Secondo i medici obiettori, con questa nuova formulazione, si diventa di fatto complici di un'azione che disapprovano per motivi di coscienza. «Siamo contrari a questo documento e sto pensan-

do di fare un ricorso per bloccarlo. Comunque da noi potremmo non applicarlo», fa sapere Roberto Rossi, presidente dell'Ordine di Milano, il secondo più grande d'Italia. Sulla scia dei medici milanesi si sono posizionati gli Ordini di Bologna, Lucca e Massa Carrara, pronti anche loro a ricorrere al Tar pur di non applicare il nuovo Codice. Insofferenze si rilevano anche a Ferrara, Piacenza, Latina e Potenza. «Ho già parlato con gli avvocati di un eventuale ricorso contro il testo approvato alla fine della scorsa settimana - spiega Rossi -. Devo sentire il nostro consiglio in proposito. C'è anche l'idea di non applicare il nuovo codice deontologico ma restare con quello del 2006, o di emendarlo senza considerare gli articoli che ci convincono di meno. La legge ci permette di farlo ed è la stessa idea che hanno i colleghi di Bologna».

Che ci fosse una piccola, o grande seconda delle angolazioni da cui lo si osserva, frattura lo si era capito si dal momento della votazione, lo scorso 18 maggio, all'interno del Consiglio nazionale. Dei 106 ordini votanti, infatti, si sono registrati 10 voti contrari e 2 astenuti. Non era mai successo che il Codice deontologico non venisse votato all'unanimità.

Ma sotto osservazione c'è anche l'articolo 3 dove si sostituisce il termine «eutanasia» con «pratiche per la buona morte». Anche in questo caso il cambiamento lessicale sembrerebbe tarato sul buon senso. Non per Giancarlo Piza, presidente dell'Ordine di Bologna, che ha paventato (perché mai poi...) il

rischio di un'assimilazione alle cure palliative, «mentre dev'essere ben chiaro che l'eutanasia è un'altra cosa», ha detto.

L'attacco è stato respinto però dal presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), Amedeo Bianco, che assicura «azioni di risposta» affermando che «le decisioni prese vanno rispettate». Bianco ha inoltre rilevato come la «fattispecie del ricorso al Tar sia alquanto curiosa» e «non so se ne siano i presupposti». Ad ogni modo, ha concluso, «c'è un filo di amarezza, perché non mi pare che il dibattito portato avanti sul Codice in questi ultimi due anni possa ridursi ai ragionamenti fatti e alle considerazioni imbarazzanti che sono state avanzate».

Va detto che qualche rimostranza è stata avanzata anche su altre nuove regole. Come il rispetto delle modifiche organizzative decise dai Servizi sanitari regionali o dalle aziende: in questo caso come dovrebbe comportarsi un medico se una Asl o un servizio sanitario introducesse una cura che non ha alcun fondamento scientifico ma è sostenuta da una fortissima campagna stampa, come nel caso di Stamina? E poi anche l'obbligo di avere un'assicurazione professionale sta creando più di un malumore. Perché ci sono poche compagnie che ti assicurano e se lo fanno i prezzi non sono proprio modici.

Dunque, si sta preparando una battaglia, politica più che altro, della quale non se ne sentiva necessità. E dagli esiti incerti.

[IL MERCATO]

L'oncologia trascina la sfida delle molecole

IL FARMACO BIOTECH RAPPRESENTA IL MOTORE DELL'INDUSTRIA CON BEN 176 IMPRESE CHE INVESTONO NELLO SVILUPPO DELLE TERAPIE INNOVATIVE

Milano

Anche in Italia, quello del farmaco biotech rappresenta il motore dell'industria biotecnologica, con ben 176 imprese che investono nello sviluppo di molecole e terapie innovative.

Complessivamente, la *pipeline* italiana conta più di 403 prodotti, 108 dei quali in fase preclinica, 46 in Fase I, 126 in Fase II e 123 in Fase III di sviluppo clinico. Se il numero di prodotti in via di sviluppo cresce del 12%, cresce anche il numero delle molecole che hanno raggiunto la Fase II (+18%) e la Fase III (+17%) di sviluppo clinico.

Con riferimento alla loro origine, circa il 54% dei progetti deriva da imprese a capitale estero — in particolare filiali di multinazionali in Italia — e il 46% da imprese a capitale italiano, comprese le farmaceutiche italiane.

Limitando la nostra analisi alla *pipeline* delle sole imprese pure biotech, sono 187 i prodotti in via di sviluppo, 102 dei quali si trovano in fase preclinica (55%), 24 in Fase I (13%), 50 in

Fase II (27%) e 11 in Fase III (6%) di svi-

luppo clinico. A questi vanno aggiunti 67 progetti di ricerca in fase di *discovery*.

Complessivamente, circa il 45% dei progetti della *pipeline* italiana è composto da medicinali biotech o biofarmaci che includono, per definizione, anticorpi monoclonali (26%), proteine ricombinanti (10%) e Terapie Avanzate (9%). La percentuale dei biofarmaci è progressivamente cresciuta dal 36%, nel 2009, al 45% nel 2013, mentre la quota dei prodotti a basso peso molecolare (*small molecule*) si è ridotta dal 45% al 33%. Questi risultati sono ancora più rilevanti se si considera che l'analisi si è limitata a considerare unicamente quei progetti che sono frutto della ricerca italiana.

Ancora una volta, l'oncologia resta l'area terapeutica con il più alto numero di progetti (40%, considerando anche quelli in fase di *discovery*). Tale percentuale riflette il chiaro orientamento delle imprese del farmaco biotech a investire in quei settori della patologia che non trovano ancora oggi risposte terapeutiche adeguate. Oltre che in quella oncologica, la *pipeline* delle imprese italiane include progetti nell'area dell'infiammazione e delle malattie autoimmuni (13%), in ambito neurologico (9%) e in quello delle patologie epatiche ed endocrine (9%).

I livelli di eccellenza scientifica raggiunti dalle imprese del farmaco biotech italiane trovano ulteriore conferma nei settori degli "orphan drug" (Od) e delle "terapie avanzate" (Ta). Dei 47 progetti gestiti dalle 21 imprese attive nel settore delle malattie rare, 10 hanno infatti ottenuto la "orphan drug designation" dall'EmA, 7 dalla Fda e 30 da entrambi gli enti regolatori. Dei suddetti progetti, 15 traggono origine da imprese pure biotech, 3 da farmaceutiche italiane e 29 da filiali di multinazionali con sede in Italia. La più parte di questi progetti sono in fase avanzata di sviluppo clinico (4 in Fase I, 20 in Fase II e 20 in Fase III), mentre 3 sono ancora in fase di preclinica. Per quanto riguarda le Ta, le attività di R&S condotte dalle 18 imprese di cui è stato possibile analizzare la *pipeline*, si focalizzano su terapie allogeniche e autologhe su vettori virale, vaccini a base di Dna, e il numero dei farmaci in via di sviluppo è cresciuto da 32 a 40.

Tra questi, 13 sono prodotti di terapia cellulare, 19 di terapia genica e 7 di medicina rigenerativa. Quattro prodotti, tra l'altro, hanno conseguito la "orphan drug designation". Quanto al loro stadio di sviluppo, 20 progetti sono in fase preclinica, 6 in Fase I, 9 sono in Fase II e 3 in Fase III di sviluppo clinico.

(v.d.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oltre che in quella oncologica, la *pipeline* delle imprese italiane include progetti nell'area dell'infiammazione e delle malattie autoimmuni (13%)



La ricerca Due pazienti trattati al Monzino di Milano

Bypass di cellule staminali nei cuori colpiti da infarto

Cellule staminali per riparare il cuore con alcune novità dopo vari tentativi sperimentati in passato, in particolare in Germania, dai risultati contrastanti. In alcuni casi anche negativi per «incapacità» di controllare lo sviluppo di cellule del cuore.

Adesso gli italiani hanno messo a punto un nuovo metodo che sembra essere efficace. Il 3 aprile, al Monzino di Milano, sono stati trattati un primo paziente e — pochi giorni fa — un secondo, visti i buoni risultati del primo.

Pazienti con scompenso cardiaco, che è poi un cuore molto malfunzionante a causa dei danni subiti da infarti o quant'altro ne uccida parte del tessuto attivo. L'obiettivo degli studiosi è quello di creare una sorta di «bypass naturale», iniettando cellule progenitrici (staminali), prelevate dal sangue midollare dello stesso paziente («autologhe»), nelle zone del cuore dove arriva male l'ossigeno, che sono a rischio anche se ancora vitali.

La novità, rivoluzionaria, adottata al Monzino è nella procedura. Le staminali si fanno arrivare nell'area da rigenerare tramite un catetere, come quelli utilizzati per fare la coronarografia (esame della pervietà delle arterie che portano sangue al cuore) o un'angioplastica (intervento per riaprire o dilatare una coronaria chiusa o semichiusa). Niente tagli chirurgici, nessun trauma per il malato che è già in

condizioni critiche, e iniezioni dirette nel muscolo del cuore.

Il catetere viene inserito in un'arteria e spinto fino al cuore, seguendo lo stesso percorso del sangue circolante. Le staminali sono iniettate nelle zone da riparare da un microago che si trova all'estremità del catetere. Le cellule rigeneratrici vanno così a impregnare l'area sofferente (e solo quella, senza dispersioni).

La tecnica

Le cellule

Le staminali sono cellule in grado di rinnovare-rigenerare-riparare, almeno in parte, il tessuto o l'organo in cui si trovano e svolgono questa funzione di «riserva» in ciascun organo o tessuto

L'effetto riparatore

Gli studiosi dell'ospedale Monzino di Milano hanno creato una sorta di «bypass naturale», iniettando tramite un catetere cellule progenitrici (staminali), prelevate dal sangue midollare dello stesso paziente («autologhe») nelle zone del cuore che sono a rischio anche se ancora vitali. In questo modo si evitano tagli chirurgici

La sperimentazione

La prima applicazione di questo metodo, due mesi fa, ha dato esiti positivi e adesso è stato usato su un secondo paziente

Lo studio è finanziato dal ministero della Salute nell'ambito della ricerca finalizzata. Associato al Monzino, il San Gerardo di Monza per quanto riguarda la preparazione delle staminali. Responsabile della sperimentazione è Giulio Pompilio, cardiocirurgo responsabile dell'unità di ricerca genetica del Monzino. La sua esperienza si basa su un primo studio pilota, iniziato nel 2006 e tramite la via chirurgica, in cui i malati trattati sono stati seguiti per anni con risultati molto incoraggianti.

Ora la novità, con altri pazienti in lista. Rigida la selezione. Non devono avere altre alternative di cura. I controlli si effettuano al Monzino e finora ne è stato selezionato uno ogni dieci valutati. Se passano l'esame, le loro cellule midollari sono prelevate e selezionate tramite sistema Gmp (Good manufacturing practice) nel Laboratorio di terapia cellulare «Stefano Verri» del San Gerardo di Monza.

La verifica degli effetti dell'intervento si valuta a sei mesi dalla sua esecuzione, attraverso controlli clinici e strumentali. Questo il protocollo. Ma già oggi, a circa due mesi dall'intervento, si può dire che le condizioni del primo operato sono buone. Il controllo eco-cardiografico eseguito a un mese dall'intervento ha dimostrato un iniziale miglioramento della funzione cardiaca.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come ti rifaccio un cuore con le cellule staminali ma scatta l'allarme sui bluff

ANCORA IN GRAN PARTE
 SCONOSCIUTE DAL PUBBLICO
 SONO CONSIDERATE
 LO STRUMENTO MIGLIORE IN GRADO
 DI ASSICURARE DECINE
 DI APPLICAZIONI SUL CORPO
 UMANO. TUTTAVIA NEI LABORATORI
 GLI SCIENZIATI SONO PRUDENTI

Christian Benna

Milano

Sono in grado di generare nuove ossa, produrre insulina dalla pelle, riparare il tessuto cardiaco e quello muscolare, ricostruire una cornea. Non passa settimana senza che vengano annunciate nuove — e spesso sensazionali — scoperte scientifiche riguardo le sperimentazioni sulle staminali. Eppure, nonostante il richiamo mediatico (e purtroppo anche di natura giudiziaria, come nel il caso Stamina di Davide Vannoni), queste cellule primitive e non specializzate restano un mistero per la maggior parte dei cittadini. Un italiano su due dichiara di non sapere neppure di cosa si tratti. Appena il 29% dei connazionali dice di averne sentito parlare, mentre l'82% fa confusione tra le embrionali e quelle prelevate dal cordone ombelicale. E per queste ultime non è ancora chiara la distinzione tra donazione (permessa in Italia) e conservazione (a uso personale, in banche del cordone all'estero).

La fotografia in chiaro scuro della conoscenza nazionale delle cellule staminali arriva da un sondaggio Ispo per Assobiotec (associazione per lo sviluppo delle biotecnologie che fa parte di Federchimica) realizzato su un campione rappresentativo di 600 individui dell'universo dei 20-44enni italiani. «Gli italiani — spiega Renato Mannheimer, coordinatore dell'indagine — non conoscono la distinzione tra cellule staminali neonatali ed embrionali. Le informazioni possedute, quindi, non permettono loro di distinguere con chiarezza tra le diverse fonti di cellule staminali, lasciando in-

tendere che anche i risvolti di tipo etico, spesso protagonisti del dibattito pubblico, difficilmente possono essere correttamente compresi».

Per il vice presidente di Assobiotec, Riccardo Palmisano «c'è assoluta necessità di una maggiore cultura scientifica relativa alle staminali e alle biotecnologie, e alle molteplici possibilità che esse aprono per la tutela della salute e l'evoluzione sociale». Non è un caso che oggi in Italia «il 97% dei cordoni ombelicali venga gettato, trattato come rifiuto biologico. Per questo l'industria rappresentata da Assobiotec è pronta a fare la propria parte. Ma serve soprattutto un chiaro e preciso impegno da parte delle istituzioni pubbliche». Perciò Assobiotec chiede «un tavolo tecnico, a cui siedano pubblico e privato, che produca un documento condiviso con poche e corrette informazioni per rendere consapevole e alfabetizzare la popolazione alle staminali, alla loro rilevanza e al loro utilizzo. L'Italia non può rimanere anche in questo campo il fanalino di coda dell'innovazione in Europa». Attorno alle staminali, in Italia, e in particolare a quelle prelevate dal cordone ombelicale, si assiste a un lungo braccio di ferro tra sostenitori della donazione e quelli della conservazione.

Nel nostro paese ci sono 18 banche pubbliche dove è possibile donare il cordone ombelicale del neonato, le cui cellule staminali sono utilizzate per la cura di alcune malattie. In vent'anni di vita queste banche hanno accolto 25 mila donazioni, servite poi per circa 470 trapianti. Numeri ancora esigui, e oggetto spesso di critiche, soprattutto se comparati a quelli delle banche private all'estero (San Marino ospita 70 mila campioni) dove le famiglie possono scegliere di conservare le cellule cordonali, come in una sorta di assicurazione sul futuro dei propri figli.

In mezzo al dibattito, che si misura a colpi di studi scientifici e anche di lobbying sulle normative, il mondo della medicina rigenerativa a partire dalla staminali continua a fare passi da gigante

nelle ricerche. Queste cellule sono in grado di trasformarsi in altri tipi di cellule e si distinguono sia per potenzialità di differenziarsi che per l'origine: mesenchimali (midollo osseo), ematopoietiche (sangue), embrionali (sulle quali è vietata la ricerca).

In Italia ci sono 13 centri di ricerca autorizzati dall'Aifa, sia pubbliche che private, vere e proprie *cell stem factory* che producono terapie basate sull'uso di cellule staminali, come quelli dell'epidermide per il trapianto di pelle a quelle del sangue per la lotta alla leucemia. In questo campo, tuttavia, è bene muoversi con i piedi di piombo, come ha dimostrato il clamore suscitato dal caso Stamina che prometteva cure miracolose o i sempre più frequenti viaggi della speranza in paesi extraeuropei dove la normativa sulle terapie è molto elastica. Se tutti sono concordi nel dire che lo studio sulle staminali sia ormai diventato l'ultima frontiera della scienza, spalancando le porte alla medicina rigenerativa, con tessuti che si riparano da sé, in laboratorio non mancano gli eccessi di entusiasmo se non di vere e proprie frodi scientifiche.

Una ricerca compiuta dal British Medical Journal ha dimostrato che ci sono troppi falsi positivi nei test condotti sull'uomo con le cellule staminali. L'algoritmo utilizzato ha analizzato 133 articoli relativi a 49 sperimentazioni cliniche su malattie del cuore trattate con cellule staminali prelevate dal midollo osseo (mesenchimali), individuando oltre 600 discrepanze. «C'è una logica commerciale — ha commentato il direttore del Laboratorio cellule staminali dell'università Sapienza di Roma, Paolo Bianco — a incoraggiare molte delle sperimentazioni cliniche basate sulle cellule staminali prelevate dal midollo osseo. E c'è un eccesso di trial clinici irrazionali e scientificamente infondati che utilizzano cellule staminali, mesenchimali e non, per scopi totalmente implausibili sul piano medico e biologico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MALATTIE MENTALI RIDUCONO VITA PIU' DEL FUMO

(AGI) - Londra, 26 mag. - Le malattie mentali hanno un impatto negativo sulle aspettative di vita maggiore del fumo, secondo un nuovo studio dell'Universita' di Oxford pubblicato sulla rivista World Psychiatry. In presenza di gravi disturbi psichiatrici la longevita' si riduce di dieci-venti anni, perdita peggiore a quella che subiscono i forti fumatori. Nonostante questo, avverte la ricerca, la salute mentale non ottiene la stessa attenzione da parte di ricercatori, istituzioni, medici e media delle sigarette per prevenire le morti premature. Lo studio ha analizzato un campione di piu' di 1,7 milioni di persone e oltre duecentocinquantamila decessi. La riduzione media dell'aspettativa di vita tra gli individui con disturbo bipolare e' pari a venti anni, 10-20 per gli schizofrenici, 9-24 per dipendenti da alcol e droghe e intorno ai 7-11 anni per i depressi. La perdita di anni di vita e' tra gli otto e i dieci anni per i forti fumatori. .



SALUTE

Bellezza: con crisi ritocchi più 'soft', -30% chirurgia +15% medicina estetica

E' il bilancio tracciato in occasione del XXXV Congresso nazionale della Società italiana di medicina estetica (Sime) che si apre oggi a Roma.

Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma Pochi soldi in tasca, ma anche desiderio di avere un risultato naturale, e il ritocco estetico diventa più 'soft': la crisi economica ha infatti intaccato la chirurgia, ma quasi per niente la medicina estetica, dato che gli interventi più 'pesanti' si sono ridotti del 30%, mentre quelli più leggeri non ne ha praticamente risentito, anzi sono aumentati di circa il 15% negli ultimi 3 anni. E' il bilancio tracciato in occasione del XXXV Congresso nazionale della Società italiana di medicina estetica (Sime) che si apre oggi a Roma. "Ciò significa che, al di là del valore economico e delle prestazioni - dice Emanuele Bartoletti, presidente del congresso - i pazienti riconoscono alla medicina estetica un ruolo importante e alternativo alla chirurgia; la spesa inoltre è minore e i risultati più 'naturali'. Il medico estetico preparato è quello che conosce tutti i trattamenti, che sa prevenire le complicanze, ma che sa soprattutto riconoscerle. Se fa solo acido ialuronico o tossina botulinica non fa medicina estetica, 'gonfia' la gente e basta. La naturalezza del risultato è, ormai, un must consolidato ma ancora purtroppo non universale". Importante dunque rivolgersi sempre a professionisti qualificati: "La serietà della nostra società scientifica - evidenzia Bartoletti - si evince dai risultati di un recente sondaggio sugli eventi avversi in medicina estetica, effettuato dal Collegio della società scientifica e che ha coinvolto 400 medici. Ne emerge che la percentuale di presunte complicanze per le quali i pazienti decidono di portare in giudizio il medico estetico della Sime è bassissima, rispetto a quanto ci si potrebbe aspettare: solo 4 o 5 medici, di cui 2 o 3 poi condannati".

Mangiare pomodori fa puzzare

Una dieta ricca di frutti dell'orto come il pomodoro, se da una parte è buona per la salute, dall'altra pare lo sia meno per l'odore emesso dal proprio corpo e, in particolare, le ascelle. Mangiare molti pomodori, infatti, sembra porti a emettere un cattivo odore, indipendentemente dall'igiene personale o una predisposizione genetica



Il rosso frutto dell'orto, il pomodoro, è non solo buono da mangiare ma anche buono con la salute. I pomodori, infatti, sono un alimento sano e ricco di sostanze benefiche per l'organismo come, per esempio, gli antiossidanti – che proteggono dall'invecchiamento, l'ossidazione e molte malattie. Come però spesso accade, c'è il rovescio della medaglia: se dunque i pomodori fanno bene alla salute, **non farebbero altrettanto all'odore corporeo**, in particolare quello emesso dalle ascelle. Secondo uno studio britannico, infatti, mangiare abbondanti porzioni di pomodoro farebbe emettere un cattivo odore – indipendentemente dall'igiene personale o fattori genetici.

La decisione di condurre lo studio che ha mostrato come mangiar pomodori può far puzzare è nata, come già accaduto in molti casi, da un'esperienza personale. Il dott. Charles Stewart, infatti, soffriva dal 2007 di un problema di odore del corpo. Problema che era diventato piuttosto ingombrante, dato che **ogni volta che entrava in una stanza i suoi colleghi si affrettavano ad aprire le finestre**. In prima battuta, il dott. Stewart ha dato la colpa al gran caldo che affliggeva la Gran Bretagna in quell'estate, ma poi iniziò ad avere dei dubbi.

Divenne allora consapevole che il problema era l'odore emesso dal suo corpo. Ma, nonostante l'uso di generose quantità di sapone, non riusciva a controllarlo.

La scoperta che gli steli della pianta di pomodoro sono **ricchi di una sostanza che ricorda l'odore di sudore**, fece rendere conto al dott. Stewart che forse il problema era proprio quello. Riducendo così l'assunzione di pomodori, il medico scoprì, con sua somma sorpresa e sollievo, che il cattivo odore se n'era andato.

Dietro al mistero della puzza, le ricerche del dottor Stewart hanno rivelato che vi era l'olio presente nei gambi dei pomodori, il quale contiene delle sostanze chiamate "terpeni". Una volta entrate nell'organismo attraverso l'alimentazione, queste sono scisse dagli enzimi presenti nel nostro corpo. Come risultato, vengono prodotte sostanze chimiche che reagiscono con il noto antiossidante presente nei pomodori, il licopene, che, a sua volta, **ha portato alla produzione dei maleodoranti effluvi**

emessi dal corpo.

Il dottor Stewart fa notare a tutti gli estimatori dei pomodori, che l'effetto puzza dei pomodori, anche se mangiati pomodori una sola volta, dura ben una settimana.

«E' davvero sorprendente che l'odore possa durare così a lungo, dopo un pasto. Questo però significa che le persone che mangiano pomodori e derivati del pomodoro corrono sempre il rischio di puzzare quando sudano», conclude Stewart.

Se quindi ci capita di sentire che il nostro odore non è dei più buoni, cerchiamo allora di ripensare a cosa abbiamo mangiato negli ultimi sette giorni.

<http://www.lastampa.it/2014/05/26/scienza/benessere/alimentazione/mangiare-pomodori-fa-puzzare-NEZPPPa2apXvtJQ0hKErDJ/pagina.html>

La ricerca Due pazienti trattati al Monzino di Milano

Bypass di cellule staminali nei cuori colpiti da infarto

Cellule staminali per riparare il cuore con alcune novità dopo vari tentativi sperimentati in passato, in particolare in Germania, dai risultati contrastanti. In alcuni casi anche negativi per «incapacità» di controllare lo sviluppo di cellule del cuore.

Adesso gli italiani hanno messo a punto un nuovo metodo che sembra essere efficace. Il 3 aprile, al Monzino di Milano, sono stati trattati un primo paziente e — pochi giorni fa — un secondo, visti i buoni risultati del primo.

Pazienti con scompenso cardiaco, che è poi un cuore molto malfunzionante a causa dei danni subiti da infarti o quant'altro ne uccida parte del tessuto attivo. L'obiettivo degli studiosi è quello di creare una sorta di «bypass naturale», iniettando cellule progenitrici (staminali), prelevate dal sangue midollare dello stesso paziente («autologhe»), nelle zone del cuore dove arriva male l'ossigeno, che sono a rischio anche se ancora vitali.

La novità, rivoluzionaria, adottata al Monzino è nella procedura. Le staminali si fanno arrivare nell'area da rigenerare tramite un catetere, come quelli utilizzati per fare la coronarografia (esame della pervietà delle arterie che portano sangue al cuore) o un'angioplastica (intervento per riaprire o dilatare una coronaria chiusa o semichiusa). Niente tagli chirurgici, nessun trauma per il malato che è già in condizioni critiche, e iniezioni dirette nel muscolo del cuore.

Il catetere viene inserito in un'arteria e spinto fino al cuore, seguendo lo stesso percorso del sangue circolante. Le staminali sono iniettate nelle zone da riparare da un microago che si trova all'estremità del catetere. Le cellule rigeneratrici

vanno così a impregnare l'area sofferente (e solo quella, senza dispersioni).

Lo studio è finanziato dal ministero della Salute nell'ambito della ricerca finalizzata. Associato al Monzino, il San Gerardo di Monza per quanto riguarda la preparazione delle staminali. Responsabile della sperimentazione è Giulio Pompilio, cardiocirurgo responsabile dell'unità di ricerca genetica del Monzino. La sua esperienza si basa su un primo studio pilota, iniziato nel 2006 e tramite la via chirurgica, in cui i malati trattati sono stati seguiti per anni con risultati molto incoraggianti.

Ora la novità, con altri pazienti in lista. Rigida la selezione. Non devono avere altre alternative di cura. I controlli si effettuano al Monzino e finora ne è stato selezionato uno ogni dieci valutati. Se passano l'esame, le loro cellule midollari sono prelevate e selezionate tramite sistema Gmp (Good manufacturing practice) nel Laboratorio di terapia cellulare «Stefano Verri» del San Gerardo di Monza.

La verifica degli effetti dell'intervento si valuta a sei mesi dalla sua esecuzione, attraverso controlli clinici e strumentali. Questo il protocollo. Ma già oggi, a circa due mesi dall'intervento, si può dire che le condizioni del primo operato sono buone. Il controllo eco-cardiografico eseguito a un mese dall'intervento ha dimostrato un iniziale miglioramento della funzione cardiaca.

Mario Pappagallo

La tecnica

Le cellule

Le staminali sono cellule in grado di rinnovare-rigenerare-riparare, almeno in parte, il tessuto o l'organo in cui si trovano e svolgono questa funzione di «riserva» in ciascun organo o tessuto

L'effetto riparatore

Gli studiosi dell'ospedale Monzino di Milano hanno creato una sorta di «bypass naturale», iniettando tramite un catetere cellule progenitrici (staminali), prelevate dal sangue midollare dello stesso paziente («autologhe») nelle zone del cuore che sono a rischio anche se ancora vitali. In questo modo si evitano tagli chirurgici

La sperimentazione

La prima applicazione di questo metodo, due mesi fa, ha dato esiti positivi e adesso è stato usato su un secondo paziente

The inset image shows a newspaper clipping with a headline: "Il risulato Bettocchi per avere il nuovo «Stocchia Hotel»". Below it, there is a large advertisement for solar panels with the text "OFFERTA SOLARI -50% SUI SECONDI SOLARET" and the logo "Dimplex".