

» Dossier

Dopo la sentenza della Consulta

CINQUE REGIONI SEGUONO LA TOSCANA VIA ALL'ETEROLOGA SENZA LA LEGGE

Si di governatori e assessori di Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Umbria e Veneto

Contrarie

La Lombardia e la Campania aspettano una nuova normativa nazionale. Mantovani: rischiamo il caos di Stamina

Nel dichiarare illegittimo il divieto di eterologa, la Corte Costituzionale aveva motivato la sua decisione con la necessità di eliminare la discriminazione tra le coppie infertili. La disegualianza rischia di permanere in mancanza di una disciplina organizzativa che renda uniformi anche nei tempi l'attività dei centri. Le Regioni, in assenza di linee guida nazionali, si preparano a partire da sole, con modalità e date differenti. La situazione è «macchia di leopardo» che tutti scongiuravano.

La prima ad allungare il passo è stata la Toscana, molti altri assessori e presidenti dichiarano di essere determinati a seguirla. Come Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Umbria e Veneto. Mentre Lombardia e Campania frenano: «Una legge è necessaria per garantire la massima tutela a donne e embrioni. Altrimenti rischiamo un secondo caso Stamina», afferma l'assessore alla Sanità Mario Mantovani respingendo ogni ipotesi di scavalcare il Parlamento. E Raffaele Calabrò, consulente del governatore campano Stefano Caldoro, aggiunge: «Muoversi in autonomia non è corretto».

Il vertice

Domani mattina iniziano gli incontri per costruire un indirizzo comune. I tecnici regionali si riuniscono a Roma seguiti nel pomeriggio dagli assessori coordinati da Lucio Coletto, del Veneto. Il giorno dopo sarà il turno dei governatori. Il presidente Sergio Chiamparino ha convocato una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni: «Dobbiamo evitare che un terreno così difficile si trasformi in una giungla, che favorirebbe la fortuna di un mercato parallelo. È una materia delicata, tanti criteri da definire tra i quali la selezione e l'età massima e minima dei donatori di gameti e ovociti, numero massimo di donazioni, l'anonimato, il costo del ciclo di trattamenti che la Lorenzin prevedeva sarebbe stato coperto in ospedale dal servizio sanitario, fatto salvo il ticket».

«Ci sono le premesse per raggiungere un accordo, il riferimento è il decreto scritto dal ministro», sostiene con ottimismo Carlo Lusenti, assessore alla Sanità in Emilia Romagna che da urologo si occupava di infertilità maschile a Reggio Emilia in uno dei migliori centri pubblici italiani. Se però non si troverà un punto di incontro, aggiunge, «è chiaro che noi andremo per conto nostro, in autonomia. Lo dobbiamo ai cittadini e non vogliamo aspettare all'infinito. Se la strada comune non sarà perseguibile entro metà settembre noi deliberiamo. Ma nel frattempo il Parlamento cosa fa?».

Alle Camere
Fallito ad inizio agosto il tentativo del ministro della Salute Beatrice Lorenzin di far approvare un decreto, la materia è passata alle Camere. I capigruppo hanno ricevuto il testo preparato per l'esame di Palazzo Chigi. Il lavoro di deputati e senatori è ripreso ieri: «È un tema che richiede una riflessione — dice Luigi Zanda, pd, che non scommette sulla rapidità —. Noi chiederemo una calendarizzazione immediata. Immagino che queste norme dovrebbero entrare a far parte di un provvedimento già avviato, non credo sarà materia a se stante».

Alle Camere

C'è chi prevede che alla legge non si arriverà mai, un tema che suscita troppe allergie politiche. Ecco perché gran parte delle Regioni intendono agire per conto proprio tanto più che la Corte Costituzionale nella sentenza ha affermato che «non c'è vuoto normativo» e l'eterologa può essere di immediata esecuzione, principio ribadito da due decisioni gemelle di due Tribunali.

La delibera toscana
La Toscana non se lo è fatto ripetere. Già a fine luglio, dunque prima che la Lorenzin fosse pronta col decreto, la giunta presieduta da Enrico Rossi ha approvato una delibera per dare il via all'eterologa: «Abbiamo fatto bene ad andare avanti — si dice convinto l'assessore Luigi Marroni —. Al centralino di Careggi sono piovute richieste, appuntamenti fissati fino a dicembre. Noi non ci siamo inventati nulla. Tutto era già stabilito da linee guida di società scientifiche e dal ministero». Al Careggi dal 18 agosto ad oggi sono arrivate oltre 150 prenotazioni, la metà ri-

guardano coppie che risiedono in altre Regioni e alle quali le Asl dovranno rimborsare alla sanità toscana la prestazione con tariffe maggiorate. Insomma, la fuga in avanti è anche un investimento.

I rimborsi

Luca Zaia, governatore del Veneto, è determinato a fare come i toscani: «Se un governo non decide, ci pensiamo noi. È una questione di civiltà. Noi siamo all'avanguardia. I primi ad aver riconosciuto il rimborso delle cure a donne fino a 50 anni (in Toscana il limite è 40) con un massimo di tre tentativi». In Liguria il vicepresidente Claudio Montaldo esprime lo stesso orientamento: «Ci eravamo preparati a cominciare subito, vista la buona volontà di trovare un accordo regionale aspettiamo purché i tempi non siano biblici. Il pericolo è che si crei una disparità tra i cittadini. C'è il settore privato in gran movimento. Se poi il Parlamento interverrà con una legge rispetteremo le regole superiori».

Dall'Umbria il presidente Catuscia Marini è dello stesso avviso: «Il Parlamento potrebbe impiegare un anno a decidere. Noi dobbiamo disciplinare il settore. La Toscana ha agito correttamente ma il primo obiettivo deve essere l'unitarietà». Nel Lazio è tutto in alto mare. La fase di accreditamento è ancora indietro malgrado le promesse del presidente Nicola Zingaretti. C'è un unico centro pubblico in funzione, al Sant'Anna con lunghe liste di attesa per la fecondazione omologa, senza donatori. Di eterologa non si parla.

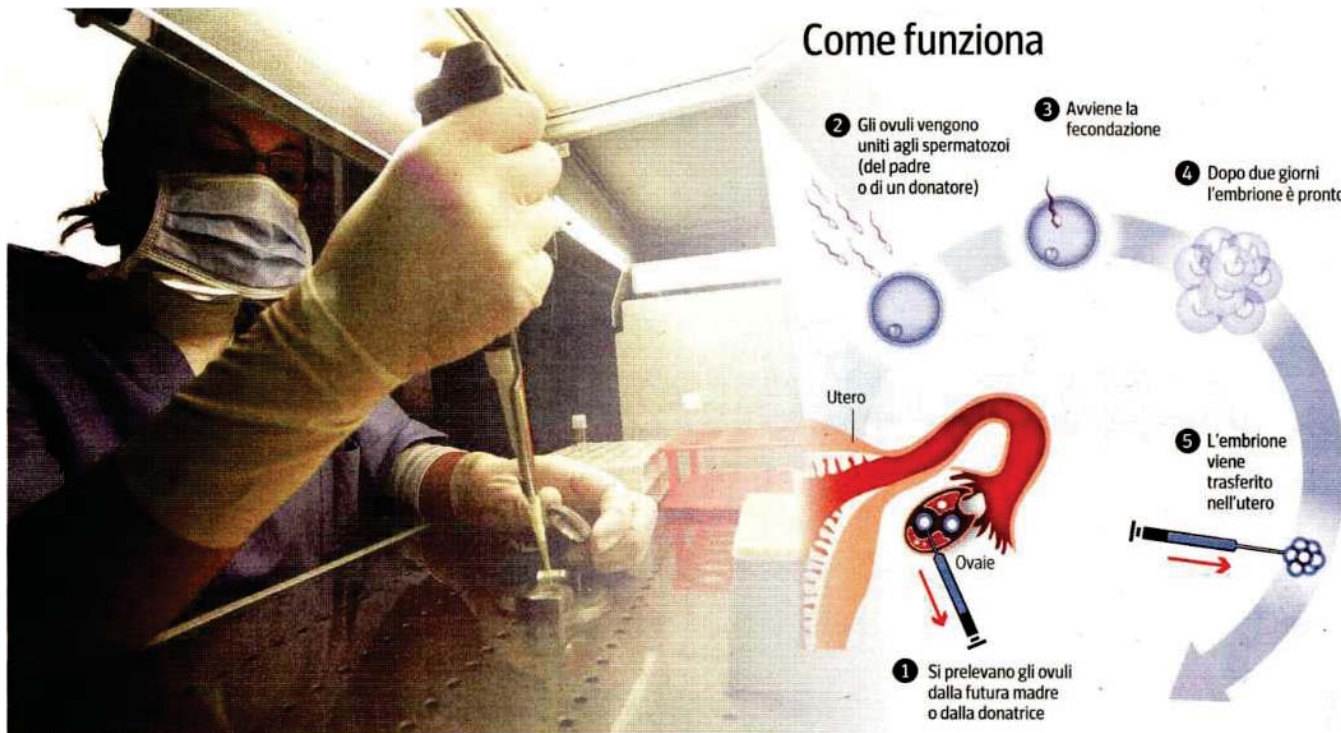
E i privati non stanno a guardare. I clienti dell'eterologa fanno gola. Alcune cliniche straniere dopo aver perso la clientela italiana, che a causa del divieto tentava di avere figli all'estero, stanno organizzando succursali di appoggio in Italia e potrebbero approfittare della confusione.

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DOPO LA SENTENZA

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1 La Corte costituzionale con la sentenza del 9 aprile 2014 cancella il divieto di fecondazione eterologa. A luglio il ministro Beatrice Lorenzin annuncia che per praticarla si dovrà aspettare un decreto che la regoli. Tra i punti del testo il divieto di scegliere i donatori in base alle loro caratteristiche fisiche</p> | <p>2 La Regione Toscana il 28 luglio approva una delibera per permettere a ospedali e cliniche di cominciare a praticare l'eterologa «in attesa delle linee guida nazionali» del governo</p> | <p>3 Il decreto Lorenzin salta sul divieto di scegliere i donatori in base al colore di pelle dei futuri genitori. E il governo rimanda la questione alle Camere. La ministra della Salute dice che bloccherà chi pratica l'eterologa</p> | <p>4 Il 10 agosto il presidente della Consulta smentisce la ministra: «L'eterologa si può fare subito». Ora la Conferenza delle Regioni punta all'adozione di linee guida comuni</p> |
|---|--|--|--|

» **La storia** Nell'ovulo della madre inserito il citoplasma di una donatrice. La tecnica fu vietata negli Usa, ma l'Inghilterra potrebbe legalizzarla

Alana, la ragazza nata con la fecondazione da tre genitori

DALLA NOSTRA INVIATA

NEW YORK — Alana ha 13 anni, le piace la matematica, suonare il piano e mandare messaggi al cellulare, ma c'è qualcosa di straordinario in lei. È una delle pochissime persone — trenta o forse cinquanta in tutto il mondo — ad avere tre genitori. La ragazza, che vive alla periferia di Detroit con la mamma e il papà, Sharon e Paul Saarinen, non vuole costruire un rapporto profondo con la terza persona che ha contribuito ai suoi geni. «Non la considero mia madre — ha detto alla Bbc — penso che sarebbe carino ringraziarla, ma niente di più. Ho solo una piccola quantità del suo Dna».

Alana è nata grazie ad una tecnica di inseminazione sperimentale — testata in America negli anni Novanta e poi proibita nel 2001 — cioè il trasferimento citoplasmatico. Dopo dieci anni di tentativi falliti di fecondazione in vitro, Sharon Saarinen restava decisa ad avere un figlio biologico; allora un medico ipotizzò che il suo problema fossero i mito-

condri — cioè le «centrali elettriche» della cellula immerse nel citoplasma — che contengono anche una piccola quantità di materiale genetico. Il citoplasma di una donatrice è stato iniettato nell'ovulo di Sharon, poi fecondato con lo sperma del marito, ed è rimasta incinta.

In America, però, le incertezze sulle conseguenze a lungo termine di questa tecnica e i dubbi sulle alterazioni del profilo genetico hanno portato la "Food and Drugs Administration", ente governativo, a sospenderla. Adesso, invece, in Gran Bretagna il Parlamento sta valutando se legalizzarla: non più come trattamento anti-fertilità ma solo per alcuni casi specifici, quelli delle malattie mitocondriali. Rare ma devastanti e incurabili — secondo uno studio inglese colpiscono una persona su 3.000-5.000 — vengono trasmesse dalla madre ai figli, ma il trasferimento di citoplasma permetterebbe a queste donne di avere figli biologici sani. Ciò che preoccupa i critici è che il trattamento possa compromettere in altri modi la salute dei bambini, che oltretutto a loro volta trasmetteranno ai figli

un inusuale codice genetico.

Per capire le conseguenze a lungo termine, in America gli scienziati hanno condotto per cinque anni studi (che considerano promettenti) sui macachi, e chiedono ora l'autorizzazione per passare agli esseri umani. Il centro St. Barnabas del New Jersey, dove il dottor Jacques Cohen negli anni Novanta fu il primo (poi imitato da altre cliniche) a usare il trasferimento dei mitocondri per dar vita a 17 bambini, ha da poco annunciato uno studio su Alana e gli altri ragazzi «con tre genitori», che sono ormai adolescenti. Dei diciassette dei St. Barnabas, due gravidanze terminarono con l'aborto (i bambini avrebbero avuto la sindrome di Turner, un'anormalità genetica in cui un cromosoma sessuale è mancante o danneggiato), mentre un altro manifestò segni di autismo qualche anno dopo (ma non è chiaro il legame con la procedura). In tutte le interviste, la madre di Alana sottolinea che la figlia ha una salute di ferro. «Non sta mai male, un raffreddore al massimo». E insiste: «Ho fatto la scelta giusta».

Viviana Mazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La tredicenne

«Non considero quell'altra donna mia madre. Certo, penso che sarebbe carino ringraziarla, ma niente di più»



Adolescente Alana Saarinen, 13 anni, ha tre patrimoni genetici: quelli di mamma e papà e della donna che ha donato i mitocondri



Professioni sanitarie: 85mila candidati in 38 università. Domande in calo del -16,6%

di Angelo Mastrillo
1 settembre 2014

approfondimenti **documenti**

- [CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE Situazione su domande presentate e posti a bando AA 2014-15](#)

Sono circa 85.000 gli studenti che mercoledì 3 settembre sosterranno a livello nazionale gli esami di ammissione per i 25.540 posti a bando nelle 38 Università statali per i 22 profili sanitari fra cui Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista, Logopedista, Dietista, Tecnici di Laboratorio, di Radiologia, di Neurofisiopatologia, della Prevenzione e altre 15 professioni.

In media si registrano 3,3 domande per 1 posto (D/P), con rapporto inferiore al 3,9 dello scorso anno, quando le domande furono di più, 101.865. La riduzione di 16.917 sullo scorso anno è quindi del -16,6%.

Analogo calo, anche se inferiore (-13,6%) è stato rilevato all'esame di ammissione dello scorso 8 aprile per Medicina e Chirurgia con 64.187 concorrenti, 10.125 in meno dei 74.312 dello scorso anno.

Ma, anche se in calo, si conferma ancora l'alta domanda per Fisioterapista con D/P che passa da 14 a 12, Logopedista da 11 a 9: Dietista e Ostetrica da 7,1 a 6,6; Tecnico Radiologia da 6,2 a 5,5; Tecnico Laboratorio da 2,4 a 2,3; Infermiere da 2,2 a 1,8 fino alle altre fra cui le ultime in classifica: Terapista Occupazionale da 1,1 a 1 e infine Assistente Sanitario da 0,9 a 0,8.

La rilevazione dei dati, che è stata seguita presso tutte le Università per la Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, verrà elaborata e presentata nei dettagli all'annuale meeting della Conferenza il 13 prossimo a Bologna.

Come anticipazione e sintesi si può evidenziare che prosegue il trend negativo delle domande, che riguarda tutte le 22 professioni, e in misura maggiore, soprattutto Infermiere con -7.239 rispetto ai 35.864 (-20%) dello scorso anno e Tecnico di Radiologia con -1.583 su 7.088 dello scorso anno (-22%).

Segno di una crisi che potrebbe essere conseguente a quella occupazionale che ora tocca anche l'ambito sanitario, con progressivo trend negativo negli ultimi 6 anni.

Occupazione in calo. Come rilevato da Alma Laurea sul tasso occupazionale ad un anno dalla laurea si evidenzia un calo generale di 24 punti percentuali, da 84% del 2007 a 62% del 2012.

In particolare per Infermiere, l'occupazione a un anno dalla laurea è scesa dal 94% del 2007 al 63% del 2012, mentre è ancora maggiore il calo per Tecnico di Radiologia che scende dal 93% del 2007 al 42% del 2012, con un differenza di 51 punti percentuali, il più alto fra i 22 profili.

Tuttavia, e in ogni caso, l'area sanitaria continua ad occupare ancora il primo posto assoluto per occupazione con il 62% a un anno di laurea, staccando nettamente tutti gli altri settori che sono in media attorno al 29%.

Per quanto riguarda il calo delle domande per le Università delle varie Regioni la situazione in ordine geografico è: Piemonte -4,7%; Lombardia -7,6%; Veneto -17,4%; Friuli -20,8%; Liguria -21,8%; Emilia Romagna -18,9%; Toscana -19,1%; Marche -4,2%; Umbria -33,1%; Lazio -13,7%; Abruzzo -15,2%; Molise -31,8%; Puglia -21,1%; Campania -11%; Calabria -21,6%; Sicilia -24,4% e Sardegna -25,1%.

In generale questi dati del calo nazionale pari al -16,2% sono coerenti con i tassi occupazionali che vedono le Regioni del Sud agli ultimi posti.

Sul perché di questi cali si possono fare due ipotesi: la prima sarebbe dovuta alla disoccupazione per il blocco delle assunzioni, sia nuove che per turnover, che negli ultimi anni sta gravando su Ospedali e Cliniche Universitarie. La seconda sarebbe la perdurante crisi economica gravante sulle famiglie e che per questo da qualche anno stentano a garantire l'Università per tutti i figli. In proposito, proprio per venire incontro alle famiglie da due anni l'Università Sapienza di Roma prevede particolari agevolazioni in caso di iscrizione per fratelli.

L'allarme degli infermieri. Intanto Annalisa Silvestro, presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi e membro della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama invita Governo e soprattutto le Regioni ad aprire gli occhi. «Tutto questo dovrebbe far aprire gli occhi al Governo - spiega Silvestro - ma soprattutto alle Regioni che per risparmiare, anche se non sono sottoposte ai piani di rientro dal deficit sanitario, stringono i freni su assunzioni e turn over, mettendo seriamente a rischio l'assistenza non solo negli ospedali, ma anche sul territorio dove la professione infermieristica sta assumendo un peso sempre maggiore, soprattutto nelle situazioni di cronicità e per garantire la continuità assistenziale. E bruciando le speranze di tanti giovani, pronti a mille sacrifici per entrare nella professione».

La richiesta dell'Ipasvi. «Come Collegi Ipasvi, e per quanto mi attiene anche come parlamentare – conclude Silvestro – chiediamo formalmente alle Regioni di trovare altri metodi di risparmio che non siano quelli di ridurre all'osso il personale. I professionisti del Ssn non ce la fanno più a svolgere il loro lavoro, i giovani non ce la fanno più a restare anni in lista di attesa prima

di poter esercitare la professione. E gli ospedali e le strutture territoriali non ce la fanno più a garantire i servizi senza una reale ed efficace copertura degli organici. Per questo al Senato, non per demagogia come alcuni hanno sostenuto, abbiamo presentato un disegno di legge per favorire il ricambio generazionale senza penalizzare con rottamazioni forzate chi ha già dato tanto al Ssn e senza che sia chiusa la porta in faccia ai giovani. Sperando che la professione non resti sempre in coda nella stagione delle riforme, visto che anche questa lo è».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Medici senza polizza rc, nessuna sanzione

Nessuna sanzione per i camici bianchi privi di polizza assicurativa. Perché il mancato assolvimento dell'obbligo non è imputabile ai singoli professionisti ma alla inadempienza del governo. È questo l'orientamento della Fnomceo, la Federazione nazionale dei medici e degli odontoiatri, in materia di responsabilità civile e professionale dei camici bianchi il cui obbligo è scattato dal 15 agosto scorso. Numerosi sono infatti i quesiti, ha spiegato Luigi Conte, consigliere con delega in materia della Fnomceo, «che stanno arrivando in Federazione per ognuno dei quali stiamo cercando l'interpretazione giuridica più corretta. In ogni caso non crediamo sia giusto far ricadere le responsabilità del mancato assolvimento ai singoli colleghi».



Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

Il punto, è che secondo la legge di riforma delle professioni (dpr 137/12), il mancato assolvimento della stipula di una polizza assicurativa costituisce un illecito disciplinare e come tale oggetto di sanzione da parte degli ordini territoriali. In questo caso, però, la colpa non può ricadere sui professionisti ma sulla mancata attuazione del regolamento da parte dei ministeri competenti. Quindi seppure l'obbligo è scattato dallo scorso 15 agosto, chi non provvede, ritiene la Federazione dei medici, non può essere sottoposto ad alcun provvedimento disciplinare.

C'è poi da chiarire l'ambito di estensione della polizza visto che il decreto sulla pubblica amministrazione (dl 90/14) ha precisato che l'estensione dell'obbligo non valga per i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, salvo che non svolgano attività intramoenia. E poi ancora da chiarire la posizione dei medici specializzandi come ha richiesto il Segretariato italiano giovani medici in un quesito inviato al ministero. Secondo la legge, infatti, questi

non hanno alcun rapporto di dipendenza con il Servizio sanitario nazionale ma dal punto di vista assicurativo sono equiparati al personale dipendente strutturato. Nel frattempo gli occhi sono tutti puntati sul dpr in questione chiamato a disciplinare quei requisiti minimi cui dovranno ispirarsi i con-

tratti assicurativi per garantire il rischio di esercizio dell'attività medica e sanitaria. Il provvedimento attuativo della legge Balduzzi (158/2012), punta ad agevolare la copertura assicurativa per le specialità a rischio, circoscrivere le responsabilità dei camici bianchi e limitare i costi dei risarcimenti. Il testo, su cui si attende il parere del dicastero per lo sviluppo economico, dovrà essere portato in prima lettura al consiglio dei ministri. In seguito passerà al Consiglio di stato, alla Conferenza stato regioni e poi di nuovo sul tavolo del Cdm.

Benedetta Pacelli

PROFESSIONI

Le Stp restano ai box
In 13 anni solo 341 società tra professionisti

Parallelo in base alle tariffe

Professione	Numero società	Importo medio annuo	Importo medio mensile
Avvocati	1.200	1.200.000	100.000
Architetti	1.000	1.000.000	83.333
Commercialisti	1.500	1.500.000	125.000
Geometri	1.000	1.000.000	83.333
Ingegneri	1.000	1.000.000	83.333
Medici	1.000	1.000.000	83.333
Odontoiatri	1.000	1.000.000	83.333
Periti	1.000	1.000.000	83.333
Psicologi	1.000	1.000.000	83.333
Scrittori	1.000	1.000.000	83.333
Traduttori	1.000	1.000.000	83.333
Urbanisti	1.000	1.000.000	83.333

Medici senza polizza rc, nessuna sanzione



MASTER PART TIME
MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE

Home **Giurisprudenza**

GIURISPRUDENZA

Farmaci, legittimo lo sconto a carico dell'industria: le sentenze del Tar del Lazio

1 settembre 2014 Cronologia articolo

Tweet 2 | Recommend 3 | G+1 | 0



Confermata dal Tar del Lazio la legittimità dello sconto dell'1,83% a carico delle aziende farmaceutiche. Il tribunale amministrativo, con due sentenze di identico contenuto (n.8891 e n. 8896, entrambe dell'11 agosto 2014) ha infatti respinto i ricorsi della Roche s.p.a. e della Novartis Farma s.p.a., contro l'Aifa, per l'annullamento degli atti attuativi, emanati dall' Aifa, dell'art.11, comma 6, del DL n.78/2010, convertito con modificazioni, in legge n.122 del 2010, che aveva attribuito un ulteriore sconto dell'1,83% a carico dell'industria farmaceutica. Il Tar ha affermato che non è irragionevole e non lede i principi di uguaglianza e di libertà di iniziativa di impresa una legge che ridistribuisce la ricchezza a favore delle farmacie, considerate l'anello più debole della filiera del farmaco. Lo comunica una nota di Federfarma.

APPROFONDIMENTI

DOCUMENTI

La sentenza del Tar del Lazio

Il Tar Lazio, con due sentenze di identico contenuto (n.8891 e n. 8896, entrambe dell'11 agosto 2014 - allegate) ha respinto i ricorsi della Roche s.p.a. e della Novartis Farma s.p.a., contro l'Aifa, per l'annullamento degli atti attuativi, emanati dall' Aifa, dell'art.11, comma 6, del DL n.78/2010, convertito con modificazioni, in legge n.122 del 2010.

Oggetto del contendere la presunta illegittimità costituzionale della norma in questione. Il decreto legge, prima della sua conversione, aveva rideterminato le quote di spettanza, riducendo la quota dei grossisti dal 6,65% al 3% e aumentando la quota dei farmacisti dal 26,7% al 30,35%. Tale aumento, tuttavia, era solo virtuale perché, contestualmente, la stessa norma aveva introdotto un ulteriore sconto del 3,65 a carico delle farmacie. La legge di conversione mantenne le quote di spettanza così come erano state rideterminate dal decreto legge ma ripartì l'ulteriore sconto tra aziende farmaceutiche (1,83%) e farmacie (1,82%).

Le aziende farmaceutiche avevano ritenuto che l'attribuzione dello sconto dell'1,83% a loro carico, operato dalla legge di conversione, fosse incostituzionale. In particolare, le imprese farmaceutiche avevano ritenuto, nel loro ricorso, che "l'addossamento del contestato sconto all'industria farmaceutica a tutto vantaggio del settore commerciale dei farmacisti risulterebbe costituzionalmente illegittimo, perché irragionevole, in rapporto a principi fondamentali come quello della capacità contributiva (art. 53 Cost.), della ricerca scientifica (art. 9 Cost.) e, ancora una volta ma sotto diverso profilo, della libertà d'impresa (art. 41 Cost.).

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente »](#)

IL CORSO CHE MIGLIORA LA TUA PROFESSIONE



Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 30-31
5 agosto 2014
[Sfoggia PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

- nr. 2929 luglio 2014
- nr. 2822-28 lug. 2014

[Consulta l'archivio »](#)
[Gestisci abbonamento »](#)

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

Inoltre, le aziende farmaceutiche avevano contestato "la violazione dei principi di uguaglianza e di ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost., con conseguente affermata illegittimità derivata degli atti impugnati.". Le aziende farmaceutiche lamentavano quindi l'irragionevolezza del sacrificio subito, in quanto insostenibile e pregiudizievole dello sviluppo della ricerca. Inoltre tale onere, essendo, a detta delle aziende, incombente solo sui produttori, e non sui farmacisti, non rispettava il principio di uguaglianza e il principio in base al quale ognuno deve contribuire secondo la propria capacità contributiva.

Il Tar Lazio ha ritenuto infondate tali censure. Secondo il Tribunale amministrativo: "Il fondamento solidaristico della capacità contributiva, per altro verso, non può che condurre ad un maggior prelievo di ricchezza da parte dei soggetti che manifestano una capacità economica maggiore, quali appunto, nel caso di specie e incontestabilmente, sono i produttori, e può comportare una redistribuzione di tale ricchezza in favore dei soggetti che, anche all'interno del medesimo settore economico, sopportano oneri e/o difficoltà soverchianti o, comunque, sproporzionati rispetto alla loro attuale capacità, quali sono appunto i farmacisti.

Il TAR afferma testualmente che "Questo spostamento di ricchezza comporta un riequilibrio dell'intero settore farmaceutico e, quindi, un beneficio, per quanto indiretto, all'intera filiera del farmaco nel suo complesso e, per questa via, all'intera collettività.

Secondo il Tar il fatto che la legge di conversione abbia riequilibrato la manovra a favore dei farmacisti risponde "ad una legittima e, comunque, non sproporzionata né arbitraria redistribuzione della ricchezza all'interno della filiera stessa, non soltanto per la eccessiva differenza quantitativa ritenuta evidentemente esistente dal legislatore tra la precedente quota assegnata ai produttori e quella riservata ai farmacisti rispetto all'effettivo contributo rispettivamente dato da questi alla rete distributiva dei farmaci di fascia A, contributo che certo non può essere liquidato con il semplicistico e inesatto rilievo dell'appellante che i farmacisti sarebbero meri "distributori" di farmaci al cospetto della funzione propulsiva dell'industria farmaceutica, ma anche per la volontà di aiutare l'anello evidentemente stimato dal legislatore più debole della catena distributiva, quello dei farmacisti, in un evidente momento di generalizzata crisi economica, rispetto alla posizione di maggior e preponderante forza, imprenditoriale e contrattuale, di cui indubbiamente gode la categoria dei produttori"

Infatti, come ricordato dal Tar Lazio, le aziende farmaceutiche hanno la possibilità di influire sul prezzo del farmaco tramite la contrattazione con [l'Aifa](#) e sulla domanda attraverso l'attività promozionale.

«Un diligente policy maker sulle misure di contenimento della spesa, come in tale fattispecie è stato il parlamento, nell'approvare la legge di conversione - conclude Federfarma - non poteva non tener conto di tali considerazioni. La Federfarma non può non vedere con favore il contenuto di tale sentenza che nell'ambito della filiera distributiva del farmaco, ha riconosciuto nelle farmacie il soggetto più debole e quindi maggiormente da tutelare. Peraltro c'è da considerare che le farmacie già contribuiscono, da numerosi anni, al contenimento della spesa farmaceutica, mediante l'imposizione di sconti al servizio sanitario nazionale, proporzionali al prezzo del farmaco».

Clicca per Condividere

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

ANNUNCI GOOGLE

Aprire una Parafarmacia ?

Ecco la Guida Completa! Con Finanziamenti a Fondo Perduto
creaimpresa.it/Aprire+Farmashop

Vuoi Studiare Psicologia?

Ora Puoi Scegliere Quando Studiare: Scopri l'Offerta Didattica Online
psicologia.unicusano.it

Diventare Imprenditore

Ecco 29 Errori Che ho Fatto io (e che tu puoi evitare!). Scarica ora
alfiobardolla.com/Scuola-Business



le cifre del nonprescription

Sfogliala PDF »

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

Invia un quesito »

Ultimi quesiti:

▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DI di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

Vedi tutti i quesiti »


seguici su    

Lunedì 1 Settembre - agg. 22:35

Il Messaggero Digital


Primo Piano
Il Messaggero.it

HOME **PRIMO PIANO** ECONOMIA SPETTACOLI e CULTURA SOCIETÀ SPORT TECNOLOGIA HDBLOG MOTORI MODA SALUTE VIAGGI WEB TV

Elezioni 2014 **Cronaca** Politica Esteri Sanità #2PopeSaints Vaticano Scuola e Università Blog Cerca nel sito... 

Il Messaggero > Primo Piano > Cronaca > Ebola, l'infettivologo Morrone:...

Ebola, l'infettivologo Morrone: «Siamo preparati, nessun pericolo dagli sbarchi»

PER APPROFONDIRE  [Ebola, infettivologo, Morrone, malattia](#)



di **Luca Lippera**



«Se ci fosse un caso di Ebola in Italia, il malato potrebbe ritenersi fortunato, perché verrebbe curato nei migliori centri clinici esistenti al mondo». Il professor Aldo Morrone, 60 anni, infettivologo di fama mondiale, primario di Malattie Tropicali all'ospedale San Gallicano di Roma, non nega certo che in Africa esista un grave problema sanitario, «ma il nostro Paese e l'Europa non corrono assolutamente alcun rischio: noi, tutti insieme, incluse le persone che ci leggono, siamo in grado di fermare la malattia e possiamo fare moltissimo».

«I sistemi di vigilanza da noi sono talmente sofisticati - dice Morrone, ex direttore generale del San Camillo - che un'epidemia verrebbe immediatamente circoscritta. Anche gli immigrati che arrivano sulle nostre coste non costituiscono un pericolo: la malattia ha un'incubazione breve, in media tra i quattro e i dieci giorni, mentre quelle persone sono in viaggio da settimane se non da mesi. Nessun mercante di carne umana li farebbe avvicinare se solo intravedesse il segno di una malattia».

Morrone, una vita professionale dedicata ai poveri e ai bisognosi - negli Anni Ottanta guidava solitario un ambulatorio dermatologico nelle retrovie del San Gallicano in cui curava gratis immigrati e barboni - domani sera partirà per l'Africa. Il ministro per la Salute, **Beatrice Lorenzin**, lo ha nominato consulente speciale per la Medicina delle Migrazioni. Prima tappa in Eritrea, poi in Guinea, il Paese con la più alta percentuale di casi di Ebola, il 62 per cento del totale, dall'esplosione della nuova epidemia di febbre emorragica. «Ebola è la punta di un iceberg - dice Morrone - e al di sotto di questo iceberg c'è il disinteresse del Nord del mondo per le malattie infettive che continuano a mietere vite senza sosta. Vogliamo parlare di Ebola? Benissimo. Prima, però, ricordiamo qualche numero. Finora ci sono stati circa tremila casi di febbre emorragica. Ogni anno la diarrea infantile uccide due milioni di bambini tra l'Africa e il sud est asiatico, mentre la tubercolosi, trasmissibile per via aerea, ne fa morire un milione. Le cifre parlano da sole, penso».

Cominciamo da una buona notizia?

«Ce ne sono due. La prima: la mortalità di Ebola sta scendendo: all'inizio della nuova epidemia era attorno al 90 per cento. Ora siamo vicini al 50 per cento, anche se in alcuni Paesi restiamo qualche punto più su. E' come se il virus, estendendosi geograficamente, stesse perdendo in qualche modo il potenziale distruttivo. I soggetti che ne vengono colpiti intanto si stanno fortificando. La seconda buona notizia è questa: le persone che sono portatrici del virus ma non sono ancora malate non possono trasmetterlo. E' un fatto importante: in pratica solo chi mostra i sintomi è in grado di infettare

L'INFORMAZIONE NON TI LASCIA MAI
LEGGI 1 SETTIMANA **GRATIS**

ALTRI ARTICOLI



Ebola, l'Onu: «Pronti ad affrontare una fiammata dell'epidemia»



George Weah torna di nuovo in campo Ma con una canzone, contro il virus ebola



Ebola, un caso sospetto in quarantena in Canada: cittadino di ritorno dalla Nigeria



Ebola, l'esperto Usa: il virus ha ancora il sopravvento



Ebola, medico Usa infettato e guarito e verrà dimesso dall'ospedale



Ebola, negative le analisi sul caso sospetto in Svezia



Ebola, allarme dell'Oms: scarseggiano le medicine e i disinfettanti



EDIZIONI LOCALI

ROMA VITERBO RIETI LATINA FROSINONE



Roma, l'autista bus parte in ritardo, salta la fermata e insulta un passeggero
L'autista del bus Atac resta seduto, con la gamba appoggiata alla macchina...

GUARDA TUTTE LE NEWS DI ROMA

ABRUZZO MARCHE UMBRIA



Rapinano poste nel chietino, inseguimento e sparatoria: ferito carabinieri
RAPINO (Chieti) - Colpo alle poste di Rapino, comune nell'entroterra della...

GUARDA TUTTE LE NEWS DELL' ABRUZZO

SEGUICI su facebook



Il Messaggero.it piace a 321.686 persone.



Plug-in sociale di Facebook

LE NEWS PIÙ LETTE

OGGI SETTIMANA MESE

PRIMO PIANO

India, «Troppo sesso»: il marito ottiene il divorzio dalla moglie. «Costretto a soddisfare la sua lussuria»

«Troppo sesso». Un indiano ha di recente ottenuto il divorzio dalla moglie da un tribunale di...

ROMA

Maltempo, a Roma tromba d'aria sul mercato e alberi caduti

Trombe d'aria, nubifragi, alberi caduti. A Roma sembra già arrivato l'inverno.

PRIMO PIANO

​La prof fa sesso col suo studente sedicenne: «Niente di serio, solo divertimento»
NEW YORK - Guai in vista per una giovane professoressa di educazione fisica e per un direttore atletico...

PRIMO PIANO

Oregon, bimba di 9 anni muore sepolta viva in una buca in spiaggia: stava giocando con il papà
LINCOLN CITY - Una giornata in spiaggia con la famiglia si è trasformata in tragedia quando una...

PRIMO PIANO

India, malore per Massimiliano Latorre: ricoverato in ospedale. La figlia si sfoga su Facebook
Il sottufficiale, ricoverato in un ospedale di New Delhi, è cosciente. Paura per Massimiliano Latorre...

CASA

FISCO NORME CONDOMINIO GUIDE



Semplificazione amministrativa per pensioni ex Inpdap e ex Enpals
Procedure unificate, sistemi di pagamento allineati a quelli Inps

Detrazioni fiscali: bonus arredi,

altre persone. E nei nostri Paesi quei sintomi, grazie alla rete di sorveglianza che è stata allestita, verrebbero immediatamente notati».

Immaginiamo che qualcuno sia tornato da un'area a rischio e abbia nausea, vomito, febbre e diarrea. Che fare?

«La cosa più semplice. Dirlo al medico di base».

Come si trasmette Ebola?

«Con il contatto diretto con il sangue, l'urina, le feci o lo sperma di persone infette. Il virus è facilmente aggredibile: il sapone, la varechina, perfino i raggi solari sono sufficienti a eliminarlo».

Battaglia facile, apparentemente. Ma la malattia progredisce.

«Avanza in aree del mondo in cui le condizioni igieniche sono tremendamente basse. Margaret Chan, la direttrice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo ripete da mesi senza sosta: questa malattia si diffonde, soprattutto, per l'estrema povertà delle aree in cui colpisce. Ci vorrebbe veramente poco per fermarla. Pochissimo».

Cioé?

«Basterebbe l'utilizzo massiccio di quelli che noi medici definiamo "dispositivi individuali di protezione": i guanti e i grembiuli usa e getta, le mascherine sulla bocca, i sovrascarpe, gli occhiali a protezione degli occhi sono un'arma potentissima. Il virus avrebbe scarsissime possibilità di passare da un organismo all'altro.

L'epidemia valterebbe immediatamente. Ma siamo in aree del mondo dove manca tutto e dove un medico può trovarsi a dover curare a mani nude migliaia di malati di ogni tipo».

Alcuni temono che gli immigrati che arrivano sulle nostre coste possano essere un veicolo di infezione.

«Non lo sono. Proprio per il discorso fatto sui tempi di incubazione. Per di più, d'accordo con il Ministero della Salute, sono stati organizzati corsi specifici a tutti gli operatori, inclusi quelli della Sanità della Marina Militare, che entrano in contatto con gli immigrati nel corso degli sbarchi. Tutti sanno cosa va fatto, quali sono i segni a cui prestare attenzione e come comportarsi. Qualcuno, vedendo gli operatori in tv con tutte quelle mascherine e quei guanti, penserà a una cosa esagerata. Ma è così che si erige la barriera che il virus non può valicare».

Facciamo lo stesso un'ipotesi: un caso di Ebola in Italia, sfuggito in qualche modo alla rete dei controlli.

«Lo ripeto: il paziente potrebbe considerarsi in qualche modo un "fortunato". L'ospedale Spallanzani di Roma e il Sacco a Milano sono centri di eccellenza mondiale per le malattie infettive. Un malato qui avrebbe un'assistenza che nei Paesi dove c'è il focolaio dell'epidemia non potrebbe mai ricevere. Facciamoci una domanda: quel medico americano guarito da Ebola è sopravvissuto perché è stato sottoposto a una cura sperimentale o perché era ricoverato ad Atlanta, Stati Uniti, Emory Hospital, in un centro di rianimazione con apparecchiature che ne hanno tenuto sotto controllo tutte le funzioni vitali secondo per secondo? Il fatto di essere in un ambiente totalmente sterile, per un paziente colpito da una patologia estremamente seria, può fare la differenza tra la vita e la morte».

Perché va in Africa, dottor Morrone?

«La prima tappa è in Etiopia. Si tratta di attivare con il San Gallicano un centro per la diagnosi precoce delle malattie infettive e di quelle neoplastiche. Ebola provoca spesso piccole emorragie cutanee che noi definiamo petecchie. Individuarle subito significa - di nuovo - isolare immediatamente il malato, curarlo, assisterlo e quindi evitare il contagio ad altri».

E dopo l'Etiopia?

«Ho chiesto l'autorizzazione a entrare in Guinea per fare la stessa cosa. L'ospedale San Gallicano, non dobbiamo dimenticarlo, è un istituto di ricerca scientifica. Non può non spingersi dove la Scienza può aiutare e può, allo stesso tempo, apprendere».

Non ha paura?

«C'è sempre un po' di timore, ovviamente. Ma lo sguardo dei bambini e gli occhi delle donne che chiedono soccorso aiutano a superarlo. Quando si fa una carezza a una persona che ha bisogno di sostegno, la paura si dissolve, perché è come auscultarne il cuore. Trovarsi in certi posti e in certe situazioni è un privilegio».

Contro Ebola, ha detto, possiamo tutti dare una mano. Come?

«Bisogna evitare le notizie che diffondono panico senza motivo. La stampa può sostenere tutte quelle campagne che promuovono la salute e la dignità della persona nei Paesi poveri del mondo. Le malattie tropicali dimenticate, dalla malaria alla leishmaniosi, dal colera alla schistosomiasi, colpiscono ogni anno due miliardi di persone. Molto è dovuto al disinteresse delle istituzioni, anche europee, che non promuovono la ricerca scientifica e non investono abbastanza. Il Nord del mondo scopre certe malattie, Ebola è una di

Ebola, il grido d'allarme dell'Oms: «Si espande, pericolo sottovalutato» E un fotografo rischia il contagio per documentare la tragedia in Liberia



Ebola, la Liberia dichiara lo stato di emergenza



Ebola, ministero della Salute: sono allertate tutte le strutture sul territorio



occhio agli errori

La nuova agevolazione non spetta per tutti i lavori di recupero



Dichiarazione dei redditi: Unico 2014, ecco le spese detraibili e deducibili

Elenco aggiornato delle voci che permettono di ridurre il "conto"

[GUARDA TUTTE LE NEWS](#)

[CONSULTA GLI ANNUNCI IMMOBILIARI](#)

IL METEO

	Nord	Centro	Sud	Isole	
	Roma	Firenze	Ancona	Perugia	Pescara
Lun 1					
Mar 2					
Mer 3					

by ILMeteo.it

Tutte le previsioni

IL MESSAGGERO PER I LETTORI

GIORNALE CARTACEO

Abbonamenti, Arretrati, Prezzi per l'estero, Consegna a domicilio.

PIEMME



CONCESSIONARIA DI PUBBLICITA'

www.piemmeonline.it

Per la pubblicità su questo sito, contattaci

queste, non certo la più diffusa, solo quando teme che possano arrivare nel suo territorio. L'ex cancelliere tedesco Willy Brandt, premio Nobel per la Pace nel 1971, denunciò questo incredibile disinteresse più di quarant'anni fa. Le cose, più o meno, stanno come allora».

Ebola può essere un'occasione per cambiare ?

«Chissà. Lancio una proposta. Tutti possono adottare un ospedale come quello costruito dal San Gallicano a Sheraro al confine tra l'Etiopia e l'Eritrea. Lo volle un veterinario italiano, Mario Maiani, che spese ogni energia della vita per vederlo realizzato. Morì prima della fine dei lavori. Ma oggi quell'ospedale salva vite e assiste persone che altrimenti sarebbero abbandonate a se stesse. Chi vuole notizie può trovarle sul sito della associazione lismas. Potremmo ripetere quell'esperienza in Africa Occidentale. Ebola può aiutarci a capire che dobbiamo e possiamo aiutare».

Lunedì 01 Settembre 2014 - 18:44

Ultimo aggiornamento: 22:09

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VUOI CONSIGLIARE QUESTO ARTICOLO AI TUOI AMICI?


+ TUTTI I VIDEO



Ebola, l'infettivologo Aldo Morrone: "Nessun pericolo dagli sbarchi"



Ice Bucket Challenge, non solo SLA: l'appello di un bimbo malato di...



Ebola, superati i mille morti. Oms: ok a terapie sperimentali



Allarme Oms: Il Virus Ebola è una emergenza sanitaria internazionale

DIVENTA FAN DEL MESSAGGERO



Segui @ilmessaggeroit

TROVAFILM	RISTORANTI	VIABILITA'	BORSA	METEO	OROSCOPO
					
I film, le trame e i cinema di tutta Italia: comincia lo spettacolo	I migliori locali dove gustare le ricette per gli amanti della buona cucina	Scegli che strada prendere: il traffico di Roma in tempo reale	Resta aggiornato con tutti dati delle Borse in tempo reale	Pioggia, vento o sole? Scopri come sarà tempo nella tua città	Branko legge e racconta le parole delle stelle, segno per segno

QUICKMAP

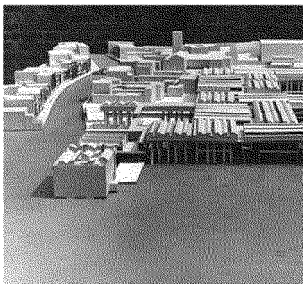
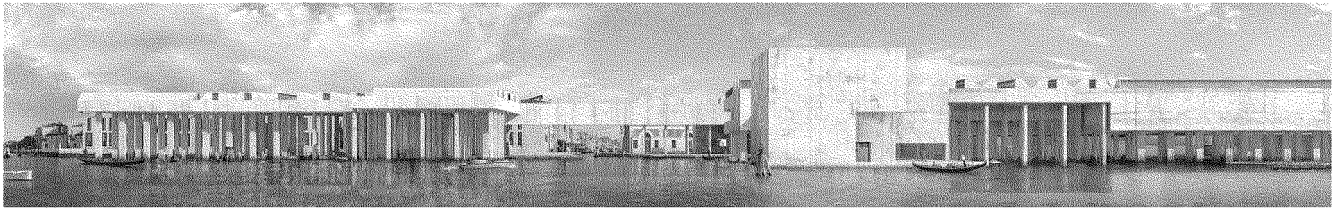
CERCA

CALTAGIRONE EDITORE | IL MATTINO | CORRIERE ADRIATICO | IL GAZZETTINO | QUOTIDIANO DI PUGLIA | LEGGO | PUBBLICITA'

CONTATTI | PRIVACY

© 2014 IL MESSAGGERO - C.F. e P. IVA 05629251009

Architettura. Una mostra alla Biennale di Venezia affronta il tema della progettazione più umana ed esteticamente piacevole delle strutture sanitarie: da Le Corbusier ai disegni dello studio Gmür



OSPEDALI La civiltà pretende bellezza

LEONARDO SERVADIO

La speranza è che le istituzioni, le amministrazioni locali e nazionali «comprendano l'importanza di una buona progettazione per gli ospedali, luoghi che hanno rilevanza centrale per le città». Roberto Masiero, cattedratico di Storia dell'architettura nella prestigiosa Iuav di Venezia, è categorico. «I nosocomi sinora sono stati concepiti tenendo conto solo degli aspetti tecnici, mentre sono parte centrale e qualificante della società nel suo insieme. È tempo di comprenderlo e di agire di conseguenza. Gli investimenti per la Sanità costituiscono una porzione cospicua del Prodotto interno lordo e l'invecchiamento della popolazione non farà che incrementarli. Spetta all'architettura far sì che essi acquisiscano la rilevanza che hanno ora i musei, o che nel medio evo avevano le cattedrali, quali espressione dell'identità di un luogo... Che non siano, come è stato sinora, luoghi dimenticati, separati, quasi nascosti».

Queste sono alcune delle riflessioni che nascono dall'esposizione "Un hôpital est une maison d'homme" (Palazzo Ducale, Venezia dal 3 settembre al 23 novembre 2014) apertasi ieri con una conferenza alla quale, oltre a Masiero, hanno preso parte Renata Codello, soprintendente per per i Beni architettonici e paesaggistici di Venezia, Carlo Magnani, direttore Dipartimento di Culture del progetto della Iuav, e Silvia Gmür, dello studio Gmür Architekten di Basilea.

«Un ospedale è una casa per l'uomo, come l'abitazione è la casa per l'uomo», disse Le Corbusier nel 1964 a proposito del suo progetto per l'ospedale di Venezia, e questo tema impregna l'evento espositivo.

«Non a caso sono in mostra – ricorda Masiero – anche due progetti di edifici abitativi: è tempo che gli ospedali siano tanto accoglienti quanto le case. Silvia Gmür è tra i pochi architetti che a livello mondiale si sono interessati con competenza della progettazione di tali ambienti, che hanno bisogno di estetica, con ciò intendendo non la "bellezza per la bellezza", ma la qualità architettonica che supera e sussume la funzionalità tecnica. Sull'argomento c'è un colpevole e incomprensibile silenzio, a partire dai testi di storia dell'architettura contemporanea, dove sono pochissimi gli esempi di strutture ospedaliere. Eppure non è anche nell'attenzione verso i più deboli, e i malati sono tali, che si misura il tasso di civiltà di una nazione?».

Proprio su questo tasto batte l'architetto Silvia Gmür, autrice di una quarantina di progetti di ospedali, costruiti soprattutto in Svizzera: «Lo stesso Le Corbusier, coi suoi disegni per Venezia, dei quali sono

un'attenta studiosa, ha messo a fuoco, oltre alla rilevanza dell'inserimento di queste strutture nel contesto urbano, anche quella del senso umanitario che deve informarne la costruzione: a vantaggio della salute non solo fisica, ma anche psichica dei degenti. Occorre rispettare l'intimità delle persone, ma allo stesso tempo of-



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

frire ambienti diafani, in cui ci si orienta facilmente, pieni di luce naturale così che il transito delle ore e delle stagioni non ne sia escluso».

L'evento espositivo mette a confronto il progetto del maestro del razionalismo con diverse opere della Gmür, attraverso

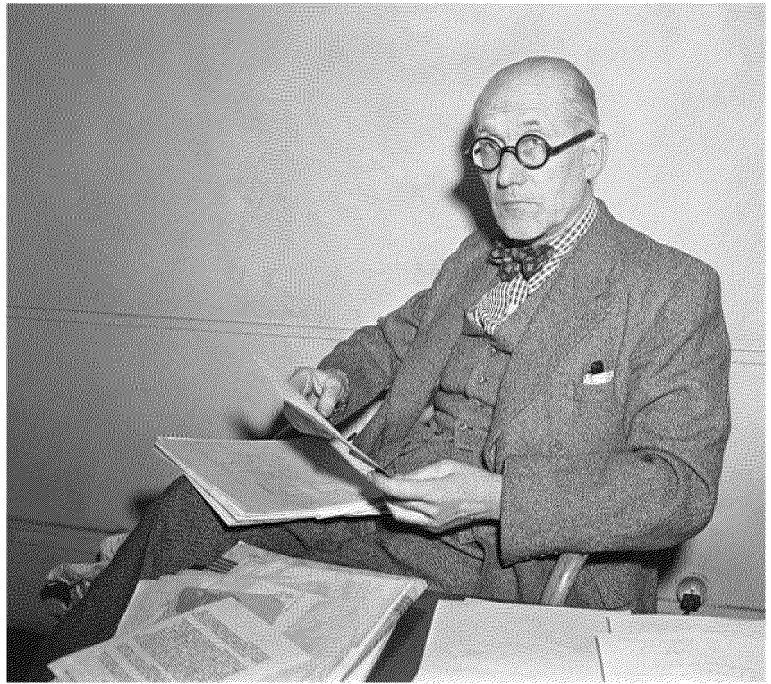
modelli di notevoli dimensioni tra i quali spiccano non solo quelli di alcune case, ma anche i particolari di una singola stanza per la degenza... «Lo scopo è di assimilare l'ambiente ospedaliero a quello domestico, tenendo conto che, come ogni persona, anche ogni edificio ha una vocazione specifica: diverso è un ospedale pediatrico da uno geriatrico... In passato tutto era ripetitivo: lunghi corridoi, stanzoni, ambienti impersonali concepiti per muovere con facilità le lettighe, non perché degenti e personale medico vi stessero a proprio agio. I progetti in mostra evidenziano una ricerca tipologica diversa, fondata su schemi concentrici organizzati attorno a un giardino per esempio, con corridoi luminosi dove è gradevole passeggiare».

Le Corbusier dava molta importanza al colore... «Certo, e alla verità materica: il legno come il calcestruzzo devono apparire proprio come sono nella loro natura. Seguo i suoi stessi principi pur tenendo conto delle diverse necessità attuali dovute all'evoluzione della tecnica, della cultura, della sensibilità. Ovviamente ambienti grigi o beige non sarebbero molto allegri e, soprattutto ove si usano materiali sintetici, i colori vivi sono molto importanti. Sulle pavimentazioni, per esempio, preferisco usare il giallo, che ricorda il sole e riflette bene la luce. Anche gli arredi possono contribuire a rendere vivaci gli spazi. E poi è molto importante che vi sia flessibilità, che si possano introdurre cambiamenti. L'evoluzione tecnica e sociale può indurre modifiche nel giro di pochi anni...».

Gli istituti di Patologia e Medicina Legale di St. Gallen, l'osped-

edale pediatrico di Losanna o l'ospedale universitario di Ginevra della Gmür, così come il progetto di Le Corbusier, mostrano tutti il rapporto immediato con la luce naturale nei diversi ambienti, la pianta a raggiera che si presta a cambiamenti, il senso di leggerezza delle strutture che sembrano elevarsi dal suolo, ambienti in cui l'intimità non si traduce mai in senso di esclusione.

Perché l'ospedale fa parte della vita delle città: è concepito per nutrire la speranza, non per nascondervi il dolore.



L'IDEA

LA MODERNITÀ NEL CUORE DI VENEZIA

Una spirale quadrata. Le Corbusier cominciò nel 1928 a esercitarsi sul progetto di un edificio pubblico di rilevanza in un contesto urbano e pensava a una struttura capace di crescere nel tempo, dilatandosi attorno a un centro ben definito. La pianta a spirale quadrata serviva allo scopo, perché con l'espandersi della città gli edifici che ne rappresentano l'anima possono ingrandirsi, rinnovarsi, migliorarsi. Le Corbusier adottò la stessa idea quando nel 1962 le autorità veneziane lo chiamarono per chiedergli che progettasse un ospedale. L'elaborazione che ne sortì nei quattro anni successivi resterà come esempio di una struttura ospedaliera moderna, ben inserita nella città, e di metodo progettuale. L'architetto svizzero si era più volte recato nella città lagunare, ne aveva ammirato gli isolotti, i ponti, le piazze e le calli. Il suo ospedale sarebbe divenuto un edificio di riferimento. Studiò i percorsi che l'avrebbero ricordato alla città. Le stanze sarebbero state intime: un letto, due, al massimo quattro. Più simili a quelle di un albergo o a celle monastiche: non avrebbero avuto finestre verso l'esterno, ma aperture verso la copertura. Anche i corridoi avrebbero avuto tanti lucernari: il cielo sarebbe stato a colloquio continuo con l'interno. I degenti avrebbero abitato il secondo livello. Al primo, su palafitte, la ricezione, il pronto soccorso, le sale operatorie, gli ormeggi... L'amministrazione che lo auspicava cadde, e il progetto restò sulla carta. (L.S.)

■ SELPRESS ■
www.selpress.comDirettore Responsabile
Ferruccio de BortoliDiffusione Testata
411.400**Gran Bretagna** La coppia rifiuta l'estradizione dalla Spagna

Cameron commosso dai genitori fuggiti con il figlio malato

Il premier: li capisco, volevano il suo bene

La vicenda

Via dall'ospedale con il bimbo malato

- ✓ Ashya King, 5 anni, malato terminale, il 28 agosto è stato portato via dai genitori dall'ospedale inglese dove era ricoverato

L'arresto in Spagna dei genitori

- ✓ Il bimbo è stato ritrovato il 31 agosto ricoverato in una clinica di Malaga, in Spagna. I genitori sono stati arrestati

La solidarietà del premier

- ✓ Ieri la coppia, che ha rifiutato l'estradizione nel Regno Unito (e rimarrà in custodia altre 72 ore) ha ricevuto la solidarietà del premier britannico David Cameron

La storia del piccolo Ashya, il bambino inglese sottratto dai genitori alle cure dei medici e portato in Spagna, ha commosso anche David Cameron. Il premier britannico ha espresso il proprio sostegno ai genitori, accusati di sequestro di persona: li capisco, le loro intenzioni erano soltanto quelle di trovare le cure migliori per il loro bambino di cinque anni, appena

Insieme

Brett King con il figlio Ashya King. L'uomo e la moglie lo hanno portato via contro la volontà dei medici dalla clinica inglese in cui era ricoverato, perché volevano sottoporlo a una terapia diversa (Photomasi)



Il bimbo del Primo ministro

Il premier britannico nel 2009 ha perso il figlio Ivan, quasi coetaneo di Ashya, deceduto a causa di una paralisi cerebrale

operato per un tumore al cervello piuttosto aggressivo. Cameron ha perso, nel 2009, un figlio di sei anni, malato di epilessia e colpito da paralisi cerebrale. Brett e Naghemeh King, il papà e la mamma di Ashya, stanno cercando di salvare la vita al loro.

La storia è cominciata il 28 agosto scorso con l'uscita dall'ospedale di Southampton di Ashya, che i genitori hanno poi portato, in auto, in Spagna. Ma da subito hanno avuto alle calcagna la polizia e l'Interpol che li ha intercettati, grazie anche all'aiuto dei social network, a Malaga.

I genitori sono stati arrestati con l'accusa di sequestro di persona. Ieri sono

comparsi davanti all'Alta Corte di Madrid e hanno rifiutato l'estradizione: vogliono restare vicino al bambino, ora ricoverato in ospedale.

Le loro intenzioni erano quelle di andare lì per vendere una casa e trovare i soldi per offrire al loro piccolo una cura che il sistema sanitario inglese aveva negato: la radioterapia protonica, una tecnica che permette di colpire il tumore con la massima precisione, salvando i tessuti sani. Ed erano disposti anche a volare a Praga o a Houston negli Stati Uniti (la radioterapia protonica però è disponibile anche in alcuni Paesi europei, Italia compresa, a Milano, ndr).



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Adesso il giudice spagnolo Ismael Moreno ha ordinato il prolungamento della custodia dei genitori per altre 72 ore per studiare i documenti presentati dall'avvocato difensore e decidere sul da farsi. Comunque Ashya ha sempre avuto un'assistenza adeguata: il padre sapeva come far funzionare la macchina per alimentare il bambino, nonostante lo scetticismo dei medici inglesi, e ora i sanitari che lo hanno in cura testimoniano che sta bene (relativamente, perché qualcuno parla di pochi mesi di vita).

Queste sono le notizie che arrivano dall'avvocato della famiglia Juan Isidro Fernandez e da YouTube. Il padre di Ashya, infatti, ha postato un video dove spiega le ragioni del «rapimento» e la ricerca delle cure migliori. E il fratello Naveed assicura che la famiglia sta facendo tutto il possibile.

Ma forse la terapia con protoni non è, a questo punto, una soluzione praticabile. Forse doveva essere fatta prima. E in questo il sistema sanitario inglese potrebbe avere qualche colpa.

E rimane il fatto che i genitori di Ashya siano stati trattati come «delinquenti». La nonna del piccolo, Patricia King, in una dichiarazione alla Bbc ha definito una «vergogna assoluta» il fatto che il figlio e sua nuora siano stati accusati di sequestro di persona e che le autorità «siano state crudeli perché hanno preso il bambino, che sta morendo per un tumore al cervello, e non permettono ai genitori di vederlo».

Adriana Bazzi

quotidianosanita.it

Lunedì 01 SETTEMBRE 2014

E-cigarettes. Ricciardi (ISS): “Non sono innocue, necessario il rigore dell’OMS”

Così in una nota Walter Ricciardi commenta la posizione dell'Oncologo Umberto Veronesi, che difende l'uso delle sigarette elettroniche, in quanto "meno rischiose delle sigarette tradizionali". Il commissario straordinario dell'Iss rimarca la scarsità di prove scientifiche del fatto che le e-cig aiutino a smettere di fumare e la presenza di sostanze tossiche. In un recente [Report](#) l'OMS mette in luce i potenziali rischi di questi dispositivi

“Le evidenze scientifiche che le e-cig facciano smettere di fumare sono ancora limitatissime”, ha affermato in una nota stampa di ieri **Walter Ricciardi**, Commissario straordinario dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); inoltre “vi è già una buona evidenza scientifica (proveniente anche dagli studi del nostro Istituto Superiore di Sanità) che le e-cig rilascino nell'ambiente emissioni di diverse sostanze tossiche”, prosegue Ricciardi, tra cui “particelle ultrasottili, glicol propilene, nitrosamine tabacco-specifiche, nicotina, composti organici volatili (VOC), carcinogeni e tossine, incluso benzene, piombo, nickel ed altri”.

In tal senso, secondo Ricciardi, “l'indicazione dell'OMS ad evitare l'uso delle e-cig negli spazi chiusi e nei luoghi pubblici è finalizzata proprio a prevenire un'esposizione significativa a queste sostanze”. Dunque, l'ISS “supporta l'approccio rigoroso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di sigarette elettroniche”, evidenziando i potenziali rischi legati all'uso delle e-cigarettes e la necessità di una rigorosa regolamentazione basata sull'evidenza scientifica. Inoltre, in base ai dati dell'Istituto, “il 25% degli utilizzatori di sigarette elettroniche non ha modificato le sue abitudini (quindi ha incrementato il consumo di nicotina) e il 12% ha iniziato a fumare (prima non era fumatore)”.

In particolare, nella nota, il Professor Ricciardi fa riferimento, fornendo una replica, alla posizione di **Umberto Veronesi**: quest'ultimo, in un suo [articolo](#) di sabato 30 agosto su *La Repubblica.it*, difende l'utilizzo delle e-cigarettes, illustrando che sono meno rischiose delle sigarette tradizionali. Umberto Veronesi, insieme a Riccardo Polosa, Umberto Tirelli ed altri 50 scienziati, è firmatario di una [nota](#) rivolta all'OMS per ricordare che parificare le e-cig alle sigarette convenzionali rischia di inviare un messaggio erroneo ai fumatori.

Su *La Repubblica.it*, Veronesi afferma che “se per ipotesi tutti i fumatori di sigarette tradizionali passassero alla sigaretta senza tabacco si otterrebbe a breve una riduzione drastica del cancro polmonare, che nel tempo diventerebbe una malattia rara”; inoltre rifacendosi ad un editoriale su *Nature* di Daniel Sarewitz (Direttore del Consortium for Science, Policy and Outcomes dell'Arizona State University), l'Oncologo sottolinea che “c'è una sproporzione enorme tra un'ipotesi di rischio collaterale e la certezza di provocare un cancro del polmone”.

Altra dichiarazione di Veronesi riguarda il fatto che “la sigaretta elettronica è invisa alle multinazionali del tabacco e ai produttori”, punto su cui non concorda Walter Ricciardi, secondo il quale “emerge invece con sempre maggiore evidenza che queste (le multinazionali) stiano aggiungendo le e-cig ai prodotti da esse commercializzati o, addirittura, che stiano cercando di acquisire imprese produttrici di e-cig”.

Il [Report](#) dell'OMS

L'Oms ha redatto un report, 'Electronic nicotine delivery systems' (ENDS), che verrà discusso durante

la Conferenza delle Parti (COP) al Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), appuntamento che si terrà dal 13 al 18 ottobre a Mosca.

Tra le conclusioni del report, emerge che le attuali prove scientifiche sono insufficienti a concludere se le e-cigarettes aiutino gli utenti a smettere di fumare o meno, sottolineando che per farlo i fumatori dovrebbero essere incoraggiati in primo luogo ad utilizzare i trattamenti già approvati.

Inoltre, il report afferma che le prove esistenti dimostrano che l'aerosol di e-cig non è solo "vapore acqueo", come viene spesso affermato nella commercializzazione di questi prodotti. Se da un lato le e-cig sembrano meno tossiche delle sigarette tradizionali, il loro uso individua una minaccia per gli adolescenti e per il feto di madri incinte.

Utilizzo che aumenta anche l'esposizione dei non fumatori e dei 'fumatori passivi' ad un certo numero di sostanze tossiche, secondo il rapporto.

Il report dell'Oms sottolinea come le e-cigarettes e altri dispositivi analoghi vengano spesso commercializzati dai produttori come un aiuto per smettere di fumare oppure un'alternativa più salutare del tabacco, e richiedano dunque una regolamentazione a livello globale nell'interesse della salute pubblica.

In tal senso, il report afferma che è necessario impedire la promozione delle e-cigarettes tra i non fumatori e i più giovani, ridurre al minimo i potenziali rischi per la salute sia per chi utilizza che per chi non utilizza le e-cigarettes, proibire le indicazioni collegate alla salute non dimostrate e proteggere gli sforzi di controllo del tabacco esistenti da interessi commerciali e da altri interessi dell'industria del tabacco.

Viola Rita

IL CASO DI ENRICO, 23 ANNI

Il paradosso del malato di narcolessia: niente terapia perché è abruzzese

Enza Cusmai

■ Ha solo 15 anni quando Enrico, che vive all'Aquila, sviene ad una festa dopo aver ascoltato una barzelletta. Dopo quell'episodio si addormenta improvvisamente a scuola, sull'autobus, sul divano e rimane sveglio come un grillo tutta la notte. Passa da uno specialista all'altro, si sottopone a mille esami e alla fine danno tutti la colpa al terremoto che gli ha sballato i bioritmi! Dopo sette lunghi anni di accertamenti mai azzeccati, il professor Alessandro Rossi capisce che quello del ragazzo è un serio disturbo del sonno. E lo spedisce a Bologna dove all'ospedale Bellaria di Bologna il bravo professor Giuseppe Plazzi spiega a Enrico che è affetto da una patologia rara, che si chiama narcolessia con cataplessia, 2000 casi accertati in tutta Italia.

Per fortuna ci sono le medicine che tengono sotto controllo questa patologia che ti sconvolge l'esistenza, perché ti fa crollare dal sonno di giorno e non ti fa dormire la notte.

Ma la fortuna per Enrico si ferma qui. Le medicine, che costano 2200 euro al mese, se le deve comprare di tasca sua perché ha la sfor-

Un farmaco aiuta Enrico, ma vive nell'unica Regione che non passa la cura. E costa 2200 euro al mese

tuna di essere nato e vissuto in Abruzzo. Se fosse residente in Lombardia, o in Puglia, o in Veneto, o in altra regione italiana, non si dovrebbe svenare per pagare il farmaco dedicato ad una malattia rara. E' solo l'Abruzzo che rifiuta di accollarsi l'onere sanitario. Il motivo? Burocratico: siccome la regione è commissariata non può sfornare i vincoli del piano economico. E chissene frega se Enrico ha solo 22 anni, se vive in una città ancora piena di macerie, se ha un padre disoccupato da 18 mesi, e una madre che lo assiste giorno e notte. Questi sono dettagli che agli amministrativi non interessano. I codicilli prevalgono sulle storie di toccante umanità. "Gli errori che hanno fatto i politici ci devono pagare i malati.." commenta amara Marilena Iovenitti, mamma di Enrico. Una mamma coraggiosa che prima ha dato fondo a quasi tutti i risparmi della famiglia (in tre mesi hanno speso circa 7000 mila euro) e ora si ribella a questi lacci burocratici. "Mi sono rivolta all'assessore regionale, al

Commissario, al ministero della Salute, nessuno ha risolto ancora la questione ma mio figlio deve prendere questo farmaco perché altrimenti non può fare una vita normale. Ha dovuto sospendere gli studi e ora che sta meglio vorrebbe tornare all'università".

Enrico ora dorme di notte, circa sei ore, una conquista per uno che non chiudeva occhio. E di giorno, ha solo un paio di crolli, due piccoli sonnellini di dieci minuti che lo rigenerano. Ma per stare bene deve prendere Xyrem, un farmaco di fascia C e dispensato gratuitamente ovunque, tranne che in Abruzzo. Ora ogni dieci giorni la famiglia di Enrico sborsa 725 (un mutuo molto costoso) per un totale di 2200 al mese. Alla regione allargano le braccia e al ministero paradossalmente rinviano la palla all'Aifa, suggerendo di far passare lo Xyrem in fascia A e dunque mutuabile. Come se un privato avesse il potere di fare queste acrobazie amministrative per poter ottenere quello che è suo sacrosanto diritto.



Ricerca

Disponibile nuova terapia per la sclerosi multipla

■ È disponibile e prescrivibile anche in Italia una nuova terapia contro la Sclerosi Multipla, Teriflunomide, per pazienti con decorso di malattia recidivante remittente.

Teriflunomide ha ricevuto dall'Aifa le indicazioni su rimborsabilità e prezzo per l'utilizzo in Italia. Questo farmaco è caratterizzato da un'efficacia dimostrata - dice una nota - su più studi clinici, associata a un profilo di sicurezza documentato su oltre 2500 pazienti-anno e a un'agevole modalità di somministrazione orale. Teriflunomide, già utilizzato in diversi Paesi europei fra cui Germania, Austria, Olanda e Svizzera, potrà essere prescritto da tutti i Centri per il trattamento della Sclerosi Multipla definiti a livello regionale in base alla nota Aifa 65. È la prima terapia che non agisce sopprimendo in modo indiscriminato la risposta immunitaria.



<http://www.quotidiano.net>

Epatite C cronica: guarigione al 100% con due farmaci in tandem

La Commissione Ue approva la new entry daclatasvir, efficace anche su pazienti hiv positivi, a rischio cirrosi o dopo trapianto di fegato



Epatite C, con due farmaci in tandem il fegato torna come nuovo

Roma, 1 settembre 2014 — **L'epatite C è una malattia causata da un virus** che infetta il fegato e nel 90 per cento dei casi tende a cronicizzare. Secondo dati dell'Oms, il 20% di questi soggetti (HCV positivi) sviluppa una cirrosi. Una buona notizia arriva dalla Commissione europea, che ha approvato una nuova molecola, il daclatasvir, che in associazione con il primo nuovo farmaco anti epatite C, il sofosbuvir, raggiunge percentuali di guarigione fino al 100%.

Daclatasvir in associazione al sofosbuvir, afferma una nota dell'azienda Bristol-Myers Squibb, offre potenzialmente la cura per un'ampia popolazione di pazienti con HCV, inclusi quelli con malattia epatica avanzata, quelli da infezione con genotipo 3 e pazienti che hanno fallito nella cura con altri farmaci (inibitori della proteasi). Daclatasvir in associazione con sofosbuvir è un regime orale senza interferone. **L'approvazione consente la distribuzione del farmaco in tutti i 28 Stati membri della UE e fa**

seguito alla valutazione accelerata da parte del Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP).

«Con l'approvazione di daclatasvir, abbiamo una nuova classe di farmaci che agisce sul virus in due modi, inibendo sia la replicazione che l'assemblaggio virale e, quando combinata con altri farmaci, spesso porta a guarigione persino i pazienti più difficili», ha affermato **Michael P. Manns dell'Hannover Medical School**. Nel mondo, circa 150 milioni di persone sono colpite da epatite C e, di questi, si stima che 9 milioni vivano nell'Unione europea.

Gli studi hanno riguardato più di 5.500 soggetti, **la sicurezza nel trattamento è stata dimostrata in popolazioni che includono pazienti anziani, con malattia epatica avanzata, sottoposti a trapianto del fegato** e anche pazienti che avevano anche una infezione da virus HIV. Nessuna problematica riguardo alla sicurezza è stata identificata negli studi clinici e nel programma di accesso precoce. Diversi di questi trial sono tuttora in corso.

Alessandro Malpelo

Troppo sale a tavola:uccide 1,65 milioni di persone al mondo



ROMA La morte di un milioni e 650mila persone ogni anno nel mondo può essere attribuita all'eccessivo consumo di sale, oltre la dose giornaliera raccomandata dall'Oms che è pari a due grammi al dì di sodio. Pari a un cucchiaino da tè al giorno.

Lo rivela un maxi studio mondiale pubblicato sul New England Journal of Medicine e condotto da un esperto epidemiologo, Dariush Mozaffarian, prima alla Harvard e attualmente in forze alla Tufts university.

Gli esperti hanno utilizzato dati relativi a 187 paesi del mondo e a 205 studi fatti finora sul consumo di sodio. Hanno stimato (con i test sulle urine e i questionari nutrizionali) un consumo di sodio medio nel mondo pari a quasi il doppio di quello raccomandato dall'Oms, con punte anche superiori a 5 grammi al giorno in Asia Centrale. Anche da noi sono state registrate punte di 10 grammi al giorno, tra quello che si aggiunge ai cibi e quello che è naturalmente negli alimenti.

Gli epidemiologi hanno stimato gli effetti di questi consumi di sale sulla pressione del sangue e infine gli effetti dell'ipertensione sale-correlata sul rischio cardiovascolare, per esempio di infarto. Con tutte queste complesse stime hanno calcolato che 1,65 milioni di persone nel mondo, ogni anno muoiono per cause cardiovascolari come un infarto da riferirsi direttamente all'eccesso di sale a tavola. Questa è solo una parte dei danni del sale in termini di vite umane, concludono gli epidemiologi, perché l'eccesso di sodio può causare serie malattie renali e allo stomaco.

http://salute.ilmessaggero.it/medicina/notizie/sale_oms_morti_tavola/847663.shtml



02/09/2014

DIABETE: LO ZUCCHERO 'CATTIVO' CHE DANNEGGIA 'COLESTEROLO BUONO'

(AGI) - Londra, 1 set. - Una sostanza che deriva dallo zucchero danneggia il colesterolo buono (Hdl), che non rimuove piu' l'eccesso di livelli di colesterolo cattivo nel corpo. A scoprirla e' stato un gruppo di ricercatori della della University of Warwick (Regno Unito) in uno studio pubblicato sulla rivista 'Nutrition and Diabetes'. La sostanza in questione e' il metilgliosale, i cui livelli aumentano in genere negli anziani e nei soggetti con diabete o problemi renali. Supportati da un finanziamento della British Heart Foundation (Bhf), i ricercatori hanno scoperto che il metilgliosale destabilizza l'Hdl e lo induce a perdere le proprieta' che gli permettono di fornire una protezione contro le malattie cardiache. L'Hdl danneggiato dal metilgliosale viene rapidamente eliminato dal sangue o resta nel plasma dopo aver perso la sua funziona benefica. "Il danno che il metilgliosale provoca all'Hdl e' una nuova e probabile causa di Hdl basso e disfunzionale e puo' essere responsabile fino a un 10 per cento di rischio di malattie cardiache", hanno detto i ricercatori. Al momento non ci sono farmaci che possono invertire i bassi livelli di HDL, ma i ricercatori sostengono che queste nuove informazioni possano fornire nuove strategie per ridurre il metilgliosale e quindi preservare i colesterolo buono.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Bere tè riduce il rischio di mortalità precoce

Bere tè quotidianamente apporta numerosi benefici, tra cui anche la riduzione del tasso di mortalità non legata alla salute cardiovascolare. Lo studio



Bere tè regolarmente pare riduca il rischio di morte prematura per diverse cause. Foto: ©Photoxpress.com/Lefebvre Jonathan

Tè o caffè? Nel nostro Paese vince senza ombra di dubbio la tazzina fumante di caffè. Eppure, secondo un nuovo studio presentato al recente Congresso ESC (*European Society of Cardiology*), sarebbe il tè ad apportare maggiori benefici in termini di salute.

Lo studio, guidato dal professor Nicolas Danchin, è stato condotto su 131.000 persone ed è stato in grado di dimostrare come **il tè sia in grado di ridurre la mortalità non cardiovascolare del 24%**.

«Se dovete scegliere tra tè o caffè è probabilmente meglio bere il tè. Caffè e tè sono componenti importanti del nostro modo di vita e i loro effetti sulla salute cardiovascolare (CV) sono stati studiati in passato con risultati talvolta divergenti. Abbiamo studiato gli effetti del caffè e del tè sulla mortalità CV e la mortalità non CV in un'ampia popolazione francese a basso rischio di malattie cardiovascolari», spiega il professor Danchin.

Per arrivare a tali conclusioni i ricercatori hanno reclutato persone di età compresa fra i 18 e i 95 anni che eseguivano controlli sanitari presso il centro di Medicina preventiva di Parigi (IPS) dal gennaio 2001 al dicembre 2008. Il follow-up è durato tre anni e mezzo, periodo in cui **sono**

morte 95 persone per problemi cardiovascolari e 632 per altre motivazioni.

Il consumo di tè o caffè è stato valutato attraverso la compilazione di un questionario cui bisognava indicare una delle seguenti classi di consumo: più di quattro tazzine al giorno, da una a quattro tazzine al giorno, nessuna tazzina al giorno.

Dai risultati è emerso che i bevitori di caffè avevano un profilo di rischio cardiovascolare più elevato rispetto ai non bevitori, soprattutto a causa del fumo.

Inoltre, le persone che non bevevano caffè erano più attive fisicamente e la percentuale si attestava intorno al 45% rispetto ai bevitori di caffè che era di circa il 41%.

«Questo è molto significativo nella nostra grande popolazione», continua Danchin.

Le persone che bevevano molto caffè erano di norma più anziane rispetto ai non bevitori, con un'età media di 44 anni.

Minime, invece, le differenze di pressione sanguigna: i consumatori di caffè avevano la pressione sistolica (SBP) leggermente più bassa, ma più elevata la diastolica (DBP) rispetto a chi non assumeva caffè. Al contrario, **chi amava il tè mostrava di avere un profilo di rischio cardiovascolare migliore.** Tuttavia quasi un terzo (il 34%) dei non bevitori di tè fumava, rispetto a un 24% di fumatori tra chi beveva da una a quattro tazze al giorno. Inoltre, più bevevano tè più era alto il livello di attività fisica.

Le foglie di tè sembravano avere anche effetti più marcati sulla pressione sanguigna rispetto al caffè: **la diminuzione era di circa 5 mmHg nella pressione sistolica e 3 mmHg nella diastolica.**

«Nel complesso si tende ad avere un profilo di rischio più elevato per i bevitori di caffè e un profilo di rischio più basso per bevitori di tè. Abbiamo anche trovato grandi differenze di genere. Gli uomini tendono a bere il caffè molto di più rispetto alle donne, mentre le donne tendono a bere più tè rispetto agli uomini», dichiara Danchin.

In sintesi, si può dire che la mortalità cardiovascolare è lievemente più alta nei consumatori di caffè, ma non statisticamente significativa. Il tasso di mortalità è invece aumentato a livello non cardiovascolare, ma diminuiva vistosamente se veniva eliminato il fumo.

«Il trend di mortalità più elevato nei bevitori di caffè – sottolinea Danchin – è probabilmente in gran parte spiegato dal fatto che ci sono più fumatori nel gruppo che beve molto caffè».

Il tè sembra ridurre la mortalità cardiovascolare, **ma l'effetto a conti fatti non era così significativo** se si aggiustavano i parametri per età, sesso e vizio del fumo. Quello che invece appariva evidente è che il tè era in grado di ridurre vistosamente il rischio di morte non cardiovascolare.

«Bere il tè abbassa il rischio di morte non-CV del 24% e la tendenza alla riduzione della mortalità CV era quasi significativa – fa notare Danchin – Quando abbiamo esteso la nostra analisi al 2011 abbiamo scoperto che il tè ha continuato a ridurre la mortalità generale durante il periodo di 6 anni. Interessante notare che la maggior parte degli effetti del tè sulla mortalità non-CV è stata trovata in attuali fumatori o ex-fumatori, mentre il tè ha avuto un effetto neutrale nei non fumatori. **Il tè possiede antiossidanti che possono fornire benefici di sopravvivenza** nei bevitori che hanno anche stili di vita più sani. Chi beve il tè riflette un profilo particolare di persona o è il tè, di per sé, che migliora i risultati (che per me rimane una questione aperta). In attesa di risposta a questa domanda, penso che si potrebbe raccomandare abbastanza onestamente di bere il tè al posto del caffè o anche piuttosto non bere proprio nulla».

<http://www.lastampa.it/2014/09/02/scienza/benessere/alimentazione/bere-t-riduce-il-rischio-di-mortalit-precoce-RKdMxNQ1VnARBA5MPQ0ifK/pagina.html>