

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 21 FEBBRAIO 2013

Lo sciopero dei ginecologi e le risposte dei partiti

Ecco come quasi tutti i partiti che si presenteranno al voto domenica e lunedì prossimi hanno "interpretato" le nostre richieste per una nuova normativa sulla responsabilità professionale. Dopo le elezioni saremo pronti a collaborare a tutti i progetti che consentiranno di ottenere la sicurezza dei punti nascita

La FESMED ha promosso insieme ad AOGOI, SIGO, AGUI, AGITE, SIEOG e AIO la protesta culminata nello sciopero del 12 febbraio, che ha visto l'adesione compatta dei medici dipendenti del SSN che operano nei punti nascita, nei consultori familiari e negli ambulatori ostetrici del territorio, nonché delle ostetriche.

A distanza di circa dieci giorni dallo sciopero, possiamo constatare che diversi partiti hanno inserito nei loro programmi elettorali delle scelte di indirizzo, che vanno nella direzione da noi richiesta:

- la messa in sicurezza dei punti nascita in tutto il territorio nazionale;
- il problema del contenzioso medico-legale in campo sanitario.

In particolare, abbiamo apprezzato le seguenti linee programmatiche:

1) Gli operatori della sanità devono veder riconosciuto, al pari della funzione sociale di promozione della salute per il bene dell'individuo e delle comunità, anche il rischio a ciò connesso che deve essere assunto dalla collettività in modo equo e giusto. Ciò porterà all'abbattimento delle pratiche di "medicina difensiva" che costano oltre 10 miliardi di euro ogni anno al SSN. (Scelta civica)

2) Rivoluzionare la sanità vuol dire, anche ridurre la medicina difensiva. "Per abbattere questa enorme spesa, valutata complessivamente intorno ai 14 miliardi di euro, bisogna rendere obbligatoria – e necessariamente a prezzi calmierati tramite intervento governativo – l'assicurazione dei medici e delle strutture sanitarie, per eventuali danni provocati al paziente. In tale modo si può garantire a quest'ultimo la certezza di esser risarcito se ha subito un torto e, contemporaneamente, si rendono i medici più sereni nello svolgere la loro professione". (Rivoluzione Civile)

3) Servono linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici scientificamente validi e verificati dalle società scientifiche.

Deve anche essere finalmente introdotta una legge sul rischio clinico che imponga l'introduzione di strumenti per la prevenzione degli eventi avversi ed il loro monitoraggio e riveda i meccanismi di assicurazione, al fine di garantire la copertura a tutti i professionisti del SSN e al contempo ne riduca i costi.

Il PD, consapevole del profondo disagio dei professionisti, intende orientare le sue politiche secondo alcune direttrici di intervento:

- le quattro A: assicurazione, autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali (questi ultimi per le strutture private), con la prima che diventa condizione necessaria e imprescindibile per le altre tre, costituendo, quindi, un obbligo. La tutela, comunque configurata, deve valere per tutto l'arco temporale in cui può essere esercitata un'azione risarcitoria (10 anni in civile);
- migliorare la sicurezza delle cure: attuando in ogni struttura funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio, lavorando sull'appropriatezza (le buone pratiche sulla base di linee guida accreditate), sviluppando procedure confidenziali di emersione e valutazione degli errori, incrementando politiche di formazione;

- attivare sistemi misti, risarcitori e indennitari, in maniera da tutelare le persone danneggiate, indipendentemente dal riconoscimento o meno di una responsabilità individuabile (no fault);
- creare un fondo per i grandissimi rischi e per le insolvenze, introducendo il concetto della responsabilità oggettiva delle strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private
- dare piena e pronta attuazione al fondo di solidarietà per le categorie professionali più esposte al fine di contenere i premi assicurativi,
- mettere a punto tabelle univoche per la valutazione del danno, allo scopo di uniformare, secondo equità e giustizia, l'ammontare delle liquidazioni. (Partito democratico)

4) Il partito è favorevole all'obbligo di assicurazione per professionisti e strutture sanitarie. (on. Lucio Barani, Partito della libertà)

5) Proseguire nell'evoluzione dei consultori familiari in centri per la famiglia, quali luoghi che garantiscano la presa in carico globale della persona, della famiglia e delle donne non solo durante la gravidanza, ma anche dopo il parto. (Maroni Presidente)

Dopo le elezioni e la formazione del nuovo Governo saremo pronti a collaborare a tutti i progetti che consentiranno di ottenere la sicurezza dei punti nascita in tutto il territorio nazionale ed ai programmi che avranno l'obiettivo di riportare a livelli accettabili il problema del contenzioso medico-legale in campo sanitario, garantendo sempre la tutela ai cittadini realmente vittime di errori sanitari, nell'interesse del SSN e nel rispetto della professione medica.

Dr. Carmine Gigli
Presidente FESMED

Bioetica La condizione della Conferenza episcopale: deve essere antifecondazione, non abortiva

Pillola del giorno dopo se c'è stupro

La decisione dei vescovi tedeschi

Autorizzata la somministrazione nelle cliniche cattoliche

ROMA — La chiesa cattolica della Germania non ha avuto dubbi: ha detto sì alla pillola del giorno dopo, in seguito a una violenza, a uno stupro. Alla Conferenza episcopale tedesca sono bastate poche settimane per reagire all'atteggiamento di chiusura tenuto da due ospedali cattolici di Colonia. E hanno decretato: in caso di stupro si può somministrare la pillola del giorno dopo, l'importante è che sia una pillola che eviti la fecondazione e non già una pillola in grado di provocare l'aborto.

Tutto parte da un episodio avvenuto a Colonia. Una ragazza, accompagnata dalla madre, aveva cercato aiuto negli ospedali della città renana: era stata violentata, chiedeva ai medici di poter avere una pillola del giorno dopo. La donna ha bussato a

due ospedali, tutti e due cattolici. Tutti e due ugualmente determinati: la pillola del giorno dopo è in contrasto con l'insegnamento della Chiesa. Niente da fare. La ragazza è dovuta tornare a casa.

I vescovi tedeschi hanno ribaltato l'affermazione dei medici sulla pillola del giorno dopo. Riuniti a Treviri, nell'incontro di primavera, hanno raccolto le raccomandazioni dell'arcivescovo di Colonia, il cardinale Joachim Meisner, che dopo l'episodio raccontato dalla ragazza aveva già preso la sua decisione. Certo, con tutti i distinguo del caso. «Le cure a una donna violentata possono includere medicinali che abbiano un effetto preventivo e non abortivo», ha specificato infatti l'arcivescovo Roberto Zollitsch. E ha aggiunto: «Non possono

essere usati metodi farmaceutici o medici che inducano la morte dell'embrione». Tante raccomandazioni. Ma alla ragazza di Colonia la pillola del giorno dopo, alla fine, è stata somministrata.

«Hanno avuto un po' di coraggio i vescovi tedeschi, ci voleva», commenta don Vinicio Albanesi, presidente della comunità di Capodarco. E aggiunge: «Anche le chiese ortodosse si sono spinte verso una religione di stampo umano quando hanno deciso di concedere l'uso del preservativo per difendersi da una malattia aggressiva come l'Aids. Sono atti di umanità, che sarebbero auspicabili anche qui in Italia, sebbene i nostri vescovi siano molto più prudenti del necessario essendo, come sono, tanto vicini al papato».

Pure don Gino Rigoldi,

presidente della Comunità Nuova, plaude alla decisione della diocesi tedesca: «Una donna che è stata stuprata ha tutto il diritto di non rimanere incinta. Di non aggiungere danni ai danni, alla violenza. È una tutela per la donna e anche per il bambino, mi sembra evidente».

Sia don Rigoldi sia don Albanesi, ovviamente, sono molto attenti al distinguo che è stato fatto dalla Conferenza episcopale tedesca. «La non fecondazione dell'ovulo è cosa ben diversa dal procurare un aborto. Capisco che la differenza possa apparire sottile, ma è invece molto importante dal punto di vista teorico ed etico. Anche il Vaticano si era espresso in tal senso quando ci furono i casi delle suore violentate in Jugoslavia».

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici

I medici si erano giustificati rifacendosi all'insegnamento della Chiesa in materia



Come funziona

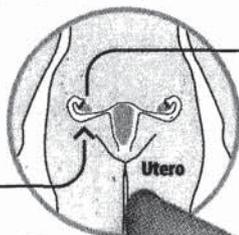


La **pillola del giorno dopo** è un contraccettivo di emergenza, non una pillola abortiva come la Ru 486 che invece è usata in alternativa all'aborto chirurgico

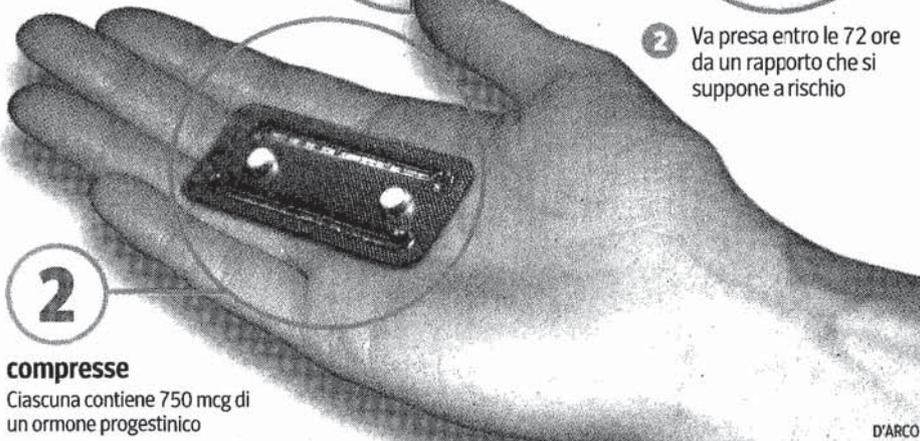


La **Chiesa cattolica tedesca** ha deciso di permetterne l'uso per le donne vittime di stupro. Gli ospedali cattolici potranno ora assicurare adeguata cura psicologica e medica alle vittime di stupro, compresa la somministrazione di pillole che evitino la gravidanza senza indurre l'aborto

1 Impedisce l'annidamento nella parete dell'utero dell'ovulo fecondato oppure blocca l'ovulazione



2 Va presa entro le 72 ore da un rapporto che si suppone a rischio



2

compresse
Ciascuna contiene 750 mcg di un ormone progestinico

D'ARCO

Le ragazze, soprattutto giovanissime, usano la pillola del giorno dopo come contraccettivo

Chi prende la pillola*

■ 2 - 6 ragazze al giorno Durante la settimana

■ 15 - 18 Nei weekend

* proiezione clinica Mangiagalli

■ Età media 15-20 anni

Una ragazza su sei ha rapporti sessuali già a 14 anni



BREVETTI SCADUTI, RICERCA AZZERATA: LA TERZA ETÀ DEI FARMACI

A ANNI LE AZIENDE NON CREANO NUOVE MOLECOLE PUNTANDO SOLTANTO SUL MARKETING. MA ADESSO PER MOLTE È IL MOMENTO DELLA SCELTA: CAMBIARE O CHIUDERE. IL FUTURO? SI CHIAMA BIOTECNOLOGIE

di MICHELE BOCCI

ROMA. Meno ricerca e più marketing. Ecco il presente dei nostri medicinali. Che, dagli scaffali delle farmacia, offrono uno spettacolo datato: oltre la metà, inventati più di 15 anni fa, hanno il brevetto scaduto. E questo perché l'industria non fa più ricerca e non crea più le molecole classiche, i cosiddetti *blockbuster*, venduti in milioni di confezioni per curare i problemi di salute più diffusi. Piuttosto si lavora sul marketing per dare una «rinfrescata» a prodotti datati, sfornando nuove confezioni, cambiando i dosaggi e pure i nomi. Ma la frontiera della ricerca è altrove, nelle biotecnologie, nella battaglia alle patologie rare e nella sempre più forte personalizzazione delle cure. I dati del rapporto **Osmed dell'Aifa**, l'agenzia italiana del farmaco, sono chiarissimi. Nel 2012 più della metà delle dosi usate ogni giorno dagli italiani, il 55,3 per cento, sono state di farmaci con il brevetto scaduto, per una spesa che raggiunge il 38,4 per cento del totale di quella sostenuta dallo Stato per la farmaceutica. Nel 2011, invece, i numeri si fermavano a 45,1 per cento e 32 per cento. Ecco la spiegazione. «Non vengono inventate più molecole classiche» dice il direttore generale di **Aifa**, Luca Pani. «Tutte le malattie più comuni sono coperte da uno o più farmaci. E se le cose vanno avanti così tra dieci anni la stragrande maggioranza dei medicinali venduti in farmacia non avranno brevetto».

Nel 2012 l'Agenzia del farmaco, tra centinaia di prodotti autorizzati al commercio ne ha riconosciuti solo due ad alto contenuto innovativo (nel 2011, erano quattro più altri 17 a «innovatività terapeutica potenziale», ovvero farmaci ancora in attesa di dimostrare la loro potenziale novità terapeutica).

«Ma le cose stanno cambiando: negli Usa la Food and drug administration ha approvato 37 molecole nuove, un numero record» spiega Pani. «Si tratta per lo più di farmaci oncologici o per malattie rare e non dei vecchi *blockbuster*». Così un modello industriale sta cambiando e le case farmaceutiche sono a un bivio: chi vuole andare avanti deve investire nella nuova ricerca.

«Le multinazionali hanno soppresso i centri di ricerca più grandi, si sono messe a lavorare in *outsourcing* con piccole aziende di biotecnologie. In certi casi se le sono comprate». Cambiano le reti di marketing, in moltissimi, primi tra tutti gli informatori, perdono il lavoro. Tra le industrie più lungimiranti ci sono Roche, Novartis e Sanofi-Aventis. «Sono questi i nomi di chi in oggi spinge sull'innovazione. Nel nostro paese ci sono molte piccole aziende che lavorano bene nel settore biotecnologico, penso ad esempio alla Newron di Milano. Il punto è che oggi è molto più avanti chi ha capito 10 anni fa che il vento cambiava ed ha iniziato a investire nello studio sui nuovi farmaci». E che ha capito che, da solo, il marketing non basta.



NELLA FOTO GRANDE, FARMACI SUGLI SCAFFALI DI UNA FARMACIA SOPRA LUCA PANI, DIRETTORE DELL'AIFA



I FARMACI AD ALTO CONTENUTO INNOVATIVO, RICONOSCIUTI DALL'AGENZIA DEL FARMACO



DELLE DOSI USATE OGNI GIORNO DAGLI ITALIANI SONO DI FARMACI CON IL BREVETTO SCADUTO. NEL 2011 ERA IL 45,1%



NEGLI USA LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION HA APPROVATO 37 NUOVE MOLECOLE

Una Sanità davvero per tutti

CECILIA GUERRA

IL MERITO PIÙ IMPORTANTE DEL NOSTRO SISTEMA SANITARIO NAZIONALE È QUELLO DI ESSERE UNIVERSALE. Si propone, cioè, di dare risposta alle domande fondamentali di salute di tutti i cittadini, senza alcuna distinzione, come previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

La scelta a favore di un sistema universale ha avuto importanti riflessi sulle modalità di finanziamento: dai contributi sanitari, pagati dai soli cittadini assicurati, alla fiscalità generale.

In questo sistema, la compartecipazione richiesta ai cittadini, sotto forma di ticket, ha avuto, principalmente, la finalità di contenere la domanda di prestazioni, agendo come remora al consumo eccessivo, in particolare, di farmaci. E anche sotto questo profilo si sono rivelati più efficaci altri strumenti, quali il monitoraggio e l'orientamento, secondo linee guida, delle prescrizioni mediche.

Con la manovra del governo Berlusconi del luglio 2011, che ha da subito aumentato quelli sulle prestazioni specialistiche, si è invece accentuato il ruolo dei ticket come fonte di finanziamento della sanità pubblica. Già oggi contano per circa 4 miliardi e sono destinati ad aumentare, a partire dal gennaio 2014, sempre in base alla manovra del luglio 2011, di ulteriori 2 miliardi. Un peso e una dinamica così forte dei ticket si traduce in una riduzione dei livelli di assistenza garantiti dal settore pubblico, già messi a dura prova dai tagli di spesa operati dagli ultimi governi.

I ticket sulla specialistica contro cui si è espresso Pier Luigi Bersani ammontano oggi a più di 800 milioni di euro. Oltre a essere iniqui, sono particolarmente inefficienti.

Sono iniqui, perché aumentano il prezzo delle prestazioni specialistiche, riducendo così la possibilità di accedervi da parte delle persone con meno mezzi.

Sono iniqui anche perché sono una odiosa tassa sulla malattia. Li pagano infatti solo i malati, mentre è tipico del finanziamento che si basa sulla fiscalità generale chiamare tutti i cittadini a

concorrere a una assicurazione sociale nei confronti del rischio malattia, in cui si paga in proporzione alla propria capacità contributiva e si riceve in relazione al proprio bisogno di salute.

Sono inefficienti perché gravano sulle prestazioni specialistiche offerte dal servizio pubblico, e riducono quindi il costo relativo del ricorso a prestazioni private. Spingono quindi chi se lo può permettere a fuggire dal sistema pubblico.

In questo modo, non danno le entrate che ci si aspetterebbe e foraggiano invece la sanità privata in settori quali la specialistica ambulatoriale in cui le aspettative di profitto dei produttori privati sono particolarmente elevate. Allo stesso tempo, poiché lo spostamento verso i privati interessa più diffusamente le prestazioni meno costose, non si accompagnano neppure a una significativa diminuzione della spesa pubblica.

Ma la storia ci insegna che fare fuggire dai servizi pubblici i ceti medi e medio alti porta con sé i rischi del welfare residuale: il servizio pubblico, quando non è offerto all'intera cittadinanza ma solo ai segmenti più bisognosi della popolazione, presto degrada, si formano liste di attesa, peggiora la qualità del servizio.

Allo stesso tempo, per la società nel suo complesso, non si ha alcun guadagno di efficienza nel passaggio ai servizi privati, in cui la domanda non viene sottoposta a controllo: la logica del profitto non spinge certo alla ricerca dei percorsi terapeutici più appropriati. E i costi aumentano.

Abolire i ticket sulla specialistica è quindi una scelta giusta, che non esime, anzi esige, che si continui ad agire con estremo rigore sul contenimento delle inefficienze del sistema pubblico, investendo sulla prevenzione, valorizzando la sanità territoriale, ponendo sempre più attenzione alla appropriatezza. E non esime neppure dall'interrogarsi su come debba essere migliorata la struttura dei ticket che resteranno, rivedendo i criteri di esenzione, e ancorando la verifica della condizione economica a uno strumento, come l'Isee, molto più attendibile e adeguato rispetto al reddito.

La storia ci insegna che far fuggire i ceti medi dai servizi pubblici porta a un welfare residuale

Resta l'esigenza di agire con estremo rigore contro gli sprechi del sistema sanitario

Strumenti iniqui e inefficienti che favoriscono i privati

MEDICI

**Potenziata
l'attività
intra muraria**

Al via la rete per l'attività intramuraria. Il ministro della salute, Renato Balduzzi, ha firmato ieri il decreto con il quale vengono definite le modalità tecniche per la realizzazione della in-

frastruttura di rete per il supporto all'organizzazione delle attività libero professionale intramuraria. Il decreto, sul quale la Conferenza stato-regioni ha sancito l'intesa e l'Autorità garante per la protezione dei dati personali ha espresso parere favorevole, prevede la predisposizione e l'attivazione, entro il 31 marzo 2013, da parte delle regioni e delle province autonome o, su disposizione regionale, del competente ente o azienda del Servizio sanitario

nazionale, di una infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria. La disposizione regionale deve precisare le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista e prevedere, utilizzando esclusivamente la predetta infrastruttura, l'espletamento del servizio di prenotazione, l'insediamento obbligatorio

e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni e agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico. L'infrastruttura di rete per il collegamento in voce è realizzata fornendo al professionista accesso telefonico al sistema Cup (Centro unico di prenotazione) ove esistente o ad altro sistema dell'azienda sanitaria per le prenotazioni.



Renato Balduzzi



Ignazio Marino **Questioni di vita**

Teniamoci stretta la sanità pubblica



È una risorsa preziosa. A cui non si deve rinunciare. Pensiamoci bene anche in queste ore. Sapendo che la destra vorrebbe solo privati e assicurazioni. E i tecnici hanno in mente tagli lineari e franchigie. Cioè altre tasse

Pochi giorni fa sono entrato in una rianimazione dove era ricoverato un bambino con un'infezione polmonare gravissima. La sua vita era in pericolo ma, grazie alla bravura di chi lo ha assistito e a una tecnologia davvero straordinaria, è stato possibile curarlo con un macchinario che sostituisce le funzioni dei polmoni quando non basta più nemmeno il respiratore automatico. Quel bambino si è salvato grazie a competenze e strumenti che solo il servizio sanitario pubblico può mettere a disposizione; nessun privato potrebbe, infatti, mettere in campo un tale spiegamento di forze per un unico paziente. Ma la vita non ha prezzo e vale la pena rifletterci bene quando ci arrabbiamo per la malasana, gli sprechi, le inefficienze, gli imbrogli e la corruzione. La sanità pubblica è una grandissima risorsa, ricordiamolo in questi giorni, scegliendo con il voto chi governerà l'Italia nei prossimi anni.

CERTO I PROBLEMI ESISTONO e vanno affrontati ma non è ricorrendo al privato e alle assicurazioni che si può garantire una migliore tutela della salute, come fa credere la destra berlusconiana. E non è nemmeno abbattendo la mannaia dei tagli lineari sui budget degli ospedali e sui posti letto che si correggono le disfunzioni di un sistema complesso, come invece propone il governo dei tecnici. Quegli stessi tecnici che parlano di introdurre le franchigie, ovvero un'ulteriore tassa sulla malattia e sulle prestazioni sanitarie, quando siamo arrivati a una pressione fiscale che ha superato il 45 per cento. Sinceramente consiglio a chi si assumerà la responsabilità di governare, di iniziare ad aggiustare le storture macroscopiche prima di immaginare nuove tasse. Si può fare. Per prima cosa cancellando i 790 milioni di euro che il servizio sanitario paga in consulenze esterne e che, nella maggior parte dei casi, non sono necessarie. Una somma più o meno equivalente al ticket sulle visite specialistiche che potrebbe dunque essere eliminato. In secondo luogo serve rendere operative in tutte le regioni le centrali uniche per l'ac-

quisto di beni e servizi, con la pubblicazione su Internet del prezzo dei dispositivi medici. Il divario tra una regione e l'altra, tra un'Asl e l'altra si ridurrebbe automaticamente perché non è ammissibile che per uno stent coronarico il costo vari da 150 euro a 699, con uno scarto del 346 per cento. E siccome non può essere solo il prezzo minore a guidare le scelte, si coinvolgano le società scientifiche e i medici, in qualità di esperti e garanti del materiale da acquistare.

LA TERZA MISURA riguarda la durata delle degenze che deve attenersi strettamente alle linee guida indicate dall'esperienza scientifica internazionale per ogni patologia, in modo da ridurre i ricoveri inutili o prolungati, se non addirittura dannosi, che sottraggono al bilancio della sanità un miliardo di euro l'anno. Allo stesso tempo va messo sotto controllo il ricorso eccessivo agli esami diagnostici. In Italia abbiamo 22,4 apparecchi per risonanza magnetica ogni milione di abitanti mentre la media europea è di 8,4. Evidentemente siamo sovradimensionati e, nonostante ciò, soffriamo per le lunghissime liste d'attesa. Meglio allora eseguire una risonanza magnetica solo quando è davvero necessario, avere la possibilità di farla in tempi rapidi senza dotarsi di strumentazione in eccesso e ottimizzando ciò che abbiamo già.

Queste sono a mio avviso le tre priorità dei primi cento giorni del nuovo governo: servirebbero a recuperare risorse, a ridurre la tensione ormai alle stelle per colpa dei ripetuti tagli, ridarebbero fiducia ai pazienti e un po' di serenità a quanti fanno funzionare il servizio sanitario con coscienza e senso di responsabilità. Ovviamente servono anche altre riforme. Alcune imponenti, come la ristrutturazione degli ospedali o la riorganizzazione della medicina sul territorio, altre più semplici, come una legge sul rischio clinico per eliminare le dannose conflittualità tra pazienti e medici. Per questo però sono necessari tempo, risorse e soprattutto il coinvolgimento di tutti gli operatori, perché nessuna riforma può avere successo se non è condivisa da chi la deve rendere effettiva giorno dopo giorno.

scienze

TECNOLOGIA
PSICOLOGIA
NATURA
MEDICINA

COSÌ UNA STAMPANTE 3D PRODURRÀ ORGANI UMANI

USANDO COME «INCHIOSTRO» CELLULE **STAMINALI** EMBRIONALI ALL'UNIVERSITÀ DI EDIMBURGO HANNO OTTENUTO UN TESSUTO TRIDIMENSIONALE VIVO. ED È SOLO IL PRIMO PASSO

di **ALESSANDRO LONGO**

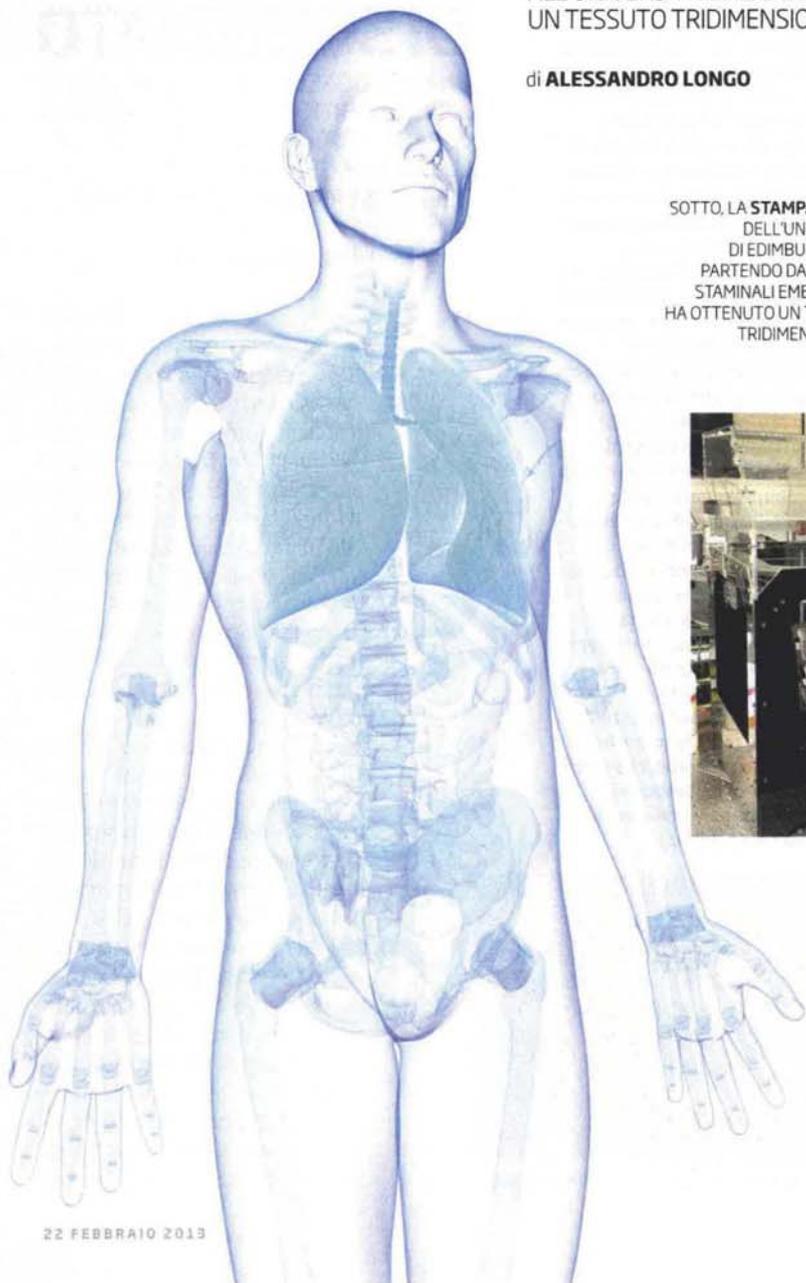
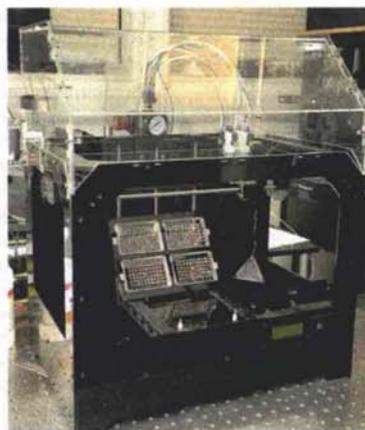
SOTTO, LA **STAMPANTE 3D** DELL'UNIVERSITÀ DI EDIMBURGO CHE, PARTENDO DA CELLULE STAMINALI EMBRIONALI, HA OTTENUTO UN TESSUTO TRIDIMENSIONALE

C / è bisogno di un organo nuovo? Facciamocelo usando una stampante in 3D e come «inchiostro» le cellule staminali. Fantascienza?

Non proprio. Ricercatori di tutto il mondo stanno lavorando da tempo a questo obiettivo e pochi giorni fa un gruppo dell'Università di Edimburgo ha raggiunto

un traguardo importante: per la prima volta è stato prodotto un tessuto tridimensionale utilizzando cellule staminali embrionali umane. Lo strumento utilizzato è appunto una stampante 3D, ma grande come un armadio, che in pochi minuti è riuscita a produrre tante goccioline contenenti milioni

di cellule, per poi adoperarle come mattoncini per formare un tessuto. L'ha fatto così «delicatamente» che, a distanza di un giorno, il 95 per cento delle cellule erano rimaste vive e totipotenti cioè ancora capaci di differenziarsi in tutti i tipi di cellule del corpo umano (caratteristica tipica delle staminali). «Finora si pensava che le staminali di embrioni umani fossero troppo



22 FEBBRAIO 2013

53

scienze

continua dalla pagina precedente



delicate per essere manipolate» spiega Will Shu, uno dei sei ricercatori che hanno partecipato all'esperimento. «Crediamo così che la nostra ricerca

avrà importanti sviluppi, per esempio si potranno a breve creare tessuti per condurre test sui farmaci senza utilizzare gli animali e, più avanti, addirittura organi da trapiantare su richiesta, senza più ricorrere a donazioni con rischi di rigetto». Si tratta di obiettivi a lungo termine, comuni a parecchi altri laboratori, che nel frattempo hanno anch'essi ottenuto i primi risultati intermedi, ma mai con cellule embrionali umane. A fine 2012 l'Università di Sheffield (Regno Unito) ha ripristinato per esempio l'udito di alcuni roditori trapiantando cellule nervose ottenute sempre con una stampante 3D «alimentata» a bio-inchiostro di staminali. Nel 2008 alcuni ricercatori dell'Università del Missouri hanno invece prodotto tessuto cardiaco di roditore con battiti simili a quelli di un cuore vero e poi hanno creato l'azienda Organovo per sviluppare applicazioni commerciali, che al momento riguardano l'industria farmaceutica. Il tessuto 3D stampato da Organovo viene, per esempio, usato per condurre ricerche sul cancro, ma anche per testare nuovi farmaci. Anche l'istituto di ricerca tedesco Fraunhofer ha usato una stampante 3D per creare vasi sanguigni, ma anziché staminali ha utilizzato biomateriali sintetici. Il Laser Center di Hannover invece ha «stampato» in 3D pelle artificiale. E sempre in Germania l'Università di Rostock ha trapiantato tessuto cardiaco artificiale in ratti che avevano subito un infarto. Altri ricercatori lavorano intanto alla «stampa» di cartilagini e tessuto osseo. ■■

RICERCA ITALIANA

A TRE MESI DALL'EVENTO È GARANTITA L'ASSENZA O QUASI DI DISABILITÀ

Ictus, si può salvare un terzo dei colpiti

Uno studio indipendente dimostra che terapia farmacologica e intervento intra-arterioso hanno la stessa validità

Stefano Di Marzio

È possibile salvare oltre un terzo (34,8%) delle persone colpite da ictus ischemico acuto, il 90% di tutti gli ictus cerebrali, somministrando un farmaco endovena (*alteplasi*) entro quattro ore e mezza dall'evento (trombolisi EV) o, in alternativa, ricorrendo a un intervento di tipo *meccanico*, basato sulla rottura del coagulo che ha determinato l'ictus con cateteri intra-arteriosi, sempre più piccoli, risalenti fino all'ostruzione, entro 6 ore dall'attacco (trombolisi IA). Una precisazione: salvare significa che a tre mesi dall'intervento, oltre alla sopravvivenza, è garantita l'assenza o quasi di disabilità conseguente. È una piccola, grande rivoluzione quella innescata dallo studio tutto italiano *Synthesis Expansion*, appena pubblicato

sul prestigioso *New England Journal of Medicine* e i cui risultati stanno facendo il giro del mondo. Una rivoluzione. Perché lo studio mette in luce il vantaggio dell'efficacia dell'intervento tempestivo, migliorando del 23% il dato della mortalità/invalidità; perché, in forzadi ciò, impegna i sistemi sanitari a dotarsi di adeguati percorsi clinici e idonee strutture (*stroke unit*, un miraggio in molte parti d'Italia, soprattutto al Sud); perché una volta dimostrata in modo inoppugnabile la sostanziale equivalenza tra i due trattamenti, fa definitivamente pendere la bilancia verso la più economica terapia farmacologica, che per un uomo di 70 kg costa tra i 1.000-1.500 euro, mentre con il trattamento meccanico i costi possono arrivare anche a 18 mila euro. Gli effetti già si notano. «Pare che le assicurazioni americane - dice Alfonso Ciccone,

coordinatore dello studio e direttore del dipartimento di Neurologia e Stroke Unit dell'ospedale Carlo Poma di Mantova - non vogliono più rimborsare le trombolisi intra-arteriose. In Italia, l'impatto sarà minore perché la pratica non è così diffusa. Certo, da oggi un medico non deve sentirsi più in colpa se pratica solo la trombolisi endovena: un mito è stato sfatato, il trattamento intra-arterioso non è superiore come tutti credevano. Mi aspetto però, a fronte della solidità dei dati, che il Ssn faccia molto di più per garantire la terapia trombolitica su tutto il territorio». Non sarà facile: a fronte di un fabbisogno stimato di 250 *stroke unit*, in Italia se ne contano solo 150 e mal distribuite: 35 in Lombardia, 20 in Piemonte, 5 in Sicilia, 1 in Campania (zero a Napoli), 5 a Roma e zero nel resto del Lazio. Il *Synthesis Expansion* è uno

studio indipendente, finanziato con 550 mila euro di fondi pubblici dall'Agenzia italiana del farmaco (*Aifa*). È partito a febbraio 2008 e ha arruolato fino allo scorso aprile 362 soggetti vittime di ictus tra i 18 e gli 80 anni. Hanno partecipato 25 centri specialistici ospedalieri in Lombardia, Veneto, Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia, Toscana, Umbria, Lazio e Puglia. Riguardo l'obiettivo che lo studio si era prefisso, ovvero valutare se la trombolisi IA, rispetto alla EV, aumentasse la sopravvivenza in condizioni di autonomia del paziente a tre mesi dall'evento, si è riusciti a migliorare un dato già presente in letteratura, cioè che la mortalità/invalidità a tre mesi dal trattamento EV è dell'11 per cento. In particolare, proprio grazie alla terapia trombolitica con *alteplasi* endovena, sopravvivono all'ictus in condizioni di indipendenza 103 pazienti in più ogni 1.000 trattati.

L'incidenza dell'ictus cerebrale in Italia è pari a circa 155 mila nuovi casi per anno (39 mila ricorrenze). È la terza causa di morte dopo le patologie cardiovascolari e neoplastiche ed è anche responsabile del 10-12% di tutte le morti per anno



CHE COSA FARE

È fondamentale riconoscerlo ai primi sintomi

■ Per i cittadini è fondamentale riconoscere un ictus cerebrale ai primissimi segni e chiamare il 118. L'esordio è silente. I sintomi inequivocabili sono: difficoltà nel movimento di braccia e gambe, perdita significativa e rapida della vista, inceppo della parola e afasia. Secondo Alice Italia (Federazione delle associazioni per la lotta ictus) tuttavia, oltre il 40% dei cittadini non sa esattamente cos'è l'ictus, e meno ancora sono quelli che ne conoscono i sintomi. La mortalità nella fase acuta (a 30 giorni) per ictus cerebrale è pari al 20% di tutti i casi in Italia, mentre nell'arco del primo anno è stimabile al 30%. Un anno dopo un ictus cerebrale, un terzo dei sopravvissuti presenta un elevato grado di disabilità, che ne determina la totale dipendenza. Dalla rapidità dell'intervento medico dipendono sia la sopravvivenza sia l'entità del danno. Studi scientifici dimostrano che la probabilità di esito favorevole (scala Rankin 0 o 1) è di 2,8 volte maggiore rispetto al placebo se si è trattati entro 90 minuti dall'esordio dei sintomi, di 1,6 se si è trattati fra 91 e 180 minuti, di 1,4 tra 181 e 270 minuti (4 ore e mezzo). Con un'ora e mezza di ritardo, la probabilità di esito favorevole si dimezza.

SDM

LO SPECIALISTA

«Mi aspetto che lo Stato garantisca a tutti la terapia trombolitica»

L'intervento Alimenti e nutrizione salviamo l'ente di ricerca

**Walter
 Tocci**
 Deputato Pd

IL GOVERNO METTE A RISCHIO L'ENTE DI RICERCA PER GLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE. L'INRAN È STATO SCIOLTO CON LA ROZZA SPENDING REVIEW, a luglio dell'anno scorso, e collocato presso l'ente di ricerca per l'agricoltura (Cra), ma la norma era scritta male e si dovuto modificarla con la successiva legge di stabilità, rinviando l'attuazione ad un decreto ministeriale che ancora non è stato emanato. Da circa 8 mesi, quindi, l'attività di ricerca è paralizzata, oltre 200 ricercatori non possono lavorare, da marzo rischiano di non ricevere lo stipendio e anche di perdere importanti progetti europei.

L'Istituto si occupa di ricerche di grande interesse sociale: 1) l'influenza delle tecniche di coltivazione, di conservazione e trasformazione sulla

qualità nutrizionale degli alimenti; 2) gli effetti sulla salute per la prevenzione delle malattie, anche a livello del genoma, con studi di frontiera a livello internazionale; 3) l'analisi dei consumi e l'educazione alimentare; quest'ultima competenza è stata appositamente ignorata dalla Gelmini che ha affidato alle industrie del settore, in evidente conflitto di interesse, la consulenza nelle scuole pubbliche. In tutti i Paesi civili, invece, gli istituti di ricerca per la nutrizione sono chiamati a garantire valutazioni indipendenti dai produttori, a suggerire terapie per le patologie sociali come l'obesità e a promuovere interventi per migliorare la qualità del cibo. Se non esistesse da quasi 80 anni un Istituto così bisognerebbe inventarlo. Soprattutto nel Paese della dieta mediterranea che proprio nella sua civiltà alimentare potrebbe realizzare un brand di successo, come si era impegnato a fare con la prossima Expo milanese.

Ma queste considerazioni non hanno neppure sfiorato le menti dei sapientoni che hanno motivato l'accorpamento col rigore della spesa pubblica. Che si possa risparmiare con queste sciabolate è un falso inventato da Tremonti e prolungato dal suo sodale Grilli, cioè dai massimi responsabili della crescita della spesa pubblica negli anni Duemila. Infatti, l'Inran si è portato dietro tutti i costi precedenti senza poter ottenere alcun risparmio dall'integrazione, perché le attività del Cra sono molto diverse. Anzi, la paralisi dell'attività di ricerca rischia di far perdere importanti finanziamenti che l'Ue renderà disponibili per un

progetto strategico sul rapporto tra nutrizione e salute. Non solo, l'operazione serve a mettere polvere sotto il tappeto. Nel trasferimento, infatti, non sono stati allocati i fondi per gli stipendi, i quali però dovranno essere pagati in virtù delle leggi esistenti e di conseguenza spetterà al nuovo governo trovare i soldi necessari. La polvere riguarda anche il taglio del 90% delle borse di studio nascosto da Profumo, i fondi per il personale degli atenei e per i bandi del Prin, per circa un miliardo di euro solo nel campo della ricerca.

La vicenda dell'Inran, quindi, non solo mortifica un'eccellenza italiana, ma è anche emblematica di un miope metodo di governo: nessuna attenzione alla qualità delle politiche pubbliche, tagli che peggiorano il bilancio statale e tanta sicumera priva di meriti. Molti errori si potevano evitare se avessero dato ascolto al dibattito parlamentare senza ricorrere al voto di fiducia. Per Monti questo è il riformismo innovativo, ma assomiglia alla vecchia politica. Spetterà al Pd puntare su ciò che non si è mai fatto prima: la scienza come risorsa per la società, la qualificazione della spesa pubblica, il lavoro appassionato dei ricercatori. Ne riparleremo anche dopo le elezioni.

Intanto, però, chiediamo di risolvere la situazione dell'Inran. Abbiamo telefonato al ministro Catania, ma non ci ha risposto perché è impegnato nella campagna elettorale dell'Udc. Ora è finita e speriamo possa dedicarsi a trovare i soldi per gli stipendi e per finanziare la ricerca. Sono pur sempre i doveri di un tecnico al governo.

