

Rassegna del 27/10/2010

AVANTI - Bisogna educare alla contraccezione - Bovicelli Alessandro

1

LA POSTA

**Bisogna educare
alla contraccezione**

Caro direttore,

almeno sui valori importanti, credo ci sia bisogno di consapevolezza. Ecco quindi che un rapporto d'amore diventa un atto da vivere nel contempo con la massima serenità ma anche con coscienza. Se si desidera un figlio si è già fatta una scelta. Se il rapporto è, per il momento, l'espressione di una passione è quanto mai necessario proteggerlo con una contraccezione sicura, tradizionale. Assisto, perplesso, come ginecologo sempre di più a scelte disinvoltate da parte di molte donne che si affidano alla contraccezione d'emergenza sia essa la pillola del giorno dopo o sarà la futura pillola dei cinque giorni dopo che potrà creare anche più problemi per le sue implicazioni. Sarebbe necessario invece, secondo me, educare i giovani, ad una corretta contraccezione, già dalle scuole medie. Se ne parla ormai da più di trenta anni ma non si è mai cominciato.

Alessandro Bovicelli

Ginecologo, Ricercatore confermato all'Università di Bologna



L'omicidio di Parma Medici in prima linea come fossero in guerra

Enza Cusmai

Li accoltellano per una ricetta, li picchiano per una medicazione, li stuprano se sono donne, li uccidono senza un perché. In Italia almeno la metà dei dottori di famiglia ha subito una qualche forma di violenza durante la sua attività quotidiana.

a pagina 19

DOPO L'OMICIDIO DI PARMA

Il medico della mutua è una vittima di guerra

Li accoltellano per una ricetta, li picchiano per una medicazione, li stuprano se sono donne, li uccidono senza un perché. Almeno la metà dei dottori di famiglia ha subito violenza durante le visite. E i giovani laureati evitano l'ambulatorio

Enza Cusmai

■ I medici fiscali devono essere accompagnati dai carabinieri per entrare nelle zone di frontiera della periferia di Napoli. Altrimenti si beccano come minimo minacce, spintoni, qualche pugno e gomme dell'auto tagliate. Ma questo è il Bronx, si potrà dire, dove neppure i «dottori» vengono rispettati. Però Claudio Carosino, 59 anni, medico di famiglia, non abitava a Napoli e non andava a controllare i lavativi senza scrupoli. Curava i suoi malati e li seguiva anche nelle loro abitazioni. Eppure, nonostante questa dedizione, è stato preso a fucilate da un suo paziente, durante una visita a domicilio: uno psicotabile che ha imbracciato il fucile e lo ha spedito all'altro mondo.

Ucciso da un paziente depresso. Magra consolazione per sua moglie e i suoi due figli. Una fatalità? Cominciano ad essere troppe visto che solo martedì scorso a Castellammare, un anziano di 80 anni si è presentato dal suo medico di base con una forbice nasco-

sta dentro le pagine di un quotidiano. Appena questo lo ha ricevuto nel suo studio ha sfilato le forbici e ha cominciato a colpire il medico, al torace, al braccio, all'inguine e lo ha mandato all'ospedale in gravi condizioni. Perché lo ha fatto? Il medico gli aveva sbagliato la ricetta e quella era la giusta punizione. A suo parere. E che dire del pianeta dei medici di guardia? Quelli che sostituiscono di notte oppure nei festivi i medici di famiglia? Che è un mondo scomodo, emarginato, sfigato, zeppo di aggressioni, violenze, addirittura di morti. Il segretario nazionale di Fimmg Continuità assistenziale, Silvestro Scotti, ha pubblicato sul web un vero e proprio bollettino di guerra di cui sono state vittime tanti suoi colleghi. E ora, dopo mille denunce sulle cose che non vanno, spedirà al presidente della Repubblica una lettera «per chiedere il riconoscimento del valore civile di questo servizio reso alla collettività in cambio di un pugno di euro». Duemila per la precisione, per fare turni massacranti di notte e di domenica, Natale

compreso. Un mondo fatto soprattutto di donne, (il 60%) che scelgono questi turni per evitare di sottrarre tempo alle famiglie. E sono proprio loro le principali vittime di pazienti violenti o psicopatici. «Le tentate violenze ai danni delle donne, che quasi sempre avvengono sul posto di lavoro della vittima - denuncia Scotti - sono raddoppiate, passando da una media di 5-6 a 12 casi l'anno». Uno al mese. El'elenco degli episodi include anche tre vittime: la prima a Varese nel 1988, la seconda a Gagliano del Capo, nel 1999, e la terza a Solarussa (Oristano) nel luglio 2003.

Quegli episodi ormai dimenticati mettono i brividi appena se ne ripercorre la dinamica. Come quella poveretta di Oristano, che aveva solo 32 anni e ha perso la vita perché si è ribellata allo stupro. Così il suo giovane carnefice (23 anni) l'ha ammazzata con decine di coltellate senza tanti complimenti. A Varese, invece, è stato un colpo solo alla gola a uccidere un altro medico nell'ambulatorio. Ma accanto agli omicidi non si con-

tano le rapine e le violenze. Vicino a Caserta una trentenne è stata sequestrata e violentata nel suo ambulatorio provvisto persino di telefono. E a Barisardo il telefono c'era ma non è servito a nulla. La specializzanda di 28 anni ha chiamato la polizia mentre alcuni delinquenti avevano staccato la corrente dallo studio e simulato un incendio per poter entrare. Ma dopo la richiesta di aiuto non si è presentato nessuno in suo soccorso.

Storie di vero terrore che accadono anche ai medici maschi. Se l'è vista brutta, per esempio, quel professionista che ha dovuto prescrivere ad una ragazza un antidepressivo sotto la minaccia di un coltello puntato alla gola. Pugni e calci, invece, per un collega di Dolianova solo perché il paziente non era soddisfatto della medicazione di una vecchia ferita. La lista dei soprusi è infinita. Persino una banda



di ragazzini a Pieve Emanuele hanno minacciato e aggredito la dottoressa di turno e poi se ne sono andati dopo aver fracassato le finestre della struttura pubblica.

Persino chi ha studio in centro città non è esente da rischi. Claudio Cricelli, presidente della Società Italiana di Medicina Generale, ammette che «almeno la metà dei medici di famiglia (sono 48 mila) hanno subito durante la loro vita professionale atti di violenza verbale e fisica per mancata prescrizione di medicinali o certificazione non conforme alla legge. In pratica, se il medico non ci sta ad imbrogliare lo Stato, viene picchiato o minacciato con le parole (che a volte sono più efficaci dei pugni)». «I colleghi, però tendono a far passare queste cose sotto silenzio, cerca di minimizzare e non sporge denuncia» spiega Cricelli. Altro che professione ambita: quello del medico sta diventando un lavoro pericoloso. E infatti i giovani scappano via. «C'è una disaffezione a questa cate-

goria» ammette Maurizio Benato, vicepresidente della Fnomceo. «I giovani scelgono la specialità che almeno vale 27.000 euro annui lordi anziché 11.000 euro lordi della medicina generale. Ma oltre alla scelta economica c'è il rifiuto del carico di lavoro che è enorme per il medico di famiglia. Con 1500 pazienti si calcolano 12000 tra contatti e visite in un anno di attività. E a questi vanno aggiunti i rischi, che non paga nessuno».

PAURA Hanno troppi pazienti, guadagnano poco. E quasi la metà sono dottoresse

TRINCEA Va peggio alle guardie mediche. Turni massacranti e notti in balia di psicopatici

NUMERI

46.961

sono i medici di medicina generale presenti in Italia: 20.199 operano al Nord, 10.010 al Centro e 16.752 al Sud. Per entrare in medicina generale occorre aver superato il triennio di formazione specifica in medicina generale regionale a numero programmato annuale pari a 800 unità. Di questi circa 600 terminano il triennio

1.094

è il numero di assistiti per medico così divisi: 1.164 al Nord, 1.012 al Centro e 1.061 al Sud. Gli assistiti dai pediatri di base invece sono 1.010: 1.061 al Nord, 947 al Centro e 989 al Sud. I pediatri di base in Italia sono 7.657. 3.141 operano al Nord, 1.494 al Centro e 3.022 al Sud

3.042

sono i servizi di Guardia medica presenti in tutta Italia. 768 al Nord, 408 al Centro e 1.866 al Sud. Il servizio ambulatoriale che è in continua crescita rappresenta un terzo degli interventi di Guardia medica: un altro terzo avviene a domicilio, il restante 33 per cento viene risolto telefonicamente

13.109

sono i medici di guardia medica che operano sul territorio nazionale: 3.198 sono al Nord, 1.990 al Centro e 7.921 al Sud. Più del 50 per cento dei medici di guardia sono donne. Moltissime di loro infatti perché impegnate anche in famiglia, scelgono di fare il turno notturno il sabato e domenica

50

la media d'età dei medici di medicina generale supera abbondantemente i 50 anni. Di norma, il medico di Medicina generale e il pediatra possono andare in pensione a partire dall'età minima di 65 anni. Ogni medico ha un tetto massimo di 1500 pazienti

IL DOTTORE UCCISO

E Busseto piange il suo angelo con il camice bianco

■ Claudio Carosino, il medico ucciso con una fucilata da un paziente depresso, era molto conosciuto e amato in tutta la provincia di Parma. Medico di famiglia da oltre trent'anni, sposato e padre di due figli, aveva tre ambulatori a Busseto, Roncole Verdi e Sant'Andrea. Era anche impegnato nel sociale, come presidente dell'associazione aiuti minori del Terzo mondo, ente che si occupa di adozioni a distanza, e partecipava attivamente ai programmi di informazione sanitaria per il mondo giovanile. «Non ne troveremo più un altro così» lo piange

adesso il paese. La giunta comunale di Busseto, paese in cui Carosino era medico di famiglia, ha proclamato il lutto cittadino. Sulla porta dell'ambulatorio del medico qualcuno ha lasciato una rosa rossa. «Era sempre disponibile - raccontano - e non lasciava mai soli i suoi pazienti». Ancora inspiegabile perciò il gesto Gianni Scaglioni, l'anziano agricoltore in pensione, che ha colto il medico con una fucilata: i due si conoscevano bene, considerato che Carosino era già andato più volte a casa di Scaglioni per visitarlo. Chissà a un certo punto cosa è scattato.

Brunetta: «Nel 2011 la Sanità elettronica»

«Il piano e-gov 2012 vuole informatizzare la pubblica amministrazione entro 2 anni, ma per la Sanità i tempi potrebbero essere più brevi. Se non ci saranno intoppi di legislatura sarà infatti possibile portare a compimento entro il 2011 il sistema dell'e-health».

Una deadline che il ministro della Pubblica amministrazione Renato Brunetta (nella foto) ha annunciato ieri al convegno «Le strategie nazionali in materia di sanità elettronica» ricordando che oggi «la spesa sanitaria nazionale è di circa 110 miliardi l'anno e

se realizzassimo l'e-health si potrebbe ottenere fino al 30% di risparmi. Di contro, con la stessa spesa, si potrebbe assicurare una migliore offerta». Per il ministro, la svolta è dunque alle porte, manca solo un nuovo approccio psicologico alla questione.



L'ok del governo

Così la sanità in Campania

Deficit della sanità campana

5,5 miliardi



Credito vantato dalla Regione

2,5 miliardi (fondo sanitario nazionale)

500 milioni (fondi Fas)

1,2 miliardi (edilizia sanitaria)

Risorse sbloccate

1 miliardo e 21 milioni (fondo sanitario nazionale)

centinestri.it

Piano sanità, sbloccato un miliardo di euro

> Ausiello a pag. 34

I conti della Regione

Sanità, sì al piano un miliardo per la Campania

Via libera dal governo, a febbraio altri 400 milioni
Caldoro: ottimo inizio, premiato il nostro rigore

I tagli

Ora inizia la fase bis della manovra di risanamento, sulla rete dei presidi territoriali

Gerar

do Ausiello

Il governo sblocca un miliardo di euro per la sanità campana. La fumata bianca arriva nel corso del vertice tecnico in programma a Roma: attorno al tavolo si ritrovano da un lato il presidente-commissario Stefano Caldoro, il vice Giuseppe Zucatelli e il senatore Raffaele Calabrò e dall'altro gli esperti dei ministeri dell'Economia e della Salute. Al termine dell'incontro l'atteso via libera: il Tesoro stanzerà subito un miliardo e 21 milioni di euro che rappresentano il 60% dell'accantonamento; un ulteriore 20% (circa 340 milioni) sarà erogato entro dicembre se verranno rispettate le prescrizioni. A seguire un ulteriore 10%

entro febbraio e, a saldo (compresi i fondi derivanti dalle tasse), ancora un 10% entro aprile, qualora vengano completati tutti gli adempimenti previsti.

Ma quali sono le misure da mettere in campo nei prossimi mesi? Il passo successivo sarà la stesura di un piano ad hoc per la rete territoriale, che stabilisca nel dettaglio il funzionamento delle 7 Asl e dei 72 distretti sanitari. In parallelo bisognerà procedere alle prime tappe dell'attuazione del piano ospedaliero. Il governo ha invece valutato positivamente gli interventi già adottati: oltre allo stesso piano ospedaliero, anche la riduzione dei costi del personale; il ticket su farmaci, codici bianchi, visite specialistiche e cure termali; i protocolli d'intesa con i Policlinici; i nuovi rapporti di collaborazione con i centri privati. Caldoro chiederà inoltre al Tesoro di sbloccare i fon-

di Fas congelati (circa 500

milioni) e di autorizzare nuove assunzioni nel comparto. Resta da sciogliere il nodo dei finanziamenti per l'edilizia sanitaria, pari a 1,2 miliardi. Per ripianare il deficit sarà comunque necessario l'aumento - già deliberato - delle aliquote Irap e Irpef, che scatterà dal primo gennaio. I fondi sbloccati verranno impiegati per pagare i debiti con fornitori, centri privati e farmacisti e per effettuare i primi investimenti.

Il governatore esprime soddisfazione per l'esito della riunione: «Bene, avanti, senza abbassare la guardia - chiarisce - È un ottimo risultato, il sistema sta rispondendo. C'è una nuova consapevolezza e responsabilità che va consolidata, l'obiettivo è offrire una migliore sanità ai cittadini e una soste-



nibilità economica. Il passato è stato caratterizzato da alti costi e cattivi servizi, è necessario adesso il massimo coinvolgimento delle forze sociali e di tutte le professionalità che operano nel settore». Secondo Calabrò, consigliere di Caldoro per la sanità, «lo sblocco dei fondi dimostra che c'è stata una netta inversione di tendenza nell'impostazione del lavoro e che è stato riconosciuto in maniera estremamente positiva il lavoro svolto». Il presidente del Consiglio regionale, Paolo Romano, esulta: «Queste risorse erano necessarie per far ripartire la macchina sanitaria e per garantire il diritto alla salute dei cittadini». Il capogruppo regionale del Nuovo Psi, Genaro Salvatore, non ha dubbi: «È una vittoria della politica del rigore e della sobrietà della giunta Caldoro, tesa a restituire credibilità alla classe dirigente campana». È d'ac-

cordo il capogruppo del Pdl Fulvio Martusciello: «Inizia per i cittadini un nuovo ed importante percorso non solo verso il definitivo risanamento dei conti pubblici, ma anche e soprattutto verso il necessario ammodernamento del comparto». Per il vicecoordinatore regionale del Pdl, Mario Landolfi, «questi interventi tendono a razionalizzare il sistema ed a ridurre le spese, senza perdere mai di vista la qualità dei servizi».

Il capogruppo del Pd Giuseppe Russo invita la maggioranza ad aprire «una discussione su come orientare verso i bisogni delle comunità il sistema sanitario cominciando dall'abolizione dei ticket», il collega dell'Api Giuseppe Maisto si dice «sollevato dalla notizia», mentre il segretario regionale della Uil Anna Rea afferma: «Ora occorre avviare una reale fase di risanamento e razionalizzazione della spesa nel settore sanitario, applicando i canoni del rigore e dell'efficienza». Infine il consigliere comunale del Pd Franco Verde: «Serve subito un'azione risanatrice delle strutture territoriali della città affinché le stesse siano filtro vero rispetto al ricovero ospedaliero».

I conti della sanità

Finanziamenti assegnati

Fondo sanitario nazionale
1 miliardo di euro

entro febbraio 2011
altri 400 milioni

Situazione al 25/10/2010

Indebitamento complessivo
5,5 miliardi



Disavanzo al 31/12/2009

853 milioni

Analisi

DANILO G. QUARTA
OSPEDALE MARTINI - TORINO

Un alleato per la terapia intensiva

Il dibattito sull'apporto della biologia evolutiva alle conoscenze scientifiche più avanzate, in particolare in ambito medico, ha attraversato diverse fasi ed alimenta una polemica alla luce del fatto che è facile instillare nell'opinione dei non addetti ai lavori il concetto, illusorio, che esiste una specie di piano inclinato, che parte dall'evoluzionismo per scivolare verso il darwinismo, il naturalismo, il naturismo, fino alle medicine alternative.

Niente di più distante da ciò che gli sforzi dei biologi evolutivisti offrono alla scienza: «La medicina evolutivista non è una nuova specialità o un metodo di pratica o di critica della medicina - scrive Stephen Stearns -. Al contrario, deriva da un interscambio per il quale le prospettive evolutivistiche offrono qualcosa di nuovo e utile alla professione medica e la ricerca medica offre nuove conoscenze, domande ed opportunità di ricerca alla biologia evolutivista. Le opportunità sono ampie in ambito clinico, di laboratorio e di insegnamento».

Ma è lecito dire che la biologia evolutivista aiuta i progressi della medicina anziché chiederne un passo indietro? (cfr. «La guerra alla Terapia Intensiva», Tuttoscienze

6/10/2010). La risposta è affermativa. Gli esempi sono innumerevoli e vanno dalla capacità di comprendere eventuali sviluppi di resistenze agli antibiotici da parte di alcuni batteri alla ricerca delle radici evolutivistiche di un'epidemia influenzale.

SEGUE A PAGINA 30

ANALISI

Così la biologia evolutivista ispira la terapia intensiva

SEGUE DA PAGINA 27

DANILO G. QUARTA
OSPEDALE MARTINI - TORINO

Per quanto riguarda lo studio delle resistenze batteriche, mi spiace per le medicine alternative, ma la biologia evolutivista, conscia della complessità dei quadri clinici, non propone affatto l'abolizione dei trattamenti antibiotici. Al contrario può consigliare, accanto alla microbiologia, di usare i dosaggi di chemioterapici maggiori possibili, di associare più molecole attive o di variare l'armamentario farmacologico periodicamente. Alla luce di recenti modelli matematici può risultare in alternativa utile trattare contemporaneamente due individui, affetti dalla stessa patologia batterica, con antibiotici differenti, che paradossalmente possono non avere la stessa efficacia, per evitare di sottoporre una popolazione batterica troppo ampia al medesimo stimolo evolutivo, arginando così nuove resistenze.

L'interpretazione «alternativa» della biologia evolutivista parte dall'autoreferenziale creazione di una «medicina naturale» che pretende di affermare che la medicina moderna - e quella più avanzata delle nostre Terapie Intensive - blocca l'evoluzione della specie umana: «I pazienti sopravvivono, ma nonostante gli interventi medici piuttosto che per merito degli stessi». Il corollario è che, evitando trattamenti medici, si otterrebbe un «miglioramento della specie umana». Purtroppo, per ottenere i van-



taggi evolutivi che un ceppo batterico, con tempo di generazione di 15 minuti, raggiunge in 3 settimane (tempo medio per la comparsa di resistenza antibiotica), si dovrebbero attendere migliaia di anni per un organismo che ha un tempo di generazione di 25 anni. Purtroppo, inoltre, gli stimoli evolutivi cui è sottoposto l'uomo non sono tutti naturali. Poiché l'evoluzione biologica è più lenta dell'evoluzione culturale, molte delle patologie derivano dall'impossibile adattamento dell'uomo all'ambiente e quindi, più che sospendere la medicina, sarebbe necessario interrompere l'evoluzione culturale. E se, tralasciando l'aspetto bioetico, lasciassimo che la specie umana fosse sottoposta a stimoli evolutivi a cui sia impossibile adattarsi, cosa succederebbe, ammesso di disporre di numeri in grado di proseguire la specie?

Ce lo spiega la biologia evoluzionistica. Studi sui moscerini della frutta hanno dimostrato che popolazioni sottoposte a moria precoce tendono ad accorciare la loro sopravvivenza, se lasciate successivamente vivere, rispetto a popolazioni che non hanno subito la moria, poiché le prime non possono beneficiare di eventuali mutazioni benefiche che potrebbero verificarsi in età avanzata. Di conseguenza, anche sul terreno ipotetico della biologia evoluzionistica non abbiamo indicazioni a lasciare che accada una nuova «selezione umana». Accettare di astenersi da terapie trasfusionali, antibiotiche e chirurgiche vorrebbe dire portare consapevolmente alla morte le persone a noi più care e noi stessi e nient'altro.

Impossibile evitare gli aumenti di Irpef (0,3%) e Irap (0,15%). Nelle casse del Lazio mancano 1,6 miliardi

Marzio Bartoloni

Renata Polverini non evita la stangata fiscale per cittadini e imprese del Lazio, almeno per il 2010. Impossibile scongiurare le supertasse anche perché tra le pieghe del bilancio spunta un ulteriore buco da 1,6 miliardi: schizzano dunque oltre il tetto massimo le addizionali Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%). Ma il governatore del Lazio incassa anche una bella boccata d'ossigeno: il governo, non senza qualche tensione al tavolo di verifica composto dai tecnici dell'Economia e della Salute, promuove il piano di rientro dal deficit e sblocca finalmente i fondi Fas (900 milioni) e risorse accantonate dal 2007 per ben 1,2 miliardi (su 2 totali) per coprire gli interessi passivi e chiudere i contenziosi del passato. Via libera anche allo sblocco del turn over per il personale.

Questi gli esiti tanto attesi arrivati dopo l'incontro di ieri mattina in via XX settembre: «Il Lazio ha superato l'esame del tavolo tecnico, con grande fatica, grande lavoro e nonostante problemi maggiori di quanto avevamo immaginato», ha spiegato Renata Polverini. Annuncia sicura che entro il 2012 «si potrà uscire dall'emergenza e dal commissariamento». Ma almeno per quest'anno il blocco sul filo di lana delle super addizionali, che scatteranno tra fine novembre (per l'Irap) e inizio 2011 (per l'Irpef), non è stato possibile. «Gli aumenti erano previsti per tre anni perché la precedente giunta non aveva effettuato alcun intervento, adesso resteranno maggiorate



Renata Polverini, regione Lazio

GLI ALTRI

I tecnici esamineranno i conti di Molise e Calabria. Oggi il governatore Scopelliti atteso al ministero dell'Economia

solo per il 2010, ma già dal 2011 le tasse cominceranno a calare», ha aggiunto il presidente del Lazio che intanto si trova a fare fronte a un disavanzo che ammonta a 2 miliardi 332 milioni. Più del previsto: perché ai 442 milioni necessari per coprire la quota di disavanzo 2009 e agli ulteriori 279 milioni di extra-disavanzo 2010 si aggiunge una nuova voragine sanitaria di 1,61 miliardi. Un "buco" che per la Polverini ha responsabilità ben precise: la colpa sarebbe delle spese «improprie» non autorizzate delle Asl che avrebbero attinto alle risorse ordinarie. A cui si aggiunge la mancata copertura del piano di rientro dell'ex presidente

Piero Marrazzo. «Stiamo verificando - ha spiegato il governatore - e, se necessario, procederemo contro i colpevoli».

A coprire il deficit ci penseranno una serie di misure: da nuovi mutui già autorizzati dall'Economia (per 527 milioni) ai fondi Fas (900 milioni), dalle risorse del programma pluriennale per l'edilizia sanitaria (574 milioni) fino agli interventi nella manovra regionale 2011 (per 248 milioni). Subito dopo il via libera del tavolo tecnico, a Lazio e Campania è arrivata la "benedizione" del ministro della Salute, **Fernando Fazio**: «Avevo ragione a essere ottimista - ha detto -, i commissari hanno fatto un ottimo lavoro in considerazione soprattutto dei debiti pregressi che hanno trovato».

Ora i tecnici esamineranno i piani delle altre regioni con i conti in rosso. Nel mirino ci sono soprattutto Molise e Calabria che rischiano anche loro le maxi-aliquote. Questa mattina sarà la volta del governatore calabrese, Giuseppe Scopelliti, atteso al ministero dell'Economia. Il presidente della Calabria si presenterà all'appuntamento con una carta in più da giocare insieme a tutte le altre misure di riordino previste nel piano: la certezza, cioè, del deficit sanitario, che per la prima volta è stato certificato a 1,2 miliardi (a fine 2008). «Finalmente, dalla contabilità omerica più volte sottolineata dal ministro Tremonti, si passa alla reale e tanto auspicata quantificazione del debito», ha spiegato Scopelliti. Basterà per incassare una difficile promozione?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'incontro a Milano. In Assolombarda studenti interessati e coinvolti

Scienza e tecnologia per crescere e affermarsi

Franco Sarcina
MILANO

Una boccata di salutare ottimismo: qualche ora a contatto con i giovani dell'area milanese, raccolti in Assolombarda, all'auditorium Gio Ponti in via Pantano, fa sicuramente bene. L'appuntamento è quello tradizionale di Orientagiovanini, che l'associazione organizza per i ragazzi che presto dovranno affrontare la maturità. L'obiettivo è sensibilizzare verso lo studio delle discipline scientifiche e tecnologiche, dimostrando come le competenze e il metodo alla base delle materie scientifiche non siano "freddi", ma anzi un elemento fondamentale per accrescere la propria conoscenza, oltre che un utile strumento di affermazione professionale.

E i giovani rispondono, eccome. Con grande attenzione durante il dibattito, condotto con vivacità e strizzando l'occhio a chi ha meno di venti anni da Alessandro Cecchi Paone. Con domande non banali durante la breve, per forza di cose, sessione di domande e risposte. Con risate e mormorii interessati e stupiti durante la

lezione-spettacolo teatrale "Luce delle stelle", prodotta dal Dipartimento di fisica dell'Università degli studi di Milano e interpretata con brio da quattro ricercatori.

La tavola rotonda ha assunto in breve quel tono informale necessario per poter interessare i ragazzi, e forse anche gli adulti. I racconti dei partecipanti erano intervallati da spezzoni del celebre discorso che Steve Jobs, fondatore e Ceo di Apple, fece nel 2005 ai laureandi dell'Università di Stanford e da interventi spot di Alberto Meomartini, presidente di Assolombarda: «Sentire voi ragazzi è molto più utile che dare freddi consigli».

Tra gli ospiti, il docente di chimica all'università di Pavia e scrittore Piersandro Pallavicini ha contribuito a sfatare il mito della "fredda scienza", raccontando come sia possibile coniugare il lavoro di ricercatore, impegnato nel settore delle nanotecnologie, con quello di scrittore: «Scrivo romanzi che non sono incentrati su argomenti scientifici, e questo a volte è visto in un modo "strano" dai miei colleghi».

Alfonso Gambardella, docente di Economia e gestione delle imprese all'Università Bocconi, ha raccontato quelli che sono i vantaggi "oggettivi" dello sviluppo tecnologico: «Nel 1820, un contadino doveva lavorare nei campi un'intera giornata per sostenere la sua famiglia. Non poteva fare altro. Ora, lo stesso lavoro può

DOPO LA MATURITÀ

L'obiettivo della giornata, centrato, era riuscire a dimostrare che le materie scientifiche possono provocare emozioni

essere fatto in 15 minuti. In sostanza, si è liberato del tempo, che può essere utilizzato per fare altre cose».

Alla fine della giornata, abbiamo sentito più volte pronunciare, dagli studenti che uscivano dall'auditorium, una frase. «È stato tutto molto interessante». Ed ecco spiegato l'ottimismo.

franco.sarcina@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fumatori si nasce un gene responsabile della dipendenza

PESCARA. Se proprio non riuscite a smettere di fumare, sappiate che fumatori si nasce, almeno in parte. Il piacere di aspirare tabacco ma anche il pericolo di sviluppare un tumore ai polmoni sono parzialmente scritti nel patrimonio genetico che ciascuno di noi eredita alla sua nascita. Ma, questo non deve essere un alibi, perché nel vizio del fumo la parte psicologica è importante.

Ora, però, i ricercatori della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano hanno identificato un gene, il CHRNA5, responsabile della maggiore predisposizione all'abitudine al fumo di sigaretta e collegato al rischio di cancro polmonare. Una scoperta utile anche per quei fumatori che vorrebbero smettere perché adesso i ricercatori hanno un nuovo «bersaglio» da colpire con farmaci mirati contro il responsabile genetico della dipendenza da nicotina.

Sono i risultati di un lavoro tutto italiano appena pubblicato sul prestigioso giornale scientifico JNCI (Journal of the National Cancer Institute) che porta a compimento il lavoro iniziato da studi condotti in migliaia di individui da grossi consorzi internazionali negli anni scorsi.

«Finora era stata individuata un'ampia regione del cromosoma 15 contenente sei geni associata all'abitudine al fumo di sigaretta, al rischio di cancro polmonare e

di malattie vascolari», spiega **Tommaso Dragani**, direttore del team milanese, abruzzese originario di Ortona. «I ricercatori non erano però riusciti a individuare il singolo gene coinvolto, né a capire il motivo per cui alcuni individui hanno una maggiore predisposizione a fumare sigarette rispetto ad altri».

Confrontando il Dna dei forti fumatori con quello dei non fumatori e il Dna di persone sane con quello di persone con un carcinoma polmonare o con malattie vascolari, gli studi precedenti avevano infatti permesso di individuare in modo chiaro e inequivocabile l'esistenza di un preciso legame fra il genoma e i comportamenti nei confronti del tabacco. L'anno scorso, poi, il gruppo dell'Istituto Tumori di Milano, sulla rivista Clinical Cancer Research, aveva sia confermato ed esteso i dati dell'associazione tra la regione del cromosoma 15 e il rischio di tumore polmonare anche nella casistica italiana, sia dimostrato che due dei geni loca-

lizzati in questa regione (CHRNA3 e CHRNA5) erano associati anche ad alterazioni dei livelli quantitativi di espressione nel tessuto tumorale polmonare rispetto al tessuto normale.

«In quest'ultimo studio su JNCI, finalmente, abbiamo identificato il gene coinvolto, il CHRNA5, e il meccanismo molecolare responsabile dell'attitudine alla nicotina. In sostanza, abbiamo scoperto che varianti presenti nel

Dna degli individui a più elevato rischio sia di cancro polmonare che di abitudine al fumo causano una riduzione dei livelli del prodotto di questo gene» chiarisce **Stefania Falvella**, prima autrice del lavoro.

Ma quali sono le conseguenze pratiche di questa scoperta? «Potrebbero esserci fin da subito tre ricadute concrete», risponde Dragani. «Innanzitutto attraverso l'analisi del Dna, possibile an-



Un abruzzese
guida il team
di ricerca dell'Istituto
nazionale dei tumori
di Milano

A sinistra
Tommaso
Dragani
dell'Istituto
nazionale
dei tumori
di Milano



che a partire da una goccia di sangue o da un po' di saliva, possiamo individuare le persone con una predisposizione genetica alla dipendenza da nicotina. Inoltre, i fumatori con la variante genetica di rischio potrebbero avere maggiori difficoltà a smettere e, per garantire loro una maggiore percentuale di successo, potrebbero seguire dei percorsi terapeutici e psicologici personalizzati (più intensi e accurati). Infine potreb-

bero essere disegnati dei nuovi farmaci, diretti specificamente contro il gene CHRNA5, da destinare solo alle persone selezionate con test genetico». Farmaci personalizzati per il recettore della nicotina in grado di neutralizzarlo. La pratica clinica però è un obiettivo ancora lontano. Si sta parlando di un ambito di ricerca genetica, ci sono ancora molti problemi da risolvere. *(a.d.f.)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giro di vite Ue per Asl e ospedali: la fattura si paga entro 60 giorni

Due mesi al massimo per onorare le fatture. È quanto prevede la direttiva Ue appena approvata dall'Europarlamento sui tempi di pagamento per le forniture delle aziende sanitarie. Per chi non rispetta i tempi previsti scatteranno gli interessi di mora all'8% (più il tasso di riferimento della Bce). (Servizio a pag. 11)

L'Europarlamento vara la direttiva sui pagamenti: due mesi per le forniture sanitarie

Fatture pagate entro 60 giorni

Per chi non rispetta i tempi scattano gli interessi di mora all'8%

Due mesi al massimo per onorare le fatture. Dall'Europa cala un macigno per le Asl d'Italia abituate a pagare i conti ai fornitori sempre in ritardo: tra i 90 giorni (le più virtuose) fino addirittura ai 700-800 giorni delle aziende molisane, calabresi e campane.

A tagliare i tempi dei pagamenti è l'Europa con una direttiva appena varata dal Parlamento europeo. Il conto alla rovescia è cominciato: tutte le pubbliche amministrazioni, aziende sanitarie comprese, avranno 24 mesi di tempo per mettersi al passo con le nuove norme Ue. Dal 2013 se non si liquideranno le fatture entro 30 o al massimo 60 giorni (per il settore sanitario) scatteranno automaticamente interessi di mora pari, come minimo, all'8% (più il tasso di riferimento della Bce).

La rivoluzione a cui l'assemblea dell'Europarlamento di Strasburgo ha dato il via, la scorsa settimana, con l'approvazione della direttiva sulla lotta contro i ritardi dei pagamenti nelle transazioni commerciali riguarda anche i rapporti tra privati, un campo nel quale fissa un limite massimo di 60 giorni. Lasciando però le parti libere di concordare termini diversi, purché non siano iniqui.

Per la Pa italiana si tratta di una vera e propria corsa contro il tempo, mentre per le imprese potrebbe significare una svolta epocale. Il nostro Paese è ai primi posti nella classifica dei "cattivi pagatori" con un ritardo medio stimato in 186 giorni che salgono a 259 per la Sanità, con punte sempre per il settore sanitario di 800 giorni: è il caso dei pagamenti delle forniture alle Asl e agli ospedali della Calabria che sfiorano appunto i tre anni di attesa.

Le stime sull'ammontare complessivo degli arretrati e sul loro costo si sprecano. A Bruxelles fonti comunitarie parlano di debiti non onorati per circa 30-40 miliardi di euro, di cui gran parte imputabile al settore sanitario. Un importo che arriva a sfiorare i 70 miliardi nelle stime riprese anche dalla Cgia di Mestre. Quel che è certo è che la posta in gioco, per i conti pubblici, è enorme e il tempo a disposizione per mettersi al passo con le nuove norme Ue è limitato. «Le nuove regole consentiranno alle imprese di recuperare risorse necessarie per innovarsi e crescere», ha rilevato il commissario Ue all'industria **Antonio Tajani**. Ricordando che l'entrata in vigore della direttiva consentirà alle aziende, in gran parte medie e piccole, di usufruire, a livello europeo, di una maggiore liquidità per 180 miliardi di euro. Per la presidente di Confindustria, **Emma Marcegaglia**, la direttiva «è un vero passo avanti» e «un reale aiuto per le Pmi in un momento in cui la restrizione del credito crea ancora problematiche». Se poi la pubblica amministrazione «inizierà a rispettare le regole, sarà un esempio per tutti gli altri attori economici». Soddisfatto anche **Sergio Dompé**, presidente di Farmindustria: «Esprimo grande apprezzamento per il voto del Parlamento europeo sulla direttiva contro i ritardi nei pagamenti nelle transazioni commerciali che toccano mediamente i 220 giorni per le imprese del farmaco». «Un vero e proprio record negativo in Europa - conclude **Dompé** - che causa gravi penalizzazioni all'industria in termini di competitività».

Marzio Bartoloni

Il confronto europeo

Paese	Giorni
Germania	30
Svizzera	30
Norvegia	40
Regno Unito	45
Francia	65
Repubblica Ceca	220
Portogallo	230
Italia	259
Spagna	300
Grecia	500

Fonte: elaborazioni Assobiomedica su dati Eucomed, Edma, 2009

I ritardi italiani

Regioni migliori	Giorni
Friuli	79
Valle d'Aosta	113
Trentino	91
Lombardia	118
Regioni peggiori	Giorni
Calabria	800
Molise	733
Campania	714
Lazio	404

* Ritardi ad agosto 2010

Fonte: Assobiomedica



Un futuro di cure su misura

Una pillola multifarmaco che "galleggia" nell'intestino e si scioglie un po' alla volta per non dare scampo alla malattia (la malaria). Genomica e screening di gruppi di pazienti per mirare le opportune modifiche ai medicinali a una somministrazione efficace e senza sprechi: oggi le terapie "uguali per tutti" raggiungono quote di inefficacia anche del 75 per cento. È ancora test predittivi e investimenti in ricerca per garantire che la spesa del Ssn non vada a vuoto.

Le frontiere dei farmaci e delle terapie personalizzate sono ormai a un passo e anche la

bozza di Piano sanitario nazionale 2010-2012 le cita come strumenti per garantire "equità di accesso" ai farmaci innovativi e "maggiore sostenibilità economica".

Le Regioni "virtuose" si stanno attrezzando, ma la personalizzazione delle terapie è "inevitabile" secondo il giudizio delle istituzioni e del mondo accademico. E i pazienti, specie cronici e con patologie più gravi, si augurano si faccia in fretta perché la promessa è che grazie ai farmaci mirati sia anche più facile guarire.

A PAG. 26-27

Convegno Chiesi, Università di Parma, Il Sole-24 Ore sulle terapie personalizzate

Obiettivo farmaci "su misura"

Cruciali R&S e informazione - Medicinali convenzionali inefficaci fino al 75%

Farmaci "personalizzati" per un uso ottimale in termini di risultati, sicurezza e allocazione delle risorse a garanzia «di equità nell'accesso» a quelli innovativi «e della sostenibilità economica e sociale dell'assistenza sanitaria». Lo recita la bozza di Piano sanitario nazionale 2010-2012 che pone le terapie personalizzate tra le nuove frontiere della ricerca. Ma che dovranno fare i conti con la difficoltà di classificazione e valutazione per il rimborso e con la sostenibilità nell'ambito dei vincoli nazionali e regionali di spesa per garantire appropriatezza.

Una personalizzazione per gruppi di patologie e di pazienti necessaria anche all'efficacia delle cure. Le evidenze scientifiche dimostrano che spesso le attuali terapie generalizzate non ottengono i risultati voluti: l'inefficacia dei medicinali di massa raggiunge il 75% nelle terapie oncologiche, il 70% nell'Alzheimer, il 50% nell'artrite secondo quanto ha spiegato **Giampiero Lugli**, preside della facoltà di Economia dell'Università di Parma al convegno «Le medicine personalizzate tra prospettive scientifiche e necessità di governo clinico», organizzato a Parma dall'ateneo cittadino e dal Sole-24 Ore con il contributo di Chiesi farmaceutici. Lo sviluppo della personalizzazione secondo Lugli è più difficile per l'eterogeneità delle performance e nel futuro si possono prevedere forti cambiamenti nella copertura privata e pubblica dei costi sanitari e una

convergenza tra il mercato della salute e il mercato del benessere che cambieranno anche il modello di business delle compagnie farmaceutiche.

Oggi - hanno convenuto i relatori al convegno - il modello seguito dalle imprese è un «blockbuster model» con una quota modesta di un grande mercato, bassa ripetizione della prescrizione, bassa compliance dei pazienti, prezzo tarato sull'efficacia media e sui costi, catena del valore centrata sulla cura indistinta della malattia, sviluppo locale dei nuovi farmaci e maggior concentrazione dell'industria diagnostica (75%) rispetto a quella farmaceutica (45%). Domani sarà un «personalized model» con una quota elevata di piccoli mercati, un'alta ripetizione nella prescrizione, un'alta compliance dei pazienti, il prezzo tarato sull'efficacia per il segmento altamente sensibile e basato sui risultati, la catena del valore centrata sulla diagnosi molecolare, uno sviluppo globale dei nuovi farmaci e minor concentrazione dell'industria diagnostica rispetto alla industria farmaceutica.

Il settore, ha spiegato **Emilio Stefanelli**, vice-presidente di Farmindustria, per una serie di fattori che vanno dall'invecchiamento della popolazione alla crescita dei costi in R&S fino alle nuove domande di salute, dovrà prevedere un contenimento dei costi, l'incremento della competizione e la necessità di investire di più in ricerca. Con il passaggio a una medici-

na personalizzata che porterà i bersagli molecolari da circa 500 ad almeno 10mila e alla crescita delle specializzazioni. E il cambiamento dello scenario di riferimento con il nuovo "shock" tecnologico, determinerà nuovi equilibri e modelli di sviluppo.

Ma lo sviluppo di nuovi trattamenti porta anche aumento di costi e per questo, secondo **Patrizio Piacentini**, direttore del servizio farmaceutico dell'Ao «Carlo Borromeo» di Milano e segretario Sifo Lombardia, solo la ricerca di un equilibrio in questa evoluzione permetterà di rendere effettivamente disponibili al paziente le innovazioni terapeutiche più efficaci nel mantenimento del necessario equilibrio dei costi.

La risposta delle istituzioni. Sulla lunghezza d'onda della personalizzazione si stanno già muovendo alcune Regioni "virtuose". La Lombardia a esempio, ha spiegato **Stefano Del Missier**, direttore delle delegazioni di Roma e Bruxelles della Regione, ha già realizzato "reti di patologia" (come quella oncologica e quella ematologica) che configurano una stretta alleanza tra mondo scientifico e mondo professionale anche grazie allo sviluppo dell'Ict e della formazione. Due le prospettive per il Ssr, secondo **Roberto Grilli**, direttore dell'Agenda sanitaria regionale dell'Emilia Romagna: il rapporto con il mondo della ricerca e il governo dell'adozione dei singoli prodotti. In questo senso la Regione ha svilup-

pato relazioni con il sistema delle Università e con l'industria e messo in pista un progetto di R&S (Prie E-R) che prevede infrastrutture aziendali, il rapporto Regione-Università, un osservatorio regionale per l'innovazione, il potenziamento della rete regionale Ircs e un "Fondo regionale per la modernizzazione".

Questi cambiamenti tuttavia, secondo **Antonio Tomassini**, presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, sono



così ampi da richiedere un tavolo di governo: la personalizzazione della medicina è inevitabile, ma servono omogeneità e un controllo serio su formazione, informazione e comunicazione che deve passare attraverso un tavolo unico nazionale a cui siedono Governo, Regioni, esperti e associazioni di pazienti.

Ricerca&Terapia. La ricerca nelle terapie personalizzate non serve a creare un unico farmaco per un unico paziente, ma a classificare gli individui in gruppi o sottogruppi diversi per suscettibilità alla malattia o risposta al trattamento. Cos'è che caratterizza una terapia personalizzata? Il giusto trattamento (dose) nella formulazione giusta (anziani, bambini) al momento giusto (crono-terapia) che consente ai pazienti di ricevere farmaci su misura per loro invece di ricevere lo stesso farmaco alla stessa dose uguale per tutti, ha spiegato **Paolo Colombo**, preside della facoltà di Farmacia dell'Università di Parma. E Colombo ha fatto l'esempio con la terapia della malaria: una somministrazione al paziente di un medicinale composto dai farmaci che curano la patologia in una forma (v. figura) che consente un primo rilascio immediato e un successivo "galleggiamento" a livello dello stomaco dell'altra parte della dose che sarà a lento rilascio.

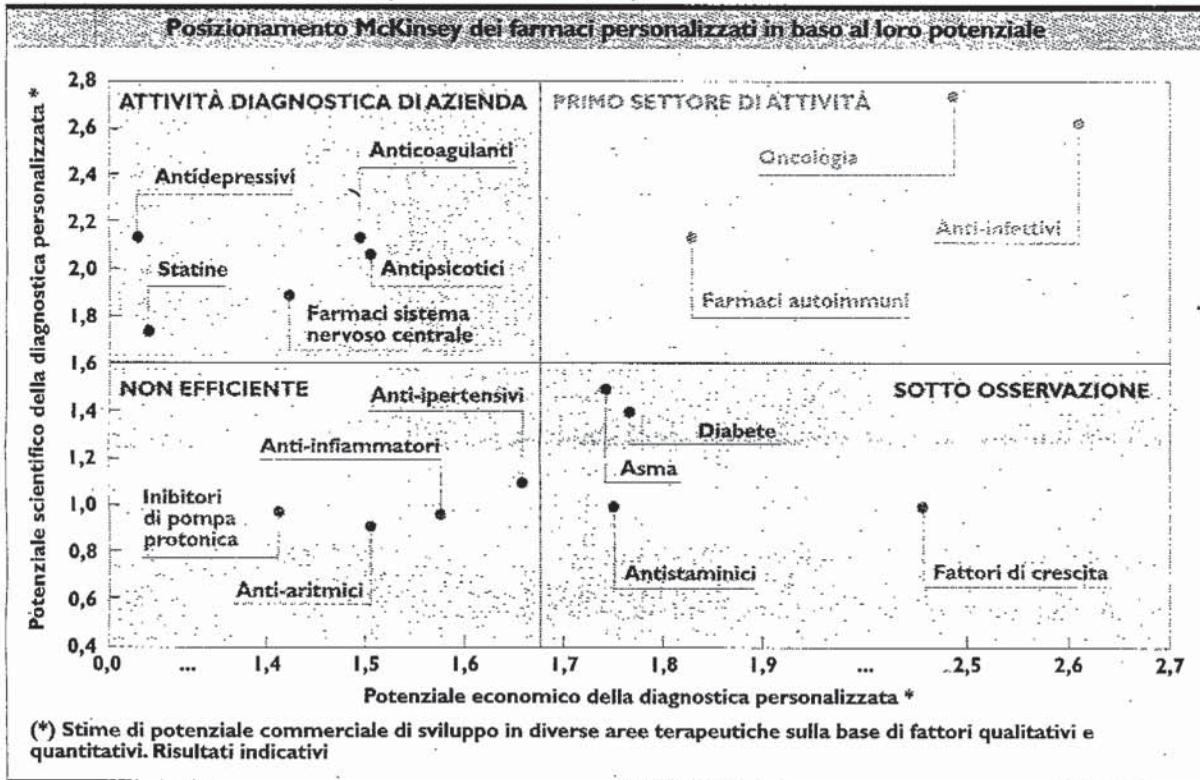
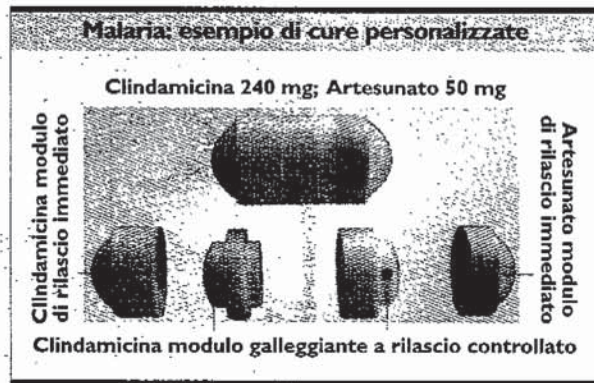
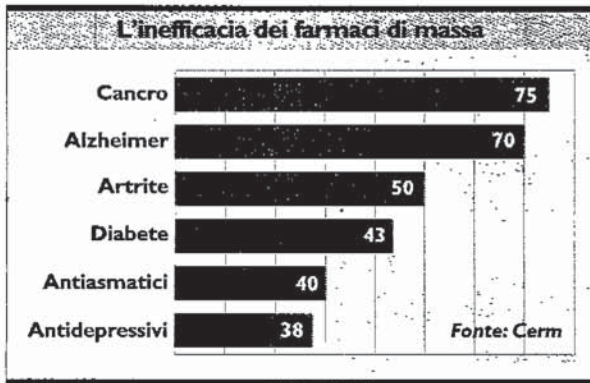
Un esempio di patologia in cui la personalizzazione può portare a un deciso miglioramento della salute e della qualità di vita è l'asma bronchiale grave. Colpisce il

2-12% dei pazienti con asma, presenta una frequenza 15 volte maggiore di interventi d'urgenza e ospedalizzazioni 20 volte più frequenti con la conseguente astensione da scuola o lavoro e costi oltre l'80% di quelli diretti e indiretti dell'asma, ha spiegato **Dario Olivieri**, ordinario di Malattie dell'apparato respiratorio alla facoltà di Medicina dell'Università di Parma. L'ipotesi di lavoro è che funzione biologica e disfunzioni nella malattia nascano come risultato di interazione tra i processi di qualità di tutta una serie di scale spaziali e temporali e l'obiettivo finale della biologia e della medicina è capire quanto più possibile questo processo di integrazione e individuare le direzioni di indagare per lo sviluppo della diagnostica clinica e le terapie più efficaci, secondo la regola delle 4P per una medicina: personalizzata (genoma individuale), predittiva (rischi), preventiva (intervento), partecipativa (per il paziente).

Con risultati che sono anche l'obiettivo delle associazioni dei pazienti, spesso "privati" di terapie efficaci proprio quanto più è grave la loro patologia, come ha spiegato **Michele Lipucci di Paola**, vice-presidente Eurordis, l'organizzazione europea per le malattie rare e che rappresentano un passo avanti nel percorso di umanizzazione delle cure, secondo **Teresa Petrangolini**, il segretario generale di Cittadinanzattiva.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



QUESTION TIME SULLA LEGGE**Fazio: «Passi in avanti sul dolore»**

Si sta per costituire, presso il ministero dell'Istruzione con il **ministro della Salute**, un tavolo tecnico per la definizione degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapie del dolore. Lo ha annunciato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, rispondendo al "question time" alla Camera a un'interrogazione in materia di cure palliative e terapie del dolore. Il Ministro ha poi sottolineato che in seguito all'insediamento della commissione prevista dalla legge sono stati compiuti una serie di interventi: dall'approvazione del Consiglio superiore di Sanità del documento (ora a vaglio dell'Economia) relativo alle linee guida per lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali, all'approvazione del progetto dell'ospedale senza dolore (ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni), con cui si ripartiscono 2,5 milioni per progetti a carattere formativo, fino alla firma il 7 settembre scorso di un protocollo d'intesa per il monitoraggio delle reti delle cure palliative e delle terapie del dolore e all'istituzione del flusso informati-

vo per il monitoraggio dell'assistenza erogata in hospice.

La risposta del Ministro non è piaciuta al senatore del Pd Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale: «La promessa di un tavolo tecnico per definire i percorsi formativi sulla terapia del dolore? Mi sembra davvero poca cosa, rispetto alle attese che la legge sulle cure palliative ha prodotto in milioni di malati cronici e terminali». «Le parole del Ministro tali restano - prosegue Marino - giacché il documento sulle linee guida è bloccato al ministero delle Finanze, i requisiti minimi e le modalità organizzative per l'accreditamento degli hospices sono fermi alla fase di elaborazione della proposta e ancora non si è deciso come assegnare i pochi denari disponibili per i progetti formativi». Sulla stessa linea Antonio Palagiano, capogruppo Idv in commissione Affari sociali alla Camera e responsabile dipartimento Sanità di Idv: «È la prova che non è stato fatto nulla e che la legge è di fatto inapplicata su quasi tutto il territorio nazionale».

