

**USA, LA SINDROME PREMESTRUALE STA PER DIVENTARE MALATTIA MENTALE**

«LE DONNE? MATTE UNA VOLTA AL MESE»

# “QUEI GIORNI” UNA VERA MALATTIA?

Gli psichiatri valutano l'inserimento dei disturbi premenstruali nella loro "bibbia". L'idea fa discutere

*È bufera  
sull'ipotesi  
degli psichiatri  
americani*

**LE RISERVE  
IN ITALIA**

**«I problemi delle donne  
non possono  
essere considerati  
una malattia  
mentale»**

**FEDERICO MERETA**

**I**RRITABILI, SCONTROSE, terribilmente stanche. Magari con qualche crisi di pianto. E poi il peso che sale, la sensazione di gonfiore che disturba. Per molte donne i giorni che precedono il flusso mestruale possono davvero rappresentare un problema, pronto a ripresentarsi per tutta l'età fertile a cadenza mensile.

Ma che la sindrome premenstruale, una condizione estremamente comune, possa diventare malattia degna di essere inserita nella "Bibbia" della psichiatria mondiale, proprio non se lo aspettava nessuno. Eppure la notizia rimbalza dagli Stati Uniti, dove si sta mettendo a punto il manuale Dsm V dell'American Psychiatric Association: pare proprio che, fra le voci in discussione, ci sia anche

l'insieme di piccoli problemi che accompagnano "quei giorni". È una voce che emerge dal comitato di saggi che ha il compito di redigere questa guida, che sarà pronta nel 2013; nasconde forse il tentativo di creare nuove patologie nella speranza di individuare trattamenti in grado di affrontarle, in quel fenomeno preoccupante che gli esperti chiamano "Diseases Mongering"? «È presto per parlarne, visto che si sta solo lavorando su ipotesi e non ci sono scelte definite - spiega Luigi Ferrannini, direttore del Dipartimento di salute Mentale del-

la Asl 3 di Genova - non bisogna però dare messaggi sbagliati alle persone, perché la sindrome premenstruale non è e non può essere considerata una malattia mentale».

Gli esperti che mettono a punto il Dsm V stanno semplicemente tentando di unire in un'unica soluzio-



ne le culture e gli atteggiamenti di vari Paesi nel mondo». Eppure c'è già chi si preoccupa, e molto. Alcuni senatori del Pdl hanno preannunciato un'interrogazione al **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, per chiedere che "l'Italia si adoperi affinché la prossima pubblicazione del Dsm V, il manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association, prevista per maggio 2013, non contenga elementi di patologia che, a prima vista, sembrano assurdi». Il pericolo, latente ma non troppo, è trasformare condizioni che da sempre accompagnano la nostra esistenza e le caratteristiche individuali in patologie. E così, magari la giovane timidissima che non riesce ad aprirsi agli altri potrebbe nel futuro risultare affetta da "fobia sociale", così come chi proprio non riesce a frenarsi di fronte alle vetrine e deve entrare in negozio per comprare anche ciò che non serve, come la protagonista del notissimo best seller di Sophie Kinsella "I love shopping", potrebbe ritrovarsi una diagnosi di "mania d'acquisto compulsivo".

Il problema, secondo Ferrannini, non è tanto quello che i saggi scriveranno sul Dsm V, quanto piuttosto la necessità sempre più diffusa di stabilire un modello ideale di normalità, magari basato solamente sull'osservazione di pochi "campioni" del buon vivere sociale, senza problemi né difficoltà.

«Se passa questo tipo di impostazione, che si basa sulla minoranza delle persone, si rischia sicuramente di estendere i criteri di patologia - fa notare lo psichiatra. Il timido è solamente timido, ci sarà sempre, e certo non va trattato. Non dobbiamo allargare il confine dei quadri patologici a situazioni di perfetta normalità. C'è comunque un problema, alla base di tutto: non abbiamo a disposizione trattamenti effi-

caci e appropriati per condizioni come la sindrome premestruale».

La curva ormonale tipica della vita fertile femminile, insomma, va considerata un fenomeno del tutto naturale, anche se per qualche donna significa vivere qualche giorno in condizione di profondo malessere. «La situazione nasce dalle modificazioni ormonali che si osservano nel periodo che precede il flusso e può comportare modificazioni comportamentali legate a una particolare sensibilità agli estrogeni, punto e basta» precisa Pierluigi Venturini, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologia dell'Università di Genova. È vero che in donne che già presentano quadri di pertinenza psichiatrica i giorni che precedono le mestruazioni possono influire sulle condizioni, ma non si può pensare di rendere le fluttuazioni ormonali fisiologiche una condizione patologica».

La giurisprudenza, tuttavia, sembra riconoscere anche un ruolo alle condizioni psicoemotive di "quei giorni". Una ventina d'anni fa, nel Regno Unito, sono state concesse a una donna le attenuanti generiche dopo un grave delitto, proprio perché aveva compiuto il fatto in quel periodo.

Il motivo? Secondo i giudici c'era stata una riduzione della volontà. Insomma: il tempo per rivedere quanto emerso nella prima bozza del Dsm V è ancora lungo. La speranza è che non si arrivi a quella querelle scientifica che la prestigiosa rivista "Science" ha preconizzato come "la guerra civile della psichiatria". E che il buon senso, condito con l'immane evidenza clinica, abbia la meglio.

## LA SINDROME IN CINQUE PUNTI

LA "MALATTIA" DELLA CASALINGA LYNETTE

Jane Ussher, dell'università di Sydney, ha teorizzato la "sindrome di Lynette", dal personaggio di "Desperate Housewives" (nella foto l'attrice Felicity Huffman). Ne soffrono le donne iperattive che, nei giorni del ciclo, cadono preda della depressione

**1** La sindrome premestruale si presenta con sintomi vari, compare da quattro a sette giorni prima del flusso, si aggrava con l'avvicinarsi delle perdite e tende a migliorare o a scomparire con l'inizio delle mestruazioni

**2** Non essendoci esami diagnostici specifici in grado di confermarla, la diagnosi si basa sulla ciclicità dei fastidi e sulle modalità di comparsa degli stessi, sempre legati alle perdite mestruali.

**3** Al momento non esistono esami di laboratorio o test strumentali in grado di indicare con certezza la presenza del quadro, se la paziente sta attraversando o meno una fase di disturbi premestruali

**4** Fra le cause, è ormai acclarato il ruolo dell'elevata sensibilità agli estrogeni. Negli ultimi anni si è supposta anche la presenza di anomali livelli di serotonina, sostanza che facilita la trasmissione del segnale nervoso, nel sangue

**5** Di certo si sa che nelle donne che ne soffrono non esistono alterazioni degli organi femminili o deficit ormonali. In altri termini, i disturbi del periodo pre ciclo non sono dovute ad anomalie o a carenze

# IL MINISTRO VISITA AL MARIO NEGRI, AL VIA LA CAMPAGNA Fazio: a 65 anni sono a rischio e mi vaccino contro l'influenza

di ENRICO FOVANNA

- MILANO -

**ALLO SCATTARE** dei 65 anni, il **ministro della salute Ferruccio Fazio** quest'anno si vaccinerà per la prima volta contro l'influenza stagionale. In visita all'Istituto Mario Negri, ha spiegato ieri che anche lui, ora, rientra nelle categorie considerate a rischio. Di qui la scelta, che di fatto lo trasforma in una sorta di testimonial per lanciare la campagna di vaccinazione, prevista dal primo ottobre. A fargli compagnia, anche il farmacologo Silvio Garattini, direttore e fondatore del Mario Negri.

«L'anno scorso - dice Fazio - non l'ho fatto perché non li avevo ancora compiuti, ma sopra i 65 anni è necessario vaccinarsi». Stessa promessa da Garattini: «Bisogna fare in modo che vengano vaccinati coloro che sono ad alto rischio, ma al tempo stesso bisogna operare perché dove ci sono le sorgenti dei virus ci sia un'attività di bonifica».

**IN PASSATO**, parlando dell'influenza aviaria Garattini precisò che se il mondo occidentale avesse impiegato i soldi spesi per i vaccini per evitare i contagi tra uomo e

migliorare ulteriormente le cose: anzitutto emanando linee guida molto precise, che ricadrebbero in gran parte quelle dell'Istituto superiore di sanità, e che entro questa settimana il ministero diffonderà come raccomandazioni».

**IL MINISTRO** è poi intervenuto sulla protesta degli animalisti: che si sono ritrovati in piazza per protestare contro l'impiego di animali nei laboratori di ricerca. Quella in piazza è tra l'altro solo l'ultima manifestazione in ordine di tempo: gli animalisti hanno protestato a gran voce anche alcune settimane prima, quando l'Unione Europea ha approvato le nuove linee guida per l'utilizzo delle cavie da laboratorio,

tarandole in maniera più restrittiva.

Dalla parte dei difensori degli animali si erano schierati anche diversi esponenti del Governo, come il ministro del Turismo Vittoria Brambilla e il sottosegretario alla salute **Francesca Martini**. «La mia posizione su questo tema - ha detto il ministro Fazio - è molto semplice, e l'ho già espressa in passato per un altro provvedimento legislativo: c'è una legge in materia. Bene, appliciamola».

animale nei territori a rischio e con condizioni igieniche precarie, «l'aviaria sarebbe stata debellata per sempre». Quindi, ha concluso oggi riferendosi allo stesso concetto, «serve non solo vaccino, ma anche la prevenzione nei focolai in cui si origina il virus».

**DOPO** i recenti casi di decessi conseguenti a parti, il ministro lancia un appello: «Vi prego di non andare nel panico. I medici italiani sono tra i migliori al mondo e voglio chiedere ai cittadini di non esasperare la situazione, di non preoccuparsi ma anche di non sostituirsi ai medici dei quali dobbiamo avere grande fiducia».

«Il parto - ha aggiunto - che sia naturale o cesareo, ha comunque una certa mortalità intrinseca: quindi una morte in sala parto non è necessariamente al di fuori degli schemi di una buona sanità. In Italia abbiamo una mortalità infantile e materna tra le più basse al mondo».

In ogni caso, è la promessa. «cerchiamo di



Sanità. Fazio propone un'intesa

# Dalle regioni le linee guida sull'intramoenia

Roberto Turno

ROMA

Regolazione della libera professione intramoenia dei medici affidata alle regioni. Ma con tre paletti validi in tutta Italia: il tempo per le prestazioni extra dei dottori del Ssn non dovrà superare il 50% di quello dedicato alle prestazioni istituzionali; non ci dovranno essere spese in più per asl e ospedali né per i camici bianchi verso le aziende sanitarie; le tariffe andranno definite con un accordo parte della contrattazione integrativa. E ancora: controlli serrati per punire davvero i medici che sgarrano e per verificare comportamenti in odore di conflitto d'interessi e/o di concorrenza sleale.

**Ferruccio Fazio** ci riprova. Dopo una ripetuta serie di *stop and go* e di rinvii, anche con un provvedimento rinviato dall'aula della Camera a un complicato riesame in commissione, il ministro della Salute ha proposto alle regioni una nuova «bozza di accordo» con l'obiettivo di tentare d'uscire dall'*impasse* su un terreno scottante.

Una soluzione, quella proposta da Fazio e anticipata dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità», che in teoria dovrebbe dispiacere meno alle regioni che rivendicano ampia autonomia organizzativa in materia. E che tuttavia potrebbe ancora non bastare ai governatori, tanto più nella complessa fase di transizione verso il federalismo fiscale. Senza dire che sul tappeto resterebbe ancora irrisolto il nodo della cosiddetta «Alpi», la libera professio-

ne svolta dai medici nei loro studi, che scade a fine gennaio 2011.

Le modalità d'esercizio della libera professione, spiega (e riconosce) la bozza di accordo proposta dal ministro, «è disciplinata dalle regioni e dalle province autonome». Sulla base però di precisi punti fermi. I piani di attività e di programmazione in ambito regionale e aziendale, infatti, dovranno assicurare un equilibrato rapporto tra attività istituzionale e libera professione intramoenia, garantendo tre condizioni. La prima: il volume di attività intramoenia di cia-

scun medico non deve superare quello dovuto per l'attività istituzionale, e comunque non potrà richiedere un impegno orario «superiore al 50%». Secondo paletto: la libera professione svolta all'esterno delle strutture aziendali non potrà comportare oneri aggiuntivi per asl e ospedali «né per il professionista» verso l'azienda stessa. Infine, la terza condizione: le tariffe della libera professione intramoenia, da fissare dall'azienda sanitaria di appartenenza con i dirigenti interessati «previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa», dovranno remunerare tutti i costi a carico di asl e ospedali evidenziando tutti i singoli compensi (del professionista, dell'equipe, del «personale di supporto») nonché i «costi pro quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature».

## OBBIETTIVO ACCORDO

Il tempo per le prestazioni extra non deve superare il 50% di quelle istituzionali  
Nessuna spesa in più per le asl e gli ospedali

Ultimo punto dell'accordo proposto dal ministro della Salute, riguarda le regole su un altro punto scottante: i controlli sul regolare svolgimento della libera professione intramoenia, fin qui assolutamente carenti, se non a volte inesistenti. Monitoraggio e controllo del corretto svolgimento della libera professione intramoenia spetteranno alle regioni, che dovranno verificare furbate a danno dei cittadini e del servizio pubblico, dal dirottamento dei pazienti all'allungamento delle liste d'attesa. Anche accertando i casi di «insorgenza di un conflitto d'interessi o di situazioni che comunque implicano forme di concorrenza sleale». Va da sé che le regioni dovranno anche «individuare le relative misure sanzionatorie». Chi sbaglia paga, chissà se davvero e una volta per tutte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Caldoro firma il decreto per arginare il deficit, le nuove tariffe entrano in vigore venerdì primo ottobre

# Sanità, raddoppia il ticket

*Spunta una tassa di 5 euro per le ricette specialistiche*

Sanità, annuncio del presidente della Regione Caldoro

## Raddoppiano i ticket per ricoveri e ricette

OTTAVIO LUCARELLI

**R**ADDOPPIANO i ticket sanitari per i ricoveri al Pronto soccorso (da 25 a 50 euro) e per le ricette (da 1,5 a 3,5 euro). È nasce un nuovo ticket di cinque euro per le ricette specialistiche. Lo ha annunciato il presidente della Regione Stefano Caldoro che, nella qualità di commissario ad acta per la sanità in Campania, ha firmato il decreto con le nuove tariffe che scattano da venerdì primo ottobre fino al 31 dicembre del 2011. Aumenti decisi d'intesa con i ministeri dell'Economia e della Salute dopo la scoperta che le misure adottate nei mesi scorsi hanno prodotto risultati scarsi rispetto a un deficit strutturale della sanità di 750 milioni di euro. «SCATTANO gli aumenti — spiega Giuseppe Zucattelli, sub commissario regionale alla sanità — perché in Campania abbiamo un deficit strutturale di 750 milioni di euro e, purtroppo, le azioni messe in moto nel corso del 2010 non hanno prodotto gli effetti sperati. Per queste ragioni i ministeri dell'Economia e della Salute ci hanno imposto di aumentare i ticket già esistenti e di applicarne un altro nuovo per le ricette specialistiche con l'obiettivo di cominciare a recuperare una parte consistente dell'enorme disavanzo».

Zucattelli ricorda quanto fatto nei mesi scorsi: «Avevamo varato misure sulla **farmaceutica**

ospedaliera, sulla **farmaceutica** convenzionata territoriale, sulla specialistica ambulatoriale e sul controllo del pagamento dei ticket per il pronto soccorso. Misure che non hanno prodotto i risparmi preventivati per diverse ragioni legate al comportamento dei cittadini, certo, ma anche al comportamento dei medici di famiglia e dei medici di pronto soccorso. Una pluralità di elementi negativi che in concorso hanno spinto i due ministeri e il nostro commissariato a correre ai ripari varando le nuove misure con effetti già dal primo ottobre».

Aumenti che, secondo i calcoli del commissariato e del governo, dovrebbero produrre un

**Da 25 a 50 euro per le prestazioni di pronto soccorso, tassa da 5 euro per la specialistica**

recupero su base annua di 200 milioni e, quindi, un iniziale recupero di cinquanta milioni nel trimestre ottobre-dicembre 2010.

«Complessivamente — conferma il sub commissario Zucattelli — le nuove misure porteranno entro fine del prossimo anno a un recupero di 250 milioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Medicina**

**Scoperto il gene del mal di testa**

Gli studi compiuti a Oxford: ora dovrebbe essere più facile trovare una cura definitiva

Andrea Malaguti A PAGINA 12

# Scoperto il gene del mal di testa

Ora sarà più facile trovare la cura definitiva

**La ricerca** Realizzata dall'Università di Oxford e pubblicata su Nature: «È il passo più grande mai compiuto»

**il caso**

ANDREA MALAGUTI  
CORRISPONDENTE DA LONDRA

**N**on c'è ancora il farmaco, ma almeno adesso si sa da che parte cominciare.

I ricercatori dell'Unità di genomica funzionale del Medical Research Council dell'Università di Oxford hanno scoperto infatti che alla base dell'emigrania, che colpisce nove milioni di inglesi, che costa un miliardo di sterline l'anno al servizio sanitario e che, nel mondo, affligge più di una persona su quattro (il 28% della popolazione globale), c'è un gene che non funziona, cattivo, sbagliato, noto agli scienziati come «tresk», che agisce direttamente sul cervello. Causa della sofferenza, in sostanza, sarebbe un infelice lascito ereditario. «La scoperta è il passo più importante che sia mai stato fatto in ricerche di questo tipo».

Zameel Cader, lo scienziato che ha coordinato il lavoro pubblicato su Nature, racconta che il «tresk» influisce sulla sensibilità dei nervi agendo come un termostato che si apre e si chiude intervenendo sulla materia cerebrale fino a determinarne il momento in cui percepisce il dolore. «Lo studio del dna ci ha dato una mano importante, ora dovremo trovare un farmaco che alteri la soglia in cui il corpo comincia a sentire male».

Lee Tomkin, direttore della fondazione «Migraine Action», giura che questo è «il primo giorno di una nuova era». Apre una cartella di pelle nera e appoggia sul tavolo un dossier pieno di dati. «L'emigrania, in genere, colpisce adulti con una età compresa tra i 30 e i 50 anni e il dolore che provoca può essere estremamente invalidante. Un attacco può durare fino a 72 ore e si ripete mediamente tredici volte l'anno». L'inferno.

Henry Milner, un omone di 47 anni che si porta addosso circa centotrenta chili di peso spalmanti su una altezza di quasi due metri, racconta

che per colpa dell'emigrania ha perso due volte il lavoro. «Ho cominciato a soffrirne

circa quindici anni fa. Sono finito in un buco nero. Ci sono giorni in cui non ragiono, detesto il prossimo, mi accascio sul letto e cerco di rimanere immobile. Mi esplose la testa e vorrei solo sparire. Ho provato una infinità di rimedi, non ho mai trovato niente che mi rimettesse in piedi. Nel frattempo ho dovuto rinunciare a un pezzo del mio futuro. Guadagnavo nella City e non mi potevo permettere di mancare all'improvviso. Provavo a dire: scusate, ho un mal di testa feroce. Ma nessuno che non sappia che dolore provoca l'emigrania ti prende sul serio». Carol Michaelson, 40 anni, fisico scultoreo, capelli neri lasciati liberi di scendere fino a metà schiena, non ha perso il lavoro ma il marito sì. «E' successo cinque anni fa. Avevamo due figli piccoli, due anni e sette mesi. Loro piangevano, io stavo male, lui non ha retto. Quando mi chiedono perché è finito il mio matrimonio rispondo sempre che è stata una questione di testa. Solo mia sorella Anne sa che



non scherzo». Secondo le statistiche le persone che soffrono di emicrania hanno il 28% di possibilità in più di morire d'infarto.

«Non stiamo dicendo che tutti i mal di testa dipendono dal tresk. L'alimentazione, l'alcol e i cambiamenti atmosferici incidono in buona parte, ma la componente genetica è decisiva», racconta Cader, mentre Milner lo abbraccia come si fa con un eroe. «E' la prima volta da anni che mi sento sereno».

## Le varianti

### Emicrania cronica

■ E' un dolore che si presenta almeno 15 giorni al mese e che ha visto col tempo aumentare la frequenza e ridurre l'intensità. La trasformazione è causata da mancanza di terapie preventive idonee, ansia o depressione.

### Emicrania continua

■ È un dolore rigorosamente unilaterale di intensità media, con esacerbazioni periodiche durante le quali possono comparire lacrimazione, arrossamento dell'occhio, abbassamento palpebrale oppure congestione nasale.

### Cefalea «de novo»

■ È la cefalea «classica», di tipo bilaterale che colpisce entrambi gli emisferi. Il dolore intenso fin dalla prima comparsa, è quotidiano e se trascurato può avere una evoluzione cronica.

### Cefalea a grappolo

■ E' un male violentissimo (tra dolori più intensi paragonabile a quello del parto e della colica renale) e per fortuna raro. I soggetti ne soffrono a periodi alterni: vivono settimane in cui patiscono tutti i giorni - anche più volte nelle 24 ore - e poi periodi di remissione, che possono durare anche mesi o anni, in cui non hanno nemmeno un attacco.

# 28%

della  
popolazione

È colpita  
da cefalee  
di diverso tipo.  
In genere  
si tratta  
di adulti  
tra i 30  
e i 50 anni

NOI &amp; VOI

GUGLIELMO PEPE

**SANITÀ IN ROSSO? NON TI ELEGGIAMO**

**S**ul federalismo fiscale è in atto una “guerriglia” politico-economica, con i Comuni schierati contro lo Stato, a sua volta in conflitto con le Regioni, che si scontrano tra nordiste e sudiste. A tenere banco è la sanità, soprattutto per i rossi di bilancio che vedono in testa il Lazio (1 miliardo e 374 milioni di deficit), seguito da Campania (725 milioni) e, distanziate, Puglia (282), Sicilia (237) e Calabria (225). Ai dati Istat vanno però aggiunti i numeri della Corte dei conti: i bilanci fanno salire al secondo posto il Molise, con un disavanzo di 225 euro per residente (244 nel Lazio). Una situazione pesantissima, che richiede risparmi, tagli, maggiori controlli amministrativi. La novità proposta è la ineleggibilità per i “governatori” che, a sei mesi dalla fine del mandato, non hanno i conti sanitari a posto. Qualche governatore si oppone, avendo ereditato un bilancio negativo. Ma il principio va sottoscritto: non si possono amministrare i soldi della collettività senza risponderne. Certo, la regola andrebbe estesa a tutta l’amministrazione pubblica, però approvarla sarebbe un bel primo passo...

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Formazione/Il ministro della Sanità: "Intesa con la Gelmini per riformare le 'scuole del parto'"

Nel progetto di riforma in cantiere per rendere ancora più sicuro il momento del parto, anche la formazione giocherà un ruolo strategico. Ad annunciarlo è il ministro della Salute Ferruccio Fazio, ieri a margine di una visita istituzionale ai Laboratori dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano. "Ho già un'intesa con il ministro dell'Istruzione, Gelmini ed entro 15 giorni rivedremo i criteri per le scuole di specialità" che addestrano i 'medici del parto'. La 'rivo-



luzione' riguarderà i criteri per le scuole di "anestesiologia, negli aspetti che riguardano il parto indolore". Stesso lavoro verrà fatto con le scuole di specialità in ostetricia, per le quali "ad oggi non ci sono criteri assolutamente definiti. E' davvero necessario stabilire da un lato il numero di parti che deve essere seguito da un aspirante specialista, dall'altro la disponibilità precisa di punti nascita, anche in relazione alla sede delle scuole". Una sorta di mappa per garantire un'adeguata copertura formativa su tutto il territorio. "Credo - ha aggiunto Fazio - che questi punti vadano affrontati subito per migliorare una situazione che, ribadisco, è già buona".



# *Dm in dirittura. Dubbi dall'Ipasvi*

## **L'infermiere lavora anche in farmacia**

**DI BENEDETTA PACELLI**

**I**nfermieri e fisioterapisti a breve faranno il loro ingresso nelle farmacie italiane per fornire prestazioni ai singoli assistiti, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri. Limiti e competenze sono contenuti nel decreto ministeriale (uno dei quattro decreti attuativi del dlgs 3 ottobre 2009) «concernente l'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali» che sarà inviato nei prossimi giorni alla conferenza Stato-Regioni per l'approvazione e poi essere firmato dal **ministro della salute, Ferruccio Fazio**, e quindi pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*. In sostanza, le farmacie potranno mettere a disposizione per le attività di assistenza domiciliare infermieri e fisioterapisti (per residenti e domiciliati), in base alle prescrizioni del medico di medicina generale o del pediatra. Il tutto con l'obiettivo di trasformarle in veri presidi sanitari sul territorio,

non limitati al solo ambito commerciale. Nello specifico il testo ministeriale circoscrive l'assistenza infermieristica a quattro attività, mentre quella degli infermieri a tre, oltre alle prestazioni che per entrambe le categorie rientrano nelle competenze del profilo professionale «prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra». Ed è proprio questa limitazione che non piace agli infermieri, la cui protesta partita dai collegi Ipasvi della Lombardia si è estesa fino alla Federazione nazionale. Il punto come sottolinea **Annalisa Silvestro** presidente dell'Ipasvi è che «il decreto riduce l'assistenza infermieristica a quattro attività quando l'infermiere potrebbe svolgere ben più ampie funzioni all'interno delle farmacie. La speranza è che prima di essere firmato, il ministro accolga le nostre osservazioni tenendo conto del fatto che il testo rappresenta comunque il primo passaggio importante dell'inserimento della professionalità infermieristica».



**IL PUNTO**

# Sanità disastrosa perché i pazienti sono remissivi

**N**elle ultime settimane i fatti di cronaca hanno ricordato agli italiani che, perfino un parto cesareo, può finire in tragedia negli ospedali pubblici del Sud. La sensazione diffusa è che, a sud di Roma, entrare in una struttura sanitaria equivalga sempre di più ad andare al casinò: i rischi sopportati dai cittadini si sono fatti sempre più elevati. Ora sono diventati davvero troppo alti, tanto che in molti hanno iniziato a dubitare se sia ancora ragionevole continuare a finanziare con una montagna di denaro pubblico strutture che hanno prodotto e producono risultati tanto scadenti.

Del resto, all'inizio di questa legislatura era stato lo stesso premier Silvio Berlusconi ad avanzare la proposta di introdurre tassi di privato nella produzione dei servizi sanitari. Il modello lombardo, fondato su un mix di offerta, funziona così da anni ed è in equilibrio finanziario. Perfino gli svedesi e i finlandesi hanno avviato piani di privatizzazione di talune strutture sanitarie, così da togliere di mezzo ogni scusante alle resistenze verso le riforme.

Una sanità con costi crescenti, per la demografia e l'impatto degli investimenti in tecnologia, non può rimanere ostaggio del monopolio pubblico dell'offerta. Il settore si è fatto troppo ampio, articolato e complesso per poter essere servito al meglio da una burocrazia post weberiana.

DI EDOARDO NARDUZZI

*Il modello solo pubblico non funziona più*

na. Più passerà il tempo e più i cittadini inizieranno a manifestare il proprio dissenso verso un servizio sanitario lento nel riformarsi e cambiare pelle. Ma soprattutto i cittadini tenderanno a trasformarsi in consumatori. Smetteranno la propria divisa di semplici elettori e indosseranno quella di informati e pretenziosi consumatori. Inizieranno a pretendere che i servizi sanitari ricevuti siano adeguati alle loro aspettative in termini di qualità.

In questo modo inizierà proprio quella rivoluzione che uno dei principali settori produttivi delle economie contemporanee necessita: diventare business consumercentrico come il resto dell'economia. Servizi pensati a partire da quello che la domanda vuole comprare e non definiti a tavolino dai burocrati ministeriali

in qualche piano alto. Meno pianificazione centralista e meno standardizzazione produttiva e molta più sensibilità a produrre ciò che i consumatori sono interessati a ricevere. Il consumatore è stato finora quasi del tutto assente in campo sanitario e le conseguenze di tale ingiustificata assenza si vedono in taluni risultati. Ora la necessità di riformare il welfare state europeo, come i voti del 2010 degli elettori britannici e svedesi hanno evidenziato, ripropone con urgenza il passaggio ad una sanità all'insegna dei consumatori.

— © Riproduzione riservata —



# A Brescia in corso 710 studi clinici

Il prof. Pecorelli: «Non ci sono differenze tra medici ospedalieri e universitari»

■ «L'Agenzia Italiana del Farmaco è l'autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia». Tra i molti compiti che l'Agenzia ha nello specifico ieri il prof. Sergio Pecorelli, proprio in qualità di presidente dell'Aifa, ha elencato soffermandosi in particolare su alcuni temi di grande attualità. E di interesse in un congresso in cui la parola chiave è la ricerca.

«La ricerca indipendente, ad esempio, viene finanziata anche attraverso le aziende farmaceutiche che devono versare all'Aifa l'equivalente del 5% di quanto spendono per informare sulle nuove molecole in commercio. L'Aifa, a sua volta, investe questi fondi proprio nella ricerca indipendente, che in genere è quella sulla quale le grandi aziende non hanno interesse ad impegnare ingenti capitali», ha detto. Spezzando una lancia a favore della sanità italiana: «Nei momenti in cui si parla di malasànità, non dobbiamo dimenticare che il sistema sanitario del nostro Paese sia tra i migliori al mondo, anche di quello degli Stati Uniti malgrado da noi si investa 1/3 del Pil rispetto a loro».

Con una sottolineatura: «Il problema, per noi, è far capire che gli ospedali rappresentano una parte fondamentale della ricerca clinica e che non esistono differenze tra medici ospedalieri ed universitari; la differenza è nel modo di fare una medicina corretta in posti adeguati». Solo a Brescia, a dimostrazione della vivacità del settore, negli ultimi cinque anni sono iniziati 710 studi clinici (574 all'Ospedale Civile convenzionato con l'Università), con al primo posto la ricerca in ambito oncologico, settore in cui si registra anche il maggior numero di farmaci innovativi.

Che non sono tuttavia molti, e spesso costosi. «Possiamo tuttavia continuare ad investire nell'innovazione e nella ricerca di nuove molecole grazie alla prescrizione dei farmaci generici: le molecole che hanno perso il brevetto nel 2010 hanno consentito un risparmio al Servizio sanitario nazionale di 146 milioni di euro, cui si sommano i 208 milioni derivanti dalle scadenze brevettuali del 2009. Negli ultimi tre anni i farmaci generici hanno fatto risparmiare quasi 900 milioni di euro».

Ci sono, tuttavia, ancora molte diffidenze.

In Italia poco più di una confezione su dieci dispensata in farmacia è rappresentata da un generico: le molecole ancora protette da brevetto rappresentano il 57,08% del mercato e, delle restanti 42,92% prive di copertura brevettuale, i generici rappresentano solo l'11,6%. «Per questo l'Aifa ha promosso studi scientifici che hanno come obiettivo proprio quello di approfondire la conoscenza dei farmaci generici, in particolare sul fronte della loro efficacia e sicurezza», ha aggiunto Pecorelli. Ed ha concluso: «Ma il fatto di vivere in un Paese fortunato non ci esime dal trovare soluzioni per altre realtà. In questo, continua l'attività di collaborazione tra l'Aifa e l'Istituto delle Nazioni Unite di Ricerca sui problemi dei Diritti dell'Uomo e della criminalità per la promozione dell'etica nelle sperimentazioni nei Paesi in via di sviluppo. Scopo dell'iniziativa internazionale è diffondere procedure, metodologie, controlli e normative che tutelino i diritti e la salute dei pazienti sottoposti a sperimentazione, garantendo il rispetto delle norme di buona pratica clinica. a. d. m.



# “Batto il tumore togliendogli il nutrimento”

## Napoleone Ferrara vince il Lasker Awards “Ho studiato la proteina-chiave del cancro”

ROMA

E' stato Napoleone Ferrara a vincere l'edizione 2010 del «Lasker Awards» per i suoi studi su Vegf, il fattore di crescita vascolare endoteliale. E' il quarto italiano (ha la doppia cittadinanza) ad ottenere il premio, dopo Renato Dulbecco nel 1964, Rita Levi-Montalcini nel 1986, Mario Capecchi

nel 2001. Tutti e tre, poi, hanno vinto il Nobel. Ferrara, originario di Catania, è riuscito per primo, nell'89, a clonare e purificare in laboratorio questa proteina determinante nella crescita del tumore. Ha poi sviluppato le terapie anti-Vegf, basate su farmaci come Lucentis e Avastin, per la cura della degenerazione maculare, che porta alla cecità.

[F. AMA.]



**FLAVIA AMABILE**  
ROMA

Professor Napoleone Ferrara, il Premio Lasker si assegna agli scienziati che hanno cambiato il mondo, ma la notizia che lei ha vinto l'edizione 2010, a una settimana dall'ufficializzazione, è apparsa solo su alcune riviste specializzate e in un sito di scienza on line italiano che ha totalizzato 108 visite. Si aspettava questo silenzio dall'Italia? «Ci sono tante altre cose che accadono. Non saprei che cosa rispondere. Molti colleghi mi hanno telefonato, so che la notizia è apparsa sulla stampa specializzata. Me l'aspettavo, va bene così».

Da quanto tempo è andato via dall'Italia?  
«Era la fine del 1982, avevo

26 anni».

Ed era un ginecologo, dicono.

«Nemmeno, frequentavo una scuola di specializzazione».

Un quasi-ginecologo. E come si arriva a diventare uno scienziato in odore di Nobel?

«E' stato il professor Umberto Scapagnini a offrirmi quest'opportunità. Non era an-

### LE RICERCHE

«I risultati in certi casi sono stati superiori alle aspettative»

### IL TRAGUARDO

«E' la strada giusta. Adesso dobbiamo trovare altri farmaci»

cora sceso in politica. Era tornato dagli Stati Uniti ed era diventato il più giovane professore ordinario italiano di farmacologia medica. Aveva portato una ventata di novità nel mondo accademico a Catania e mi aveva aiutato a ottenere una borsa di studio all'università di San Francisco. Sono partito con l'idea di rimanere due o tre anni».

E invece non è più tornato. «Era troppo interessante andare avanti nelle ricerche scaturite da una mia osservazione iniziale».

Qual era stata l'intuizione? «Che esistesse un fattore di crescita delle cellule cancerogene e, quindi, è stato necessario compiere un lungo lavoro per isolare il Vegf, la proteina alla base di questa scoperta».

E la borsa di studio è diven-

tata un contratto alla Genentech, la grande azienda che ha dato origine all'industria delle biotecnologie e che è leader per i farmaci oncologici negli Stati Uniti.

«Sono stato fortunato, ho avuto l'opportunità di lavorare in un ambiente molto interessante, innovativo e dove ho potuto continuare la ricerca».

**Non ha perso, però, i contatti con l'Italia.**

«Torno volentieri, almeno due o tre volte l'anno. Ho tanti amici ed ho partecipato anche a molti incontri. Amo l'Italia».

**Tornerebbe a lavorarci?**

«Non si può mai dire. Ho tanti colleghi che hanno scelto soluzioni part-time, lavorando in parte all'estero e in parte in Italia».

**Che cosa ha trovato negli Stati Uniti che il mondo del-**

**la ricerca italiano non ha?**

«Il livello di tecnologia, l'organizzazione, la metodologia che negli Stati Uniti è un sistema, in Italia solo qualcosa di sporadico che si può trovare qui e là.

E la Genentech è la punta più avanzata della tecnologia: offre un livello superiore persino a quello delle università statunitensi».

**Quale sarà il prossimo obiet-**

**tivo della sua ricerca?**

«Intendo seguire ancora il filone dell'angiogenesi e della terapia della degenerazione maculare, dove i risultati sono stati superiori alle aspettative. E' utile lavorarci ancora e trovare altri farmaci».

**In Italia in questo momento i ricercatori vivono un momento particolarmente difficile. Che consiglio si sente di dare?**

«Ogni strada è individuale. Non credo che esista una soluzione valida per tutti. Bis-

## A SAN FRANCISCO

«Sono partito da Catania a 26 anni grazie a una borsa di studio»

## IL CONSIGLIO AI GIOVANI

«Prima datevi un obiettivo scientifico e poi trovate il luogo dove affrontarlo»

«Innanzitutto chiedersi qual è la domanda scientifica a cui dare una risposta e poi capire dove si può trovare la risposta».

**In Italia, forse, non è semplice per un ricercatore trovare le domande.**

«Ma no, al giorno d'oggi le tecnologie offrono opportunità a tutti e in ogni parte del mondo».

[www.lastampa.it/amabile](http://www.lastampa.it/amabile)

### Il meccanismo della proteina



Il Vegf, fattore di crescita vascolare endoteliale, è la proteina che induce i vasi sanguigni a suddividersi e a moltiplicarsi



Ferrara ha clonato e purificato il Vegf in laboratorio per studiarlo in ogni minima funzione



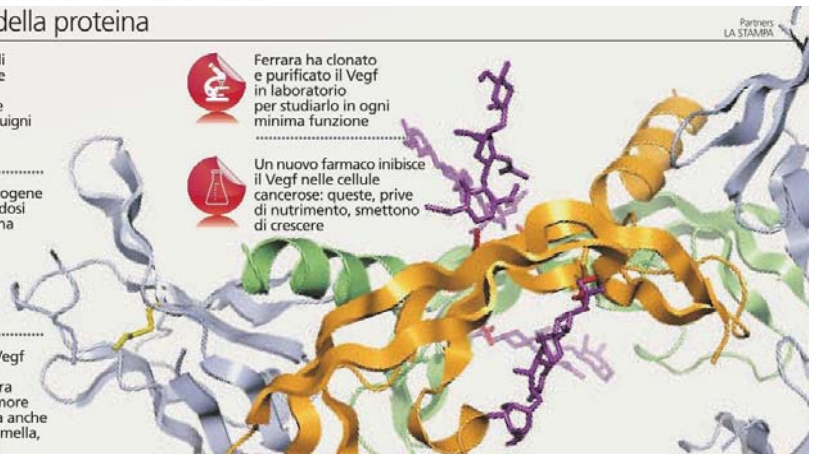
Le cellule cancerogene producono alte dosi di questa proteina per garantire l'alimentazione sanguigna necessaria alla crescita del tumore



Un nuovo farmaco inibisce il Vegf nelle cellule cancerose: queste, prive di nutrimento, smettono di crescere



Le terapie anti-Vegf rappresentano la nuova frontiera della lotta al tumore dell'intestino ma anche a quello di mammella, rene e polmone



Partners  
LA STAMPA

# Il destino dei fumatori cambia grazie al Dna

**Giancarlo Calzolari**

■ La scelta di fumare sigarette è forse dovuta in massima parte al nostro patrimonio genetico. Per questo si può affermare "il fumo è scritto nel nostro DNA". I ricercatori della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, diretti da Tommaso Dragani, hanno, recentemente identificato un gene, il CHR-NA5, responsabile della maggiore predisposizione all'abitudine al fumo di sigaretta e collegato al rischio di cancro polmonare. A questo si devono aggiungere i risultati di un lavoro tutto italiano, finanziato da AIRC, appena pubblicato sul Journal of the National Cancer Institute che porta a compimento il lavoro iniziato da studi condotti in migliaia di individui da grossi consorzi internazionali negli anni scorsi. I ricercatori hanno un nuovo "bersaglio" da colpire con farmaci mirati contro il responsabile genetico della dipendenza da nicotina, ma anche con la messa a punto di supporti psicologici più intensi. «Con questa ricerca su JNCI abbiamo, finalmente, identificato il gene coinvolto, il CHR-NA5, e il meccanismo molecolare responsabile dell'abitudine

**Legame genetico**

**Fra l'attitudine**

**alla nicotina**

**e il rischio tumore**

alla nicotina. In sostanza, abbiamo scoperto che varianti presenti nel DNA degli individui a più elevato rischio sia di cancro polmonare che di abitudine al fumo causano una riduzione dei livelli del prodotto di questo gene», chiarisce Stefania Falvella, prima autrice del lavoro. «Finora - spiega Tommaso Dragani - era stata individuata un'ampia regione del cromosoma 15 contenente sei geni associata all'abitudine al fumo di sigaretta, al rischio di cancro polmonare e di malattie vascolari. I ricercatori non erano però riusciti a individuare il singolo gene coinvolto, né a capire il motivo per cui alcuni individui hanno una maggiore predisposizione a fumare sigarette rispetto ad altri». Confrontando il DNA dei forti fumatori con quello dei non fumatori e il DNA di persone sane con quello di persone con un carcinoma polmonare o con malattie vascolari, gli studi precedenti avevano, infatti, permesso di individuare in modo chiaro e inequivocabile l'esistenza di un preciso legame fra il genoma e i comportamenti nei confronti del

tabacco. L'anno scorso, poi, il gruppo dell'Istituto Tumori di Milano, sulla rivista Clinical Cancer Research, aveva sia confermato ed esteso i dati dell'associazione tra la regione del cromosoma 15 e il rischio di tumore polmonare anche nella casistica italiana. Ma quali sono le

conseguenze pratiche di questa scoperta? «Potrebbero esserci fin da subito tre ricadute concrete - conclude Dragani -. Innanzi tutto attraverso l'analisi del DNA, possibile anche a partire da una goccia di sangue o da un po' di saliva, possiamo individuare le persone con una predisposizione genetica alla dipendenza da nicotina. Inoltre, i

**Bersaglio**

I ricercatori ne hanno uno nuovo da colpire con farmaci mirati contro il responsabile genetico della dipendenza da nicotina

**IL FUMO**  
**Il destino dei fumatori cambia grazie al Dna**  
La chimica oltre gli errori in corso



**SERVIZI MEDICI DOMICILIARI**  
SOLUZIONI MEDICHE S.R.L.  
24 ore su 24 a casa vostra anche i festivi  
per prenotazioni chiamare il **393.909.602.4**  
Medicina generale • Neurologia • Fisioterapia  
Servizi infermieristici • Anestesi cliniche a domicilio  
Info@serviziimedici.it

fumatori con la variante genetica di rischio potrebbero avere maggiori difficoltà a smettere e, per garantire loro una maggiore percentuale di successo, potrebbero seguire dei percorsi terapeutici e psicologici personalizzati (più intensi e accurati). Infine potrebbero essere disegnati dei nuovi farmaci da destinare solo alle persone selezionate con test genetico.



LA RICERCA NUOVE TERAPIE ALLO STUDIO

# Gli antiacidi in alternativa

**PUÒ RAPPRESENTARE** una vera svolta nella cura dei tumori l'approccio che l'Istituto superiore di sanità (Iss) sta studiando: quello cioè di combattere l'acidità delle cellule tumorali con i farmaci anti-acidità e gli inibitori della pompa protonica, inibendo così la crescita della massa tumorale. A fare il punto della situazione è il primo simposio internazionale dell'International society for



**STUDIO** Ricercatori dell'Università di Siena e dell'Istituto dei tumori di Milano stanno lavorando su un'alternativa alla chemioterapia

proton dynamics in cancer (Ispdc), in corso presso l'Iss. Partenza di questo nuovo approccio e' l'acidità del tumore, «meccanismo che usa per isolarsi da tutto il resto, farmaci compresi - spiega Stefano Fais, presidente Ispdc - Ma le cellule tumorali, per difendersi a loro volta da questo ambiente acido, fanno iperfunzionare le pompe protoniche che pompano protoni H+. Se si bloccano

## A SIENA E ALL'ISTITUTO DEI TUMORI DI MILANO alla chemioterapia

queste pompe, la cellula tumorale rimane disarmata di fronte all'acidità, e finisce per morire autodigerendosi». Un risultato che si può ottenere impiegando i farmaci inibitori della pompa protonica, generalmente usati per curare le ulcere gastriche. «Alcuni di questi farmaci - continua Fais - li stiamo impiegando in studi clinici». Due gli studi del genere eseguiti in Italia: presso l'Istituto dei tu-

mori di Milano per il melanoma (su 30 pazienti), e presso l'università di Siena (su 80 pazienti) per l'osteosarcoma. «I risultati sono molto incoraggianti - conclude Fais - perché questi farmaci, associati ai chemioterapici, migliorano la risposta del paziente alla terapia, anche nei casi in cui non funzionava più. L'obiettivo è di arrivare ad una terapia alternativa alla chemioterapia».

