

LA SCIENZA

Nella pancia
della mamma
l'arma segreta
contro l'allergia

CORRADO ZUNINO

VENTICINQUE medici del mondo, di cui tre italiani, hanno compreso che quindici anni di studi sulle allergie già avevano prodotto evidenze scientifiche: le allergie, sì, possono essere prevenute. Bastava mettere insieme i dossier separati, le ricerche su pazienti a Toronto, a Tokyo, a Roma.

A PAGINA 27

La lotta alle allergie inizia nella pancia così la mamma aiuta a prevenirle

Uno studio internazionale: se prende fermenti lattici in gravidanza abbassa il rischio che il neonato le sviluppi

Migliorano soprattutto dermatiti ed eczemi ma anche allergie alimentari, asma e riniti

CORRADO ZUNINO

ROMA. Venticinque medici del mondo, di cui tre italiani, hanno compreso che quindici anni di studi sulle allergie già avevano prodotto evidenze scientifiche: le allergie, sì, possono essere prevenute. Bastava mettere insieme i dossier separati, le ricerche su pazienti a Toronto, a Tokyo, a Roma. Serviva un'organizzazione globale, finanziamenti ingenti e "sceneggiatori" capaci di interpretare i risultati dei medici per offrirli —divulgati— al pubblico a cura. L'Organizzazione mondiale dell'allergia (Wao) ha trovato i fondi e, quindi, messo a disposizione forze e competenze.

La novità emersa è "semplice e rivoluzionaria", dicono i venticinque luminari: le allergie, quattro tipi di allergie, possono essere prevenute ingerendo probiotici, che altro non sono che fermenti (o batteri) lattici. Un probiotico, in letteratura medica, è un organismo vivo che, somministrato in quantità adeguata, "apporta un beneficio alla salute dell'ospite".

Il nuovo dossier allergie viene fuori da quindici studi sugli eczemi nei bimbi, ventuno test su donne incinte (in quattro casi prendevano probiotici), ancora otto lavori sull'asma su ragazzi. Ben 622 studi sugli effetti collaterali. Ecco, ricostruendo il quadro clinico nel mondo si è compreso che statisticamente il rischio per un neonato di contrarre future allergie si abbassa del nove per cento in tre casi: se la madre prende probiotici in gravidanza, se li pren-

de in fase di allattamento o se li dà al piccolo nel primo anno di vita.

I test hanno delineato un chiaro miglioramento dei numeri di fronte alle dermatiti e agli eczemi, con una bassa probabilità di effetti non graditi. Meno netto, ma comunque evidente, l'effetto positivo nelle altre tre patologie: le allergie alimentari, vero e proprio casus clinico contemporaneo, l'asma e le riniti allergiche.

Questa mattina alle undici, a



Roma, al Centro congressi Trevi, sotto la supervisione dell'ospedale Bambino Gesù, il dossierone — da ventiquattr'ore sul *World allergy organization journal* — sarà presentato al pubblico e con lui le nuove linee guida sulle allergie, da passare a tutti i pediatri del mondo. «Un probiotico intestinale può modulare risposte sistemiche infiammatorie e immunologiche», si legge sulle linee guida, «e così influenzare lo sviluppo della sensibilizzazione dell'allergia». Ancora: «I probiotici danno risposte immuni e il loro uso integrato può essere proposto come intervento preventivo». Solo il 15% dei bambini con genitori e parenti di primo grado senza allergie contrarrà allergie, dice la letteratura. La

percentuale sale al 45-55% se un genitore o un fratellino sono allergici, al 55-65% se lo sono entrambi.

Lavori articolati e dispendiosi come questi superano l'aspetto specificatamente clinico per diventare punti di riferimento di politica sanitaria. Una delle spinte a formulare nuove linee guida sul tema è stata data dal rapporto costi-benefici, qui considerato fortemente vantaggioso: «La missione è quella di ridurre l'incidenza dell'allergia e, contemporaneamente, i costi diretti e indiretti relativi». Il prezzo in farmacia degli integratori alimentari a base di fermenti lattici vivi è alto, e non rimborsato dal Servizio sanitario nazionale (in Italia non sono considerati me-

dicine, e neppure negli Usa). Nel nostro paese una confezione da dodici bustine varia tra i 13 e i 16 euro. Gli esperti nel dossier scrivono: «Una madre incinta li può prendere per 3-9 mesi mentre il costo per il trattamento di un eczema della pelle può durare molti anni».

Nelle nuove linee guida dell'Organizzazione mondiale dell'allergia, come raccomandato dall'Oms, vengono rappresentati su autodichiarazione i potenziali conflitti di interesse dei venticinque autori del lavoro. Dieci dichiarano di non averne, in quindici rivelano di avere o aver avuto rapporti di lavoro, consulenze, spese di congresso pagate da aziende farmaceutiche o alimentari interessate all'espansione dei probiotici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allergie alimentari



sotto i 3 anni sono



il latte
(includendo
sieroproteine
e caseine)



le uova



le nocciole
e le arachidi

dopo i 4 anni si aggiungono



i cereali
(soprattutto
grano,
mais e avena)



la frutta



la soia

La rinite



1 bambino su **4**
nel 2020 avrà la rinite

I sintomi



35%
di chi ne soffre ha una rinite lieve



L'asma

L'età media ha due picchi



Lo studio



L'Organizzazione mondiale dell'allergia (Wao) ha condotto uno studio incrociato sui risultati delle ricerche degli ultimi **15 anni** su



Ha concluso che esistono evidenze scientifiche che si possono prevenire le allergie (nel 9% dei casi) se vengono dati probiotici (organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite) a:

Donne in gravidanza

Donne nel periodo di allattamento

Bambini nel primo anno di età

Circa il **15%** dei bambini con genitori e parenti di primo grado senza allergie contrarrà allergie

La percentuale sale al **45-55%** se un genitore o fratello ha allergie

al **55-65%** se le hanno due di loro

r.trinchieri@repubblica.it

Sì di Strasburgo all'utero in affitto

La Corte condanna
l'Italia: non doveva
togliere il bimbo
ai genitori

**LA
GIORNA
TA**

ROMA. Non importa che tra figlio e genitori non vi fosse alcun legame genetico, che il piccolo fosse stato partorito da un'altra donna grazie all'utero in affitto. Quel bambino avrebbe dovuto restare con chi lo stava crescendo. Questo dice la

sentenza della Corte di Strasburgo che ha condannato l'Italia a pagare ventimila euro ad una coppia molisana per aver violato il suo diritto a formarsi una famiglia. Per aver allontanato senza alcun bisogno il piccolo, nato da utero in affitto e che senza affinità genetiche marito e moglie lo allevavano.

Per alcuni questa sentenza, approvata per 5 voti a due, contrario il vicepresidente, l'italiano Guido Raimondi, sarebbe un'apertura alla maternità surrogata, che vede ogni anno più di cento coppie partire dall'Italia verso i paesi dell'est dove è legale. Secondo la Corte l'Italia ha violato la Carta dei diritti dell'uomo visto che «l'allontanamento di un minore dal contesto familiare non si giustifica se non con un rischio immediato per il minore». Condizioni assenti, secondo i giudici. La coppia non rivedrà però mai più il bambino. La Corte ha infatti deciso che è meglio per lui restare nella famiglia a cui è stato affidato nel 2013 perché «ha certamente sviluppato dei legami affettivi». Il ricorso contro l'Italia era stato presentato dall'avvocato bolognese Giorgio Muccio, a nome della coppia che era andata in Russia, dove è legale la pratica della maternità sostitutiva. Il bambino, nato nel 2011, era stato riconosciuto come figlio dai due aspiranti genitori e iscritto all'anagrafe di Mosca. Ma i coniugi si erano visti poi rifiutare l'iscrizione all'anagrafe italiana, anche perché, secondo le autorità, il certificato di nascita conteneva dei dati falsi.

(c.p.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sentenza Così Strasburgo «sdogana» la maternità surrogata

GIOVANNI MARIA DEL RE

Se l'Italia vieta la "maternità surrogata" nessun problema, basta andarsene in Russia e poi portarsi a casa il neonato e lo Stato dovrà riconoscerlo. Si potrebbe sintetizzare così una controversa sentenza pronunciata ieri dalla Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo.

A PAGINA 12

Così Strasburgo sdogana la maternità surrogata

L'Italia applica le sue leggi? Condannata

Per la Corte europea dei diritti umani, se Roma vieta la "pratica" basta andare in un altro Paese e tornare con un neonato: lo Stato dovrà riconoscerlo

GIOVANNI MARIA DEL RE
BRUXELLES

Se l'Italia vieta la maternità surrogata nessun problema, basta andarsene in Russia e poi portarsi a casa il neonato, e lo Stato dovrà riconoscerlo. Si potrebbe sintetizzare così una controversa sentenza pronunciata ieri a maggioranza (5 giudici contro 2) dalla Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo (dipendente dal Consiglio d'Europa, che niente ha a che fare con l'Ue). L'Italia dovrà pagare una multa complessiva di 30.000 euro per aver preteso di applicare la legge nazionale.

Ma guardiamo i fatti. Due coniugi di Colletorto (Campobasso) - Donatina Paradiso e Giovanni Campanelli - cercano invano di avere un figlio con la fecondazione artificiale. Si rivolgono allora alla Rosjurconsulting, una società russa specializzata nei cosiddetti "uteri in affitto". Viene trovata una madre surrogata, che darà alla luce, il 27 febbraio 2011, un maschio. La donna rilascia una dichiarazione in cui "cede" il bambino, quanto basta perché le autorità russe rilascino un certificato di nascita in cui i due

molisani vengono dichiarati genitori del piccolo, senza alcun riferimento alla maternità surrogata. Il consolato d'Italia a Mosca rilascia le carte e i coniugi rientrano ma poi il Comune di Colletorto rifiuta l'iscrizione del bambino all'anagrafe. La ragione: nel frattempo il consolato ha scoperto come sono andate le cose, e ha informato il Tribunale dei minori di Campobasso. Scatta una denuncia per i coniugi, mentre il neonato viene prima affidato a una casa di accoglienza, poi, nel gennaio 2013, a una famiglia.

Paradiso e Campanelli ricorrono alla Corte di Strasburgo, denunciando la violazione dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti umani (diritto al rispetto della vita privata e familiare). La Corte di Strasburgo dà loro ragione con una sentenza paradossale: i giudici ammettono che la decisione delle autorità italiane «è avvenuta secondo la legge», e che «le misure adottate perseguivano il legittimo obiettivo di difendere l'ordine pubblico, visto che la condotta dei ricorrenti è stata contraria alla legge». Eppure condannano l'Italia spiegando che le poche settimane passate con il piccolo sarebbero sufficienti a parlare di famiglia di fatto, e il bene del bambino ha priorità assoluta. «Il riferimento all'ordine pubblico - spiega la Corte - non dà carta bianca per qualsiasi misura, lo Stato doveva tenere in considerazione gli interessi del bambino, senza considerare la relazione di parentela». Almeno, la Corte sottolinea che la sentenza «non implica un obbli-



go per lo Stato italiano a restituire il bambino ai ricorrenti, visto che ha sviluppato senza dubbio legami emotivi con la famiglia di affido».

Una sentenza (l'ennesima, a dire il vero) di Strasburgo che non può che lasciare perplessi, come conferma il parere contrario di due dei sette giudici, l'italiano Guido Raimondi e l'islandese Robert Spano. «Se è sufficiente – scrivono – creare all'estero un legame illegale con un neonato per obbligare le autorità del proprio Stato a riconoscere l'esistenza di una vita familiare, è evidente che la libertà dei Paesi di non riconoscere gli effetti giuridici del ricorso alle madri surrogate, libertà che tuttavia la giurisprudenza della Corte riconosce, è ridotta a nulla». È la base giuridica sulla quale lo Stato italiano, secondo varie fonti, si starebbe accingendo a presentare appello alla Grande Camera della Corte di Strasburgo.

Di sentenza «pericolosissima» parla Eugenia Roccella di Area Popolare, vicepresidente della commissione Affari sociali della Camera che chiede l'intervento del Garante dell'infanzia e per la quale «si configura così una sorta di diritto all'usucapione nei confronti del minore: basta che qualcuno riesca a tenere con sé un bambino per il tempo sufficiente a stabilire una relazione, e potrà tenerlo per sempre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Pillola dei 5 giorni dopo I medici: noi privati del nostro ruolo

Sulla questione della "liberalizzazione" della vendita della pillola dei 5 giorni dopo, che secondo una recente delibera europea andrebbe venduta senza ricetta, l'Italia potrebbe decidere di mantenere l'obbligo di prescrizione per le minorenni. Sarebbe questo, almeno, l'orientamento prevalente all'interno della Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), che sta esaminando la questione in attesa di un parere da parte del Consiglio superiore di sanità. Decidere di differenziare l'obbligo di ricetta per fasce d'età è nelle possibilità degli Stati membri che recepiscono le delibere europee relative ai farmaci. I Paesi, tuttavia, sono anche liberi di non applicarle per nulla, motivandolo in sede Ue. Sulla questione, intanto, è tornata a intervenire l'Associazione dei medici cattolici (Amci): «Si tratta dell'ennesimo caso di progressivo svuotamento fino all'annullamento di quel rapporto di alleanza e di cura tra medico e paziente. Obiettori di coscienza o no, i medici di famiglia vengono privati dell'occasione diretta di colloquio-confronto con le assistite, delle quali conoscono la storia clinica e familiare, in un campo delicato ed importante come la sessualità e la procreazione».



NUOVI LEA**Comprese
fecondazione
eterologa
ed epidurale**

Con una dotazione di **470 milioni di euro in più, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, si appresta a presentare domani i nuovi Lea. Tra le prestazioni sanitarie che rientrano tra i livelli essenziali d'assistenza l'analgesia epidurale per il parto senza dolore, la procreazione medicalmente assistita (Pma) omologa ed eterologa e lo screening neonatale. E dovrebbero essere confermati i test per la celiachia oltre che per altre malattie rare prima non previste. Confermate le vaccinazioni gratuite per varicella, pneumococco, meningococco e Hpv. Nel tentativo di ridurre le prestazioni non appropriate sono previste misure finalizzate a ridurre il ricorso al parto cesareo e il ricorso a day hospital, day surgery, ricoveri di lungodegenza e riabilitazione.



Salute
Epidurale
ed eterologa
saranno gratuite
negli ospedali
 Massi a pag. 12

Epidurale ed eterologa saranno gratuite in tutti gli ospedali

► Il **ministro della Salute** presenta l'elenco delle nuove prestazioni
 Ai pazienti apparecchi acustici digitali e computer per invalidi

**UN AUMENTO DEI FONDI
 DI 470 MILIONI
 ESENZIONE DAL TICKET
 PER CELIACI
 MERCOLEDÌ INCONTRO
 CON LE REGIONI**

SANITÀ

ROMA Gli apparecchi acustici digitali, i computer per far comunicare le persone gravemente disabili, le barelle per le docce, gli scooter a 4 ruote e le carrozine con un sistema di verticalizzazione. Ma anche l'anestesia epidurale per il parto senza dolore, la fecondazione assistita sia omologa (tra moglie e marito) sia eterologa (con l'ovulo o il seme di una donna o di un uomo fuori ella coppia), lo screening neonatale, le vaccinazioni gratuite per varicella, pneumococco, meningococco e hpv.

L'ANESTESIA

Ecco i nuovi servizi che, finora sulla carta, dovrebbero entrare tra i livelli di assistenza (lea) del servizio sanitario. Per alcuni si potrà prevedere un ticket per altri no. Nuove prestazioni che il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** ha valutato secondo le esigenze della popolazione ma anche secondo i criteri di risparmio diretto o indiretto in corsia.

GLI INVESTIMENTI

Gli apparecchi sono stati individuati con lo stesso criterio: più il paziente è avvantaggiato nel convivere con la sua malattia meno bisogno avrà di farmaci, esami, visite. Come i malati di bpc, brocopneumopatia ostruttiva (un grave disturbo respiratorio) per i quali l'elenco del ministero prevede strumenti per l'incentivazione dei muscoli respiratori.

Le novità, ovviamente, chiedono maggiori investimenti. Proprio una settimana fa la Corte dei Conti aveva lanciato un monito: o si pensa di trovare altri fondi oppure i lea non potranno essere aggiornati. Tempo sette giorni e viene annunciato che le nuove 160 prestazioni hanno richiesto una cifra che sfiora i 500 milioni, esattamente 470. Una cifra che viene totalmente compresa nell'aumento di 2 miliardi del Fondo sanitario previsto per quest'anno pari a 111 miliardi di euro.

Ma l'iter non è ancora finito. La prossima settimana, mercoledì, i lea verranno presentati alle Regioni e poi alla conferenza Stato-Regioni. Sono queste amministrazioni, infatti, ad avere la responsabilità, economica e organizzativa, del servizio sanitario.

I MEDICI

Nella "rivoluzione", anche i medici di famiglia che prescrivono



esami ed analisi. Vengono introdotti dei paletti burocratico-sanitari che dovrebbero essere in grado di far calare il numero delle richieste non appropriate. Si parla, infatti, di "condizioni di erogabilità": alcune prestazioni potranno essere concesse dal servizio sanitario solo se il paziente presenterà alcune particolari condizioni. Una procedura che oggi già è prevista per i medicinali. Oltre un trentina di voci, denominate come "reflex" (ne servono in genere due) saranno così organizzate: il secondo esame potrà essere fatto solo se dal primo risultano elementi patologici. Novità potrebbero arrivare anche per le esenzioni dal ticket. Nell'elenco sarebbero state inserite malattie che, fino ad oggi, non godevano di nessuna agevolazione. Come la celiachia, la sindrome di Down, la sindrome da Talidomide, l'endometriosi. Oltre alle broncopneumopatie croniche ostruttive moderate, gravi e molto gravi.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica

Assistenza sanitaria nell'Ue Italia in coda

In Ue ci sono segnali di crescente divario e disuguaglianze nella qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria dei cittadini europei per colpa della crisi economica e delle politiche di austerità. Buone notizie invece per l'aumento dei tassi di sopravvivenza per le malattie cardiache, l'ictus e il cancro. L'Italia in questo quadro si piazza solo al 21° posto della classifica redatta dal rapporto dell'Euro Health Consumer Index (Ehci) 2014 basato sulle statistiche pubbliche, sondaggi sui pazienti e ricerche indipendenti. Lo studio, che valuta l'assistenza sanitaria in 36 Paesi dell'Ue, è stato condotto dalla società Health Consumer Powerhouse Ltd ed è stato presentato ieri a Bruxelles dal Commissario europeo per la Salute Vytenas Andriukaitis. Ai primi tre posti della classifica: l'Olanda, la Svizzera e la Norvegia. Germania e Francia sono al 9° e all'11° posto, mentre la Grecia è al 28° e la Romania al 35. Ultima la Bosnia.

Sanità

Anche epidurale
ed eterologa
pagate dalle Regioni

SERVIZIO A PAGINA 12

Salute. Epidurale ed eterologa nei nuovi Livelli di assistenza

Pronto l'elenco delle prestazioni che dovrebbero essere coperte dal Servizio sanitario. Ora il confronto con le Regioni

Roma. Analgesia epidurale per il parto senza dolore, procreazione medicalmente assistita (Pma) omologa ed eterologa e screening neonatale: sono alcune tra le prestazioni previste nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) in ambito ospedaliero, che sono finalmente pronti e che il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, mercoledì prossimo illustrerà agli assessori regionali. Il nodo della sostenibilità del nuovo elenco di prestazioni, d'altronde, è da mesi al centro del confronto fra governo e Regioni. L'aggiornamento dei Lea ha richiesto una cifra pari a meno di 500 milioni (470 per l'esattezza): cifra che viene dunque totalmente ricompresa nell'aumento di 2 miliardi del Fondo sanitario nazionale previsto per quest'anno e pari a 111 miliardi di euro. Nei nuovi Lea sono anche previste le vaccinazioni gratuite per varicella, pneumococco, meningococco e Hpv. Comprese pure le prestazioni diagnostiche innovative e le protesi di ultima generazione: dagli apparecchi acustici a tecnologia digitale agli ausili informatici per la comunicazione per le persone disabili gravi. Verranno assicurati dal Servizio sanitario nazionale anche apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, barelle per docce, carrozzine innovative con sistema di verticalizzazione, scooter a 4 ruote, kit di motorizzazione per carrozzine, sollevatori. Obiettivo è anche quello di avere una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie e cliniche: per questo motivo sono previste misure finalizzate a ridurre il ricorso al parto cesareo e criteri di appropriatezza per il ricorso a day hospital, day surgery, ricoveri di lungodegenza e riabilitazione. È inoltre prevista una riduzione dei ricoveri diurni in ospedale a fronte del potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale.



Scatta l'obbligo per le Regioni di garantire eterologa ed epidurale

Pronti i nuovi livelli essenziali di assistenza: nella lista esami per la celiachia e screening neonatale

MICHELE BOCCI

ROMA. Tutte le Regioni italiane dovranno assicurare ai loro cittadini la fecondazione, quella omologa e quella eterologa, il parto con l'epidurale, alcune vaccinazioni, una serie di screening neonatali, gli esami per la celiachia e vari ausili in grado di rendere la vita meno difficile a persone con disabilità importanti. E saranno obbligate a fornire queste prestazioni all'interno del servizio sanitario pubblico, quindi gratuitamente o dietro pagamento del ticket. Inoltre dovranno controllare che i loro medici non prescrivano ai pazienti delle prestazioni inutili e assicurare l'assistenza a chi soffre di endometriosi, broncopneumopatie croniche e varie malattie rare.

È pronta la proposta del ministro alla Salute per rinfrescare i Lea, cioè i livelli essenziali di assistenza, le prestazioni sanitarie a cui sono tenute tutte le Regioni. In alcuni casi si tratta di attività che venivano già svolte da alcuni sistemi sanitari locali, come ad esempio la stessa fecondazione omologa, l'epidurale o le vaccinazioni pediatriche. L'ingresso nella lista dei Lea nazionali dà diritto ai cittadini di richiederle ovunque. Oggi il ministro Beatrice Lorenzin incontrerà il presidente della conferenza delle Regioni Sergio Chiamparino e la prossima settimana porterà il suo piano a tutti i governatori per l'approvazione definitiva. Oltre a inserire alcune nuove prestazioni, ne sono state tolte altre considerate ormai inutili. Riguardo ai fondi necessari all'operazione, si è calcolato che la differenza tra l'aumento di spesa per le nuove attività e il risparmio prodotto da quelle eliminate e da varie misure di conteni-

mento, sia di 460 milioni di euro. Soldi che verranno reperiti nel fondo sanitario nazionale di 111 miliardi.

Dal ministero elencano le misure che si vogliono prendere. Nel campo della prevenzione si introduce l'obbligatorietà delle vaccinazioni per varicella, pneumococco, meningococco e vaccino anti hpv (per un costo totale di 68 milioni). Importanti le novità introdotte nel campo degli ausili. Tra questi ci sono gli strumenti informatici per la comunicazione destinati a persone con "disabilità gravissima", apparecchi acustici digitali, barelle per doccia, carrozzine con sistema "di verticalizzazione", scooter a quattro ruote, kit di motorizzazione per carrozzine, sollevatori per vasca da bagno, carrelli servoscala interni (la spesa è di 250 milioni). Tutti oggetti molto costosi per le famiglie che devono assistere un disabile. Si recupereranno invece soldi dalla riduzione dei costi per i ricoveri, promuovendo il day hospital, e dall'aumento del ticket causato dalla trasformazione di prestazioni ospedaliere in ambulatoriali. Rientrano tra le novità l'analgesia epidurale, che oggi in molti ospedali italiani è impossibile da ottenere, la procreazione medicalmente assistita, che in certe Regioni del sud è assicurata solo dalle strutture private, e vari screening neonatali.

Per quanto riguarda le attività specialistiche, cioè visite ed esami, si prevede una riforma nel segno dell'appropriatezza al costo di circa 500 milioni. Per tenere sotto controllo la spesa verranno introdotte "condizioni di erogabilità" di molte prestazioni, che saranno date gratuitamente (come succede per i farmaci) solo se ci sono determinate condizioni cliniche. I medici dovranno seguire delle indicazioni di appropriatezza per le prescrizioni di ben 160 esami e saranno sottoposti a verifiche della Regione per controllare se non hanno richiesto accertamenti inutili.



IL MINISTRO
Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in aula alla Camera

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

 HOME **CORRIERE TV** ECONOMIA SPORT CULTURA SCUOLA SPETTACOLI **SALUTE** SCIENZE INNOVAZIONE TECH MOTORI VIAGGI CASA CUCINA IODONNA 27ORA MODA


La svolta dei Bot: avranno tassi negativi



Italicum, il Senato approva: 184 sì La



Torino, al processo no Tav 47 condanne e 6



Libia, comando Isis assalta un hotel a Tripoli:



SANITÀ



Nuovi Lea: epidurale e fecondazione eterologa a carico delle Regioni

Mercoledì prossimo l'incontro Lorenzin-Regioni per la presentazione. Aumentato il fondo: 470mln in più per nuove cure



di Redazione Online



Sono pronti i tanto attesi nuovi Livelli essenziali d'assistenza (Lea): il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** li presenterà mercoledì della prossima settimana agli assessori regionali alla sanità. Per le prestazioni che il Sistimena sanitario nazionale deve garantire ai cittadini (a totale carico dello stato o ditro pagamento di un ticket) sono previste risorse aggiuntive per circa 500 milioni di euro (470 per la precisione) che rappresentano il saldo tra le nuove prestazioni che entrano tra quelle ritenute essenziali e quelle che escono dall'elenco.

Ed ecco che tra i nuovi Lea compaiono, per esempio, «analgesia epidurale per il parto senza dolore, procreazione medicalmente assistita (Pma) omologa ed eterologa e screening neonatale. E dovrebbero essere confermati i test per la celiachia oltre che per altre malattie rare prima non previste.

Vaccinazioni gratuite

Nei nuovi Lea sono anche previste le vaccinazioni gratuite per varicella, pneumococco, meningococco e Hpv. Comprese pure prestazioni innovative diagnostiche e di attività clinica. Obiettivo è anche quello di avere una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie e cliniche. Per questo motivo, sono previste misure finalizzate a ridurre il ricorso al parto cesareo e criteri di appropriatezza per il ricorso a day hospital, day surgery, ricoveri di lungodegenza e riabilitazione. È inoltre prevista una riduzione dei ricoveri diurni in ospedale a fronte del potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Protesi di ultima generazione

Dagli apparecchi acustici a tecnologia digitale agli ausili informatici per la comunicazione per le persone disabili gravi. Sono le protesi di ultima generazione previste, secondo quanto si apprende, nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea). Verranno assicurati dal Servizio sanitario nazionale anche apparecchi per l'incentivazione dei muscoli respiratori, barelle per docce, carrozzine innovative con sistema di verticalizzazione, scooter a 4 ruote, kit di motorizzazione per carrozzine, sollevatori.

Nodo sostenibilità

Il ministro Lorenzin ha convocato le regioni dopo avere messo a punto la proposta che verrà esaminata quindi al Ministero della Salute prima del passaggio nella Conferenza Stato Regioni. Il nodo della sostenibilità per le regioni del nuovo elenco di prestazioni è da mesi al centro del confronto fra governo e regioni. Questione che avrebbe trovato quindi una soluzione, secondo quanto si apprende, nella individuazione di questi nuovi fonti che sfiorerebbe il mezzo miliardo di euro.



NEUROSCIENZE

Spiegato perché «sentiamo» quello che leggiamo



PEDIATRIA

Cuore degli adolescenti sempre più a rischio. Serve uno screening



CARDIOLOGIA

Quanto ci fa male il troppo rumore



REUMATOLOGIA

Perché la mandibola a volte fa clic: problemi articolari o di bruxismo



SALUTE

Strasburgo dice sì al diritto di utilizzare una madre surrogata



SU QUIMAMME.IT

Secondo maschietto in arrivo per la cantante



SPORTELLO CANCRO

Perché la sindrome metabolica dà «benzina» al cancro



SPORTELLO CANCRO

Via libera in Italia a una nuova arma contro leucemia mieloide cronica



LIVING

40 Idee per plegare il



HiQPdf Evaluation 01/28/2015



domenica24 casa24 moda24 food24 motori24 job24 stream24 viaggi24 salute24 shopping24 radio24 + altri

Cerca

MY Accedi



Il Sole
24 ORE
ITALIA & MONDO

Mercoledì • 28 Gennaio 2015 • Aggiornato alle 07:49

NEW! How To Spend It

English version

Professioni e Imprese24

Formazione Eventi

Banche dati

NEW! Toscana24

Versione digitale



HOME

ITALIA & MONDO

NORME & TRIBUTI

FINANZA & MERCATI

IMPRESA & TERRITORI

NOVA24 TECH

PLUS24 RISPARMIO

COMMENTI & INCHIESTE

STRUMENTI DI LAVORO

STORE24
Acquista & abbonati

Notizie ▶ Italia

Specializzazioni mediche, si cambia: il ministro Giannini firma il decreto

di Eugenio Bruno 28 gennaio 2015

Tweet

My24 A A -



Arriva il riordino delle Scuole di specializzazione in Medicina. Il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato ieri sera il decreto interministeriale (su cui si veda Scuola 24 di ieri) che riforma il percorso per diventare medico. In media durerà un anno in meno mentre le scuole scenderanno da 61 a 55. Il provvedimento passa ora alla firma della sua collega della Salute, [Beatrice Lorenzin](#).

La riforma

Una volta che il riordino diventerà realtà non esisteranno più percorsi di studio di 6 anni: potranno essere di 3, 4 o 5 anni al massimo. Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi, ad esempio, serviranno 5 anni di formazione e non più 6. A loro volta Geriatria, Dermatologia e Oftalmologia, dureranno 4 anziché 5 anni. La riduzione del percorso di studio riguarderà oltre 30 Scuole sulle 55 complessive a fronte delle 61 attuali. In questa direzione saranno accorpate cinque scuole precedentemente esistenti, mentre due (Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale) spariranno. Al posto stesso verranno rivisti gli obiettivi formativi e la distribuzione dei crediti. Almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa più ampia che potrà includere, oltre ai policlinici universitari, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, purché accreditati secondo specifici parametri valutativi.

In audizione alla Camera

Che la sua firma fosse imminente l'aveva annunciato lo stesso ministro qualche ora prima davanti alle commissioni riunite Cultura e Affari sociali di Montecitorio. In quella sede Giannini aveva sottolineato che quest'anno grazie a un finanziamento extra ce ne saranno 700 in più. Dalle 3.300 del 2014 si dovrebbe passare infatti a 4mila. L'augurio della responsabile del Miur si era poi augurata che anche « il Mef faccia un analogo sforzo ». Facendo notare che se questo strumento venisse messo a sistema con accreditamenti rigorosi per i corsi delle scuole di specializzazione dei policlinici e per quelli non gestiti dalle università, ma sotto l'egida delle Regioni, si potrebbe arrivare ad un altro migliaio di borse in più ».

Test d'ingresso

Nella stessa audizione il ministro si era soffermata anche sulla riforma dei test d'ingresso che richiederà tempi più lunghi. Quest'anno ci si limiterà infatti a un maquillage. A suo giudizio i corsi di preparazione alla prova devono « essere sottratti alla speculazione ed essere dunque assicurati soltanto dalle università ». Non escludendo tuttavia per il futuro il passaggio a un modello simile a quello francese. Ma soltanto - ha evidenziato - « quando avremo 3 aspiranti per un posto, ovvero circa 25-30mila aspiranti candidati all'anno ». Un numero « dal quale siamo ancora molto lontani », ha sottolineato il ministro, ricordando che « negli ultimi anni abbiamo avuto anche un picco di 95mila aspiranti candidati, che sono una cifra spropositata rispetto alle 230mila immatricolazioni annue totali ».

IN QUESTO ARTICOLO

Argomenti: Ospedali | Stefania Giannini | Montecitorio | Camera dei deputati | [Beatrice Lorenzin](#) | Cultura

ULTIMI DI SEZIONE

ASIA E OCEANIA

Finmeccanica, si al piano

Gianni Dragoni

EUROPA

I leader Ue verso nuove sanzioni

MEDIO ORIENTE E AFRICA

Attacco jihadista a Tripoli, 9 morti

ITALIA

Si del Senato all'Italicum, bagarre in Aula

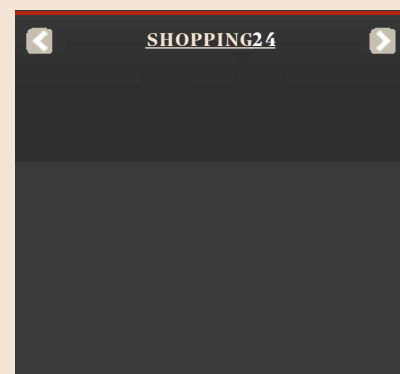
ITALIA

Rimborsi ai partiti, tagliati 360 milioni

EUROPA

Nasce il governo Syriza, crolla la Borsa

Tutto su Notizie?



DAI NOSTRI ARCHIVI

Scuole di Medicina Via alla rivoluzione «Meno anni e più borse di studio»

ROMA. Il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini ha firmato il decreto di riordino delle scuole di specializzazione di Medicina. La durata delle scuole viene ridotta mediamente di un anno. Non esisteranno più percorsi di studio di 6 anni: potranno essere di 3, 4 o 5 anni. Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi, ad esempio, serviranno 5 anni di formazione e non più 6. La riduzione del percorso riguarda oltre 30 scuole su 55. Previsto anche

l'accorpamento di cinque scuole precedentemente esistenti, mentre due (Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale) sono soppresse. Le scuole di specializzazione passano dalle attuali 61 a 55. «Una riforma – dice Giannini – che consentirà ai medici di specializzarsi in anticipo. Le borse di studio messe a disposizione dal Ministero inoltre saranno 700 in più». Ora il decreto passa alla firma del [ministro della Salute](#).



LA NOVITÀ LA GIANNINI FIRMA IL DECRETO DI RIORDINO. PREVISTO ANCHE L'ACCORPAMENTO

Scuole di specializzazione di Medicina la durata massima limitata a 5 anni

● **ROMA.** Il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini ha firmato il decreto di riordino delle Scuole di specializzazione di Medicina.

La durata delle Scuole viene ridotta mediamente di un anno. Non esisteranno più percorsi di studio di 6 anni: potranno essere di 3, 4 o 5 anni al massimo. Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi, ad esempio, serviranno 5 anni di formazione. Scuole come Geriatria, Dermatologia, Oftalmologia, dureranno 4 anni. La riduzione del percorso di studio riguarda oltre 30 Scuole su 55.

E' previsto anche l'accorpamento di cinque Scuole precedente-

mente esistenti, mentre due (Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale) vengono soppresse. Le Scuole di specializzazione passano dalle attuali 61 a 55.

«Si tratta di un provvedimento atteso - sottolinea il Ministro Giannini - che consentirà ai nostri giovani medici di specializzarsi in anticipo e di entrare prima nella professione. Le novità introdotte avranno l'effetto, fra l'altro, di incrementare le borse messe a disposizione dal Ministero, che per quest'anno saranno circa 700 in più. Ora il Miur è al lavoro sul secondo bando di concorso nazionale per l'ingresso nelle Scuole. Alle università chiedo -

conclude il Ministro - di rivedere a tempo di record gli ordinamenti».

Il decreto mette, infatti, mano agli ordinamenti didattici delle Scuole di specializzazione, con i relativi obiettivi formativi, e rivede la distribuzione dei crediti fra le attività previste. Almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa più ampia che potrà includere, oltre alle strutture universitarie, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario. Ora l'esame del decreto alla [Lorenzin](#).



Scompenso cardiaco, nuova modalità di stimolazione

Scompenso cardiaco, ne soffrono un milione di italiani over 50. E' l'incapacità del cuore di fornire il sangue in quantità adeguata rispetto alla richiesta dell'organismo. Il muscolo cardiaco è una pompa elettromeccanica e spesso le modalità di stimolazione elettrica possono influire in maniera determinante sulla capacità di pompare sangue. Presso l'unità operativa di Elettrostimolazione cardiaca dell'università "La Sapienza" di Roma, diretta dal prof. Antonio Ciccaglioni nel dipartimento di Scienze cardiovascolari e respiratorie guidato dal prof. Francesco Fedele, si sta avviando una sperimentazione, frutto di una ricerca italiana: intende valutare una particolare sequenza di stimolazione dove siano presenti gravi alterazioni della sincronia di movimento delle pareti cardiache. I risultati preliminari di questa modalità di stimolazione, nata da un'idea dell'ingegnere biomedico Ferruccio De Bellis, sembrerebbero promettenti.



<http://www.lastampa.it/>

Tumori femminili: polmoni più colpiti che seno

Le stime europee pubblicate sugli *Annals of Oncology*: Il «sorpasso» nel 2015. In calo la mortalità legata a tutti i carcinomi.



NICLA PANCIERA

MILANO

Quest'anno, per la prima volta, tra le donne europee i decessi per cancro al polmone supereranno quelli per cancro al seno. Lo dicono le previsioni per il 2015 condotte da un gruppo italo-svizzero e pubblicate oggi sugli *Annals of Oncology*.

Nel 2015 assisteremo dunque al superamento e in Europa il triste primato di big killer femminile passerà dal cancro al seno a quello ai polmoni. Una buona notizia è che, se l'aumento della popolazione europea e il suo invecchiamento spiegano l'aumento del numero globale di decessi per cancro, si conferma invece la generale tendenza alla diminuzione del tasso di mortalità delle malattie tumorali, con due grandi eccezioni costituite dal cancro al polmone per le donne e da quello al pancreas per donne e uomini.

Nelle donne europee, il numero totale di decessi per cancro al seno rimarrà lievemente superiore rispetto al polmone (rispettivamente, 90.800 e 87.500). Tuttavia, come ha commentato l'epidemiologo Carlo La Vecchia dell'Università di Milano, queste previsioni confermano le proiezioni sul lungo periodo realizzate alcuni anni fa e indicano che, pur rimanendo lievemente più alto, il numero di morti per cancro al seno è destinato ad essere superato da quello al polmone, il cui tasso di mortalità - che nel 2009 era di 9 decessi per 100.000 donne - arriverà a 14,24 decessi per 100.000 donne. Per contro, il tasso del tumore alla mammella sarà di 14,22 decessi per 100.000 donne, quindi una riduzione del 10,2% rispetto al 2009.

In Italia, comunque, il tasso di mortalità per neoplasia polmonare è relativamente basso (intorno alle 10 donne per 100.000) rispetto al resto d'Europa, in particolare al Regno Unito e alla Polonia, dove il tasso di mortalità previsto è rispettivamente di 21 e 17 donne ogni 100.000. «Le donne inglesi e polacche, in particolari le prime, hanno avuto a lungo un tasso di mortalità per cancro al polmone molto più elevato di ogni altro paese europeo» ha spiegato La Vecchia. «Questo è dovuto al fatto che le inglesi hanno iniziato a fumare durante la Seconda Guerra Mondiale e non dopo il 1968, come la maggioranza delle altre donne europee. E' preoccupante che il tasso di cancro al polmone nelle donne non sia in diminuzione nel Regno Unito, ma questo è probabilmente dovuto ad un nuovo aumento di fumatori della generazione sessantottina, quelli nati dopo gli anni Cinquanta».

Le previsioni parlano di 1.359.100 decessi, di cui 766.200 uomini e 592.900 donne, con una riduzione rispettivamente del 26% e del 21% rispetto ai dati relativi al 1998, anno del picco di mortalità per cancro. Rispetto a sedici anni fa, infatti, nell'anno che verrà ci si aspettano 325mila decessi in meno per cancro.

Insomma, per quanto la tendenza verso una riduzione della mortalità sia una buona notizia, come osserva l'altro autore Fabio Levi, coautore dello studio e già direttore dell'unità di Epidemiologia del Cancro ed ora professore emerito dell'Università di Losanna, il fumo rimane ancora la principale causa di morte per cancro in Europa. Ad esempio, sono da ricondurre al fumo una percentuale tra il 15 e il 20% di tutti i casi di cancro al pancreas, dal 80 al 90% di tumori al polmone, ed il fumo è coinvolto anche in un certo numero di altre neoplasie.

Le cause dei tumori e i pericoli dell'intelligenza artificiale: la ricerca di Bert Vogelstein della Johns Hopkins University e la lettera aperta di 400 studiosi (tra cui Stephen Hawking) stanno scatenando discussioni appassionate. Due esempi clamorosi di come funziona la scienza, sospesa tra certezza e incertezza: lo spiegano gli articoli qui sotto e l'intervista a Carlo Rovelli nella pagina successiva.

Tumori: solo sfortuna oppure stile di vita?

VALENTINA ARCOVIO

Lo studio di Bert Vogelstein della Johns Hopkins School of Medicine continua a fare scalpore: sembra negare l'importanza degli stili di vita - e quindi della prevenzione - nel rischio di sviluppare un tumore. Su «Science» ha usato l'espressione «bad luck» - sfortuna - per indicare che il 66% dei tumori nasce per caso. Un'affermazione che sconvolge la nozione «standard», secondo cui sono l'ereditarietà e le abitudini - dal fumo all'inattività fino alla cattiva alimentazione - a determinare il cancro.

Un «forte disaccordo»

La stessa Iarc, l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Oms è intervenuta, esprimendo un «forte disaccordo»: «concludere che la sfortuna è la principale causa del cancro sarebbe fuorviante e può pregiudicare gli sforzi per individuarne le cause e prevenirlo». La Iarc ha quindi messo l'accento su quelli che definisce «i limiti» della ricerca: tra questi, il fatto che vengono presi in considerazione tumori rari, come l'osteosarcoma e il medulloblastoma, i quali rappresentano solo una piccola parte dell'incidenza del cancro. Così si escludono, per mancanza di dati, tumori più comuni che, in 50 anni di epidemiologia, sono stati correlati a infezioni e all'ambiente. Gli esperti si riferiscono, per esempio, al tumore allo stomaco, alla cervice, al seno e ai polmoni. Infine, tra le critiche, c'è il fatto che lo studio si concentra sulla popolazione Usa, mentre il confronto con altre popolazioni avrebbe potuto dare risultati diversi: è noto che il cancro all'esofago è diffuso nell'Africa orientale, ma ra-

ro nell'Africa occidentale. O che il cancro al colon-retto, una volta raro in Giappone, ha aumentato la sua incidenza di quattro volte. «Queste osservazioni - spiega la Iarc - sono coerenti con l'importante contributo ambientale e con l'esposizione a specifici stili di vita, invece che a variazioni genetiche o alla sfortuna».

Tuttavia - ribadisce Vogelstein - il suo studio è lontano dal ritenere inutile la prevenzione. La ricerca, tramite un modello biostatistico, stabilisce il rischio di avere un tumore in rapporto con il numero di divisioni delle cellule staminali nei tessuti: quanto più alto è il numero e tanto più elevata è la possibilità che avvengano mutazioni favorevoli allo sviluppo di un tumore. In larga parte queste dipenderebbero proprio dal caso. Ma bisogna tenere presente che i tessuti si riproducono a velocità diverse e quindi potrebbero accumulare mutazioni a velocità diverse e non tutte pericolose: la correlazione tra mutazione e tumore non è diretta.

In secondo luogo non è detto che le mutazioni permangano allo stesso modo in tutti i tessuti, perché, come è diversa la velocità di riproduzione, lo possono essere i meccanismi di riparazione. Infine, ciò che Vogelstein definisce «caso» potrebbe dipendere da qualcosa che oggi ignoriamo.

Lo studio, insomma, non si fa beffe della prevenzione. A esserne convinto è anche lo scienziato che ha spesso ribadito che oltre il 30% dei tumori dipende da ciò che mangiamo: è Antonio Moschetta, oncologo dell'Università di Bari e ricercatore Airc. «Vogelstein - spiega - non invita a trascurare gli stili di vita, ma a continuare a investire nella prevenzione e nella ricerca di metodi più innovativi di screening: abbiamo bisogno di migliorare la diagnosi precoce dei tumori».



Cure interrotte o confezioni mai aperte: ogni anno buttiamo circa un chilo di medicine scadute a testa, a partire dagli antibiotici, per un totale di un miliardo e mezzo di euro. Ecco come evitare lo sperpero

Farmaci, troppi sprechi

Le regole



Calore, sole e umidità i veri nemici

I medicinali non vanno esposti a fonti di calore, a temperature elevate, a umidità eccessiva. Se indicato, vanno conservati in frigo



Molto sensibili i prodotti per la tiroide

I contraccettivi, i farmaci per la tiroide e altri che contengono ormoni sono sensibili alle variazioni termiche. Conservarli al fresco



Scegliere le confezioni più piccole

Non eccedere o diminuire, di propria iniziativa, il dosaggio della cura, preferire le confezioni piccole per ridurre le possibilità di spreco

TRA LE TERAPIE MENO SEGUITE QUELLA PER ABBASSARE LA PRESSIONE ALTA: LA METÀ DEI PAZIENTI INTERROMPE LA CURA

Alcuni farmaci scaduti possono essere utilizzati

L'ALLARME

Cure interrotte, confezioni spesso mai aperte. Gli armadietti sono pieni di medicine comprate e poi fatte scadere. Circa il 40% dei medicinali che abbiamo in casa hanno superato il limite massimo di validità. Si stima che in un anno finisca tra i rifiuti oltre 1 kg di farmaci per ciascun abitante.

LE MALATTIE

Farmaci di cui si fa uso eccessivo o, al contrario, lasciati nei cassetti. Medicine non assunte nel modo giusto perché possano dare benefici - abusandone, o viceversa, in dosi insufficienti - o, ancora, terapie interrotte non appena si sta meglio. Anche se la malattia è cronica e va tenuta sotto controllo.

Un esempio: in Italia gli ipertesi sono 16 milioni, di questi solo 8 milioni accettano di curarsi come si deve e per lunghi periodi. Gli altri 8 acquistano i farmaci prescritti dal medico, li prendono per uno-tre mesi e poi li buttano.

Errori che si pagano in termini di salute e di soldi. Secondo un'inda-

gine dell'Adoc, Associazione orientamento difesa consumatori, ogni famiglia di quattro persone spende di tasca propria 400 euro di medicine all'anno e ne butta nel cassonetto un 20%, un'ottantina di euro. Fatti due conti, si arriva a un miliardo e mezzo, cui va aggiunta la quota dei farmaci garantiti dal servizio sanitario.

Ma quali farmaci sprechiamo? Secondo il "Rapporto OsMed 2013", elaborato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, istituito presso l'Agenzia italiana del farmaco, in cima alla lista ci sono gli antibiotici. A seguire analgesici, sciroppi, farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, antiacidi, antiulcera, antiaggreganti e anti-coagulanti.

LE OFFERTE

Evitare lo sperpero si può. Basta seguire alcune semplici regole: non comprare più di quanto serve; resistere alle offerte; mai conservare i farmaci in armadietti posizionati sopra o vicino un termosifone e, in estate, mai esporli al caldo. Se conservati in modo corretto, i farmaci anche se scaduti manterrebbero l'80% della

loro efficacia. «È vero - conferma Franco Caprino, presidente di Federfarma Lazio -. In molti casi sono validi anche dopo cinque anni dalla loro scadenza. Solo in un caso su mille il medicinale può diventare tossico. Diverso discorso per gli antibiotici, perdono di efficacia ma non sono dannosi. Se, però, il farmaco vale solo due anni, evidentemente questa sua breve vita ha un motivo. In tal caso occorre buttarlo».

Contro gli sprechi, Caprino ha la sua ricetta: «Anche se scaduti meglio donare i farmaci ad organizzazioni caritatevoli perché ancora efficaci. Sono infatti in aumento le persone che non hanno la possibilità di acquistare medicinali, nemmeno con ricetta medica. Le scorte delle vecchie confezioni così possono essere utilizzate in situazioni di emergenza».

Francesca Filippi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ebola

Il suo nemico è un team italiano



UN BUNKER IN CUI SI ENTRA SOLO COSÌ

Pomezia (Roma). Il secchiello con i vaccini nel laboratorio dell'Irbm Science Park in cui si produce un vaccino contro Ebola. A sinistra, dall'alto: due momenti della vestizione di sicurezza; i corridoi del bunker; la raccolta delle cellule infettate; una scienziata provvede alla crioconservazione.



LOTTA ALLA PESTE A POMEZIA SI PRODUCE IL VACCINO DELLA SPERANZA

VENTI CERVELLI CHE LAVORANO IN CONDIZIONI DI MASSIMA SICUREZZA, ISOLATI DAL MONDO. **ALLE PORTE DI ROMA NEL 2015 SI PRODURRÀ UN MILIONE DI DOSI. ECCO LA STORIA DI UN "MIRACOLO"**

di Marco Merola

foto Stefano Dal Pozzolo/Contrasto

Pomezia (Roma), gennaio
S e l'Ebola ha le ore contate il merito è tutto dei ricercatori italiani.

Il "vaccino della provvidenza" è parto di un pool di cervelli dell'Irbm Science Park, spin-off (derivato) dell'Istituto di Ricerche di Biologia Molecolare di Pomezia, una ventina di chilometri a sud di Roma.

Venti persone in tutto (su un totale di circa 200 impiegate del comprensorio) stanno lavorando per noi "segregate" in quello che in gergo si chiama Gmp, Good Manufacturing Practice, un enorme parallelepipedo bianco con poche finestre e un grado di sicurezza massima.

IL SEMAFORO VERDE SCATTERÀ A FEBBRAIO

In quell'edificio viene sintetizzato il farmaco in cui sono riposte le aspettative di tutti i governi del mondo.

Dopo l'ottimo risultato ottenuto nei test di fase 1, compiuti lo scorso settembre su 200 volontari sani residenti negli Usa, Gran Bretagna e Svizzera, adesso sarà prodotto in serie: 90 mila dosi al mese per tutto il 2015, poco meno di un milione, in totale. Questa è stata la richiesta che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha fatto al centro pontino. Il semaforo verde scatterà agli inizi di febbraio.

In teoria il vaccino *Chad3Ebola-Zaire* (che è un monovalente in grado di neutralizzare il ceppo «Zaire» del virus) dovrebbe superare anche una fase 2 su →



UN VACCINO ANTI-EBOLA

L'epidemia è nota dal '76 e da un anno ci terrorizza

● **EBOLA** è apparsa la prima volta nel **1976** in due focolai simultanei, Nzara (Sudan) e Yambuku (Repubblica democratica del Congo). Quest'ultimo era in un villaggio situato nei pressi del fiume Ebola, da cui la malattia prende il nome. Il virus si trasmette attraverso il contatto con feci e sangue di animali infetti. I pipistrelli della frutta della famiglia *pteropodidae* sono considerati l'ospite naturale di Ebola.

● Da **DICEMBRE 2013** è in corso una estesa epidemia di malattia da virus Ebola in alcuni Paesi dell'Africa Occidentale. I più colpiti sono Guinea, Liberia e Sierra Leone.

● L'attuale epidemia causata dal virus **ZAIRE EBOLA** è la prima che interessa l'Ovest del Continente Nero ed è anche la più estesa epidemia di Ebola mai registrata, per numero di casi e diffusione geografica



● Dai **DATI AGGIORNATI AL 21 GENNAIO** risultano essere **8.641** le persone decedute per l'epidemia su un totale di 21.724 casi registrati quasi tutti nei tre Paesi dell'Africa più colpiti. Altri 15 decessi, ha riferito l'Organizzazione mondiale della sanità, sono stati rilevati in altri Paesi: sei in Mali, uno negli Stati Uniti e otto in Nigeria. La Sierra Leone resta il Paese più falcidiato, con un totale di 10.340 casi e 3.145 morti, davanti alla Liberia (8.478 casi e 3.605 decessi) e alla Guinea (2.871 casi e 1.876 morti).

● **FABRIZIO PULVIRENTI**, medico infettato dal virus durante il servizio prestato all'ospedale di Emergency di Laccia, in Sierra Leone, è stato dimesso il 2 gennaio scorso dopo una degenza di 38 giorni presso l'Unità di alto isolamento dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma. *M.Me*



→ un campione di 3.000 individui (tra cui 600 bambini) di Ghana, Nigeria, Mali, Camerun e Senegal ma si tratta di una mera formalità. Secondo gli esperti funziona benissimo e presto sarà a disposizione delle popolazioni africane più colpite e anche di tutte quelle persone che sono a forte rischio contagio, si pensi a medici e cooperanti.

A noi è consentito arrivare fino al vetro che separa il primo ambiente "pulito" del Gmp dall'esterno, ma non possiamo assolutamente oltrepassare quella porta. Altrimenti, ci spiegano, si violerebbero i protocolli di sicurezza stabiliti dall'Aifa (l'Agenzia Italiana del Farmaco) e con il rischio di vedersi ritirato il permesso di produrre il vaccino. I ricercatori che entrano lì devono passare una serie di controlli

anti-contaminazione e sottoporsi a una lunga vestizione. Tuta, mascherina, occhiali, la procedura completa dura oltre un'ora.

IL 60% DI LORO SONO DONNE SOTTO I 35 ANNI

Ci viene però accordato il permesso di visitare i laboratori che sono nell'altro edificio di Irbm. All'interno troviamo molti scienziati giovani e giovanissimi. Età massima 35, minima 25, il 60% sono donne. Alcuni di loro stanno catalogando e sistemando in speciali contenitori (in tutto simili a dei secchielli) delle dosi già pronte del vaccino anti-Ebola. Altri studiano e fanno esperimenti su quelle che vengono chiamate «malattie rare e della povertà» come la Corea di Huntington (una malattia genetica neurodegenerativa).

A MODENA UN'ALTRA ECCELLENZA ITALIANA

Concordia sulla Secchia (Modena). Due immagini delle speciali sacche che consentono di trasportare i malati di Ebola senza rischio di contagio. Uniche al mondo, le produce la Tecnoline, 70 dipendenti, azienda "risorta" dopo il terremoto del 2012. (Foto Matteo Valle/Sgp).



● Il Mali ha dichiarato la fine dell'epidemia di Ebola



STUDIANO ANCHE LE MALATTIE PIÙ RARE

Pomezia (Roma). Più a sinistra, il laboratorio dell'Irbm Science Park. Qui a lato, due scienziate controllano un test di sviluppo della malattia di Huttigton, malattia degenerativa che colpisce i muscoli e porta a problemi psichiatrici. Gli scienziati di Pomezia hanno tra i 25 e il 35 anni.

Ci soffermiamo davanti a due "frigoriferi" in cui sono custodite (a -20°) numerose provette che la biochimica Ottavia Cecchetti sta movimentando attraverso un braccio robotico. Subito ci raggiunge Alberto Bresciani, Capo dell'Unità di Screening Technologies. «Benvenuti alla Banca dei composti», dice con fierezza. «Qui dentro conserviamo 100 mila molecole che costituiscono la base dei farmaci del futuro». Se un gruppo di ricerca universitario, un ente pubblico o gli stessi scienziati dell'istituto pontino producono un composto che non ha

diretta attinenza con il tipo di malattia che stanno studiando la molecola finisce in questo deposito speciale in attesa di miglior fortuna. Per gestire l'archivio nel 2010 è stato formato un consorzio *ad hoc* di cui fanno parte anche il Cnr e l'Istituto superiore di Sanità.

L'Irbm è quel che si definisce un miracolo italiano. Fino al 2009 la ricerca scientifica nei suoi edifici era operata dal colosso farmaceutico statunitense Merck & co., poi gli americani hanno deciso di dismettere l'impianto di Pomezia assieme a quelli di Madrid e

Tokyo. Tutti fuori e arrivederci. «E pensare che solo pochi mesi prima era stato prodotto qui l'Isentress, il farmaco che avrebbe rivoluzionato la lotta all'Aids», ricorda Piero di Lorenzo, oggi presidente di Irbm e ieri responsabile per i rapporti istituzionali di Merck Italia.

CON L'AIUTO DI UN VIRUS DELLO SCIMPANZÉ

Fu lui, con la sua famiglia, a rilevare tutti gli asset pontini, con la convinzione di potergli donare nuova vita: «Nel 2010 venne da me Riccardo Cortese (biologo molecolare e docente presso l'Università Federico II di Napoli, anch'egli era stato precedentemente in Merck, ndr) a propormi di lavorare insieme su una sua certa scoperta... Così gli misi a disposizione il Gmp e formammo la *joint venture* Advent». Quella scoperta era legata alle proprietà di un tipo di virus del raffreddore dello scimpanzé, chiamato *scimpanzé adenovirus tipo 3* (ChAd3). L'adenovirus, capì Cortese, poteva essere usato come un vettore per consegnare "pezzi" di materiale genetico derivati dal virus Ebola a un soggetto sano, da immunizzare.

Il mix di genialità e senso del business italiano sarebbe poi stato ricompensato con 250 milioni di euro dalla GlaxoSmithKline che oggi è proprietaria del vaccino.

Marco Merola

«QUI DENTRO CONSERVIAMO 100 MILA MOLECOLE CHE COSTITUISCONO LA BASE DEI FARMACI DEL FUTURO»



PERSONAL JOURNAL

Doctors Try Using a Basic Medicine

Breathing Slower Can Fight Stress and Have Lasting Health Benefits; Practicing Upside Down

A wearable device called Spire tracks breathing patterns and tells users when they are too tense or anxious.

BY SUMATHI REDDY

Take a deep breath and relax.

Behind that common piece of advice is a complex series of physiological processes that calm the body, slow the heart and help control pain.

Breathing and controlling your breath is one of the easiest ways to improve mental and physical health, doctors and psychologists say. Slow, deep and consistent breathing has been shown to have benefits in treating conditions ranging from migraines and irritable bowel syndrome to anxiety disorders and pain.

"If you train yourself to breathe a little bit slower it can have long-term health benefits," said Murali Doraiswamy, a professor of psychiatry at Duke University Medical Center in Durham, N.C. Deep breathing activates a relaxation response, he said, "potentially decreasing inflammation, improving heart health, boosting your immune system and maybe even improving longevity."

To help foster the habit of healthful breathing, a San Francisco technology startup recently launched a wearable device called Spire that tracks breathing patterns and tells users when they are too tense or anxious. "One of the goals of this work was, 'How do you make it so simple to shift into calm or focus that people don't have to stop what they're doing?'" said Neema Moraveji, co-founder of Spire and director of the Calming Technology Lab at Stanford University.

Many early buyers of the \$150 Spire are office workers who spend a lot of time on computers.

Research has found people working on computers often hold their breath, an action referred to as screen apnea, he said.

Belisa Vranich, a New York City-based clinical psychologist, has been conducting breathing workshops around the country for just over a year. Among her biggest clients: corporate managers eager to learn how to better manage stress.

Dr. Vranich says she instructs clients to breathe with their abdomen. On the inhale, this encourages the diaphragm to flatten out and the ribs to flare out. Most of us by instinct breathe vertically, using our chest, shoulders and neck, she says.

Abdominal, or diaphragmatic, breathing is often taught in yoga and meditation classes. Experts say air should be breathed in through the nose, and the exhale should be longer than the inhale. Dr. Vranich recommends trying to breathe this way all the time but other experts say it is enough to use the technique during stressful or tense times or when it is necessary to focus or concentrate.

Slow breathing stimulates the vagus nerve, which runs from the stem of the brain to the abdomen. It is part of the parasympathetic nervous system, which is responsible for the body's "rest and digest" activities. (By contrast, the sympathetic nervous system regulates many of our "fight or flight" responses.)

The vagus-nerve activity causes the heart rate to decrease as we exhale, said Richard Gevirtz, a psychology professor at Alliant International University in San Diego. Vagal activity can be activated when breathing at about five to seven breaths a minute, said Dr. Gevirtz, compared with average breathing rates of about 12 to 18 breaths a minute.

The vagus nerve's response includes the release of different chemicals, including acetylcho-

line, a neurotransmitter that acts as an anti-inflammatory and slows down digestion and the heart rate, said Stephen Silberstein, director of the Jefferson Headache Center at Thomas Jefferson University in Philadelphia who is working on an article on the vagus nerve and its functions.

When medical conditions are severe, such as with epilepsy, medical devices are sometimes implanted to stimulate the vagus nerve. For most people, slow, steady breathing is a natural way to stimulate the nerve.

Certain conditions, including asthma and panic disorders, have been shown to benefit from a different breathing technique—taking shallow breaths through the nose at a regular rhythmic speed of eight to 13 breaths a minute. For these patients, already anxious about their symptoms, deep breathing can cause them to take in too much air and hyperventilate.

Heart-rate-variability biofeedback uses breathing to train people to increase the variation in their heart rate, or the interval between heartbeats. The technique has been shown to have benefits for conditions including anxiety disorders and asthma. Biofeedback also makes breathing more efficient, said Paul Lehrer, a clinical psychologist at Robert Wood Johnson Medical School, part of Rutgers University in New Jersey. On average most people reach this balance when breathing 11 seconds per breath.

Spire, the device that tracks individual breathing patterns, is a pedometer-like device that can be clipped onto pants or a bra strap and can sense breathing

I medici provano ad usare una medicina di base



patterns without touching the skin. A sensor detects subtle torso expansions and contractions, said Stanford's Dr. Moraveji. The device identifies people's baseline breathing patterns and can tell users when they are tense or may need to take a deep breath. It includes an app that guides people in breathing exercises as short as 30 seconds.

Dr. Moraveji's research includes a 2011 Stanford study of 13 students that found subjects on average took 16.7 breaths a minute when they were doing normal computer work compared with 9.3 breaths a minute when they were relaxed, he said. The study was published in the proceedings of the annual ACM Symposium on User Interface Software and Technology.

A follow-up study involving 14

subjects found that giving feedback of breathing patterns on a computer screen allowed the subjects to control their breathing without decreasing their performance on an analytical task, Dr. Moraveji said. "We proved that because the breath is so easily controllable, you don't have to interrupt your task in order to regulate your nervous system," he said. The study was presented at the ACM CHI Conference on Human Factors in Computing Systems in 2012.

Dr. Vranich, the breathing coach, believes teaching people to unlearn dysfunctional breathing habits requires practice and exercises. Her group classes cost \$150 for a three-hour workshop and private classes range from \$350 to \$450.

On a recent afternoon, she held a private session in her Manhattan studio with Joe March, a 40-year-old New York

City firefighter who said he wanted to improve his lung capacity and condition for Brazilian jujitsu, a form of martial arts he practices.

Dr. Vranich positions many of her clients upside down, to better exercise the diaphragm muscles. She assisted Mr. March into a shoulder stand against a wall as she monitored his breathing. "Inhale, relax, and see if you can expand right by your diaphragm," she said. "Exhale, squeeze your ribs at the same time."

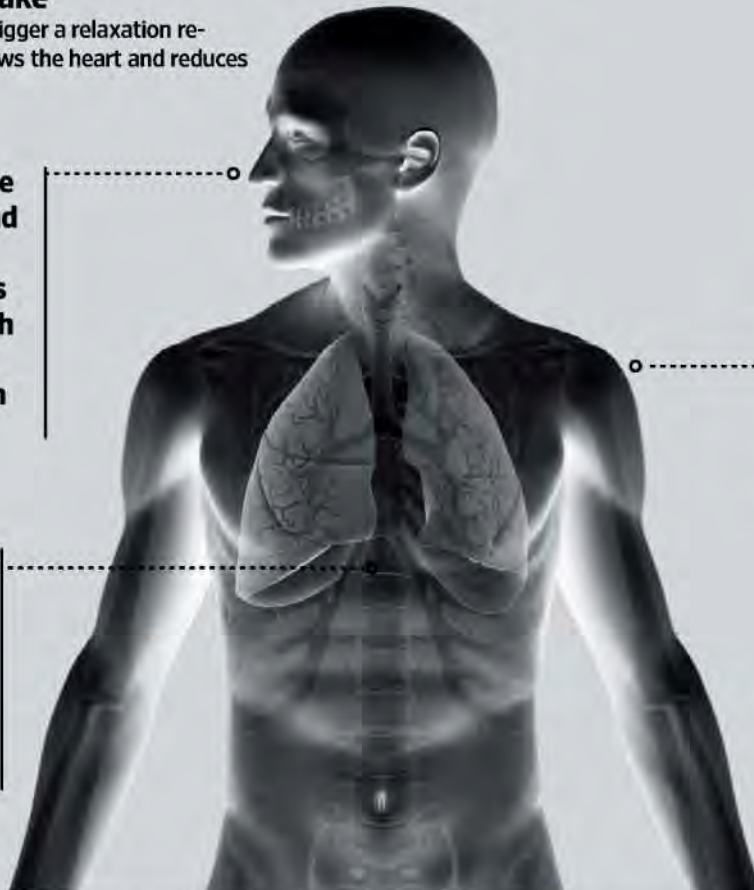
Earl Winthrop, a 60-year-old partner of a Boston wealth-management firm, is another of Dr. Vranich's clients. "When I was working on the computer, I wasn't breathing properly," said Mr. Winthrop, who now does tailored breathing exercises and short bouts of meditative breathing. "I'm much more aware now. I feel more focused. I can calm myself down," he said.

Every Breath You Take

Slow, deep breathing can trigger a relaxation response in the body that slows the heart and reduces stress, experts say.

Breathing through the nose filters the air and is better for oxygen uptake, some experts say. The exhale, which slows the heart rate, should be longer than the inhale.

Take a bigger breath by forcing your abdomen to expand. As the diaphragm extends, it pushes your ribs out.



Keep your shoulders as relaxed as possible. The neck and shoulder muscles shouldn't be part of the breathing process.

Sources: Dr. Belisa Vranich; Dr. Richard Gevirtz, Alliant International University; Dr. Dara Ghahremani, UCLA.

In Treatment

Breathing is increasingly being used in therapy for physical and mental conditions.

- ◆ Deep breathing—taking slow, deep breaths using the abdomen and diaphragm—is often used to relieve stress. Doctors might also recommend it to reduce pain, such as from migraines.
- ◆ Various types of respiratory biofeedback use breathing as a treatment. Heart-rate-variability biofeedback, shown to lower blood pressure, is used in PTSD, depression and other conditions.
- ◆ Taking about five to seven breaths a minute can slow your heart rate, compared with a typical 12 to 18 breaths a minute.
- ◆ Asthma and panic-attack patients have been treated with capnometry-assisted respiratory training, which involves taking shallow breaths through the nose at a slower pace than normal breathing.

Sources: Richard Gevirtz, Alliant International University; Stephen Silberstein, Thomas Jefferson University; Paul Lehrer, Robert Wood Johnson Medical School; Alicia Meuret, Southern Methodist University.

IL CASO

Stamina,
patteggiare
è un rischio

ELENA CATTANEO

Pena patteggiata a un anno e 10 mesi. La conferma finale, la decisione del Gup, è prevista per il prossimo 18 marzo. Se il giudice accoglierà la richiesta delle parti, il professor Davide Vannoni otterrà la sospensione condizionale e la non menzione della pena. Questi, nella sostanza, i fatti. Ognuno li può commentare per quello che sono. Le agenzie di stampa intanto riportano la dichiarazione del procuratore Guariniello, per il quale con il patteggiamento «si ristabilisce la verità scientifica su questa metodologia». Sabato scorso il prof. Vannoni ha scritto un articolo sulla natura giuridica del patteggiamento, evidentemente puntando a valorizzare che l'istituto «non ha le caratteristiche proprie di una sentenza di condanna» (anche se è a essa equiparata). Speriamo che - chiuso il processo penale - con la retorica, il vittimismo e ogni altro banale espediente comunicativo con cui ha già messo in scacco il Paese, non ce lo ritroviamo di nuovo agli onori della cronaca.

Al procuratore Guariniello, insieme ai Nas e all'Aifa deve andare un ringraziamento per essere stati tra i pochi ad arginare da subito, con atti ufficiali, l'impazzimento collettivo (mediatico, politico e giudiziario) legato a una drammatica e pericolosa vicenda. Con questo processo non si è però ristabilita la «verità scientifica sulla metodologia», perché di «scienza» e di «metodologia», nell'attività di Stamina, non ve ne sono mai state. Del resto il principale capo d'imputazione parla di «associazione per delinquere aggravata e finalizzata alla truffa». Né, con tutto il rispetto, penso che in un sistema democratico e liberale possa spettare a un procuratore o a un giudice stabilire una «verità scientifica».

La chiusura sul nascere di questo procedimento, al netto di un giudizio sulle pene per cui non nutro particolare interesse, ha un limite: impedirà che i cittadini capiscano l'abnormità e la gravità dei fatti e dei reati che sono stati commessi; il nostro Paese non potrà rendersi totalmente conto di quanto abbiano mentito, offeso, manipolato e lucrato sul dolore, sulla fiducia e la dignità di persone indifese o incapaci di distinguere tra medicina e ciarlataneria; di quanto, nel nostro Paese, e ancor di più sui temi che riguardano la salute, sia alto il rischio di stravolgimento della realtà accertata e accertabile; di come sia stato messo a rischio il Sistema Sanitario Nazionale grazie alla complicità di dirigenti e personale medico che del codice deontologico, prima che delle leggi e dei regolamenti, aveva fatto strame; di quale entità sia il danno sociale, alla medicina, all'associazionismo delle famiglie, alla credibilità internazionale; di quanti soldi pubblici siano stati bruciati per inseguire le fandonie di ciarlatani in erba, riconoscibili anche solo osservandone i movimenti, senza farsi mancare tratti da operetta.

E' auspicabile che questa vicenda lasci una traccia indelebile nella fragile memoria del nostro Paese. Ho inteso farlo anche con il mio contributo nell'ambito delle oltre cento pagine di relazione conclusiva, ora all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato, relativa all'indagine conoscitiva sulle origini ed evoluzione del caso Stamina, affinché resti testimonianza e conoscenza formale e documentata con un testo ragionato su «chi, come, quando ha detto e fatto (o non fatto) che cosa». Un documento che indichi anche i rimedi perché non sia possibile il ripetersi di una «Stamina 2.0».

Paradossalmente, proprio l'assenza dei presupposti minimi perché di scienza e di metodo si potesse parlare, è stato un ostacolo cognitivo per coloro (politici, magistrati, giornalisti) che, a totale digiuno di metodo scientifico, hanno avuto difficol-

tà a comprendere la nettezza e veemenza, talvolta stravolte e fatte passare con faciloneria astiosa come «parzialità» o addirittura «invidia», con cui la comunità scientifica italiana e internazionale ha trattato «il nulla» di Stamina. Nella scienza contano solo i fatti, non le chiacchiere. In Stamina c'erano solo vuoto e analfabetismo scientifico. Con Stamina, gli scienziati hanno avuto la conferma - una volta di più - che alcune strutture del nostro Paese non hanno la più pallida idea di cosa siano la scienza e il suo metodo (pur avendone una storia immensa e i frutti a disposizione ogni giorno). Questo spiega anche molto di come e in che direzione sta viaggiando il nostro Paese. Illustra anche l'intensità dell'impegno che la comunità scientifica e gli intellettuali devono dedicare per proteggere i cittadini quando le istituzioni, cui spetta «l'ultima parola», non si rendono conto di cosa hanno di fronte e decidono in modo raffazzonato.

Se si è persone competenti sul piano scientifico, quindi istruite al rispetto dei fatti e all'uso delle prove, delle fonti e della logica, si prova sconcerto quando queste sono offese, e i fatti manipolati. Perché si è consapevoli che quando ciò è accaduto si sono sempre fatti dei danni alle persone e alla convivenza civile. Stamina ha fatto il suo ingresso in Parlamento, è stata messa ai voti. E' facile (e magari conveniente) mostrarsi «compassionevoli». Ma i veri statisti hanno sempre sostenuto che la bravura di un politico non sta nell'abbassarsi demagogicamente al livello dell'ignoranza popolare, bensì nella capacità di modificare le «emozioni» e i «pregiudizi» dei cittadini non istruiti, lavorando per fornire loro le prove documentate al meglio delle nostre possibilità. E' troppo chiedere che da oggi nelle leggi o nelle sentenze che riguardano la scienza si parta dai fatti documentati e documentabili e non li si manipolino?

Con l'attuale Governance delle istituzioni sanitarie una «Stamina 2.0» non avrebbe spazio.



Ma nel nostro Paese il timore che questo risulti solo frutto di una vaccinazione temporanea, in grado di durare solo per una stagione politica e in un contesto specifico, come la vaccinazione antinfluenzale vale per i ceppi annuali di virus, è forte. Ragione in più perché al lavoro di sorveglianza che passa anche da scienziati, medici e media si affianchi una regolazione puntale ed efficace. La conclusione della vicenda non restituirà comunque prestigio alle istituzioni del Paese. Nessuno risarcirà i malati. Rimarrà il dileggio della medicina, l'umiliazione del sapere, delle competenze, dello studio, delle prove; la percezione che un trattamento sia qualcosa che ciascuno si può somministrare in casa, scegliere a piacimento e «a prescindere» dai fatti. Non è così. La medicina si fonda sulla scienza e comporta una dimensione morale a cui nessun medico si può sottrarre.

Oggi vorrei anche ringraziare questa testata, «La Stampa», per come anche in momenti non facili dal punto di vista della comunicazione, ha saputo e voluto tenere la barra dritta nel raccontare, giorno per giorno, quello che tanta parte del Paese si ostinava a non vedere.

**Docente Università di Milano
Senatrice a vita**

A Parigi la cura mai tentata al mondo

Riparare il cuore con le staminali

DI SIMONETTA SCARANE

Il segreto è stato ben custodito. Solo venerdì scorso il professor Philippe Menasché, cardiocirurgo dell'ospedale Pompidou di Parigi, ha rivelato ai colleghi della Società francese di cardiologia di aver trattato, per la prima volta al mondo, con una terapia cellulare una paziente diabetica affetta da insufficienza cardiaca. La donna, 68 anni, sta bene a distanza di tre mesi dall'intervento condotto in collaborazione con l'équipe del professor Jérôme Larghero (ospedale Saint-Louis, Parigi). Una tappa che corona vent'anni di ricerca. Nell'insufficienza cardiaca il cuore non pompa più bene l'ossigeno ai tessuti e agli organi. La patologia colpisce l'1-2% della popolazione, specialmente dopo i 75 anni. In Francia, uccide 22 mila persone l'anno. Molteplici le cause, fra le quali l'infarto del miocardio che determina la necrosi delle cellule della parete cardiaca e un'alterazione della funzione del ventricolo sinistro. In casi estremi la soluzione può venire dal trapianto. Da oltre 20



anni Menasché e la sua équipe stanno lavorando per mettere a punto un'alternativa meno invasiva che consiste nell'inserire nella zona lesionata alcune cellule capaci di contrarsi come quelle del muscolo cardiaco. Hanno sviluppato un proprio procedimento partendo dalle staminali embrionali prodotte nel processo di fecondazione in vitro. Queste cellule sono capaci di differenziarsi per dare diversi tipi di tessuti presenti nel nostro organismo. Con l'intervento di alcune sostanze è possibile orientare le cellule staminali verso un destino di cellule cardiache. Nel 2013, la sperimentazione sull'uomo che, solo al termine, confermerà se si tratta o no di una nuova via contro l'insufficienza cardiaca. Menasché e Larghero hanno creato un patch, una sorta di «toppa» di tessuto di 20 centimetri quadrati (nelle cui maglie si trovano le cellule che poi diventeranno cardiache adulte miste a fibrinogeni, proteina del plasma sanguigno), che viene suturato sulla zona del cuore lesionata.

—© Riproduzione riservata—



Vannoni patteggia Il giudice chiude il caso Stamina

«Ristabilita la verità scientifica». Si è appena conclusa l'udienza preliminare sul caso Stamina, quella dei patteggiamenti, e il pm di Torino Raffaele Guariniello commenta così quanto accaduto. A chiedere di patteggiare pene comprese fra un anno e un anno e dieci mesi sono stati sei imputati su 13. A parte Davide Vannoni, «padre» del metodo Stamina, si tratta di Erica Molino, Gianfranco Merizzi, Leonardo Scarzella, Roberto Ferro e Andrea Losana. Un settimo, il medico Marino Andolina (vice della Stamina Foundation), seguirà lo stesso percorso.

Hanno invece scelto il rito abbreviato Carlo Tomino dell'Aifa e Marcello La Rosa, ex socio di Vannoni. Rischiano invece il processo i quattro medici degli Spedali Civili di Brescia che non hanno scelto riti alternativi: l'ex direttore sanitario Ermanna Derelli, Fulvio Porta, Carmen Terraroli, Arnalda Lanfranchi. Sperano in un proscioglimento.

Vannoni, tramite i suoi legali, ha proposto un anno e dieci mesi di reclusione con la condizionale e la non menzione della pena nel certificato penale per evitare il processo in cui è accusato di associazione per delinquere a scopo di truffa.

Adesso si aspetta la decisione del gup, Potito Giorgio, prevista per il 18 marzo. Decisivo, per il sì di Guariniello, è stato l'annuncio da parte di Vannoni di ritirare il ricorso al Tar del Lazio contro i provvedimenti targati ministero della Salute e Comitato scientifico che bocciarono Stamina. Che significa, dice Guariniello, «la volontà di Vannoni di astenersi in futuro dal commettere comunque e ovunque i reati ascrittigli». Quindi, a non proseguire con Stamina né in Italia né altrove.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La scoperta: farine col glutine per celiaci

Entro l'anno potrebbero approdare sul mercato farine di cereali contenenti glutine tollerate anche dai celiaci. Ovvero da persone, una su 100 in Europa e negli Usa, che fino a oggi dovevano escluderle totalmente dalla loro dieta. Se l'aparteid dietetico fra individui sani e celiaci cadrà, dovremo dire grazie a un gruppo di ricercatori del Consiglio nazionale delle ricerche, per la precisione dell'**Istituto di scienze dell'alimentazione di Avellino (Isa-Cnr)** e a un'azienda con sede nell'Avellinese: il gruppo **Lo Conte**, specializzato nella produzione di miscele di farine e di farine speciali (anche per celiaci), con un fatturato 2014 di 22 mln di euro e una produzione annua di 10 mila tons. Il gruppo Lo Conte ha infatti cofinanziato la ricerca dell'Isa-Cnr, accollandosi oltre 3 mln euro di costi per una linea produttiva pilota, consentendo ai ricercatori di portare avanti il progetto di ricerca, in cambio dell'esclusiva nello sfruttamento industriale e commerciale dei risultati della ricerca stessa.

I ricercatori dell'Isa-Cnr hanno messo a punto e brevettato un metodo scientifico innovativo che consente di detossificare la farina, nascondendo all'organismo umano le tossine del glutine ed evitando così la reazione infiammatoria alla base della patologia celiaca. L'innovatività di questo metodo sta nell'introduzione di un trattamento enzimatico food grade, effettuabile direttamente sulle farine o semole di grano, facilmente trasferibile alla produzione industriale.

In queste settimane è partito un nuovo ciclo di trial clinici (si spera quello definitivo), realizzato in collaborazione col Policlinico Umberto I di Roma, che testerà i prodotti detossificati, realizzati dal gruppo Lo Conte, su un campione di soggetti celiaci che saranno sottoposti a un regime alimentare specifico. Se, come si spera, gli esiti saranno favorevoli, già entro la fine dell'anno il gruppo avellinese potrebbe avviare su scala industriale la produzione delle farine col glutine detossificato. Se se ne riserverà l'impiego o se deciderà di venderle a terzi è presto per dirlo. Certo è che quello delle farine col glutine detossificato promette d'essere un grosso grasso business italiano.

Michela Achilli



GLI ALIMENTI (per chi ha intolleranze) ALTERNATIVI

Pane, pasta, latte, formaggi
Sempre più persone scoprono
di non poter mangiare alcuni cibi
Ecco come risponde il mercato

La scheda

● Aumentano le intolleranze alimentari. Dal 2007 a oggi, per esempio, le persone che soffrono di celiachia sono cresciute del 110 per cento

● Spiega l'esperta del Policlinico, Maria Teresa Bardella: «Oggi si mangia più frumento che in passato e diagnosticare la malattia è più facile»

Crescono. I pazienti affetti da celiachia, l'intolleranza al glutine, sono sempre più numerosi. Per accorgersene basta guardare gli scaffali delle farmacie e dei supermercati che ormai offrono ogni tipo di alimento *gluten free*, senza glutine, dalla pasta agli snack. O soprattutto leggere i dati del [Ministero della Salute](#): oggi in Lombardia, la regione che conta più celiaci d'Italia, le persone a cui è stata diagnosticata la malattia sono 25 mila, il 17 per cento del Paese. Solo nel 2008 erano 16.700 (81.900 in Italia).

Gli esperti pensano che il dato odierno sia solo la punta dell'iceberg: gli intolleranti al glutine, anche quelli inconsapevoli, sarebbero circa quattro volte tanto: 100 mila in Lombardia, 600 mila in Italia. Come spiegarsi l'aumento dei celiaci? «I motivi sono due — afferma Maria Teresa Bardella, gastroenterologa fondatrice del Centro per la prevenzione della celiachia del Policlinico —. La malattia è più frequente perché mangiamo più frumento di una volta. Ma, soprattutto, perché oggi è diventato più facile diagnosticare la malattia, in particolar modo in Lombardia dove le strutture sono attrezzate». Sebbene la percezione sia la stessa, un aumento simile non è registrato tra i pazienti che soffrono di altre intolleranze: «Sempre più persone desiderano sottoporsi a esami per scovare disturbi alimentari — dice Andrea Ghiselli, nutrizionista e dirigente del Cra-Nut, il centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione del Cra (Consiglio per ricerca e sperimentazione in agricoltura) —. Ma la diffusione di altre intolleranze, quella al lattosio,

al fruttosio e il favismo, resta la stessa».

Intanto, il mercato si adegua. Secondo l'ultimo rapporto Coop «Consumi e distribuzione», il giro d'affari annuo dei prodotti senza glutine e di quelli a base di cereali alternativi al frumento nella grande distribuzione vale poco meno di 250 milioni di euro l'anno, con un incremento dei volumi negli ultimi 12 mesi del 18 per cento. Intanto, il registro nazionale degli alimenti *gluten free* garantiti dal [Ministero della Salute](#) (segnalati dal simbolo di una spiga barrata) continua ad allungarsi: nel 2001 contava 208 prodotti, oggi circa 4.800. I locali attrezzati per offrire pasti sicuri per i celiaci sono più facili da trovare: 82 solo quelli registrati dall'Associazione italiana celiachia a Milano. Mentre dal 13 dicembre scorso è scattato l'obbligo per i ristoratori — come previsto da un regolamento comunitario, anche se manca ancora la circolare attuativa in Italia — di fornire indicazioni ai clienti sugli ingredienti dei menu che possono scatenare allergie o intolleranze. Quale il problema per il consumatore? «Pasta, biscotti, grissini e snack senza glutine — spiega Bardella — costano tantissimo. I celiaci, perciò, dovrebbero basare la propria alimentazione su cibi naturalmente privi di glutine come riso, polenta, patate e tanti altri».

Da poco, però, c'è una novità. Attraverso la tessera sanitaria e il codice celiachia, oggi è possibile chiedere il rimborso di una parte della spesa senza glutine acquistata non solo nelle farmacie: i supermercati convenzionati con le due Asl di Milano sono 48, i negozi specializzati 23.

Isabella Fantigrossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il fenomeno

LE INTOLLERANZE ALIMENTARI

2% della popolazione adulta soffre di allergie alimentari |
 3-7% l'incidenza delle allergie alimentari nei bambini |
 5% della popolazione soffre d'intolleranza al lattosio |
 1% della popolazione soffre d'intolleranza al glutine (celiachia)

25.100 celiaci diagnosticati in Lombardia nel 2012



22 mila sono adulti

600 mila celiaci, anche non diagnosticati, stimati in Italia nel 2012

148.600 celiaci diagnosticati in Italia nel 2012



4.800 gli alimenti per celiaci inseriti nella lista ufficiale del Ministero della Salute

280 nel 2001

6.087 mense in Lombardia in grado di offrire pasti ai celiaci



48 supermercati della provincia di Milano convenzionati con le Asl per rimborso prodotti senza glutine

23 negozi specializzati per celiaci in provincia di Milano (convenzionati con le Asl)

82 esercizi commerciali (bar/ristoranti/gelaterie/catering) in provincia di Milano che offrono pasti senza glutine

Fonte: European Food Information Council-Ministero della Salute-Rapporto Coop 2014 «Consumi e distribuzione»-Associazione Italiana Celiachia

d'Arco

DM PARLIAMONE



Chi ha più di 65 anni non paga i ticket sanitari. Ma le Regioni chiedono di abolire l'esenzione.

È GIUSTO CHE GLI OVER 65 PAGHINO IL TICKET?

Lo chiedono le Regioni al governo: stop all'esenzione dalle spese sanitarie in base all'età. Ma c'è chi pensa che la salute degli anziani vada tutelata. Gratis

di ADRIANO LOVERA scrivigli a attualita@mondadori.it

GILBERTO TURATI direttore del master in Economia e politica sanitaria dell'università di Torino



sì «Eliminare l'esenzione così come funziona adesso può avere senso. Oggi gli over 65 non versano il ticket se hanno un reddito familiare inferiore ai 36.151,98 euro annui. Una cifra non bassa, al punto che gli esenti sono ben 11 milioni. È giusto che risparmi chi soffre di malattie gravi o croniche: per gli altri l'unico criterio per le spese sanitarie deve essere il reddito».

Bisogna evitare esami inutili «Se i più ricchi pagassero il ticket indipendentemente dall'età, i soldi incassati permetterebbero di esentare le fasce più deboli. L'importante è che le Regioni, chiedendo di abolire l'esenzione, non siano mosse solo dalla necessità di fare cassa, ma dalla volontà di razionalizzare i costi. Il ticket non è nato come tassa, ma come freno alla richiesta di esami a volte inutili. Bisognerebbe controllare meglio i medici di base e far sì che prescrivano farmaci e analisi soltanto se sono davvero necessari».

TONINO ACETI coordinatore del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva



no «La proposta di far pagare il ticket anche dopo i 65 anni non tiene conto della vita reale. Da un lato, le famiglie con un anziano in casa spendono tanto per l'assistenza domiciliare, la badante o cicli di riabilitazione. Dall'altro, molti pensionati mantengono ancora figli ultra 30enni con lavori precari. Perché colpire una parte della popolazione già debole? Prima di far pagare a tutti le cure mediche, bisogna valutare bene la situazione di ognuno».

Va abbassato anche il superticket «In alcune Regioni gli anziani che percepiscono più di 36.000 euro l'anno pagano dal 2011 pure il cosiddetto "superticket": 10 euro a prestazione, inclusi gli esami diagnostici. Per loro le analisi del sangue o delle urine finiscono per costare di più con il Servizio sanitario nazionale che privatamente. Risultato: i pazienti rinunciano a rivolgersi al pubblico e lo Stato non incassa nulla».