

Roma

Dalla varicella al papilloma virus arrivano i nuovi vaccini gratuiti

ROMA — Aumentano le vaccinazioni offerte gratuitamente su tutto il territorio nazionale. Il nuovo Piano di prevenzione 2012-2014 ne introduce tre nuove: l'antimeningococco e l'antipneumococco contro la meningite e il vaccino anti-hpv (papilloma virus) per le ragazze dodicenni. Quattro restano le vaccinazioni obbligatorie per i bambini, quelle contro epatite B, tetano, difterite e poliomielite. Per il morbillo, la rosolia e la parotite restano raccomandate. È stata calendarizzata inoltre l'offerta della vaccinazione antinfluenzale per gli over-65. L'ultima novità riguarda il vaccino contro la varicella: l'introduzione in tutte le Regioni è stata posticipata al 2015.



VACCINAZIONI

VIA LIBERA AL NUOVO PIANO NAZIONALE RACCOMANDATO ANCHE L'ANTI HPV

A 7 anni dall'ultimo piano Nazionale vaccini, targato 2005-2007, è stato pubblicato in gazzetta il nuovo piano Nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014. Un piano articolato, che comprende una serie di obiettivi generali volti all'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel nostro Paese. Non solo: il neo piano supera il concetto di vaccinazione riservata all'età pediatrica e inserisce anche la copertura vaccinale per l'influenza negli over 65 anni, anche se di fatto era già garantita. Tre le novità riguardanti i vaccini raccomandati: la prima riguarda il vaccino contro l'Hpv (papilloma virus) che entra ufficialmente nel piano. La seconda riguarda altri due vaccini già offerti in molte regioni, l'antimeningococco e l'antipneumococco, che ora sono stati calendarizzati a livello nazionale. L'ultima novità riguarda invece il vaccino contro la varicella: se ne posticipa l'introduzione universale in tutte le Regioni al 2015, ma è raccomandata nei soggetti a rischio e negli adolescenti. Riassumendo in calendario vaccinale prevede come obbligatori gli antidoti contro difterite, tetano, poliomelite ed epatite B. Raccomandate invece pertosse, morbillo, rosolia e parotite, l'antipneumococcico coniugato, l'antimeningococco C, vaccino contro l'Hpv, vaccino contro l'influenza.



| SANITÀ |

Nas nelle corsie: 350 medici denunciati per soldi in nero

ROMA - Visite fatte in ospedale ma compensi presi direttamente e sotto-banco. Pazienti indotti a rivolgersi alle strutture private. Fino a camici bianchi che, timbrato il cartellino, si dirigevano subito nello studio privato, incuranti della presenza dei carabinieri lì in corsia per controllarne l'attività (arrestati poi in flagranza).

È una fotografia delle irregolarità commesse dai medici dipendenti del servizio sanitario nazionale scattata dai carabinieri dei Nas, che nell'ambito dell'operazione «Tra le mura» nel 2011 hanno verificato i comportamenti di oltre 700 medici, denunciandone la metà.

Oltre il 90% dei reati, ha evidenziato il generale Cosimo Piccinno illustrando l'attività dei Nas alla commissione d'inchiesta sul servizio sanitario, è legata proprio all'attività libero professionale che i medici del servizio pubblico possono svolgere. Per la quale è in corso un tentativo di revisione della normativa. «I dati che ci hanno illustrato - ha sottolineato il presidente della commissione, Ignazio Marino - dimostrano ancora una volta come sia essenziale una regolamentazione chiara dell'attività intramoenia e un impegno preciso del ministro Balduzzi in questo senso».

Nelle 337 denunce (per un danno stimato di 4 milioni di euro), ai camici bianchi sono stati contestati diversi reati legati all'attività libero-professionale, che vanno dal peculato (medici che hanno percepito denaro in nero per visite mediche fatte per conto dell'ospedale), alla concussione (medici che hanno indotto pazienti a rivolgersi alle strutture private per le cure) all'abuso d'ufficio (attività libero professionale svolta nell'orario di lavoro istituzionale).



La visita

Balduzzi e il caso specializzandi “Problema che porterò al governo”

«Il dio denaro annulla la coscienza, vergognatevi»: accoglienza critica per il ministro Balduzzi con cartelli di protesta al Pascale del Movimento in lotta per la salute pubblica, e il tentativo di incursione nella sala del convegno. Al ministro che ha parlato di sanità pubblica e universitaria nella sede del Sun in via Costantinopoli con l'introduzione del presidente di Medicina Paolisso e il rettore Rossi, sono state presentate le criticità della materia. Diversi temi trattati dal responsabile della Salute per il governo Monti, dalle questioni dell'intramoenia alla settimanalizzazione per i medici di base. Applausi della platea a una biologa specializzanda: «Lavoriamo senza percepire rimborsi e compensi». La risposta di Balduzzi: «È una questione che non ha ancora trovato soluzione. Noi la segnaliamo al governo, ma dovremmo recuperare nell'ambito di un discorso più ampio poiché è un problema di sistema». Qualche osservazione anche sull'intramoenia, di attualità dopo il ca-

so Iannelli: «Senza deontologia, etica e moralità o con una ridotta etica e moralità non si va avanti bene. Ci sono regole — ha detto Balduzzi — che possono aiutare e incentivare comportamenti virtuosi».

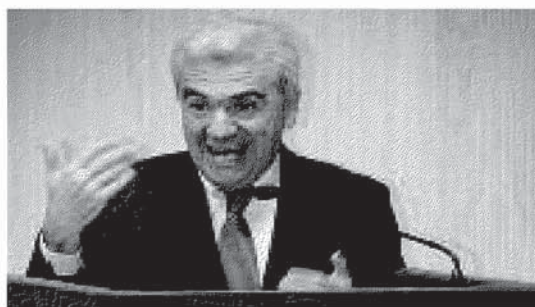
Sui tempi dei provvedimenti

Una biologa al ministro: “Lavoro senza percepire compensi e rimborsi”

Balduzzi sottolinea che non possono essere che brevi: «La scadenza della proroga è il 30 giugno». Infine, sul numero chiuso e l'integrazione tra sistema regionale e sanità universitaria: «Per la prossima settimana proporrò al ministro Profumo tempi precisi per sciogliere i nodi della questione».

(s. cer.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN CITTÀ
Giornata napoletana quella di ieri per il ministro della Salute Renato Balduzzi



■ **Ricerca**

*Scoperta alla Cattolica
la molecola «colpevole»
del mal di schiena*

NEGROTTI A PAGINA **14**

Colpo della strega, scoperta la molecola che lo scatena

Ricerca della Cattolica, ora possibili nuovi farmaci

Il processo di degenerazione dei dischi tra le vertebre inizia già a 30 anni, i più a rischio i sedentari

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Potrebbe essere una svolta nella cura di un dolore che mette fuori combattimento: il mal di schiena. I ricercatori dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma hanno individuato infatti una molecola che favorisce la degenerazione dei dischi tra le vertebre responsabile, in ultima analisi, del classico "colpo della strega". In più hanno verificato che la molecola, se opportunamente "spenta" con un **farmaco** sperimentale, potrebbe rallentare il processo di invecchiamento e quindi ridurre l'incidenza anche dei dolori alla schiena. La ricerca, che è stata condotta sui topi e sarà pubblicata sulla rivista specialistica *Spine*, è merito di Enrico Pola e Luigi Aurelio Nasto, del dipartimento di Ortopedia e traumatologia dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli, diretto da Carlo Fabbriani; lo studio è stato svolto in collaborazione con un gruppo dell'Università statunitense di Pittsburgh diretto da Paul Robbins e James Kang. I ricercatori hanno scoperto che la lombalgia e altri dolori acuti (per esempio cervicalgia), dovuti al fisiologico invecchiamento della colonna

vertebrale, possono avere origine in un meccanismo preciso: l'azione di una molecola, NF-kB, responsabile della degenerazione dei dischi intervertebrali. Questo processo, che inizia già a 30 anni, soprattutto per la popolazione più sedentaria, può innescare una serie di reazioni a catena che causano infiammazione e alterano la struttura fisiologica della colonna. Il mal di schiena è un problema abbastanza diffuso. Lombalgie, cervicalgie e altri dolori della colonna non solo sono causa di consulto specialistico, ma si stima che ne abbia sofferto una volta nella vita l'80% della popolazione. Il 32% degli italiani (circa 19 milioni di persone), segnalano gli ortopedici, ne è affetto almeno una volta l'anno, e l'8,2% (circa 5 milioni) cronicamente. Lombalgie e cervicalgie sono tra le principali cause di perdita di ore lavorative. La ricerca degli ortopedici della Cattolica è stata condotta su topi con "sindrome progeroide", ovvero animali geneticamente programmati per invecchiare rapidamente. «Questi topi – spiega Pola e Nasto – permettono di studiare i meccanismi dell'invecchiamento in tempi più brevi e con costi ridotti. I topi progeroidi mimano perfettamente il pro-

cesso di degenerazione della colonna vertebrale e dei dischi intervertebrali, che si verificano nei pazienti anziani e permettono quindi di sperimentare nuove terapie in modo più semplice ed efficace». I ricercatori hanno scoperto che la molecola NF-kB, iperattiva nei topi anziani, svolge un ruolo da "direttore d'orchestra" all'interno della colonna vertebrale, attivando molti geni legati all'infiammazione e spegnendo quelli anti-infiammatori. Il risultato è appunto il processo degenerativo dei dischi intervertebrali. Da qui l'intuizione di un possibile trattamento, cercando di inibire l'azione della molecola NF-kB: «Nel nostro studio – spiega Pola – abbiamo sviluppato un **farmaco** specifico, chiamato peptide Nbd, che è capace di inibire specificamente l'attivazione di NF-kB». Un peptide già utilizzato a Pittsburgh per rallentare lo sviluppo della distrofia muscolare e che verrà sottoposto a trial clinico per questa malattia. La speranza di Pola e Nasto è di usare il peptide Nbd (o altre molecole simili) per contrastare l'invecchiamento fisiologico della colonna vertebrale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Forum del Gruppo Il Sole-24 Ore a Milano su soluzioni e architetture per gli ospedali

Costruire spazi per la salute

Il futuro è nell'«intensità di cure» e nel risparmio energetico che salva la spesa

Strutture ospedaliere vetuste che contrastano con realtà di nuova concezione, dove l'agibilità dei percorsi è scandita da un'intensità di cura integrata con le attività di ricerca e formazione e attuata attraverso tecnologie avanzate. Casi di eccellenza provenienti da Regioni come la Toscana, testimonianza di un'architettura mirata al «progettare e costruire spazi per la salute». Sono tutti esempi che parlano «di una programmazione regionale unitaria che, fortemente sostenuta da dati oggettivi, ha visto il rapporto esclusivo dell'ospedale con una singola comunità far posto a funzioni di Area vasta, dove la riorganizzazione del territorio e dei rapporti tra enti locali guarda a una più corretta pianificazione delle politiche da attuare nell'ambito di una programmazione più ampia», come ha sottolineato **Gianni Amunni**, direttore generale dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica toscano al Forum «Architetture per la sanità», organizzato da «Il Sole-24 Ore» a Milano, con il patrocinio della Società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la Sanità.

Il dato toscano illustrato da Amunni parla di una realtà ospedaliera regionale passata, negli ultimi vent'anni, «da 93 ospedali (per un totale di 23mila posti letto da contestualizzare, nel 75% dei casi, in edifici antecedenti il 1920), a 41 strutture, di cui 16 ospedali nuovi, altri 4 in rifacimento e una ristrutturazione che ha coinvolto anche il parco macchine in uso».

E se non si passa da 6,4 a 3,8 posti letto per mille abitanti «senza una profonda revisione delle strutture territoriali», è altrettanto vero che non si può parlare di innovazione nell'edilizia sanitaria «senza l'adozione di un nuovo modello organizzativo rappresentato dall'ospedale per intensità di cura che, con il progressivo superamento del reparto differenziato per disciplina - ha proseguito Amunni -, rappresenta un'ulteriore occasione per modificare, a livello gestionale, anche gli edifici esistenti».

Ecco che, allora, nel progettare gli ospedali di domani, i suggerimenti vanno dal cambiare la cultura dei professionisti, al porre la rete dei servizi come modello alternativo all'istituto, per intercettare la domanda realizzando, anche a livello simbolico, un'omogeneità

strutturale degli accessi al sistema.

Il tutto per spazi della salute che cambiano anche in termini di nuovi metodi di diagnosi e cura e dei quali il direttore generale della Fondazione Cerba, **Maurizio Mauri**, ha sottolineato la necessità dettata da un panorama sociale costituito «da persone sempre più anziane e da malati cronici intenzionati a convivere al meglio con la propria patologia». Quella in atto è una «nuova era della medicina» dove le predisposizioni genetiche diventano prevedibili, «tanto che nei prossimi 10 anni cambierà oltre l'80% delle conoscenze in termini di diagnosi, terapia e prevenzione» alle quali devono, però, corrispondere «altrettanto nuove risposte, organizzazioni, luoghi di cura e modi di lavorare».

Come «medico prestato alla progettazione delle strutture ospedaliere» quella messa in luce da Mauri è l'evoluzione verso la «salute preventiva» di cui delle nuove tecnologie applicate agli strumenti in uso beneficiano anche le metodiche di ricerca e analisi di laboratorio e la farmacologia di ultima generazione attraverso cui sono realizzabili terapie personalizzate per un'efficacia del farmaco che diventa prevedibile.

«Protagonista attivo e non più passivo, il malato è oggi al centro di strutture che dal centralismo ospedaliero evolvono in sistemi a rete «cittadino-centrici» in cui i servizi - precisa Mauri - vanno riprogettati in base ad accoglienza e ospitalità, funzionalità ed efficienza, architettura sostenibile e rispetto ambientale».

Nuovi luoghi per nuove cure che per **Stefano Capolongo**, responsabile scientifico del dipartimento Best del cluster «Progettazione delle strutture sanitarie, architettura, edilizia, urbanistica, territorio» del Politecnico di Milano, andrebbero «non solo interpretati dal punto di vista organizzativo, ma anche progettuale, e recepiti correttamente da chi, poi, questi stessi spazi li andrà a occupare per evitare la nascita di ospedali già vecchi, come l'ospedale Manzoni di Lecco realizzato nel 2000 secondo logiche progettuali già del tutto desuete».

Al suo opposto ci sono esempi virtuosi come il Consorzio Città della salute e della ricerca del quale, come

direttore di progetto presso la Fondazione Ircs Istituto neurologico Carlo Besta di Milano, **Alessandro Caviglia** ha evidenziato «la presa in carico non solo del paziente ma del suo sistema affettivo e relazionale grazie a residenze e percorsi di cura personalizzati realizzati all'interno di un modello di sviluppo urbano dedicato alla salute che coniuga il momento di malattia del cittadino senza estrometterlo dal contesto metropolitano». Che alla medicina predittiva, preventiva e personalizzata aggiunge una medicina partecipativa «dove al paziente è riconosciuto il diritto di decidere della propria cura». Spesso, però, le strutture ospedaliere ridisegnano il territorio «e in tal senso - per Caviglia - l'attenzione alla progettazione deve riguardare anche una localizzazione corretta per un'altrettanto corretta accessibilità ai luoghi deputati alla salute».

Senza dimenticare che, come l'Ao universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna insegna, esistono realtà «indissolubilmente concatenate nel tessuto urbano e in cui occorre investire per conciliare la tecnologia con una dimensione umana che impone alle Regioni e agli enti territoriali di fare sistema». A ricordarlo è **Daniela Pedrini**, responsabile Coordinamento attività tecniche integrate direzione progettazione, sviluppo e investimenti dell'azienda bolognese «che, lunga 1,8 chilometri e larga 300 metri, con 30 padiglioni, un polo cardio-toracovascolare in costruzione, 1.750 posti letto, oltre 5mila dipendenti e quasi 20mila presenze quotidiane in pieno centro storico, in termini energetici produce 17mila tonnellate equivalenti di petrolio annue consumate e 35mila tonnellate di anidride carbonica immesse in atmosfera, per un potenziale di risparmio enorme».

Intanto, presso l'Ente ospedaliero Ospedali Galliera di Genova (data di nascita 1888), quella in atto da tempo è la realizzazione di un modello di ospedale che, organizzato su tre livelli di assistenza, prevede la scomparsa dei reparti. «All'interno del primo livello - spiega il suo direttore generale, **Adriano Lagostena** - sarà posizionata l'alta intensità di cura, nel secondo le attività pulsanti dell'ospedale e nel terzo quelle di stabilizzazione e riabilitazione del paziente». In questo caso,

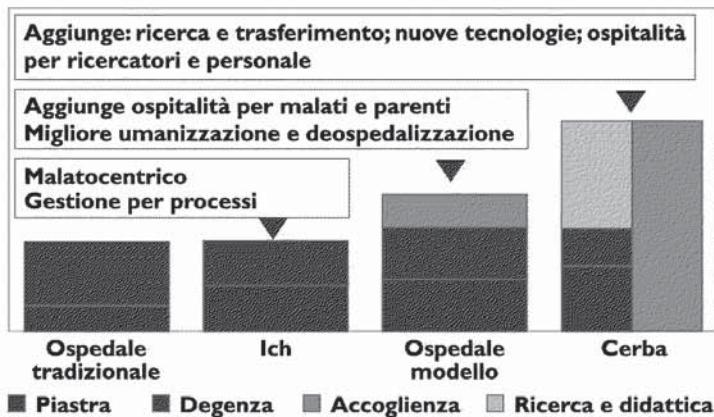
l'innovazione non è solo tecnologica «ma anche del professionista medico al quale è richiesto di ultra-specializzarsi per rispondere alle esigenze di pazienti sempre più anziani e con una comorbilità superiore al valore della patologia per la quale vengono ricoverati». Un ulteriore esempio questo di sostenibilità.

Antonella Camisasca
 Europarlamento24



Il Cerba (Centro europeo per la ricerca biomedica avanzata) di Milano

L'evoluzione nella conformazione degli ospedali



Fonte: Cerba - Centro europeo di ricerca biomedica avanzata



Ospedali verdi, via ai fondi

Guida ai prestiti da 600 milioni - Si parte il 16 marzo

Countdown per il Fondo rotativo per Kyoto, lo strumento con cui il Governo, con l'ausilio di Cassa deposi-

ti e prestiti, stanziò 600 milioni di euro sotto forma di prestiti agevolati destinati agli interventi di risparmio energeti-

co anche per le strutture ospedaliere. L'applicativo web è già attivo da qualche giorno sul sito di Cdp, ma le doman-

de potranno essere inviate dal 16 marzo.

Dal 16 marzo il via alle domande per accedere ai 600 milioni sbloccati dall'Ambiente

Eco-ospedali, arrivano i fondi

Per gli enti pubblici prestiti fino a 15 anni: copriranno il 90% dei costi

Ospedali verdi. O eco-ospedali. L'ultima "tendenza" della green economy è una realtà che sta prendendo piede nella Penisola ormai da qualche anno, trainata dai benefici in termini di risparmio energetico, da una bolletta energetica leggera e da una "scuola" di architettura sempre più innovativa e a caccia di soluzioni, anche gestionali, all'avanguardia.

A dare una spinta alle Regioni virtuose che scommettono sui poli a basso consumo e ad alta efficienza arriva adesso anche il Fondo rotativo per Kyoto, rimasto nel cassetto per anni, e ora rilanciato e attuato dal Governo Monti nella cornice del rilancio e dello sviluppo post-rigore.

Si tratta di un prestito agevolato gestito da Cassa depositi e prestiti insieme al ministero dell'Ambiente e ad alcune Regioni (che hanno scelto la gestione in proprio delle pratiche) che distribuirà nei prossimi anni 600 milioni di euro (di cui 200 milioni disponibili subito per i progetti 2012). Vediamo come funzionerà.

Innanzitutto occhio al calendario. Il primo marzo è approdata in Gazzetta Ufficiale la circolare di attuazione che di fatto vara le nuove agevolazioni (Gu n. 52/2012). Inoltre è già disponibile on line l'applicativo di Cassa depositi e prestiti per l'accredito dei soggetti beneficiari, passaggio necessario prima dell'invio della domanda per accedere ai prestiti.

Ma il clic day vero e proprio inizierà il 16 marzo, quando sarà materialmente possibile inviare la documentazione alla Cdp o alle cinque Regioni che hanno deciso di gestire in proprio le pratiche (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte). Questo primo ciclo di programmazione si concluderà sulla carta il 14 luglio ma dal momento che le operazioni sono "a sportello", in realtà, potrebbe chiudersi prima a esaurimento delle risorse.

Le misure destinarie dei prestiti (si veda tabella nella pagina a fianco) sono sette, ma solo alcune si rivolgono specificamente alla "riconversione" in chiave ecologica delle strutture ospedaliere.

Tra queste tre hanno natura concorrente e dunque subiscono una ripartizione dei fondi a livello regionale: per l'asse rinnovabili ci sono 10 milioni, per gli usi finali (involucro, infissi, vetri ecc.) 130 milioni e per la microgenerazione diffusa (riscaldamento e raffrescamento) altri 25 milioni. La ripartizione regionale delle misure è contenuta nel vademecum pubblicato sul sito di Cdp, ma la Regione "asso pigliatutto" è a sorpresa la Calabria, con 12,8 milioni di euro stanziati sul capitolo "usi finali". Segue la Sicilia con 12,4 milioni sulla stessa voce e subito dopo la Puglia con circa 11 milioni.

Altri 5 milioni di euro, poi, sono destinati alla ricerca sempre in materia di rispar-

mio energetico. Per quest'ultimo asse possono fare istanza gli istituti superiori di ricerca, sia pubblici che privati, le università e i loro consorzi. In questo caso il tetto massimo è di 1 milione di euro e la copertura è del 50 per cento dei costi.

Per i soggetti pubblici, come gli ospedali e i poli universitari, le condizioni sono molto favorevoli. Il prestito di scopo è innanzitutto parametrato su una copertura maggiore delle spese degli interventi (90% dei costi contro il 70% concesso alle imprese), nel caso degli "usi finali" con un tetto di 1,5 milioni.

Stessa soglia se l'intervento oggetto del prestito presenta le caratteristiche di un progetto integrato e cioè contempla un mix di interventi tra microgenerazione diffusa, rinnovabili, e usi finali.

La durata del prestito va da un minimo di 3 a un massimo di 15 anni, con un tasso d'interesse agevolato dello 0,5 per cento che verrà ri-iniettato nel-



1 DOMANDA

- 1 Predisporre gli allegati
- 2 Accreditarsi sull'applicativo web (www.cassaddpp.it)
- 3 Compilare la domanda on line tramite l'applicativo web
- 4 Accettare il regolamento web
- 5 Confermare e stampare la domanda
- 6 Sottoscrivere la domanda
- 7 Inviare il plico con la domanda e gli allegati



1. Progetto definitivo
2. Tabella costi ammissibili (cfr. All. e del Decreto Allegati)
3. Cronoprogramma (descrizione della pianificazione sequenziale e temporale delle attività)
4. Per le autorizzazioni necessarie alla costruzione e all'installazione dell'impianto allegare:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi del Dpr 445/2000 completa di eventuale lista delle autorizzazioni conseguite e richieste (cfr. All. f5 del Decreto Allegati);
 - b. copia delle autorizzazioni o della richiesta di autorizzazione o della Dia completa di documentazione di trasmissione o della comunicazione all'autorità competente.
5. Per le autorizzazioni necessarie all'esercizio, già conseguite o da conseguire allegare:
 - a. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi del Dpr 445/2000 completa di eventuale lista delle autorizzazioni necessarie all'esercizio (cfr. All. f5 del Decreto Allegati).
6. Ulteriore documentazione come prevista dal Capitolo 3 della Circolare Kyoto
7. Fotocopia leggibile del documento di identità del sottoscrittore indicato nella Parte A del modulo di domanda
8. Documenti giustificativi dei poteri di rappresentanza
9. Dichiarazione resa ai sensi del Dpr 445/2000 attestante nuovi investimenti, in quanto l'intervento ha sostenuto le spese ammissibili a decorrere dalla data di pubblicazione della Circolare Kyoto ex art. 2, comma 1, lettera s) del Decreto del 25 novembre 2008 (cfr. All. f5 del Decreto Allegati)

Per microgenerazione diffusa, rinnovabili e usi finali in Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte agli enti gestori territoriali

Cdp Spa Fondo Kyoto Via Goito 4 - 00185 Roma

2 ISTRUTTORIA VERIFICHE

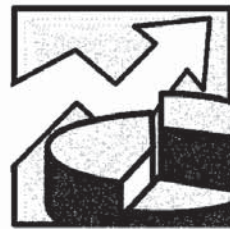
- 1 L'istruttoria preliminare è effettuata da Cdp/Enti gestori regionali che verificano la corretta compilazione della domanda, la completezza documentale della domanda, con tutti i suoi allegati correttamente compilati e la sussistenza della disponibilità delle risorse
- 2 L'istruttoria tecnica consiste nella verifica inerente alla validità tecnica del progetto presentato e nella relativa ammissibilità e congruità dei costi relativamente ai soli progetti che hanno superato la precedente istruttoria preliminare. Tale istruttoria è svolta dal ministero Ambiente, ovvero dagli enti gestori regionali. Qualora l'istruttoria tecnica si concluda con esito positivo, viene definito l'importo concedibile



Dagli internisti Fadoi l'allarme sulla diminuzione degli studi no profit: - 26% nel 2010

Ricerca indipendente al palo

Balduzzi: disponibilità a ridiscutere le regole su comitati etici e polizze



TRIAL CLINICI

In Italia circa una ricerca scientifica su tre è non-profit, in Europa una su cinque. Un contributo importante al progresso della pratica clinica, che rischia però l'impasse: tra il 2010 e il 2009 gli studi sono diminuiti del 26%, passando dai 309 del 2009 ai 229 del 2010 (80 in meno).

A lanciare l'allarme sui trend di settore, sollecitando interventi rapidi a sostegno di un settore «fuori dalle logiche di mercato» è stata la Società scientifica di Medicina interna **Fadoi** (medici internisti) nel corso di un convegno conclusosi ieri a Roma. Sotto la lente degli esperti i dati del X rapporto nazionale 2011 pubblicato a fine 2011 dall'Osservatorio sulla sperimentazione clinica dei medicinali dell'Aifa (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 48/2011).

Il Report analizza l'ultimo quinquennio di attività segnalando per il 2010 una ulteriore flessione del 12,2% degli studi realizzati in Italia, analogamente a quanto accaduto nel resto d'Europa: su un totale di 4.193 trials l'Italia ha contribuito con un totale di 660 studi clinici pari al 15,7% e con un 21,8% di pazienti arruolati (contro il 17,9% del 2006). Uno stato di sofferenza che interessa anche la ricerca no-profit. E la nuova impasse è un campanello d'allarme che non può essere trascurato: «La ricerca indipendente svolge un ruolo importantissimo sul fronte della Sanità pubblica - perché mira al miglioramento della pratica clinica dell'assistenza sanitaria» - ha spiegato il presidente Fadoi, **Carlo Nozzoli**.

Gli esperti hanno ribadito la loro ricetta anticrisi: regole omogenee per i comitati etici nella valutazione di studi e finanziamenti; copertura assicurativa proporzionata ai rischi effettivi delle sperimentazioni; più collaborazione tra istituzioni pubbliche e promotori di ricerca per favorire la disponibilità dei farmaci per gli studi indipendenti; nuove regole per alcune tipologie di studio orfane da un punto di vista normativo.

Da smantellare in primis l'eccesso di burocrazia: «Bisogna intervenire in fretta con nuove procedure: tutte le ricerche internazionali ci mettono agli ultimi posti come capacità di attrarre le sperimentazioni delle grandi aziende, se non corriamo in fretta ai ripari diventeremo marginali», ha confermato il responsabile dell'Osservatorio Aifa, **Carlo Tomino**.

Mentre **Silvio Garattini** (Mario Negri) ha sottolineato la necessità di «aumentare anche la qualità degli studi, troppo spesso non rispondenti alle esigenze dei pazienti».

Un impegno a tutto campo è stato garantito dal ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, intervenuto ai lavori: ha garantito un monitoraggio stretto sull'attività dei comitati etici e l'adeguamento delle norme di tutela della privacy per i soggetti coinvolti negli studi. E ha lanciato come ipotesi di lavoro il passaggio dallo schema risarcitorio al meccanismo dell'indennizzo per ammorbidire lo scoglio delle polizze per i pazienti coinvolti nei trials.

**Nel 2010
 80 studi in meno**

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Accordo Governo-Parlamento: un disegno di legge ad hoc regolerà la libera professione dei medici

Intramoenia, riforma a ostacoli

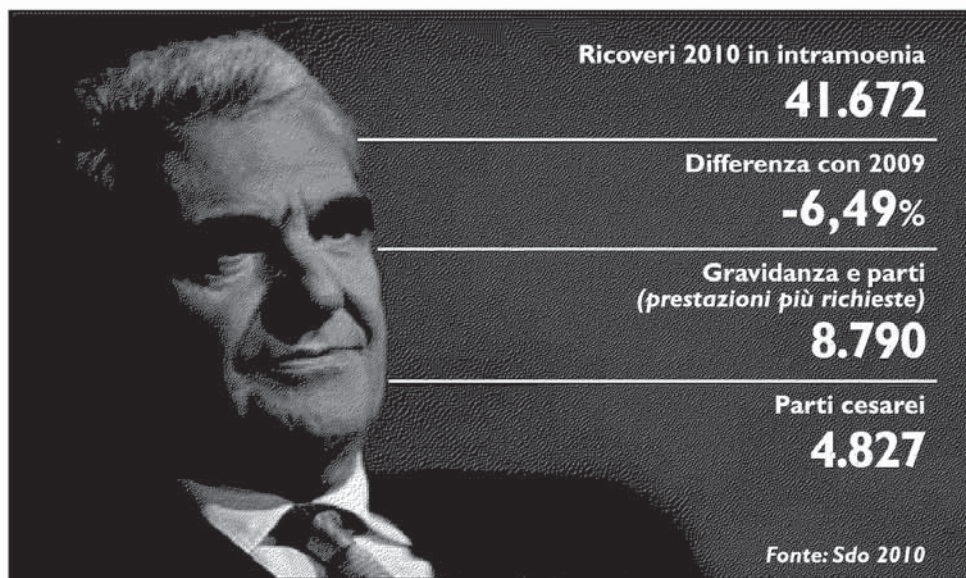
Tempi stretti: il 30 giugno scade l'intramuraria allargata - Nel 2010 ricoveri in calo

Sarà un Ddl o in extrema ratio un decreto legge a dettare nuove regole sulla libera professione dei medici Ssn. Governo e Parlamento sono d'accordo: il ministro della Salute Renato Balduzzi avvierà subito le consultazioni informali per arrivare a un testo condiviso. Ma la strada è in salita: il 30 giugno

scade il termine per l'intramuraria allargata. E già non si esclude l'ennesima miniproroga. Gli ultimi dati sui ricoveri in intramoenia intanto arrivano dalle Sdo 2010: in un anno si

sono ridotti del 6,49% e le prestazioni più gettonate restano gravidanze e parti.

A PAG. 7-9



Accordo alla Camera: un testo ad hoc detterà le nuove regole sulla libera professione

Intramoenia, Ddl in salita

Balduzzi: «Troveremo una mediazione» - Ma il 30 giugno incombe

Dopo la maxi-truffa stanata a Napoli l'intramoenia non poteva attendere: le nuove regole sulla libera professione dei medici dipendenti che giurano fedeltà al Ssn saranno contenute in un disegno di legge ad hoc. O, in extrema ratio, in un decreto legge. E se non si facesse in tempo entro il 30 giugno, quando scade il termine per esercitare l'intramuraria allargata, si potrebbe profilare all'orizzonte l'ennesima mini-proroga, stavolta fino al 31 dicembre.

È questo l'accordo raggiunto mercoledì scorso in commissione Affari sociali della Camera tra il Governo e i deputati. Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, si è impegnato ad avviare già da questa settimana le consultazioni con le commissioni parlamentari, le Regioni e i sindacati per «trovare una soluzione interme-

dia» tra «l'intramoenia in senso stretto» e la «libera professione senza regole». In cambio, sono stati ritirati gli emendamenti sull'intramoenia presentati dal relatore, Domenico Di Virgilio (Pdl), al testo sul governo clinico. Che rischiava l'impasse, vanificando tre anni di discussioni sul tema, e che invece può essere licenziato per l'Aula già in questi giorni.

Le proposte di modifica del Pdl, osteggiate da Pd e Lega, prevedevano di fatto una totale deregulation per l'intramoenia, aprendola anche per gli altri professionisti sanitari. Una provocazione per superare lo scoglio dello stop all'intramuraria allargata (esercitata al di fuori negli ospedali, per esempio negli studi privati) fissato dal decreto Milleproroghe al prossimo 30 giugno.

Un termine che il Governo non aveva

previsto. Come ha ricordato Balduzzi ai deputati, il Dl 216/2012 nella sua versione originaria aveva stabilito la data del 31 dicembre 2012 proprio perché l'Esecutivo partiva dall'idea «per cui i primi mesi dell'anno sarebbero stati dedicati alla definizione del nuovo Patto della salute e dei contenuti della manovra estiva, mentre nella seconda parte dell'anno avrebbe affrontato il tema dell'intramoenia». Ma il Parlamento, in sede di conversione, ha deciso diversamente e il Governo «ha dovuto modificare l'ordine di priorità, per evitare il rischio che si venga a creare un vuoto normativo».

Di qui la decisione di arrivare a un nuovo testo condiviso, cercando di trovare una mediazione che «dia serietà all'intramoenia tenendo conto delle migliori pratiche».

Ma la strada - ministro e deputati lo sanno bene - è tutta in salita. Soprattutto perché i tempi per l'approvazione di un disegno di legge sono strettissimi: tre mesi appena. Bisognerebbe concludere l'esame in commissione già prima di Pasqua per cercare di dare tempo al Senato di vagliare il testo prima del 30 giugno.

Per questo, se non si riuscisse a chiudere la partita in tempo, lo stesso Di Virgilio ha fatto sapere che «si è presa in considerazione la proposta dell'onorevole **Giuseppe Fioroni** di prorogare al 31 dicembre 2012 la libera professione allargata». Che, di fatto, funziona "in deroga"

dal 1999 a oggi. Quasi 13 anni in cui non sono stati trovati, almeno non dappertutto, spazi adeguati nelle strutture sanitarie pubbliche per l'intramoenia dei medici ospedalieri. Eppure non si tratta di un'attività residuale: nel 2010 l'intramuraria è costata ai cittadini quasi 1,3 miliardi, di cui 172 milioni trattenuti dalle Asl. Ed è un'attività ad alto rischio di illeciti, come dimostrano appunto i fatti di Napoli scoperti dai Nas e dalla Guardia di finanza.

L'annuncio di una nuova disciplina della materia - oggi regolamentata dalla legge 120/2007, dal contratto di lavoro e da un accordo Stato-Regioni del 2010 -

ha incassato il plauso di **Margherita Miotto**, capogruppo Pd alla Affari sociali («sono necessari trasparenza e controllo sull'attività libera professionale dei medici che rappresenta un loro diritto ma non può entrare in conflitto con l'attività istituzionale del sistema sanitario»), e di **Ignazio Marino**, presidente della Commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn: «Dopo più di dieci anni va messo un punto fermo: non è accettabile che ci siano due percorsi, uno per chi ha i soldi e uno per chi non ce li ha».

Manuela Perrone



▼ **Quorum farmacie a rischio di incostituzionalità**

I principi rigidi dettati dal decreto sulle liberalizzazioni ledono l'autonomia regionale e possono essere quindi a rischio di incostituzionalità. (Servizio a pag. 10)

Farmacie: principi rigidi a rischio incostituzionalità

La (quasi) legge sulle farmacie suscita non poche perplessità. Disdegna la riforma strutturale che il settore meriterebbe. Pare non tenere conto della revisione della Costituzione del 2001. La problematica riguarda le modifiche introdotte agli artt. 1 e 2 della legge 475/1968 riferite alla determinazione della pianta organica delle farmacie che ogni Comune deve possedere.

Al riguardo, andrebbe rivista l'intera impalcatura, in considerazione delle scelte legislative generali intervenute in tema di gestione del territorio, rimessa alle Regioni e agli enti locali. Risulta alquanto retrò l'individuare nel territorio del singolo comune il fulcro della pianificazione di un così importante livello di assistenza. Ciò assume maggiore rilevanza se si tiene conto della logica che ha recentemente introdotto nell'ordinamento l'unione dei Comuni per conseguire la ottimizzazione dei servizi pubblici da garantire alla collettività e una migliore gestione della spesa.

Il non avere privilegiato l'opzione ha impedito di risolvere i problemi connessi all'attuale "mini" riforma del servizio farmaceutico, dai cui esiti applicativi decine di farmacie diverranno in soprannumero (che potrebbero essere chiuse) e molte sedi libere rimarranno tali, perché nessuno le aprirà, in quanto non economicamente convenienti.

Il problema più importante riguarda pe-

rò la riformulazione della legge 475/68 messa in relazione all'art. 117 Cost. (comma 3), ove si stabilisce che, in materia sanitaria, lo Stato ha competenza a sancire i principi fondamentali e le Regioni a legiferare nel dettaglio. Ovverosia a stabilire la concreta organizzazione del servizio.

Rinviando altrove l'approfondimento su cosa sia l'uno e l'altro, ma anche sulla dovuta "tolleranza" del quorum nazionale determinato ante revisione del 2001, è possibile qui affermare che non è da ritenersi principio fondamentale stabilire rigidamente la densità demografica necessaria per il rilascio della "autorizzazione" per l'apertura di una farmacia. Una tale previsione, proprio perché direttamente funzionale a garantire la migliore assistenza sul territorio, andrebbe definita dalle Regioni, dal momento che le stesse sono state individuate dalla Costituzione vigente quale ente competente a fissare i criteri di funzionamento delle prestazioni riguardanti l'esercizio delle materie sottoposte alla legislazione concorrente.

Una tale considerazione avrebbe, tutt'al più, consigliato al legislatore statale di definire, quale principio fondamentale, una forbice di abitanti entro la quale le Regioni potessero legiferare tenendo conto delle caratteristiche del loro territorio ovvero fissare un quorum di massima, salva diversa determinazione a cura delle Regioni sulla base dei reali bisogni salutari. Magari anche in-

troducendo, in linea con il criterio generale fissato nell'ordinamento, la possibilità di ricorrere alla pianta organica multi-comunale, quale strumento da redigersi a discrezione delle amministrazioni locali interessate. Una soluzione che avrebbe impedito le disparità e le disfunzioni che la nuova disciplina determinerà invece a nocimento dell'assistenza farmaceutica. Saranno molti i Comuni a dovere rivedere le loro attuali piante organiche, nel senso di ridurre le sedi, e tanti altri a non sapere come fare per garantire l'assistenza ai loro cittadini, con farmacie che non apriranno mai e farmacie sempre più deboli sul piano della autosufficienza economica. Saranno diverse le Regioni che si sentiranno lese nella prerogativa legislativa che la Carta attribuisce loro e che impugneranno la legge avanti la Consulta.

Un handicap che poteva essere risolto in armonia con l'attuale dettato costituzionale. Sarebbe stato sufficiente, infatti, rimettere le scelte alle Regioni. Le stesse avrebbero così legiferato e programmato in stretta relazione ai bisogni reali del loro territorio, da soddisfare nella corretta applicazione del principio della differenziazione.

Si sarebbero così garantiti conformità alla Costituzione e un servizio farmaceutico sufficientemente adeguato.

Ettore Jorio

Professore di Diritto sanitario
 all'Università della Calabria



L'allarme di Balduzzi In Campania si vive meno: colpa dell'inquinamento

Al Sud Italia si vive meno e si vive peggio. E le cose non vanno meglio se si ha la sventura di ammalarsi. Numeri alla mano, la sopravvivenza a patologie gravi, per esempio quelle cancerogene, è minore nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Nord. E per la Campania anche un triste primato: la maglia nera per la regione con minore speranza di vita alla na-

scita per le donne. È un quadro decisamente allarmante quello emerso ieri al convegno sul cancro organizzato dall'istituto per la ricerca e la lotta contro i tumori Pascale di Napoli. Impietosi numeri: sono più di 12 mila i morti all'anno per tumore in Campania, 21 mila i nuovi casi e 110 mila i ricoveri di cui il 10% fuori regione.

> **Ausiello a pag. 44**

La Sanità, l'allarme

«In Campania e al Sud il cancro uccide di più»

Balduzzi: superare le diseguaglianze Sotto accusa l'eccessivo inquinamento

Le cure

Caldoro: passi avanti ridotti del 10% i viaggi della speranza in altre regioni

Gerardo Ausiello

In Campania e nel Mezzogiorno si muore prima che in altre aree del Paese. Non lascia spazio a dubbi l'indagine condotta dagli esperti dell'Università di Torino, che è stata illustrata all'Istituto dei tumori «Pascale», guidato da Tonino Pedicini. Ad ascoltare numeri e statistiche c'era il ministro della Salute Renato Balduzzi che ha indicato come obiettivo prioritario «il superamento delle disuguaglianze e l'arretratezza di alcune aree. Da questo punto di vista, la Campania sta fornendo risposte adeguate». La strada, però, resta in salita. Nella regione si contano infatti 21 mila nuovi casi all'anno di cancro, 12.300 vittime e una spe-

sa di 362 milioni. Il profondo divario tra Nord e Sud è dovuto a molteplici cause. In cima alla lista figurano le condizioni socio-economiche del Meridione: «Dove c'è maggiore povertà - ha spiegato Giuseppe Costa, docente del dipartimento di Scienze cliniche e biologiche dell'Ateneo torinese - si concentrano anche le malattie».

L'aumento delle patologie tumorali è inoltre strettamente collegato alle condizioni ambientali, come rimarcato dai senatori Raffaele Calabrò e Vincenzo De Luca: basti pensare che degli oltre 5,5 milioni di persone che vivono in siti inquinati quasi il 50 per cento si trova nel Mezzogiorno. Un discorso simile riguarda l'inquinamento atmosferico che raggiunge i livelli massimi nelle aree metropolitane di Napoli e Roma nonché naturalmente nella pianura padana. E ancora ad accorciare la vita di uomini e donne del Sud sono

fattori culturali come la scarsa prevenzione, la ridotta attività fisica, la percentuale di diabetici, l'obesità: su quest'ultima emergenza la Campania detiene il record negativo. L'immediata conseguenza di questa situazione è la mobilità passiva dei pazienti, che contribuisce ad aumentare le differenze tra una parte e l'altra dell'Italia: l'«esodo» massiccio si verifica in Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. In controtendenza la Campania che, ha spiegato il governatore Stefano Caldoro, «negli ultimi due anni ha ridotto del 10 per cento la quota di ammalati che ha scelto altre regioni per curarsi». In particolare si so-



no ricoverati fuori regione soprattutto i residenti nel Mezzogiorno (136 per cento in più), i più istruiti (68 per cento in più) e quelli con maggiori possibilità economiche (21 per cento in più). E allora, ha chiarito il ministro, è necessario correre ai ripari: «L'Italia ha grandi disuguaglianze che vanno colmate, anche intervenendo sugli sprechi. La discussione per il 2012 deve partire da qui, dove è più marcato questo problema che non può essere ridotto alla sola povertà di risorse». Secondo Balduzzi «la soluzione non deve essere più ospedale o più ospedali, ma un continuum tra sanità territoriale, politica sociale, ambiente, urbanistica e ordine pubblico».

Uno dei nemici da battere, ha osservato, è proprio la «portabilità coatta del diritto alla salute, dovuta soprattutto a problemi organizzativi»: «Quando i pazienti decidono di farsi curare lontano dal luogo di residenza penalizzano, oltre a se stessi, le tante eccellenze che lavorano nella sanità». Poi l'esponente del governo Monti ha sottolineato gli sforzi compiuti dalla Campania: «Sono sicuro che, quando tornerò in questa regione, riscontrerò un miglioramento». Una mano tesa, dunque, alla battaglia condotta da Caldoro e dagli altri governatori meridionali per il riequilibrio dei criteri del fondo sanitario nazionale. Proprio l'ex ministro socialista ha aggiunto: «I dati confermano che la nostra è una posizione seria. L'anno scorso ho conquistato 70 milioni di euro in più ma c'è ancora molto lavoro da fare per raggiungere la quota di 350 milioni che ci viene sottratta a causa di parametri sbagliati. Nonostante ciò, stiamo ottenendo risultati positivi, come ha riconosciuto Balduzzi». In questa direzione il capogruppo regionale del Pd Giuseppe Russo ha invitato il governatore ad «attivarsi per promuovere una conferenza meridionale sulla salute allo scopo di avviare un urgente e produttivo confronto con l'esecutivo nazionale». Immediata la replica del presidente della commissione Bilancio, Massimo Grimaldi: «Caldoro ha sempre incoraggiato, nelle sedi opportune, il confronto sui grandi temi, determinante per migliorare le condizioni di vita dei cittadini meridionali».

ALLARME USACancro prostata,
troppi interventiservizio a pag. **12**

Dalla prostatectomia più danni che benefici

**Cancro prostata,
troppi interventi****T**roppi interventi non giustificati per il cancro della prostata.

Questa la denuncia di un numero sempre maggiore di medici, negli Stati Uniti e ora anche in Francia.

Terza causa di morte per cancro nell'uomo, il carcinoma della prostata è però il primo per frequenza. Quasi la metà degli uomini ultracinquantenni presentano dei focolai microscopici di cellule cancerose. La grande maggioranza di queste lesioni però evolve molto poco e la maggior parte dei pazienti morirà di altre patologie.

Ciononostante nel mondo il numero di prostatectomie è ancora troppo elevato rispetto al beneficio atteso e agli effetti secondari (incontinenza e problemi di erezione) che questo intervento comporta.

La soluzione? La cosiddetta sorveglianza attiva, che consiste nel dosaggio del tasso di Psa nel sangue e in biopsie regolari.

C'è però chi non se la sente di convivere con un cancro. Per i pazienti troppo «stressati» alcuni centri propongono la curioterapia, meno aggressiva di una prostatectomia o di una radioterapia: semi di iodio vengono inseriti nella prostata per irradiare il tumore dall'interno.

----- © Riproduzione riservata ----- ■



Chi si perde nel Genoma troverà un gioco di specchi

In ogni individuo a dominare è la variabilità: non soltanto mutano le lettere del Dna ma anche il numero di copie di alcuni segmenti. "E' questa la molla dell'evoluzione"

MARIANO ROCCHI
UNIVERSITÀ DI BARI

La selezione lavora sulla variabilità introdotta dal caso. Questo concetto evolutivo, proposto da Darwin, è ancora valido, ma di cosa ci fosse sotto Darwin non aveva la minima idea. Non solo il Dna non era ancora stato scoperto, ma neppure la parola genetica era stata inventata: è comparsa nel 1905 e sarebbe passato ancora tempo prima che si capisse cosa c'è dentro al serbatoio dell'evoluzione.

Solo leggendo il Dna con le macchine sequenziatrici, abbiamo potuto renderci conto di quante piccole differenze di sequenza esistono tra gli individui e, dunque, anche fra il corredo che riceviamo dalla madre e quello che ereditiamo dal padre. Queste variazioni sono chiamate polimorfismi del singolo nucleotide (Snp), cioè variazioni di una singola lettera. Su un tratto di Dna del cromosoma materno, per esempio, la sequenza può essere Ctt, mentre sul corrispondente tratto paterno è Ctc. La facilità con cui vengono sequenziati interi genomi ci ha consentito di calcolare che ognuno di noi ha circa 3 milioni di questi Snp e che nella popolazione umana ce ne sono più di 10 milioni. La quasi totalità, per fortuna, si trova fuori dai geni. Basta però una sola variazione al posto sbagliato per provocare malattie anche gravi.

La genomica ci ha permesso di confrontare anche il Dna dei figli con quello dei genitori. Ora sappiamo che ognuno di noi passa alla generazione successiva un centinaio di nuove mutazioni, cioè di Snp. In realtà, le mutazioni che si verificano nelle cellule sono un numero più grande, spropositato. Per fortuna la maggior

parte viene subito corretta. Ne restano circa un centinaio, appunto, che di generazione in generazione si sono accumulate fino a diventare milioni. Sarebbe stato meglio correggerle tutte per azzerare il rischio di mutazioni dannose? La risposta è no, perché il bene dell'individuo non coincide con quello della specie. Senza variazione non ci sarebbe stata per noi evoluzione.

Lo stesso ragionamento vale per l'altra fonte di variabilità, che non riguarda le lettere del Dna, ma il numero di copie dei segmenti ripetuti. La duplicazione è un fenomeno noto e nell'uomo si sono originati così circa il 38% dei geni. Le varie emoglobine, per esempio, sono comparse in questo modo. Più recentemente si è scoperto che anche tratti di Dna di lunghezza variabile, da poche centinaia ad alcune migliaia di basi, possono presentarsi duplicati. Dal sequenziamento del genoma umano sappiamo che le «duplicazioni segmentali» rappresentano il 5% del totale.

Per capirne di più è stato cruciale studiare il Dna dello scimpanzé: anche questo primate, il nostro parente più stretto, presenta le sue duplicazioni, il 66% delle quali sono in comune con l'uomo. Le altre sono specifiche dello scimpanzé o della nostra specie, perché si sono prodotte dopo la separazione dei rami evolutivi, tra 5 e 7 milioni di anni fa. Le duplicazioni «uomo-specifiche» costituiscono 27 milioni di paia di basi. Attenzione, però.

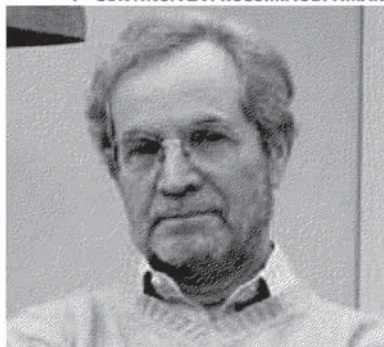
Ognuna è comparsa su un cromosoma e poi, pian piano, si è fissata nella popolazione. In altre parole, tutti gli umani ce l'hanno. Ma la fissazione non rappresenta la regola, semmai è l'eccezione. Prima di averne le prove potevamo supporre che, se alcune dupli-

cazioni si sono fissate, altre non sono arrivate a questo traguardo o si sono perse. Ma per averne la conferma abbiamo dovuto aspettare tecnologie capaci di analizzare contemporaneamente molte sequenze («microarray»). È così che nel 2004 due gruppi di studiosi hanno cercato le duplicazioni e le delezioni presenti solo in alcuni individui. Le hanno chiamate variazioni del numero di copie (Cnv) e ne hanno trovate in abbondanza. Se mettiamo in fila il Dna di due individui, possiamo arrivare a contare una differenza di 12 milioni di paia di basi.

Il genetista Susumu Ohno sosteneva, a ragione, che le duplicazioni hanno rappresentato la molla più potente dell'evoluzione. Non immaginava, però, che anche in questo caso ci fosse un prezzo da pagare: si tratta di quella serie di malattie, i disordini genomici, che derivano dalle duplicazioni nel genoma.

A cura dell'Agi - Associazione Genetica Italiana

7 - CONTINUA LA PROSSIMA SETTIMANA



Mariano Rocchi
Genetista

RUOLO: E' PROFESSORE DI GENETICA ALL'UNIVERSITÀ DI BARI

IL SITO: [HTTP://WWW.BIOLOGIA.UNIBA.IT/DIGEM/CV/ROCCHI.HTM](http://www.biologia.uniba.it/digem/cv/rocchi.htm)