

Rassegna del 09/11/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - Ginecologi e ostetriche promuove il "piano parti" - Punti nascita, 1
il riordino piace - Perrone Manuela

Ginecologi e ostetriche promuovono il «piano parti»

Piace a ginecologi, ostetriche e anestesisti il piano per la riorganizzazione dei punti nascita presentato dal ministro Fazio alle Regioni. (Servizio a pag. 6)

Ginecologi, anestesisti e ostetriche promuovono il piano presentato alle Regioni

Punti nascita, il riordino piace

Il monito unanime: «Non rimanga un libro dei sogni: ora si agisca»

«Non sia un libro dei sogni». È unanime l'auspicio dei professionisti del "pianeta nascite" sul piano di riorganizzazione presentato alle Regioni dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, e anticipato sul Sole-24 Ore Sanità della scorsa settimana.

Ginecologi, anestesisti e ostetriche difendono a spada tratta la proposta del Governo. «È una rivoluzione che conviene a tutti», spiega **Giorgio Vittori**, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia. «Ai cittadini, alle donne, ai professionisti, alle istituzioni. Perché sui punti nascita si gioca il primo set della partita del Ssn».

Che la sensibilità intorno al momento della gravidanza e del parto sia aumentata è un dato di fatto. Complici anche i clamorosi casi di malasanità che hanno riempito le cronache la scorsa estate. Il punto forte del documento, per Vittori, è uno: «Il testo fa incontrare due concetti chiave: l'evidenza scientifica e l'economia sanitaria. La prima dice che al di sotto di un certo numero di parti un centro non matura l'esperienza necessaria per affrontare situazioni difficili o improvvise. La seconda dice che una struttura che effettua meno di un parto e mezzo al giorno non può disporre dei requisiti minimi per garantire sicurezza. Per questo i centri piccoli vanno chiusi».

Il parametro fissato come standard per la sopravvivenza delle strutture è quello di mille parti l'anno (175 in tutto, secondo i dati 2007 dell'ultimo rapporto Cedap). Ma tra i 500 e i mille sono permesse eccezioni, sulla base dei «bisogni reali» legati al territorio. La domanda nasce spontanea: si riuscirà davvero a far chiudere quei 169 centri, il

31% del totale, che effettuano meno di 500 parti l'anno? Se per il presidente Sigo, «dipende dal valore che si attribuisce all'evento parto», per il segretario dei ginecologi dell'Aogoi, **Antonio Chiantera**, «bisognerà procedere all'accorpamento dei punti nascita più piccoli». In modo virtuoso, cioè unendo gli organici. Chiantera fa un esempio calzante: «Se la maternità del paese "A" che fa 400 parti sarà portata al paese "B" dove già se ne fanno 1000, avremo alla fine un punto nascita che farà 1.400 parti. Ciò significa che il centro del paese "B", per rispettare i requisiti e far partorire in sicurezza, dovrà assorbire anche il personale in esubero dal paese "A". Per la riorganizzazione le Regioni dovranno quindi farsi carico di un minimo di spesa: se anche quel minimo di finanziamento verrà meno, ci troveremo con punti nascita dequalificati, senza neonatologi e senza anestesisti, non in grado di far fronte alle richieste. Allora sarà l'ennesimo fallimento, dopo quello del Progetto obiettivo materno-infantile 2000-2002, in cui tra l'altro c'era già scritto tutto».

Ecco, gli anestesisti: un tasto delicato. Il piano di Fazio prevede la loro disponibilità nei punti nascita 24 ore su 24, anche per la diffusione del parto naturale indolore. Ma la carenza di questi specialisti rispetto al fabbisogno è nota. Non a caso **Vincenzo Carpino**, presidente dell'Aaroi, sottolinea: «Noi siamo disposti a fare tanto per migliorare la situazione e l'assistenza al parto. Ma dobbiamo fare i conti con tanti professionisti che stanno andando in pensione a 58-59 anni, nel pieno dell'attività, perché impauriti dalla manovra, e che non vengono sostituiti. Negli anni siamo

arrivati a triplicare i posti nelle scuole di specializzazione, ma siamo ancora lontani dalle necessità del Ssn e i nuovi ingressi non bastano a compensare la "fuga". Oggi mancano 700-800 anestesisti: se le Regioni in rosso dovranno procedere al blocco del turnover arriveremo nei prossimi anni a una carenza di 1.300-1.400».

Carpino ricorda che gli anestesisti «devono già far fronte a 50mila interventi al giorno nelle sale operatorie del Paese, e in più coprire i turni nelle terapie intensive, nelle iperbariche e nelle terapie del dolore». Come a dire: la disponibilità a impegnarsi 24 ore su 24 pure nei punti nascita c'è, ma la realtà è un'altra cosa. Il presidente Aaroi suggerisce anche una soluzione tampone temporanea: il ricorso all'articolo 55, comma 2, del contratto nazionale di lavoro dei medici dipendenti, che prevede la possibilità di effettuare ore in più pagate in convenzione a 60 euro lordi l'ora. «Potrebbe essere la strada da seguire in molte strutture, finché non si decide di riassumere». Per Vittori la questione è meno drammatica di quanto sembri. «Anche qui - taglia corto - è questione di priorità: la risorsa "anestesisti" può essere ottimizzata, come tutto il resto, se si decide davvero che la partoanalgesia è un valore e se la riorganizzazione diventa la priorità delle direzioni generali di Asl e ospedali».

L'ottimismo è condiviso da **Miriam Guana**, presidente della

Federazione nazionale collegi ostetriche (Fnco). «Nella fase di redazione del documento - afferma Guana - siamo stati tutti auditi, e infatti le proposte delle categorie sono state sostanzialmente

accolte. Abbiamo inoltre registrato una buona sintonia tra le associazioni professionali nella condivisione di un obiettivo: migliorare la presa in carico delle donne, ovvero la tutela e la promozione della salute».

Alle ostetriche è chiaramente riconosciuto un ruolo fondamentale nella valorizzazione del parto fisiologico. Anche perché la strategia portata avanti nel piano non è quella di un attacco frontale ai cesarei ma piuttosto quella della creazione delle condizioni necessarie per favorire la naturalità delle nascite.

«È pregevole in questo senso - continua Guana - la proposta di attivare percorsi fisiologici separati dalla patologia e di rafforzare la continuità delle cure tra territorio e ospedale perché sia il pubblico, attraverso i consultori, a seguire le donne dalla gravidan-



za al puerperio. Speriamo anche che questa riorganizzazione sia un'opportunità per arrivare finalmente al ricettario ostetrico, che ci consentirebbe di gestire le gravidanze fisiologiche senza dover sempre passare dai medici».

Il conflitto con i ginecologi è antico. «Dura dal 1500», scherza l'ostetrica, docente all'Università di Brescia. «Ma la rinnovata attenzione alla naturalità del parto è una chance di collaborazione che non dobbiamo perdere». Un punto debole della proposta, secondo Guana, è invece proprio la formazione: «Sarebbe stato utile prevedere risorse economiche ad hoc per fornire alle Regioni un'indicazione forte. Per dare sprint alla riorganizzazione sono indispensabili interventi formativi multidisciplinari. Davanti alle emergenze, deve essere chiaro a tutti chi deve fare cosa».

Come è accaduto per il Pomi, la reazione delle Regioni sarà determinante. Vittori "smonta" il federalismo, o almeno un malinteso federalismo che si traduce in un sostanziale fai-da-te: «Io penso che non possa entrare nei punti nascita. Ogni donna deve poter afferire a un centro sicuro a una distanza ragionevole da casa. Per fare un paragone automobilistico, dobbiamo puntare all'"Euro 5" dei punti nascita: tutti devono rispettare i requisiti 2010. Poi, se una Regione vuole offrire l'Euro 6 o l'Euro 7 ben venga. Ma l'Euro 5 deve essere ovunque, da Nord a Sud». Per Guana, cruciale nel passaggio dalle parole ai fatti potrà e dovrà essere il ruolo delle donne: «Dobbiamo essere parte attiva, pretendere che lo Stato garantisca precisi requisiti di qualità e sicurezza per l'assistenza pubblica». Protagoniste di un cambiamento reale, non principesse di una favola.

pagina a cura di
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROGETTO DELL'OSPEDALE SACCO DI MILANO

Un software stana gli errori in sala parto

Un software per garantire la massima sicurezza in sala parto. Una sorta di "Grande fratello" che vigila, avverte e seleziona le soluzioni più indicate per ogni problema che può verificarsi al momento della nascita. Il programma è stato inventato all'ospedale Sacco di Milano e realizzato nell'ambito del "Progetto Remine" (che si avvale del supporto della Commissione europea e della Regione Lombardia) con l'aiuto del Politecnico: all'interno i medici inseriscono i risultati degli esami clinici con cui monitorano donna e bambino. Al minimo segnale di allarme, il computer avverte i camici bianchi e segnala come intervenire.

Nessuna sostituzione della macchina al-

l'uomo, però. Il software non prende decisioni: si limita a coordinare le risorse per ottimizzare personale e strumenti disponibili. Un esempio per tutti: in caso di sei parti contemporanei e soltanto quattro sale parto o anestesisti a disposizione, il computer è in grado di sapere quale donna ha bisogno di più assistenza o è più a rischio delle altre. E può segnalarlo, indirizzando le risorse prioritariamente su di lei.

«Per ora è sperimentato in pazienti a basso rischio, in travaglio fisiologico», spiega **Irene Cetin**, direttore dell'Unità di ginecologia del Sacco e ideatrice del software. «Viene tutto registrato, e a posteriori si può ricostruire come il rischio è stato gestito. Il software permette inoltre

una migliore comunicazione tra medici e operatori, ma anche con la paziente. È chiaro che questo potrebbe essere fatto anche verbalmente, ma tutto quello che ci aiuta a razionalizzare è un vantaggio». La tecnologia può aiutare, eccome: basti pensare alla fase delicata del passaggio di consegne tra medici a un cambio turno.

La sperimentazione, avviata due mesi fa, terminerà la prossima estate. Al bando le illusioni, però. Il rischio legato al parto, avvertono gli esperti, «non è un elemento completamente annullabile, ma in molti casi una gestione razionale di tutti gli elementi coinvolti nel delicato momento della nascita di un bambino può ridurre la possibilità di errore».

Rassegna del 09/11/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - "ma noi non siamo meno bravi" - ...	1
REPUBBLICA SALUTE - Menopausa. Terapie ormonali per tutte? No, ogni donna è diversa - Naselli Elvira	2
GRAZIA - Naturale è meglio - Borghesi Donatella	5

LE REAZIONI NEI CENTRI A RISCHIO CHIUSURA

«Ma noi non siamo meno bravi»

«Non è il numero di parti a fare la professionalità». Lo dicono pacatamente ma con decisione i primari dei punti nascita che rischiano la chiusura, quelli che effettuano meno di 500 parti l'anno. Non ci stanno a passare per specialisti di "serie B" o per "patiti del cesareo". A partire da **Carmine Gigli**, responsabile dell'Ostetricia all'ospedale di Gorizia e anche presidente della Fesmed (Federazione sindacale medici dirigenti), di cui fanno parte i ginecologi ospedalieri dell'Aogoi.

«Noi facciamo meno di 400 parti l'anno non perché le donne vanno a partorire altrove, ma perché Gorizia ha una popolazione ferma dal dopoguerra e appena 35mila abitanti, moltissimi dei quali anziani», spiega Gigli. «Però abbiamo un ospedale dotato di tutto, compresa la terapia intensiva per adulti e una neonatologia di primo livello. Di certo non c'è alcun pericolo sicurezza, altrimenti il Friuli-Venezia Giulia non registrerebbe una mortalità neonatale inferiore alla media nazionale». Anzi, per il presidente Fesmed, «piccolo è bello», nel senso che la dimensione contenuta «permette di seguire ogni donna singolarmente, con un rapporto one to one partoriente-ostetrica e più tempo da dedicare a ogni donna».

Scendendo da Nord verso Sud le reazioni cambiano poco. È sulla stessa lunghezza d'onda di Gigli **Riccardo Morelli**, direttore dell'Unità operativa di ginecologia dell'ospedale di Orvieto (Temi), che nel 2009 ha effettuato 504 parti, proprio al limite del minimo considerato accettabile dal piano ministeriale. Con un gioco di parole, Morelli sottolinea che «il problema è legato ai contenuti presenti nelle dimensioni contenute: bisogna verificare come sono organizzate le guardie, quante sale operatorie ci sono, se è disponibile il collegamento in tempo reale con il laboratorio analisi e così via». Morelli ammette che «più la dimensione è grande più si presuppone che ci siano questi requisiti», ma respinge l'automatismo contrario. E richiama il caro vecchio buon senso: «È logico che i centri piccoli non devono fare troppe cose straordinarie. L'importante, ma non solo in ostetricia, è rendersi conto dei propri limiti e lavorare per prevenire i rischi».

In quest'ottica, la promozione del parto fisiologico può avvenire tranquillamente anche nei punti nascita più piccoli. «A chi insinua che, eseguendo pochi parti, perdiamo manualità - afferma Gigli - io propongo una soluzione semplicissima: bastano stage periodici di 15 giorni nelle strutture più grandi per aggiornarsi. Senza contare che è tutto da dimostrare l'assun-

to secondo cui là i medici affrontano più emergenze: la frequenza con cui si ha a che fare con le urgenze o i casi gravi va tarata sul numero dei professionisti che ruotano».

Dalla Sicilia anche **Luigi Marsala**, primario di Ginecologia alla Fondazione San Raffaele Giglio di Cefalù (circa 490 parti l'anno), tiene a precisare che il basso numero di parti non equivale a una minore qualità dei professionisti: «Qui

possiamo contare su ottimi medici e operatori. Ciò che realmente ci differenzia dalle strutture più grandi è la mancanza della terapia intensiva. Non a caso al di sotto della 36esima settimana noi dirottiamo le partorienti a Palermo. Ci basterebbe una terapia semintensiva per operare in condizioni di maggiore sicurezza». Per Marsala, inoltre, i punti nascita piccoli non possono essere chiusi «in blocco»: «L'eventuale riorganizzazione dovrà tenere conto del contesto generale. Nel nostro caso, se a esempio si dovessero chiudere i centri di Petralia Sottana (Palermo) e di Mistretta (Messina) è prevedibile che saremo proprio noi a dover assorbire quell'utenza».

È convinto che il riordino debba essere «razionale» il direttore generale dell'Asl 6 di Livorno, **Monica Calamai**. Nel suo territorio i punti nascita a rischio sono due: Piombino e Portoferraio (Isola d'Elba). «Fermo restando il fatto che seguiremo in modo pedissequo le indicazioni

che arriveranno dalla Regione - precisa Calamai - i fattori di cui dobbiamo tenere conto sono sia la complessità dei territori sia la necessità di garantire standard di qualità e sicurezza dei percorsi assistenziali: non ci si può sempre arrivare dopo episodi luttuosi». Il Dg parla con cognizione di causa: nel 2006, nell'aretino, traghettò verso la chiusura il punto nascita della Valtiberina. Senza drammi: «Per compensare il disagio arrecato a chi da allora si è dovuto spostare ad Arezzo o a Città di Castello per partorire, abbiamo inaugurato un percorso ottimale di assistenza domiciliare durante il puerperio. L'importante, in ogni cambiamento, è non abbandonare i cittadini, non creare vuoti».

Non a caso a Livorno, al posto della chiusura *tout court* dei centri di Piombino e di Portoferraio, si sta studiando un'alternativa innovativa: creare un unico Dipartimento materno-infantile per tutta la Asl e far ruotare i professionisti tra i vari punti nascita. Spostando dalle strutture ai singoli ginecologi l'obiettivo minimo di 500 parti l'anno.

© RIPRODUZIONE ASSERVATA



Menopausa

Terapie ormonali per tutte? No, ogni donna è diversa

Al congresso di Berlino sulle controversie in ginecologia si affronta

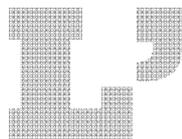
il problema della Tos: a chi prescriverla? Per quanto tempo?

Gli esperti concordano: ci sono anche altre offerte terapeutiche,

e va sempre fatto un bilancio tra i costi e i benefici

**Lo specialista Giovanni Scambia:
"Mai per più di 5 anni. Ci sono modi
per arrivare bene a questo momento
della vita: giusto peso, pressione
sanguigna, dieta e movimento"**

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI



BERLINO
L' assunto è che la menopausa non è una malattia, ma una fase naturale della vita di una donna. Fase che però, in una parte della popolazione non insignificante, circa il 30 per cento, può provocare forti disagi e malesseri. Quelli che i medici definiscono sintomi, e che quindi ad una malattia rimandano. Lo sanno bene tutte quelle donne funestate da risvegli notturni in bagni di sudore, vampate di calore, secchezza vaginale, depressione. Donne che non di rado sopportano e arrivano dal medico quando non riescono più a lavorare per le troppe veglie notturne o trovano dolorosi i rapporti sessuali.

Fino a qualche anno fa veniva proposta come panacea la terapia ormonale, che si chiama sostitutiva perché supplementa, in un organismo che non li produce più fisiologicamente, quegli ormoni che, du-

rante la fase fertile, proteggono la donna da una serie di patologie, in primis le cardiovascolari. Poi, alcuni studi, solo in parte ridimensionati, sulla pericolosità della Tos (acronimo di terapia ormonale sostitutiva) e crollo delle prescrizioni in tutto il mondo.

A Berlino, al tredicesimo congresso mondiale Cogi (che si occupa di controversie in ginecologia e ostetricia) uno dei temi affrontati è proprio la sicurezza della Tos. Le domande sono tante: quali donne trattare e per quanto? Con quali criteri di esclusione e di controlli? Anche in questo caso, come ormai per ogni settore della medicina, la parola che si sente di più è "tailored". Su misura di ogni donna: perché la Tos non è adatta a tutte, perché le offerte terapeutiche sono tante, così come le modalità di somministrazione, perché bisogna fare un bilancio costi-benefici.

«Dobbiamo concentrarci sulle donne sintomatiche — premette Marco Gam-

bacciani, dell'unità di menopausa dell'ospedale universitario di Pisa e uno dei relatori — tenendo ben conto delle controindicazioni. La Tos non si propone a operate di trombosi venosa profonda, a chi ha avuto infarti o malattie cardiovascolari recenti. E va comunque fatto un monitoraggio della terapia con ecografia mammaria e mammografia ad anni alternati e pap test. La maggior parte delle donne può essere trattata serenamente, con alcuni benefici aggiuntivi perché, con dosaggi minimi di estrogeno e progestinico, e in particolare con una formula che utilizza il drospirenone come progestinico e il 17beta-estradiolo come estrogeno — si riesce anche a prevenire il rischio cardiovascolare e osteoporotico».

Chiede attenzione sul rischio cardiovascolare delle donne Giuseppe Rosano, cardiologo al San Raffaele di Roma, perché oggi ictus e infarti sono la prima causa di morte femminile. Mentre Giovanni Scambia, ginecologo oncologo e direttore del dipartimento di ginecologia e ostetricia all'università Cattolica di Roma, spiega che bisogna «non solo tener conto di tutti i fattori di rischio della Tos, compresa la familiarità di una donna per neoplasie, ma anche fare insieme a lei un bilancio. Se l'unico sintomo è la secchezza vaginale, allora meglio prescrivere una crema. Personalmente non prescrivo la Tos per più di cinque anni. Ci sono donne che chiedono di andare oltre, ma a quel punto devono sapere che un rischio aggiuntivo può esserci. E comunque bisognerebbe spiegare alle donne come arrivare alla menopausa abbassando il rischio di forti sintomi: basta poco, mantenere il peso giusto e dimagrire se si è in sovrappeso, misurare la pressione e tenerla sempre sotto controllo, svolgere regolarmente almeno 20 minuti al giorno di attività fisica. E, ovviamente, un'alimentazione ricca di frutta e verdura e povera di grassi e colesterolo, altro parametro da controllare». Perché i geni c'entrano sempre, ma le buone abitudini possono sempre rimettere la bilancia in equilibrio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al convegno di ginecologia psicosomatica

Quando l'umore è la prima vittima

ANTONIO CAPERNA

VENEZIA

L'impatto della vita quotidiana sul funzionamento dell'organismo e, di riflesso, il modo con cui i segnali del corpo ci portano ad affrontare la vita sono i temi centrali della psicosomatica. Declinati nella sfera femminile, sono stati affrontati nell'ambito del congresso mondiale di ginecologia psicosomatica (Ispog) appena concluso a Venezia. Il mondo delle emozioni, in particolare, è mediato da meccanismi che dipendono dagli ormoni steroidei, utili anche per i neuroni e le cellule gliali.

«La ciclicità endocrina mensile della donna si associa a modificazioni dell'umore e cognitive, che nelle donne vulnerabili possono essere sintomatiche e diventare talvolta patologie», spiega Andrea Genazzani, direttore Ostetricia e Ginecologia all'Università di Pisa e presidente del congresso, «queste variazioni fisiologiche in alcune pazienti possono risultare esasperate e arrivare alla cosiddetta sindrome premestruale. Un disturbo in crescita, come le alterazioni del ciclo, problemi di fertilità, endometriosi». Per questo la ricerca di una contraccezione e di una terapia sostitutiva (Tos) in menopausa sempre più «sostenibili» si è mossa di pari passo con quella di benefici extracontraccettivi aggiuntivi, che potessero offrire risposta ad alcuni dei più diffusi disturbi della donna.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RICERCA**Laserterapia ed estrogeni nei disturbi delle over50**

FIRENZE — Per curare i disturbi sessuali legati alla menopausa, ora c'è anche il laser. I risultati di una sperimentazione condotta per un anno su 50 pazienti in menopausa, con problemi di atrofia vaginale e disfunzioni sessuali, sono stati presentati a Firenze, al congresso Laser Florence 2010, da Daniela Brinzan, ospedale di Arad, Romania. La sperimentazione è durata un anno. Le donne sono state divise in 4 gruppi: pazienti trattate con estrogeni locali, con laserterapia intravaginale, con estrogeni e laserterapia insieme, con estrogeni e laserterapia placebo. I migliori risultati sono stati ottenuti con estrogeni e laserterapia, seguito da quello trattato solo con laserterapia. (l. z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Uno studio austriaco sul trifoglio rosso

Contro le vampate l'aiuto dalle piante

ALESSANDRA MARGRETH

VIENNA

Le piante come un'alternativa alla terapia ormonale sostitutiva di tipo farmacologico, quando il calo degli ormoni può provocare disagi più o meno intensi. Si tratta dei fitoestrogeni, composti di origine vegetale dotati di azione ormonale, anche se molto meno potente dell'estradiolo, il principale estrogeno femminile. Il genere dotato dell'attività estrogenica più elevata è quella degli isoflavoni. Il trifoglio rosso, ritenuto anche un portafortuna — è una pianta particolarmente ricca di isoflavoni. I suoi estratti sono in grado di agire positivamente su organi quali vagina, cervello e tessuto osseo. Efficaci quindi per contrastare alcuni dei problemi della menopausa: vampate, impoverimento del tessuto osseo, secchezza vaginale. Uno studio austriaco, pubblicato su *Maturitas*, ha verificato la capacità degli isoflavoni del trifoglio rosso di ridurre i sintomi di ansia e depressione che spesso caratterizzano questo periodo della vita della donna. Un'altra fonte di isoflavoni è nella soia, alimento molto utilizzato dalle donne orientali. La soia si è dimostrata avere un effetto positivo contro le vampate di calore e le sudorazioni notturne. I fitoestrogeni stanno dimostrando un'azione positiva anche verso l'aumento del rischio cardiovascolare connesso alla menopausa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UNA NOTIZIA
AL GIORNO**

di Donatella Borghesi

**Naturale è meglio**

Dopo i casi di cesarei finiti in modo drammatico, il ministero della Sanità corre ai ripari. Anche per rompere quel trend insano che ci colloca primi in Europa per numero di nascite chirurgiche: quattro su dieci, senza nessuna motivazione medica che esiga l'intervento. La linea guida prevede una sorta di incentivo per le strutture ospedaliere che puntano sul parto naturale. E un impegno per la formazione del personale, compreso l'obbligo di presenza in sala parto per chi si specializza in ginecologia. Obiettivo, ridurre i costi, e soprattutto i rischi per madre e bambino. (30 ottobre)

IL MERITO NEGATO

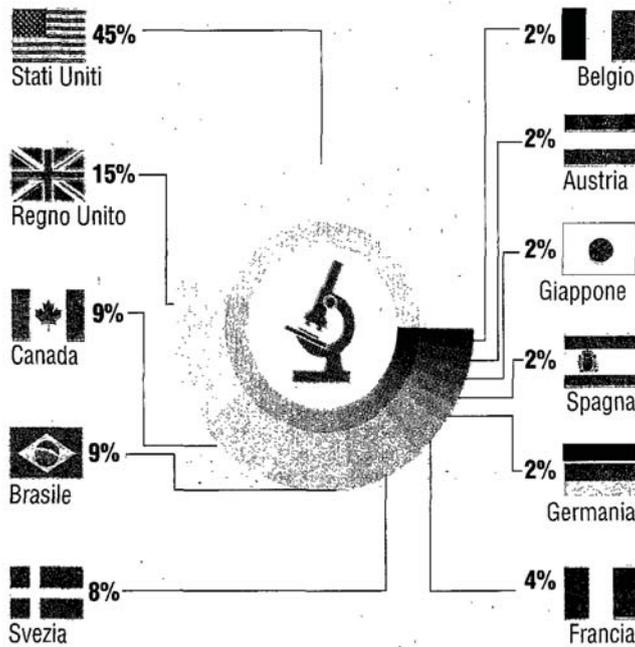
All'estero fanno ricerca e soldi, ecco la "rete" dei cervelli fuggiti

Fazio: «Una comunità scientifica virtuale, ma italiana»

A Cernobbio il ministro della salute convoca i migliori ricercatori italiani all'estero: dieci milioni pronti per progetti in sinergia. Istituita un'anagrafe dei migliori talenti. All'incontro di ieri presente anche il ministro della ricerca Gelmini

I cervelli in fuga

Le mete preferite dai ricercatori biomedicali all'estero per lavorare



Antonio Fazio
MAURO FERRARI
SCIENZIATO-MANAGER

«Un bagno di umiltà, ma ora in Texas con il mio laboratorio lavorano in 4.000»

ANSA-CENTIMETRI

dal nostro inviato
CARLA MASSI

CERNOBBIO (Como) - Avanza a grandi passi, calza stivali texani in pelle nera di struzzo sotto un completo blu scuro e cravatta rosso cupo. Figura allungata, sorriso garbato e pieno, grinta da domatore. Parole taglienti, toni assertivi fino a quando, con una battuta, tira fuori tutta l'ironia che nasconde nell'animo del ricercatore. Mauro Ferrari, dall'Italia, se ne è andato 26 anni fa. Di Padova, ha fatto i bagagli pochi mesi dopo la laurea in matematica. Destinazione: Usa. Prima la California, poi l'Ohio ora il Texas. «Sono un cowboy dei film "spaghetti western" - dice ironico dal palco di Villa Erba a Cernobbio dove il ministero della Salute ha orga-

nizzato la prima Conferenza nazionale sulla ricerca scientifica - pronto a collaborare con gli istituti italiani». E' il simbolico portavoce dei circa cento ricercatori (dei 245 sparsi per il mondo) ricercatori italiani che lavorano all'estero. Quei "cervelli" in fuga che da anni e anni si cerca di riportare in Patria. Da matematico e studioso di nanotecnologie è diventato docente di Medicina, ha redatto il programma dell'Istituto nazionale tumori americano e ora, in Texas, è presidente del Methodist hospital dove fa il manager e continua ad occuparsi di cancro. «Un certo giorno, qualche anno fa, ho deciso, nonostante fossi professore di iscrivermi a Medicina. Un bagno di umiltà come pochi. Io docente accanto ai ragazzi del

primo anno...». Un fiume in piena dal quale traspaiono la flessibilità di "quel" mondo della ricerca, le opportunità che si presentano per chi vuol e vale, la mobilità da un istituto ad un altro, gli ingaggi come quelli del calcio. In platea scoppia un applauso. Un leggerissimo fremito di emozione in una sala stipatissima.

Proprio per consultarsi con loro, per decidere una strategia comune e per pianificare arrivi, ritorni e collaborazioni il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha convocato oltre cento ricercatori made in Italy che studiano e lavorano all'estero. Accanto a Fazio il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini che annuncia: «Dobbiamo pensare ad una comunità scientifica virtuale -

aggiunge Fazio - Per questo nascerà una rete dei ricercatori italiani nel mondo in stretto collegamento con gli italiani. A disposizione, per i progetti,



ci sono dieci milioni di euro». E' appena stata istituita un'anagrafe dei "cervelli" oltre confine. Perché tutti possano dialoga in questo laboratorio virtuale, appunto. «L'Italian network for health research - aggiunge Fazio - servirà a rafforzare i canali della ricerca utilizzando anche le esperienze e i risultati di chi è partito». Lo stesso ministro non nega la scarsità di fondi, la poca trasparenza con la quale vengono erogati, la mancanza di controlli sui risultati e l'eccessivo numero di quelli che usufruiscono degli aiuti economici. L'idea è anche quella di far arrivare da noi i ricercatori stranieri perché i conti non tornano. Esportiamo trentamila "cervelli" l'anno e ne importiamo solo tremila. Parliamo, oltretutto, di una fuga che ci costa circa 8 miliardi di euro ogni dodici mesi.

A sentire gli italiani che lavorano fuori, invece, si scopre che nella stragrande maggioranza dei Paesi con la ricerca si fa anche il business. Ferrari, che ha trasportato il suo laboratorio da Washington in Texas ha creato un indotto di lavoro per 4mila persone. Da 4-5 persone che era il gruppo iniziale ora sono cento. Alcune aziende sono nate proprio dopo l'apertura di quel centro di ricerca. Antonio Longo, chirurgo universitario di Palermo non avrebbe mai firmato 32 brevetti se non avesse deciso di abbandonare la Sicilia e spostarsi a Vienna, all'Hert Jesus hospital. «Ho messo a punto tecniche chirurgiche per l'addome e il retto - spiega - Mi ostacolavano in modo pesante nella mia città così ho scelto di andarmene e di presentare come privato le mie idee. L'università ha perso l'occasione di condividere parte dei proventi». Alberto Severini, virologo di Cremona, doveva restare in Canada uno o due anni. Ne sono passati 27.

Sanità. Il ministro della Salute starzia dieci milioni per progetti sviluppati in comune

Fazio inaugura l'anagrafe dei cervelli italiani all'estero

Gelmini: pronto il bando per i distretti hi-tech del Sud

Emanuele Scarci

CERNOBBIO. Dal nostro inviato

Dieci milioni di euro dal ministro della Salute per finanziare progetti e collaborazioni frutto del lavoro congiunto tra ricercatori italiani operanti in Italia e ricercatori italiani impegnati all'estero, con l'obiettivo di favorire la nascita di progetti e programmi di respiro internazionale: i ricercatori italiani all'estero sono quelli registrati nell'anagrafe annunciata, ieri a Cernobbio, dal ministro della Salute Ferruccio Fazio, in occasione della prima conferenza nazionale sulla ricerca sanitaria. Se ne sono accreditati 245 e la speranza di Fazio è quella che si rafforzino i legami con il sistema Italia, e si facilitino eventuali percorsi di rientro.

Durante la conferenza il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini ha annunciato che, a

breve, saranno definiti i vincitori del programma Rita Levi Montalcini del valore di 50 milioni e che è stato ultimato il bando per i distretti tecnologici nel Mezzogiorno, finanziato per un totale di 915 milioni.

La ricerca, anche quella privata, in Italia è scarsa: «servono politiche di defiscalizzazione - ha detto Fazio, in apertura della conferenza - e userò tutte le mie armi, anche se spuntate, per realizzare questo obiettivo».

Per il ministro della Salute la mobilità nella ricerca è fisiologica ma restano tre problemi: la scarsa propensione dei laboratori a far entrare cervelli, l'abitudine a lavorare all'estero con regole e finanziamenti diversi e il fatto che i ricercatori stranieri che vengono in Italia sono piuttosto rari. «Vogliamo - ha detto Fazio - che gli italiani che si sono conquistati una posizione scientifica importante all'estero sappiano che non solo apprezziamo il loro lavoro, ma che contiamo su di loro per razionalizzare e modernizzare il sistema della ricerca italiana». Fazio ha quindi sottolineato la necessità di «aumentare le risorse pubbliche anche in momenti di crisi», di creare «mag-

gior coordinamento tra i soggetti erogatori e tra gli enti che sono destinatari dei finanziamenti», in particolar modo attivando una «governance dei rapporti tra ospedalieri e universitari», procedendo a politiche di defiscalizzazione per le indu-

strie che fanno ricerca e «sgombrando il campo da qualsiasi dubbio di scarsa trasparenza nell'erogazione dei fondi».

Dal suo canto, il ministro Gelmini ha detto che la migliore risposta a chi chiede di fare più ricerca e produrre più laureati è la riforma universitaria, «una riforma urgente, che accelera il ricambio generazionale e abbrevia i tempi della carriera universitaria dei giovani docenti: l'ultima possibilità per evitare la fuga dei cervelli». Inoltre Gelmini, tra le risposte positive, ha citato la nascita dell'Agenzia nazionale per la valutazione delle ricerche e il processo di riordino degli enti di ricerca con l'obiettivo di rendere più efficaci gli stanziamenti».

Dal mondo dell'industria, Sergio Dompé, presidente di Farindustria sottolinea: «È positivo che siano stati trovati fondi pubblici per finanziare progetti frutto della collaborazione tra ricercatori italiani residenti all'estero e il nostro mondo scientifico. Rimane comunque un nodo da sciogliere: i fondi sono tuttora insufficienti e inadeguati per un Paese avanzato come l'Italia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SCOPERTA

Creato sangue umano dalle cellule della pelle Batterà la leucemia?

Lo studio di un'équipe canadese pubblicato su «Nature» Potrebbe essere utile contro tutte le malattie ematiche

Diana Alfieri

È una scoperta che potrebbe cambiare molte cose. Per la prima volta è stato ottenuto sangue umano da cellule della pelle con una riprogrammazione diretta senza far passare prima le cellule allo stato di pluripotenza. Annunciato su *Nature* da ricercatori canadesi della McMaster University il risultato, secondo gli autori, promette molte applicazioni nella medicina rigenerativa, nelle malattie del sangue come per esempio le leucemie e potrebbe portare in un futuro non lontano a eseguire trasfusioni con sangue prodotto da campioni della propria pelle. Prima però bisogna accertarsi della sicurezza di queste cellule ematiche nei primati e si prevedono sperimentazioni cliniche sull'uomo a partire dal 2012.

Per ora si tratta di poche gocce ma sono significative perché dimostrano che la tecnica funziona e che «è possibile produrre sangue dalla pelle senza passaggi intermedi - ha spiegato il coordinatore dello studio, Mick Bhatia - ora dobbiamo solo migliorare il processo». Prima di ottenere il sangue i ricercatori hanno prodotto dalla pelle le cellule progenitrici ematopoietiche, «la mamme» di alcune cellule del sangue (globuli bianchi, rossi e piastrine), perché i globuli rossi ottenuti direttamente dalle staminali, ha sottolineato Bhatia, non producono la forma adulta di emoglobina ma quella embrionale o fetale.

I ricercatori hanno prelevato da volontari campioni di cellule del derma (nello specifico

i fibroblasti), hanno inserito in esse un fattore di trascrizione, il gene OCT4, usando come vettore un virus, e le hanno fatte crescere in una 'zuppa di proteine stimolanti. Le progenitrici così ottenute hanno poi prodotto sangue adulto. Precedenti tecniche avevano trasformato prima le cellule in staminali pluripotenti, uno stadio simile a quello delle staminali embrionali che però ha l'inconveniente della crescita incontrollata delle cellule che possono diventare anche cancerose. «Si tratta di un risultato molto interessante perché la riprogrammazione diretta è un concetto molto innovativo» ha osservato il biologo cellulare Luigi Naldini direttore del Tiget, l'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica, che si occupa proprio di manipolazione delle cellule del sangue. «Ancora più interessante - ha aggiunto - sarebbe ottenere le staminali ematopoietiche che sono le mamme di tutte le cellule del sangue e una fonte quasi infinita di queste mentre le progenitrici producono solo alcune cellule ematiche e dopo un po' si esauriscono». Però, ha aggiunto, «queste cellule potrebbero essere usate, se la tecnica supererà i test sull'uomo, per produrre in laboratorio sangue adatto alle trasfusioni».

Cellule della pelle che diventano direttamente cellule del sangue sono l'ultima tappa di una strada aperta nemmeno un anno fa, quando un gruppo dell'università californiana di Stanford ha dimostrato che un pugno di geni può capovolgere il destino delle cellule, trasformando una cellula adulta di un tipo «diretta-

mente» in una cellula adulta di tipo diverso.

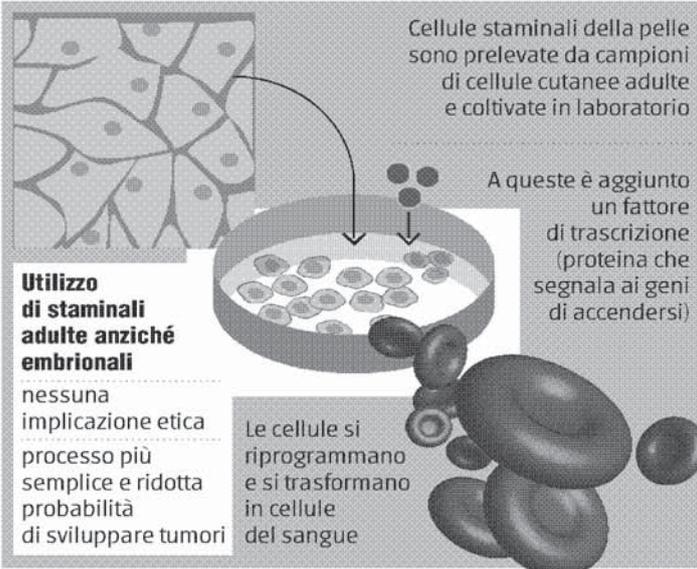
Prima di allora questa «alchimia molecolare» era incredibilmente più complicata e i risultati arrivavano a rilento. Basti pensare che la prima dimostrazione di principio che il destino delle cellule si può cambiare risale al 1997, con la clonazione della pecora Dolly. Da allora più volte cellule della pelle sono state trasformate in neuroni o in cellule del fegato, o ancora in cellule del cuore.

Negli ultimi mesi la ricerca ha fatto passi importanti molto velocemente. Prima le cellule di un organo sistema immunitario, il timo, sono state trasformate direttamente in cellule della pelle, cellule del tessuto connettivo sono state trasformate direttamente in cellule del muscolo cardiaco e, oggi, cellule della pelle sono diventate direttamente sangue.



DALLA PELLE AL SANGUE

Come sono state ottenute cellule ematiche da quelle della cute



FUTURO

La ricerca canadese pubblicata dalla rivista «Nature» potrebbe avere effetti molto importanti per le malattie ematiche e soprattutto per le leucemie

IL SONDAGGIO**TERAPIA ORALE
PREFERITA
DA PAZIENTI
E ONCOLOGI**

Chi deve curarsi per un tumore preferisce di gran lunga il farmaco preso per bocca a quello in vena. È quanto emerge da un sondaggio su mille tra oncologi e pazienti, condotto dall'Aiom che nei giorni scorsi ha presentato i dati all'annuale Congresso nazionale. Per l'esattezza il 57% dei malati promuove la terapia orale a parità di efficacia. «Il 15-20% della chemioterapia e della target therapy ospedaliera in day hospital è rappresentato da terapie orali — commenta Marco Venturini, direttore dell'Oncologia medica di Negrar a Verona, — si tratta di un cambiamento importante sia per l'adesione alla cura che in campo regolatorio». Ma non vanno sottovalutati: a parità di efficacia possono avere effetti collaterali ugualmente importanti (allergie, diarree, tossicità cardiaca e tiroidea). L'Aiom farà partire a breve proprio a Verona un progetto pilota degli infermieri sulla terapia orale. Altra novità riguarda trastuzumab (farmaco per il tumore mammario che colpisce il recettore — proteina Her2) sarà disponibile, in Italia dal 2011, anche per le forme di tumore gastrico in metastasi che esprimono Her 2. (mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RISPOSTA DI FEDERFARMA**Servizi in farmacia senza problemi**

Stiano tranquille le Regioni: le loro perplessità sulla possibilità che le farmacie offrano nuove prestazioni socio-sanitarie (v. Il Sole 24 ore Sanità n. 41/2010) sono superabili. Ne è sicura Federfarma perché, afferma in una nota, le Regioni stesse avranno un ruolo importante nell'attivazione dei nuovi servizi.

Più in particolare l'associazione sottolinea che nella nuova convenzione saranno le Regioni a definire insieme alle farmacie pubbliche e private le modalità di erogazione dei servizi, indicando i requisiti necessari e controllandone il rispetto da parte delle strutture erogatrici. «La legge 69/2009 che ha previsto l'introduzione di nuovi servizi in farmacia - ha spiegato Annarosa Racca, presidente di Federfarma - ha chiarito in modo esplicito che l'attivazione dei nuovi servizi deve avvenire d'intesa con le Regioni e nel rispetto dei piani socio-sanitari locali. Le Regioni sono quindi attivamente coinvolte e responsabilizzate sulle scelte per migliorare il servizio offerto ai cittadini sul loro territorio».

Ed è in attuazione della legge, secondo Racca, che il Governo ha varato il Dlgs 153/2009. Con questi provvedimenti, quindi, Governo e Parlamento hanno «tracciato la strada per fare della farmacia uno snodo fondamentale del Ssn», aggiunge il presidente di Federfarma.

«Il ministro della Salute - prosegue Racca - in più occasioni ha ben spiegato i motivi alla base dell'introduzione dei servizi: l'aumento dell'età media e quindi il maggior bisogno di assistenza, l'impossibilità degli ospedali di gestire in aggiunta alle patologie acute anche i malati cronici, la certezza che i costi di questo trend diventino entro pochi anni insostenibili. Da qui la necessità di trasferire alcune attività assistenziali dall'ospedale al territorio, sfruttando anche la capillarità e la professionalità delle farmacie, in stretto collegamento con i medici di medicina generale e altri operatori sanitari. Il progetto - conclude - offre vantaggi agli utenti e al Ssn che potrà utilizzare meglio le risorse umane ed economiche di cui dispone».



Sanità, calcolo **Cerm**: dai costi standard risparmi per 5,8 mld

Brunetta: con il digitale, altri 15 mld in meno
Ma le stime parlano di 153 mld in più al 2050

FAUSTA CHIESA

Da qui al 2050 lo Stato italiano spenderà 153 miliardi in più per la spesa sanitaria pubblica, che oggi rappresenta il 7,3% del Pil. Il dato è emerso ieri a Milano al 5° Forum Meridiano Sanità. Ma «grazie a certificati online, ricette digitali, fascicolo sanitario elettronico e prenotazioni integrate - ha detto in collegamento telefonico il ministro della Pa Renato Brunetta - sarà possibile ottenere un risparmio del 10% della spesa sanitaria, pari a 15 miliardi l'anno». Intanto ieri, l'istituto **Cerm** presieduto e diretto da **Fabio Pammolli**, docente di Economia e Management all'Università di Firenze, ha calcolato il risparmio che deriverebbe se fossero già operativi i nuovi criteri di riparto del fondo sanitario nazionale, basati sui costi standard: 5,8 miliardi. L'analisi è frutto di una simulazione sulla bozza del decreto attuativo del federalismo fiscale, che definisce i fabbisogni delle Regioni e i costi standard per la sanità, ancora al vaglio della Conferenza delle Regioni. Per la simulazione, però, il **Cerm** ha usato criteri leggermente diversi rispetto a quelli previsti dal decreto e ha preso a modello Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto (e non Lombardia, Marche, Toscana e Umbria) perché, spiegano i ricercatori, sono le regioni che negli ultimi anni hanno rispettato la programmazione, realizzando condizioni di sostanziale equilibrio di bilancio; in più, hanno erogato prestazioni di qualità, testimoniate da rilevazioni e riflesse da un saldo attivo dei flussi di mobilità. Secondo il **Cerm**, la Regione che fa registrare lo scostamento assoluto maggiore è il Lazio, con oltre 1,5 miliardi di euro, pari al 14% della spesa contabilizzata nel 2009.

E per arrivare all'Intesa Stato-Regioni, il presidente dei governatori, Vasco Errani, ha rilanciato ieri al governo la proposta di un tavolo unificato con province e comuni.



Fabio Pammolli



Federfarma Click dal sito per trovare la farmacia più vicina

MILANO

Nuova veste grafica, geolocalizzazione dei punti vendita e più informazioni sui farmaci. Si rinnova il sito internet di Federfarma (www.federfarma.it), sia nei contenuti sia nel layout, con l'obiettivo di rendersi più fruibile da parte dei cittadini e degli operatori che lo consultano usualmente.

Tra le principali novità, vi è il servizio di geolocalizzazione delle farmacie, denominato "Cerca una farmacia", grazie al quale è possibile conoscere la posizione geografica e il percorso necessario per raggiungere il punto vendita più vicino. Il sito ripropone poi, in veste rinnovata, alcuni servizi, come la sezione "Cerca un farmaco", che indica il prezzo del medicinale (quando fissato per legge), la concedibilità in regime di Servizio sanitario nazionale e il tipo di ricetta necessaria. Ma anche la rubrica "Cerco/offro" che pubblica annunci di lavoro e dalla homepage si accede a informazioni di fonte Federfarma, come le

notizie in evidenza e i comunicati stampa, la spesa **farmaceutica** ed i consumi dal 1990 ad oggi, i ticket **farmaceutici** nelle varie Regioni, le informazioni sulla farmacia italiana ed europea, la rassegna stampa quotidiana con la segnalazione di articoli brevemente sintetizzati, oltre naturalmente ad una presentazione di Federfarma, del Sunifar (che rappresenta le farmacie rurali) e delle organizzazioni territoriali di Federfarma. Presto, infine, saranno implementati gli applicativi che offriranno nuovi servizi, come ad esempio, una versione del sito che permette l'accesso dai palmari.

Attualmente, oltre alle farmacie, alle organizzazioni territoriali di Federfarma e ai cittadini, accedono con frequenza al sito anche industrie **farmaceutiche**, distributori intermedi, ospedali, Asl, cliniche, università, medici e giornalisti. Gli utenti registrati sono 26.500 e 1,3 milioni le pagine visitate mensilmente.



Radioterapia Il bersaglio è solo il tumore

Con l'adroterapia si possono irradiare focolai vicini a parti sane ma «critiche»

I progressi nella radioterapia dei tumori maligni sono un continuo cammino verso il traguardo di una irradiazione sempre più selettiva del focolaio tumorale con un risparmio sempre maggiore dei tessuti sani. Grazie alla precisione con cui si realizza l'irradiazione, è possibile dare delle dosi maggiori al tessuto tumorale, con percentuali più elevate di guarigione, e contemporaneamente delle dosi più basse alle strutture sane, riducendo in modo significativo il rischio di danneggiarle. Una delle strade che si sta percorrendo è quella dell'utilizzo di nuovi fasci di radiazioni ionizzanti: le particelle pesanti, dette anche "adroni". Da qui il nome di "adroterapia" a questo nuovo tipo di radioterapia. Questa strada, in realtà, non è nuovissima: da 40 anni esistono nel mondo, soprattutto in nord Europa e negli Stati Uniti, alcuni Centri che utilizzano i fasci di neutroni. Negli ultimi 20 anni, grazie ai progressi della tecnologia nella costruzione di nuovi acceleratori di particelle e alle maggiori conoscenze degli effetti biologici e clinici dell'utilizzo delle particelle pesanti, il loro impiego si sta diffondendo. Più in particolare, sono oramai alcune decine nel mondo i Centri che utilizzano i fasci di protoni, con esperienza di decine di migliaia di casi curati; sono inol-

tre operativi alcuni Centri che utilizzano fasci di ioni carbonio in Giappone, Germania e Stati Uniti. Va segnalato che l'Italia non sta a guardare: è oramai ultimata la costruzione di un Centro per la terapia con ioni carbonio a Pavia (il Cnao) che dovrebbe iniziare il trattamento dei pri-

mi pazienti entro un anno ed è in avanzata fase di progettazione un Centro per la terapia con protoni a Trento.

Questi fasci di radiazioni, grazie alle diverse modalità con cui cedono la loro energia alla materia vivente, riescono a concentrare molto bene la dose nel bersaglio definito dal radioterapista, consentendo di ottenere reali vantaggi clinici quando si devono irradiare focolai molto vicini a strutture sane "critiche", il cui eventuale danno potrebbe avere importanti conseguenze. Il loro effetto biologico, inoltre, si può manifestare pienamente anche in situazioni sfavorevoli per le radiazioni "tradizionali" (raggi X e fasci di elettroni), come quando nel tessuto tumorale c'è una significativa carenza di ossigeno. Per valutare l'importanza reale di queste caratteristiche favorevoli è però necessario considerare i significativi progressi che ha avuto la radioterapia con raggi X negli ultimi anni: gli acceleratori

mi pazienti entro un anno ed è in avanzata fase di progettazione un Centro per la terapia con protoni a Trento. Questi fasci di radiazioni, grazie alle diverse modalità con cui cedono la loro energia alla materia vivente, riescono a concentrare molto bene la dose nel bersaglio definito dal radioterapista, consentendo di ottenere reali vantaggi clinici quando si devono irradiare focolai molto vicini a strutture sane "critiche", il cui eventuale danno potrebbe avere importanti conseguenze. Il loro effetto biologico, inoltre, si può manifestare pienamente anche in situazioni sfavorevoli per le radiazioni "tradizionali" (raggi X e fasci di elettroni), come quando nel tessuto tumorale c'è una significativa carenza di ossigeno. Per valutare l'importanza reale di queste caratteristiche favorevoli è però necessario considerare i significativi progressi che ha avuto la radioterapia con raggi X negli ultimi anni: gli acceleratori



moderni consentono infatti di realizzare nuove tecniche (in particolare la "radioterapia conformazionale 3D", la "radioterapia ad intensità modulata" e la "radioterapia stereotassica") che riescono a somministrare la dose in modo molto più preciso e selettivo rispetto alle tecniche del recente passato. Queste nuove tecniche sono utilizzate quotidianamente nei maggiori Centri di radioterapia italiani. Tra questi, l'Istituto del Radio "O. Alberti" degli Spedali Civili di Brescia dovel'80% di tutti i trattamenti è eseguito con tali tecniche.

Paolo Frata
medico radioterapista

I BENEFICI

*Grazie a nuovi
fasci di radiazioni
ionizzanti si
possono usare
dosi massicce ma
solo per il tessuto
tumorale*



La luminosità della nebulosa di Orione dipende dalla radiazione ionizzante