

Per la legge 40 c'è un terzo rinvio alla Consulta

Anche Firenze contro il divieto di fecondazione

il caso

LODOVICO POLETTO
FIRENZE

È stata rinviata per l'ennesima volta alla Consulta, la legge 40 in merito al divieto di fecondazione eterologa. La decisione è stata presa dal Tribunale di Firenze, che ha sollevato la questione di legittimità costituzionale della norma in seguito al ricorso di una coppia sterile di Trento, rivoltasi all'Associazione Coscioni.

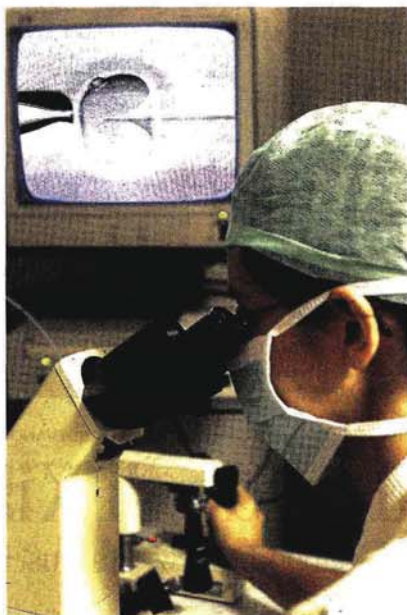
Il messaggio che arriva dalla magistratura fiorentina è chiaro e rileva il contrasto esi-

stente tra il «divieto di eterologa» stabilito dalla cosiddetta legge 40 e il «precepto costituzionale» dell'articolo 3 secondo cui un «medesimo problema può essere oggetto di trattamento differenziato solo ove sussista oggettiva giustificazione». Dopo le recenti ordinanze dei tribunali di Milano e Catania, nel solo mese di aprile questo è il terzo rinvio alla Corte Costituzionale in merito al divieto della pratica dell'eterologa, quella che consente alle coppie sterili in maniera assoluta di poter procreare utilizzando materiale genetico di un terzo soggetto. Tale divieto lederebbe dunque il principio di uguaglianza. Secondo il giudice fiorentino, infatti, vietare la «PMA eterologa» comporta «una evidente violazione del

principio di ragionevolezza inteso come corollario del principio di uguaglianza». «Dunque - commentano i legali della coppia che ha presentato il ricorso - un messaggio forte e chiaro il cui punto centrale è il rilievo circa il contrasto tra il divieto di eterologa e i precetti costituzionali».

«Il dibattito che si sta riaprendo, sul piano giuridico è viziato da una premessa inesatta, che ne condiziona gli esiti. Non si può affermare che la procreazione medicalmente assistita si configuri come una terapia della sterilità e dell'infertilità. Infatti questa tecnica ha una funzione sostitutiva di una parte del processo riproduttivo, permettendo la nascita di un figlio» lo dice il direttore del Centro di ateneo di Bioetica dell'Universi-

tà Cattolica, Adriano Pessina. Che chiarisce: «Nel divieto di fecondazione eterologa non è in gioco la salute riproduttiva della coppia, perchè anche ricorrendo ad essa, la coppia resta infertile o sterile. Il divieto, invece, è volto a tutelare il diritto del nascituro a essere generato dalla stessa coppia sociale che lo crescerà, impedendo così la legalizzazione della dissociazione tra le figure parentali. Per avere un figlio con la fecondazione eterologa si deve infatti ricorrere a un donatore - che è il vero genitore - che risulta essere estraneo alla coppia che ricorre alla tecnica». Conclude: «La questione giuridica non può essere adeguatamente affrontata se non si prendono in considerazione le differenti implicazioni etiche, sociali e culturali che entrano in gioco nella fecondazione omologa ed eterologa».



Molte coppie sono costrette a rivolgersi all'estero per procreare



Sanità

TRIBUNALE DI CATANIA

Eterologa, rinvio bis alla Consulta

A distanza di una settimana dall'ordinanza dei giudici di Milano, anche il Tribunale di Catania ha risollevato davanti alla Consulta la questione di legittimità costituzionale del divieto assoluto di fecondazione eterologa previsto dalla legge 40/2004.

Nell'ordinanza di rimessione del 13 aprile scorso (giudice estensore **Maria Paola Sabatino**) si ipotizza la violazione degli articoli 2, 3, 31 e 32 (commi 1 e 2) della Costituzione nel caso di una coppia in cui la partner è affetta da menopausa precoce, che resiste secondo il collegio anche alla luce della sentenza emessa il 3 novembre 2011 dalla Grande Camera della Corte europea dei diritti umani.

Il primo ricorso presso il tribunale di Catania era stato depositato a marzo 2010 dal collegio di avvocati composto da **Maria Paola Costantini**, del foro di Firenze, **Marilisa D'Amico**, ordinario di Diritto costituzionale all'Università di Milano, **Sebastiano Papan-drea** del foro di Catania e **Massimo Clara**, del foro di Milano, con il sostegno dell'Associazione Hera di Catania. La controparte nel caso è rappresentata dal Centro Umr di Catania, che non aveva praticato l'eterologa per via del limite previsto dalla Legge 40. I medici avevano però dato subito la loro disponibilità a prendersi carico della coppia se non vi fosse stato il divieto assoluto.

IN RETE



I testi delle sentenze

www.24oresanita.com

Già il tribunale di Milano aveva sostenuto che il divieto di fecondazione eterologa condiziona la «possibilità delle coppie eterosessuali sterili o infertili» di «poter concorrere liberamente alla realizzazione della propria vita familiare».

«Con questo provvedimento - commenta **Francesco Gerardi**, presidente dell'associazione Hera - il tribunale di Catania ha ribadito finalmente il diritto della coppia ad avere un bambino mediante le tecniche di procreazione assistita anche eterologa e che questo diritto sia protetto da principi fondamentali. Se la Corte costituzionale accoglie la nostra richiesta non sarà più necessario andare all'estero».

Anche **Nino Guglielmino**, direttore sanitario del centro Umr sottolinea che «il richiamo al legislatore di essere attenti al mutamento della società e all'evoluzione della scienza nonché il riconoscimento delle metodiche di procreazione assistita come terapie è quanto noi medici abbiamo sempre invitato a fare. Con le ordinanze di Catania e di Milano si riconosce la procreazione medicalmente assistita come parte integrante della medicina».

Le attese nei confronti della Corte costituzionale, che comunque si pronuncerà soltanto tra qualche mese, sono grandi. E non sono escluse nel frattempo nuove ordinanze di rimessione: sulla questione dell'eterologa devono decidere anche i tribunali di Firenze e di Bologna.

È la sesta volta che la Consulta è chiamata a dire la sua sulla legge 40, già profondamente trasformata da ben 18 sentenze e ritenuta in più punti lesiva di diritti costituzionali. Ma la «madre» della legge, **Eugenia Roccella**, insiste nella difesa e critica i giudici: «Il Tribunale di Catania dà manforte a quello di Milano per un ennesimo attacco alla legge 40, in questo caso sulla fecondazione eterologa. È sempre più evidente che gruppi portatori di interessi economici rilevanti tentano di scardinare una legge confermata da un voto popolare per ampliare i propri profitti». Roccella spiega: «La fecondazione eterologa vuol dire commercio di gameti umani, sfruttamento delle donne giovani e povere, sottoposte a trattamenti ormonali che comportano rischi per la salute che in alcuni casi si sono rivelati mortali. Credo che la magistratura - conclude - debba porsi il problema della tutela dei più deboli e non solo di assecondare lobby potenti».

M.Per.

“Un test del sangue e scopriremo il primo segnale del tumore”

Oltre il Dna, l'ultima frontiera della genetica è l'analisi del micro-Rna



ONCOLOGIA

FRANCESCO RIGATELLI

A 25 anni, dopo gli studi a Roma, è volato a Philadelphia, negli Usa. Carlo Croce, milanese di nascita, è ora direttore dell'Istituto di Genetica dell'Ohio ed è nel gotha della ricerca. La sua specializzazione è la ricerca di bersagli sensibili ai farmaci tra le molecole del cancro e ha acquisito fama mondiale per gli studi sulla leucemia linfocite cronica.

Se è diventato un simbolo dei «cervelli in fuga», è anche responsabile della ricerca di «Nerviano medical sciences», la più grande azienda italiana per l'ideazione e lo sviluppo dei farmaci nel settore oncologico. Oggi i suoi studi d'avanguardia si concentrano sull'Rna, piccole molecole fondamentali per capire tutti i segreti del funzionamento del Dna.

Professore, cominciamo dall'inizio: in quanto genetista del cancro, può spiegare come si evolve la conoscenza delle alterazioni cellulari che porta alla malattia?

«Negli ultimi 30 anni si è capita la base molecolare del cancro. Di conseguenza la logica di trattamento è cambiata, perché, invece di usare

farmaci che aggrediscono tutte le cellule proliferanti, adesso si possono colpire solo quelle tumorali che hanno caratteristiche geneticamente specifiche».

Detta così, sembra quasi fatta: e invece cosa manca?

«Molta conoscenza. Ogni tumore non è dovuto a una deviazione genetica singola, ma a più alterazioni. Ecco perché il singolo caso ha bisogno di una propria mappa genetica con bersagli specifici. L'oncologo del futuro, quindi, dovrà utilizzare questo strumento per individuare le alterazioni genetiche che causano la malattia e potrà poi scegliere farmaci appropriati per quelle modificazioni».

E adesso arriviamo a un aspetto fondamentale: l'Rna e il micro-Rna. Può spiegare di

cosa si tratta?

«Si tratta di una famiglia di geni che non codifica con proteine ed è coinvolta nel processo neoplastico. I geni codificanti nel Genoma umano sono il 2%, ma, mentre prima di questa scoperta si pensava che tutte le alterazioni per il cancro si verificassero in questo 2%, adesso, invece, si sa che molto più del Genoma è espresso a livello dell'Rna. E anche geni che non codificano per proteine sono coinvolti nel processo neoplastico. E quindi vanno studiati anche quelli».

Insomma, si è da poco aperta una vera e propria prateria.

«Per sconfiggere il cancro bisogna scoprire tutti questi geni così da definire una terapia adeguata. Proprio quella mappa genomica per ogni tumore alla quale accennavo prima. Inoltre, utilizzando gli Rna, si può cercare di scoprire la malattia già all'inizio. Di solito, purtroppo, i tumori vengono diagnosticati tardi, quando sono già avanzati e sviluppano mutazioni genetiche più frequenti delle cellule normali. Ecco perché, spesso, è quasi impossibile guarirli».

E come si scopre il tumore a partire dall'Rna?

«Per esempio con un esame specifico del sangue. Oggi, al contrario, dai test non si capisce se una persona è stata colpita da un tumore allo stato iniziale. Nel futuro avremo a disposizione biomarcatori molto più precisi».

Dove si fa può fare oggi questo esame?

«L'esame dei micro-Rna nel sangue non lo fa nessuno al mondo. Si comincia a farlo a livello di ricerca solo nei nostri laboratori in Ohio e a Harvard».

E' questa la via maestra alla cura dei tumori?

«Ci saranno molte cure diver-

se e un numero ampio di farmaci, non uno soltanto».

E il passaggio dall'allungamento della speranza di vita alla guarigione vera e propria?

«E' molto lungo. Perché con il tempo si sviluppa una resistenza al farmaco e bisogna quindi ricorrere a medicine diverse. Ma, quando avremo individuato tanti bersagli diversi, allora si potranno usare più farmaci».

Ma l'alterazione genetica come nasce?

«Sappiamo che alcune situazioni ambientali incidono sulle modificazioni genetiche. Come il fumo, che aumenta la probabilità di cancro. Probabilmente, poi, ci sono cause ambientali che ancora non conosciamo. Infine possiamo ereditare geni che predispongono a malattie, ma è raro, mentre altri restano da scoprire».

Lei vive tra Usa e Italia: è molto diverso curarsi là o qua?

«L'Istituto tumori di Milano e di Roma trattano i pazienti come a Boston e a New York. Non c'è differenza. Aviano e Torino le conosco meno, ma credo siano alla pari. Ciò che cambia negli Stati Uniti è l'attività di ricerca».

twitter @rigatelli

Carlo Croce
Biochimico

RUOLO: È DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI GENETICA AL «COMPREHENSIVE CANCER CENTER» DELL'OHIO STATE UNIVERSITY E VICEPRESIDENTE DEI NERVIANO MEDICAL SCIENCES

Sanità



Il Report Eapc fa il punto sulle terapie di fine vita in Europa nelle residenze per gli anziani

Cure palliative al test cronicità

Priorità alla formazione del personale - La gestione etica del paziente

Le cure palliative associate all'assistenza a lungo termine per gli anziani sono sempre più di attualità, in un'Europa in pieno processo di invecchiamento, con pazienti che si avvicinano al fine vita in situazioni cliniche sempre più complesse. E le iniziative fioccano tra linee guida destinate alle residenze per gli anziani, progetti di formazione, standard di qualità e supporti per la gestione etica dei casi più difficili. Come si stanno sviluppando le cure palliative associate alla cronicità? A tracciare una mappa il Report dell'European association for palliative care, che ha monitorato la situazione in 13 Paesi (Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Olanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito) e passa-

to in rassegna oltre 60 iniziative (alcuni esempi nei box in basso). Dal metodo Savera, uno strumento di valutazione che viene usato in Belgio per capire quando un paziente entra nella fase terminale e si devono avviare le cure palliative, al percorso di cura Liverpool, diffuso a livello internazionale e implementato in diversi Paesi (Italia, Svezia, Olanda e Norvegia).

La popolazione over-65, rispetto al totale, viaggia su percentuali differenziate tra i vari Paesi che vanno dall'11,4% dell'Irlanda al 21% della Germania (in Italia la quota è del 20,4%). In modo del tutto non proporzionale si distribuisce il numero dei posti letto destinati alle cure a lungo termine. Indicativo il caso dell'Italia, fanalino di coda per il numero di pl (16 ogni 1.000 abi-

tanti) nonostante sia al secondo posto dopo la Germania per densità della popolazione anziana. In Germania però i posti letto sono 48. In generale i numeri variano notevolmente, con la punta massima in Svezia, che può contare su 84 posti letto per 1.000 abitanti, seguita dal Belgio (17% di over-65), con 71,1 posti letto.

Le strutture in cui vengono erogate le long-term care. Dalle *Pflegeheim* austriache e tedesche alle *Unité de soins de longue durée* francesi, dalle italiane Residenze sanitarie assistenziali alle *Lares* portoghesi, alle *Residencias asistidas* spagnole. Fondamentalmente le tipologie di strutture sono due, a volte tre. Per situazioni di dipendenza elevata, si ricorre alle case di cura (*nursing home*), dove

l'assistenza infermieristica è disponibile h24, sette giorni alla settimana, e l'accesso alle cure mediche può essere o in loco (a esempio Olanda, Italia, Norvegia) o essere fornito dai servizi territoriali di assistenza primaria (a esempio Austria, Francia, Germania, Irlanda, Regno Unito). In alcuni Paesi vi è un terzo tipo di strutture, per le persone con bisogni più elevati di assistenza, spesso per un periodo di tempo più breve (a esempio in Francia e Germania).

Le persone anziane con bassi bisogni e dipendenza ricevono cure in istituti dove un'assistenza sociale e personale è disponibile 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. L'assistenza sanitaria è fornita da infermieri, medici e altri operatori sanitari che lavorano per orga-

nizzazioni esterne. Ci sono anche nuovi sviluppi, rispetto alla cura di persone anziane con bassi livelli di necessità, con un aumento crescente dell'utilizzo di alloggi sovvenzionati in sostituzione di ex strutture residenziali di assistenza per cure di livello lieve (a esempio in Germania e Norvegia).

Lo status di tali strutture spazia dal pubblico, al no profit, al privato. I finanziamenti pubblici del settore prevalgono nei Paesi con un forte welfare (Svezia e Norvegia). I fornitori no profit sono presenti in molti Paesi, soprattutto in Germania, Austria, Italia e Francia. Si tratta di provider prevalentemente legati a matrici religiose cristiane. Il privato domina invece in Irlanda, Spagna e Regno Unito. **Il finanziamento.** Le fonti di

finanziamento possono essere il pubblico, assicurazioni private, o il capitale privato del singolo paziente o dei suoi familiari. Dove l'assistenza medica è fornita attraverso l'assicurazione medica privata, questa continua anche quando l'individuo si avvia verso le cure a lungo termine (a esempio in Austria). L'assistenza sanitaria può essere finanziata dai bilanci pubblici ma altri elementi dell'assistenza, come la cura della persona, possono essere a carico del privato (Francia, Regno Unito). In alcuni Paesi, se le capacità economiche di un individuo sono limitate, scatta il finanziamento pubblico (a esempio in Germania, Italia, Regno Unito).

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AUSTRIA

Nella provincia austriaca del Tirolo è stata intrapresa un'iniziativa di ricerca triennale con l'obiettivo di sviluppare uno schema specifico regionale per le cure palliative integrate; per generare conoscenza e promuovere la comunicazione tra gli attori locali e le parti interessate; per integrare le cure palliative nei sistemi regionali di assistenza sanitaria; per controllare i processi di integrazione e consultare la politica locale per l'assistenza sanitaria. Il processo di messa in rete ha incluso case di cura e altri importanti attori regionali e soggetti erogatori di cure palliative.

Con il progetto «Hospice e Meäutik von Caritas Socialis», un'organizzazione di provider e un partner accademico si sono concentrati sugli aspetti etici e sui valori legati alla morte.

In una combinazione di top-down e bottom-up hanno lavorato diversi gruppi su temi differenti: "Etica e comunicazione", "Dolore totale", "Integrazione della medicina palliativa", "Cure palliative in un centro diurno" ed "Etica e questioni legali". Ognuno di questi gruppi ha elaborato strumenti pratici per migliorare la routine quotidiana.

BELGIO

In Belgio il sistema delle long term care nelle case di cura è finanziato dal sistema assicurativo universale alimentato con i contributi previdenziali versati dai lavoratori, datori di lavoro e pensionati, e da imposte generali. Dal 1997 è stato avviato il finanziamento delle cure palliative nelle strutture di assistenza a lungo termine. Questa iniziativa nazionale (top down), sostiene la cura dei malati terminali in strutture di assistenza a lungo termine per gli anziani. Il criterio per il finanziamento è la "funzione palliativa".

Ciò significa che ogni struttura deve partecipare a una rete di cure palliative e stipulare un accordo con una struttura che presenta posti letto per tali terapie. Per sostenere la cura dei malati terminali in strutture di assistenza a lungo termine per gli anziani, ogni struttura ha un team di assistenza palliativa. Questo team è composto tra gli altri dal coordinamento dei medici e dalla caposala.

Dal 2001, le case di cura per anziani possono anche richiedere un finanziamento per la formazione del personale. L'iniziativa comprende anche l'assistenza a malati terminali gravemente dipendenti.

OLANDA

In Olanda - dove prevalgono i provider del no profit (80%) con organizzazioni "ombrello" come Actiz, Palliatief, Agora - è stato sviluppato un programma per il controllo, lo sviluppo e la qualità delle cure palliative in casi di malattie psicogeriatriche, oncologiche e insufficienza d'organo. Il punto di partenza sono state le linee guida nazionali. Centrale il nodo della formazione, con il ruolo fondamentale attribuito al Centro di educazione per la competenza in cure palliative (attivo dal 2004) per i professionisti che operano all'interno di strutture e in assistenza domiciliare. Una volta implementata la versione olandese del percorso assistenziale per morire, nel 2012 ne è stata costruita anche una versione digitale.

La strategia olandese si fonda inoltre su una stretta collaborazione tra cure palliative specialistiche domiciliari e ospedale. Sempre in Olanda, alcune iniziative rispondono alle esigenze specifiche dei familiari di persone affette da demenza. È stato infatti tradotto in olandese per la prima volta un opuscolo per i caregiver, sviluppato da ricercatori e clinici nel Canada, sulla base di una ricerca qualitativa sulle famiglie di persone affette da demenza in ambiti di cura a lungo termine. Successivamente il libretto è stato tradotto anche in giapponese e in italiano.

GERMANIA

Molto forte anche in Germania, Paese che detiene il primato europeo per la presenza di anziani rispetto al resto della popolazione, il settore del no profit (il 55% delle strutture che erogano cure palliative). A livello normativo, oltre alle leggi nazionali sulle cure a lungo termine per gli anziani, molto recentemente (nel 2012) sono state pubblicate le Linee guida per le cure palliative da somministrare all'interno delle residenze per anziani, formulate dall'associazione degli hospice e dall'associazione per la medicina palliativa. Tra le iniziative implementate per le cure palliative destinate agli anziani, il Report ne segnala una denominata «Vivere fino alla fine - Le cure palliative in ambiti di cura a lungo termine», realizzata a Monaco di Baviera. Il progetto implementa l'idea di hospice e cure palliative in 7 ambiti di cura a lungo termine. Una seconda iniziativa, partita nel 2003 sempre in Baviera, è poi quella che mette in rete le case di cura per anziani sulle cure palliative. Si tratta di una rete virtuale, basata su una piattaforma di mail per lo scambio di esperienze con continuità nel corso dell'anno. Una volta l'anno i partecipanti si incontrano in una conferenza.

FRANCIA

La Francia ha pensato di dare un supporto agli operatori sanitari nella gestione della nutrizione e idratazione di persone anziane nella fase terminale pubblicando online una guida. Altra iniziativa è Mobiquil. Un progetto sviluppato a livello nazionale rivolto alla formazione di badanti e caregiver su temi come il dolore, le cure palliative, la depressione e che deve essere integrato in un processo continuo per migliorare la qualità delle cure. Lo scopo è quello di migliorare le conoscenze, le abilità e le pratiche dei caregiver. Inoltre - in attuazione della legge Leonetti, che ammette in alcuni casi la sedazione terminale - per supportare i team multiprofessionali nel gestire il processo decisionale ed evitare l'accanimento terapeutico in geriatria la *Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs* ha pubblicato linee guida ad hoc. La guida presenta sei situazioni cliniche analizzate da un team multiprofessionale. In conformità con la "Legge Leonetti", gli autori insistono sulla necessità di rispettare le volontà del paziente (anticipate o no), e di valutare la possibilità del paziente di esprimere la propria volontà, anche se la persona è mentalmente compromessa.

SPAGNA

La rete SARquavitaie in Spagna è la piattaforma di riferimento principale per la fornitura di servizi diversificati di cure palliative di qualità per tutti i pazienti (oncologici, cronici e geriatrici) in case di cura, in assistenza domiciliare e tramite call-center.

Caratteristiche del modello: gestione integrale e personalizzata del percorso di cura attraverso reti e piattaforme tecnologiche; gestione dei casi con valutazione multidisciplinare; coordinamento con i servizi di cure palliative sul territorio; valutazione dei pazienti cronici che necessitano di cure palliative con il metodo convalidato Nepal. La rete di assistenza assicura un approccio tecnologico all'avanguardia (cartelle cliniche on-line, dati sociali e sanitari condivisi con diversi livelli di assistenza; avanzato call-center e altri dispositivi). La piattaforma conta su 9mila addetti, 200mila persone assistite, 13.900 utenti giornalieri del servizio di aiuto domestico, 26.500 utenti quotidiani del servizio di teleassistenza. Il fatturato del 2012 (nel decennio in costante crescita) ha toccato quota 280 milioni di euro.

SVEZIA

In Svezia il 75% delle cure a lungo termine è erogato dalla municipalità pubblica attraverso risorse reperite attraverso la fiscalità generale. Nel 2007 un importante intervento formativo ha coinvolto circa 3.600 infermieri. L'iniziativa del Consiglio nazionale della Salute e del Welfare ha approvato una richiesta da parte della Regione di Stoccolma. L'obiettivo generale dell'intervento è stato quello di aumentare le competenze del personale in cure palliative. L'assunto di base del progetto è che la formazione per il team di cure palliative dovrebbe tradursi in un miglioramento della qualità delle cure, che possono portare a un minor numero di trasferimenti delle persone anziane e dei malati terminali dalle case di cura al pronto soccorso.

Un altro intervento riguarda le cure palliative per una morte dignitosa nelle residenze per anziani: un'iniziativa di collaborazione tra la giunta regionale e il Comune che coinvolge l'istruzione del personale di entrambe le organizzazioni. L'intervento formativo è finalizzato a istituire una squadra idonea a formare nuovo personale. In Svezia, il National board per la salute e il welfare ha emanato linee guida nazionali per le cure palliative e direttive per l'assistenza alle persone colpite da demenza.

La presenza di over 65

Paesi	Popol.	Over 65	%
Austria	8,40	1,50	17,30
Belgio	10,80	-	17,00
Francia	65,00	10,90	16,90
Germania	81,80	16,90	20,60
Irlanda	4,50	0,53	11,40
Italia	60,30	12,20	20,40
Olanda	16,60	2,50	15,20
Portogallo	10,60	1,80	17,70
Spagna	47,00	7,90	17,20
Svezia	9,40	1,70	18,00
Svizzera	7,80	1,30	17,30
Uk	61,00	9,80	15,80

Fonte: Eapc



REGNO UNITO

Nella Strategia inglese per le cure di fine vita (2008) una grande enfasi viene data al miglioramento delle cure palliative nelle case di cura per anziani. Con la strategia sulla demenza, in cui vengono identificati i bisogni delle persone affette da demenza, in Gran Bretagna è stato avviato un sistema di accreditamento delle case di cura denominato «Gold Standard». Il Gold Standard mira a promuovere l'alta qualità delle cure attraverso cambiamenti organizzativi e gestionali per i residenti all'ultimo anno di vita. Il programma si basa su sette punti (le 7C): miglioramento della comunicazione, coordinamento, continuità, controllo dei sintomi, cura dei morenti, supporto ai caregiver, educazione continua. Nel Regno Unito, oltre 2.000 case di cura hanno intrapreso il programma di accreditamento, che prevede un primo biennio per poi riaccreditarci ogni tre anni.

Nell'ambito del Programma nazionale sulle terapie di fine vita, casi di studio, pubblicazioni e risorse, esempi pratici hanno aiutato lo sviluppo delle cure palliative nelle case di cura.

Tre iniziative sono state avviate nel 2012. La prima, «La strada per il successo nelle cure di fine vita per raggiungere la qualità nelle case di cura»: si tratta di una strategia in sei passi. La seconda «Qualità delle cure di fine vita in case di cura, strumento di valutazione»: si tratta di uno strumento sviluppato per accertare le informazioni circa la qualità delle cure di fine vita e un mezzo per l'analisi. Il terzo progetto, «Sei passi per il programma di formazione per le case di cura», un'iniziativa regionale sviluppata per l'attuazione delle linee guida nazionali. In Gran Bretagna il 76% delle strutture di erogazione delle long term care è di natura privata: organizzazioni aziendali, piccole catene di imprese o imprese gestite da un titolare unico.

IRLANDA

In Irlanda il settore delle long term care è prevalentemente affidato a strutture private (67%). Il sistema di sovvenzionamento è di tipo misto. La presenza di over-65 rispetto al resto della popolazione è la più bassa tra i 13 Paesi monitorati dal report dell'Eapc, pari solo all'11,4% del totale. Eppure i posti letto ogni mille abitanti sono 47. Le long term care sono somministrate da agenzie, soprattutto private (67%) e no profit, che offrono assistenza full time. Le cure mediche sono prestate dai medici di base. Il numero di residenze per anziani è piuttosto esiguo.

La politica nazionale sulle cure palliative per tutti è in vigore dal 2001; il Piano di sviluppo nazionale del governo 2007-2013 prevede un impegno a fornire un supporto per lo sviluppo di cure palliative specialistiche, unità di degenza, day service e sostegno alle famiglie.

Nella recente applicazione di standard nazionali di qualità per le cure residenziali sono inclusi anche standard assistenziali per il fine vita. In collaborazione con gli hospice, in Irlanda sono state avviate diverse iniziative formative sulle cure palliative per gli anziani, destinate agli infermieri e agli staff medici.

NORVEGIA

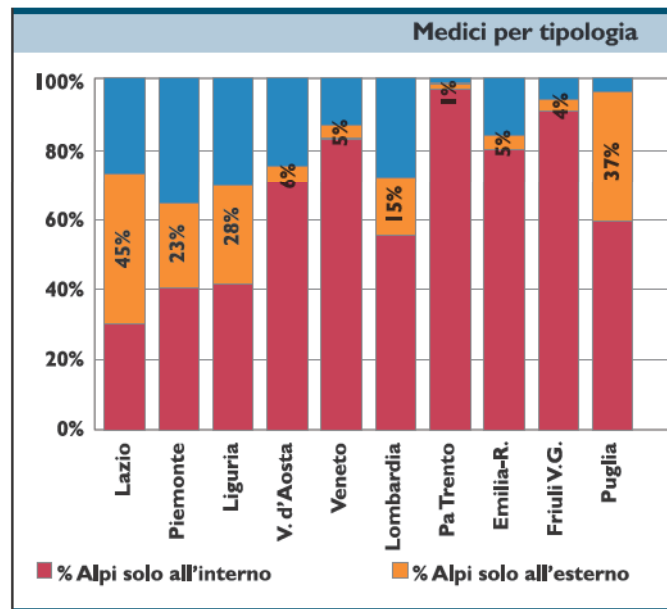
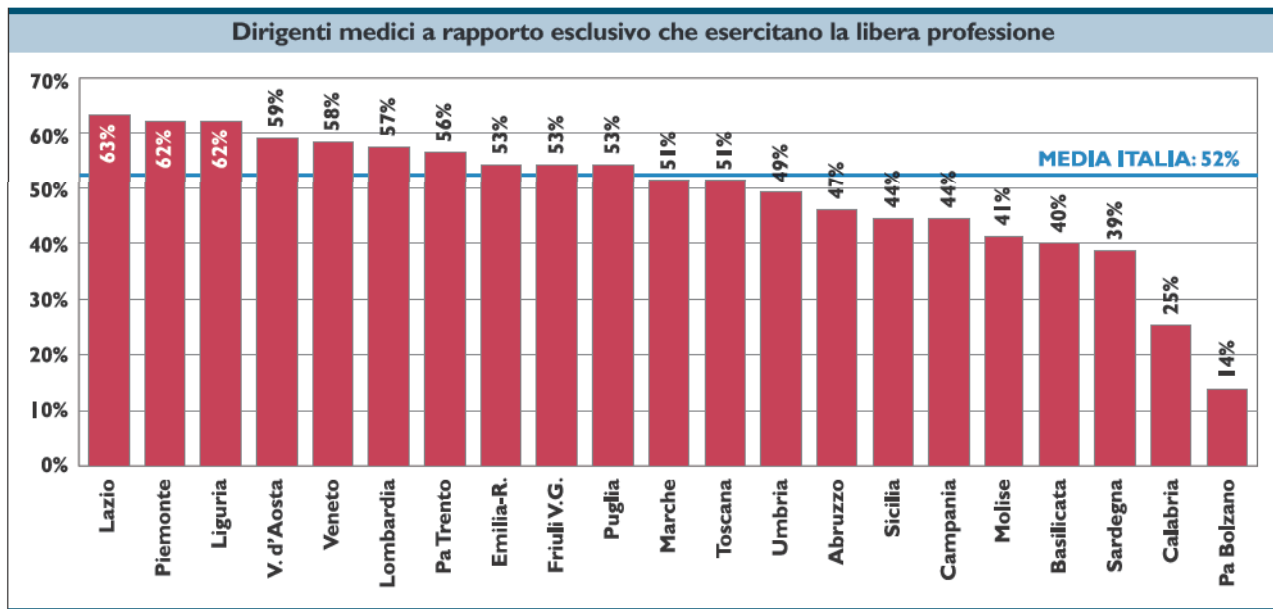
Nel corso degli ultimi 10-15 anni unità di cure palliative sono state costituite nelle case di cura norvegesi. Una unità è costituita da quattro o più posti letto. Alcune case di cura in piccole comunità hanno riservato uno o due letti per le cure palliative con locali per amici e familiari. Il programma nazionale di cure palliative (del 2007, rivisto nel 2010) contiene raccomandazioni per le attività, i servizi clinici, organizzazione, personale, strutture e attrezzature per unità di cure palliative in residenze per anziani. Il governo offre borse di studio per la formazione del personale (corsi, formazione post-laurea) che molte comunità hanno richiesto. Al momento sono presenti unità di cure palliative in 33 case di riposo norvegesi. Nel 2007 il «Centro Dignità-Cura per l'anziano fragile» ha iniziato un programma di formazione globale dal titolo «Insegnare agli insegnanti». Il gruppo target di questo programma è il personale per le cure a lungo termine nell'assistenza domiciliare e nelle case di riposo. L'iniziativa comprende quattro seminari di tre giorni. Tutti i partecipanti ricevono il materiale didattico completo e imparano a insegnare agli altri. Hanno partecipato oltre 200 persone in 40 Comuni (pari al 10% dei Comuni norvegesi, l'obiettivo è il 100%).

Le cure a lungo termine in Europa

Paesi	% strutture pubbliche	% strutture no profit	% strutture private	PI/ 1.000 ab.
Austria	53	26	21	70,0
Belgio	25	30	45	71,1
Francia	23	55	22	52,0
Germania	6	55	39	48,0
Irlanda	21	11	67	47,0
Italia	30	50	20	16,0
Norvegia	100	0	0	-
Olanda	0	80	20	69,5
Portogallo	-	-	-	-
Spagna	24	24	53	21,3
Svezia	75	10	15	84,4
Svizzera	30	30	40	72,0
Uk	10	14	76	56,0

Fonte: Eapc

Sanità



OSSERVATORIO NAZIONALE/ Nella relazione 2011 i risultati dell'applicazione della legge 120/2007

Intramoenia, così vanno le cose

Guadagno medio: 18mila euro l'anno per 61 mila medici - Solo 8 Regioni promosse

Sono 64.173 i dirigenti che in Italia nel 2011 hanno svolto l'intramoenia, su un totale di 123.409 in esclusiva (il 52%). Il tutto per 35.624 prestazioni concentrate soprattutto in Campania (21%), Lazio (17,5%), Lombardia (15,2%) ed Emilia Romagna (11%). Gli interventi più gettonati in intramoenia in ospedale sono il parto cesareo, quello vaginale, gli interventi sull'utero e la sostituzione di arti, mentre a livello di specialistica sono visite e indagini diagnostiche di tutti i tipi.

Dei dirigenti in intramoenia 60.894 sono medici e gli altri veterinari e odontoiatri. In media circa il 26,2% svolge l'intramoenia allargata solo negli studi privati e il 18% sia negli studi che negli spazi aziendali (in tutto 26.873 medici). "Allargata" che non si fa in Toscana e a Bolzano ed è esercitata solo dal 29% dei medici in Veneto, 46% in Liguria e 49% in Emilia Romagna, ma supera l'80% in Campania, Lazio e in generale è molto elevata nelle Regioni del Sud. L'intramoenia allargata poi è svolta quasi sempre (83% dei casi) nello studio del medico e solo nel 18% in spazi convenzionati ad hoc dalle aziende sanitarie di appartenenza.

È questo lo spaccato della libera professione intramoenia, fornito dalla relazione 2011 dell'Osservatorio sullo stato di attuazione, appena trasmessa dal ministero della Salute al Parlamento. E che, come sottolinea il ministro Renato Balduzzi nella lettera di accompagnamento al presidente della Camera, Laura Boldrini, ancora si basa sull'applicazione della legge 120/2007, ma dal prossimo anno prenderà

IN RETE

Osservatorio nazionale: la relazione 2011

www.24oresanita.com

in esame anche le novità introdotte dalla legge 189/2012 che ha modificato soprattutto la forma allargata della libera professione. Anche se l'applicazione della legge è per ora in ritardo, tanto che i sindacati hanno chiesto una proroga a fine anno (v. articolo a pagina 23).

Nella relazione 2011 oltre alla verifica dei vari istituti previsti dalla legge del 2007, compaiono per la prima volta i numeri dei medici che esercitano l'intramoenia nelle sue diverse forme e la media delle retribuzioni che hanno percepito: per la libera professione i medici hanno guadagnato nel 2011 in media 17.766 euro l'anno, con punte medie di 29.278 euro in Lombardia e, al contrario, di 7.892 euro a Bolzano.

L'intramoenia riguarda nella maggior parte dei casi l'area specialistica (il 62,6% dei ricavi nel 2011 contro il 59,8% del 2010), seguita dall'ospedale (in calo: il 24,9% di ricavi nel 2011 contro il 26,5% nel 2010) e solo per il 12,5% nel 2011 da altre situazioni (Sanità pubblica, consulenze ecc.: era il 13,6% nel 2010).

Quanti dirigenti in libera professione. I dirigenti in esclusiva erano nel 2011 123.409, di cui 103.654 medici. Di questi il 52% (64.173), secondo la relazione dell'Osservatorio nazionale, ha svolto real-

mente libera professione intramoenia. Ma la situazione è differenziata nelle Regioni. Il picco maggiore di intramoenia si registra nel Lazio con il 63% di medici che hanno erogato prestazioni libero-professionali. Sopra la media sono Piemonte e Liguria (62%), Valle d'Aosta (59%), Veneto (58%), Lombardia (57%) e Trento (56%). Al 53% si fermano tre Regioni: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Puglia, mentre tutte le altre sono al di sotto, con Bolzano fanalino di coda dove solo il 14% di medici ha esercitato l'intramoenia, seguito dalla Calabria con il 25% e dalla Sardegna con il 39 per cento.

Un dato tutto nuovo della relazione 2011 è quanti medici, tra quelli che svolgono la libera professione, hanno trovato spazio nelle strutture delle aziende (o comunque da queste convenzionate) e quanti invece sono rimasti nel proprio studio professionale. Fuori azienda hanno esercitato 23.915 medici di cui quasi 17mila solo in strutture esterne e gli altri sono rimasti un po' dentro e un po' fuori gli spazi aziendali. Molto basso (in media il 3%) il numero dei medici che pur esercitando al di fuori dell'azienda, lo hanno fatto in strutture convenzionate (la punta massima è il 13% nel Lazio, mentre ci sono Regioni come Molise, Umbria e Puglia allo 0%): la stragrande maggioranza è svolta presso lo studio privato.

Quanto guadagnano. Altra voce nuova della relazione 2011 è relativa agli incassi per l'intramoenia. E non solo dal punto di vista generale. La libera professione nel 2011 ha fruttato in tutto 1,257 miliardi, in leggera flessione rispetto al 2010 (erano

Liste d'attesa: distribuzione per fasce di giorni (% 2011)

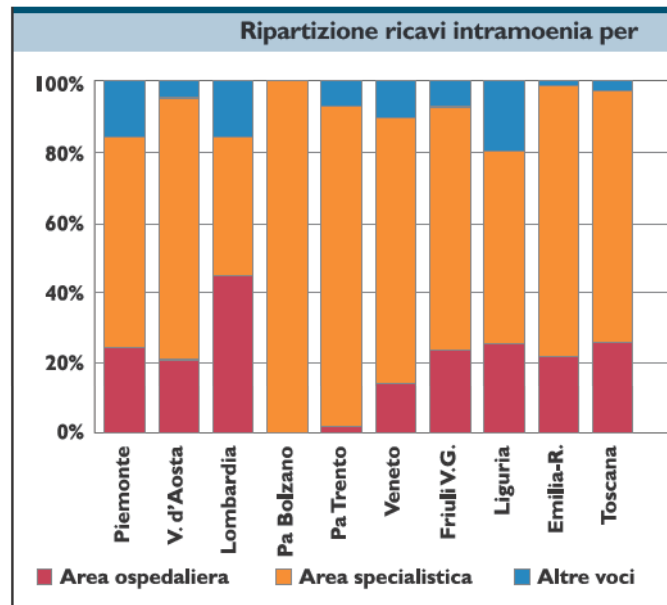
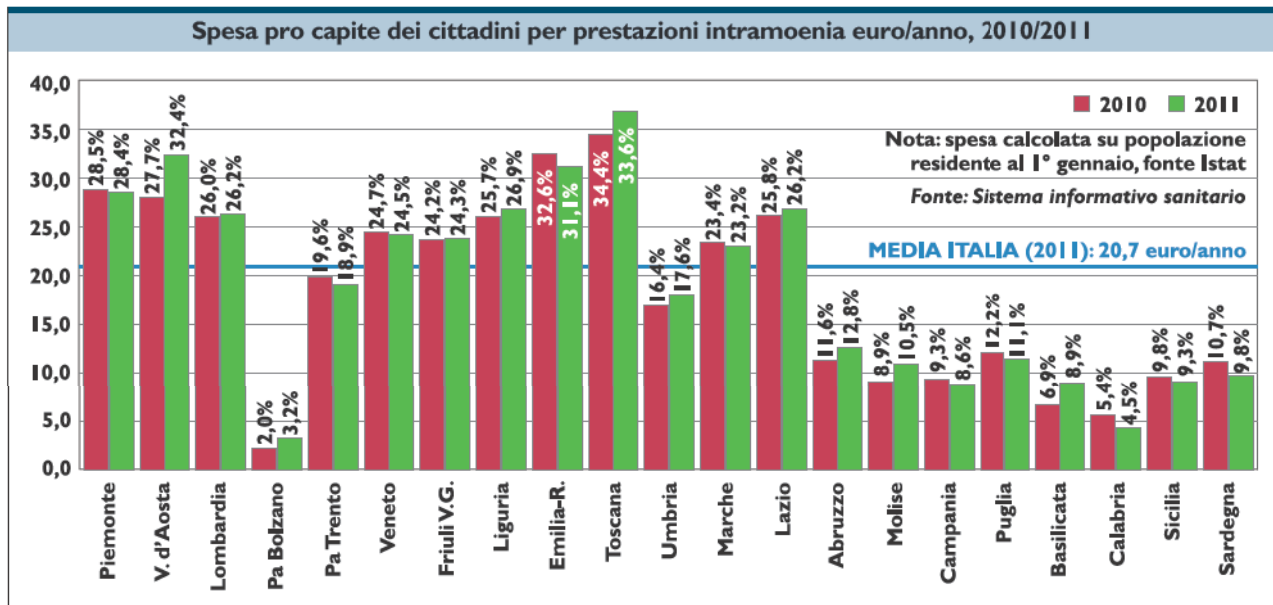
Prestazione	0 gg	0 - <=7	7 - <=15	15 - <=30	30 - <=60	>60
Visita cardiologica	8,3	45,2	22,6	14,6	6,7	2,6
Visita oculistica	7,7	39,6	24,6	16,2	8,9	3,0
Visita ortopedica	6,9	45,9	22,3	13,8	8,7	2,4
Visita otorinolaringoiatrica	12,7	53,4	20,3	9,3	3,4	1,0
Tac addome superiore	3,0	16,8	69,3	9,9	1,0	0,0
Tac addome inferiore	4,9	34,1	34,1	26,8	0,0	0,0
Tac addome completo	2,9	27,7	55,5	10,9	2,2	0,7
Tac capo	1,5	20,8	60,0	11,5	3,8	2,3
Rm cervello	6,8	38,4	31,5	13,7	8,7	0,9
Rm colonna vert.	6,7	43,3	26,8	13,0	5,6	4,6

1,265). E scende anche la spesa media pro capite per cittadino, dai 21 euro 2010 ai 20,7 del 2011. Le aziende hanno incassato un po' di più: 176,9 milioni nel 2011 contro 164,2 del 2010, ma la maggior parte degli introiti va comunque al personale (anche se in flessione) a cui sono stati distribuiti 1,08 miliardi nel 2011 contro gli 1,1 del 2010.

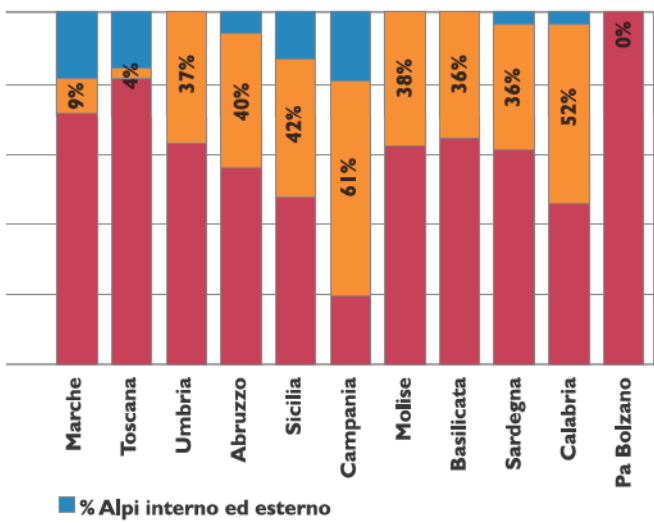
I medici hanno incassato in media pro capite circa 1.481 euro al mese per la libera professione, che si aggiungono ai 905, sempre medi, per l'indennità di esclusiva. Ma

anche in questo caso gli importi sono diversi nelle varie Regioni. Un medico lombardo che svolge intramoenia, infatti, ha guadagnato nel 2011 in media 2.448 euro al mese in più, mentre un medico di Bolzano appena 658 euro. Sopra la media oltre la Lombardia (v. grafico) ci sono praticamente tutte le Regioni "virtuose": Veneto, Emilia Romagna, Toscana, mentre sfiorano la media verso l'alto Piemonte, Valle d'Aosta e Lazio. Tutte le altre sono al di sotto.

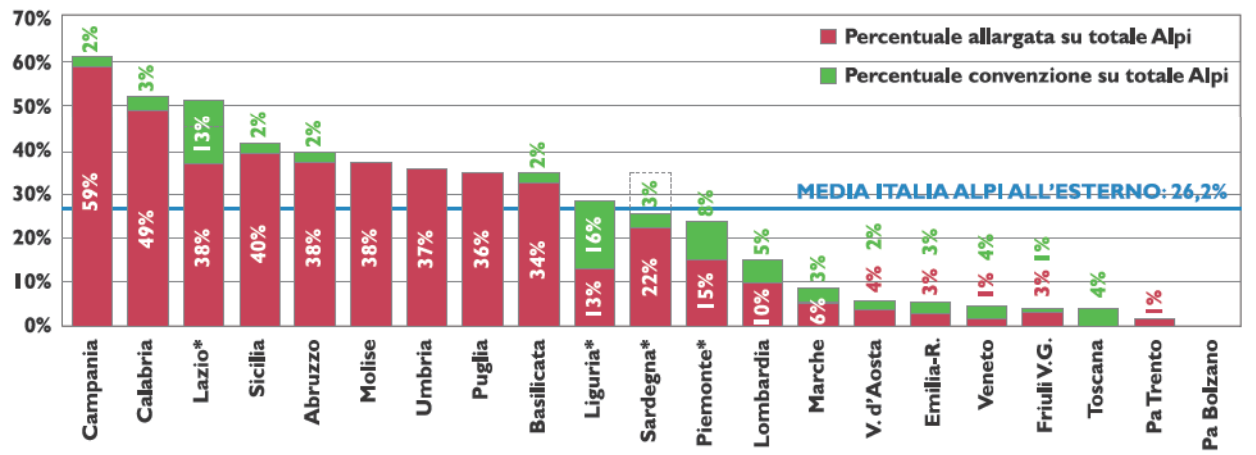
Nella correlazione tra guadagno medio e quota di Alpi esercitata all'esterno del-



di Alpi e per Regione

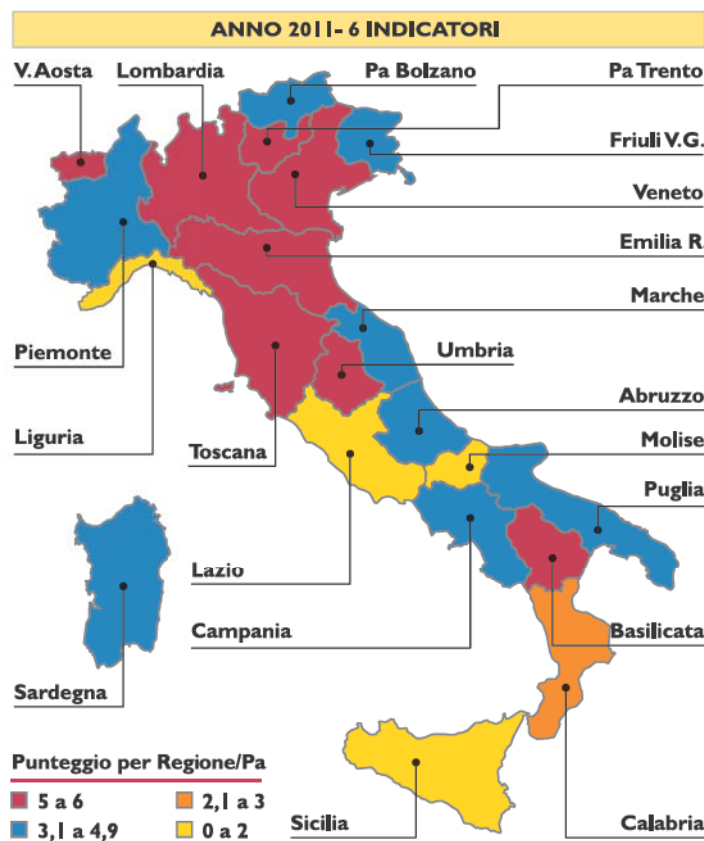
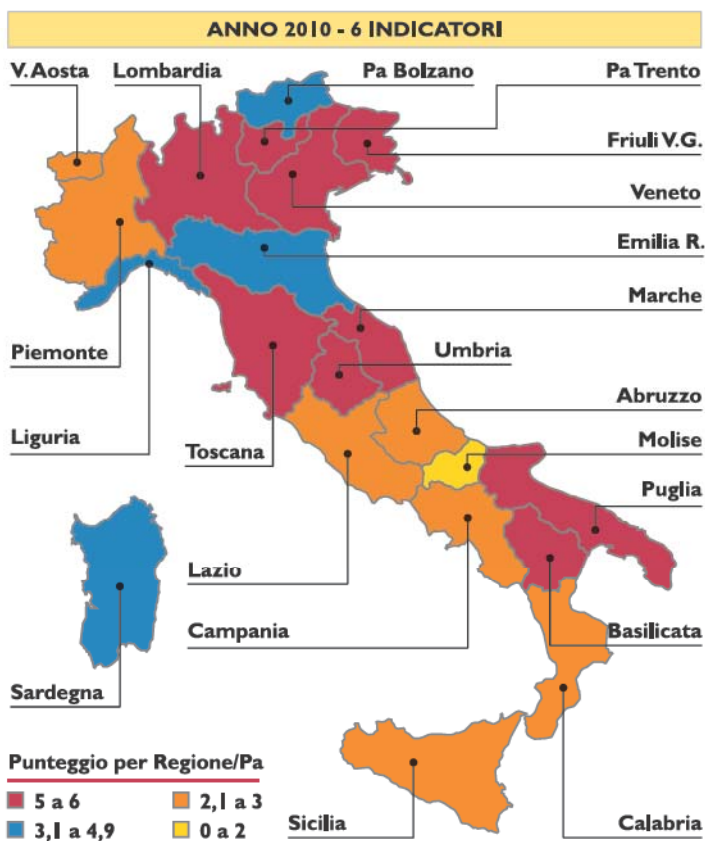


Medici per tipologia di libera professione esercitata in spazi esterni delle aziende (allargata)



(*) Per tali Regioni la somma delle due tipologie non coincide con la percentuale complessiva di Alpi esercitata all'esterno. La discrepanza maggiore si registra per il Lazio, la cui quota di libera professione esercitata al di fuori delle strutture aziendali è pari al 45% (minore della somma 38%+13%) e per la Sardegna che fa registrare una percentuale di Alpi all'esterno pari al 36%, maggiore alla corrisp. somma 22%+3%

I punteggi alle Regioni migliori e peggiori per il rispetto degli indicatori della legge 120/2007



Nota: per la Regione Lazio i dati rappresentati nella scheda di rilevazione per l'anno 2010 erano relativi a solo 16 Aziende delle 21 totali presenti sul territorio regionale

Nelle cartine l'Osservatorio assegna a ogni Regione un punteggio calcolato sulla base dei risultati ottenuti nei sei indicatori confrontabili negli anni:

- il passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale;
 - le aziende in cui è già attivo il servizio di prenotazione affidato a personale aziendale;
 - le aziende in cui c'è un tariffario in accordo con i professionisti per assicurare la copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'intramuraria compresi quelli per le attività di prenotazione e di riscossione degli onorari;
 - le aziende in cui è garantita la riscossione degli onorari sotto la loro responsabilità;
 - le aziende in cui sono svolte attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni di attività istituzionale ai tempi medi di quelle in intramoenia;
 - le aziende che hanno adottato misure per prevenire conflitti di interesse o di forme di concorrenza sleale.
- I "punti" assegnati per la media sono uno in caso di rispondenza piena, 0,5 se non tutte le aziende sono in regola, zero se nessuna azienda è in regola o la Regione non ha risposto. Il punteggio che ne deriva va da zero (nessun indicatore rispettato) a 6 (rispetto di tutti gli indicatori).

l'azienda, l'analisi evidenzia che solo il Lazio è poco al di sopra della media dei guadagni, mentre tutto il Sud è al di sotto, anche se quasi tutta l'Alpi in questi casi è esterna alle aziende.

Le pagelle delle Regioni. La relazione 2011 analizza poi 12 indicatori previsti dalla legge 120/2007, che tutto sommato considera rispettati in maggioranza, tranne casi particolari come il Molise che ha risultati quasi tutti negativi. Tra questi poi fa un focus su sei in particolare, confrontabili in tutte le Regioni e nei diversi anni: il passag-

gio al regime ordinario, i servizi di prenotazione e riscossione aziendali, il tariffario concordato, il controllo sui tempi e quello anti-conflitto di interesse.

E le pagelle che ne derivano (si dà un punteggio da 0 a 6 a seconda del grado di applicazione) promuovono a pieni voti nel 2011 Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e, unica Regione del Sud, Basilicata. Risultati medi per Piemonte, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia e Sardegna, mediocri per Ca-

labria e Sicilia e pessimi per Liguria, Lazio e Molise. L'Emilia Romagna poi migliora, raggiungendo il top e Abruzzo e Campania salgono nella classifica a livelli più alti. Performance peggiori invece rispetto al 2010 per Liguria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio e Puglia.

Le liste d'attesa. Un capitolo che mantiene in generale nel 2011 i risultati dell'anno precedente, infine, è quello delle liste d'attesa che la relazione focalizza su dieci prestazioni: visite cardiologica, oculistica, ortopedica, otorinolaringoiatrica, Rm della

colonna e del cervello, Tac di capo, addome superiore, inferiore e completo.

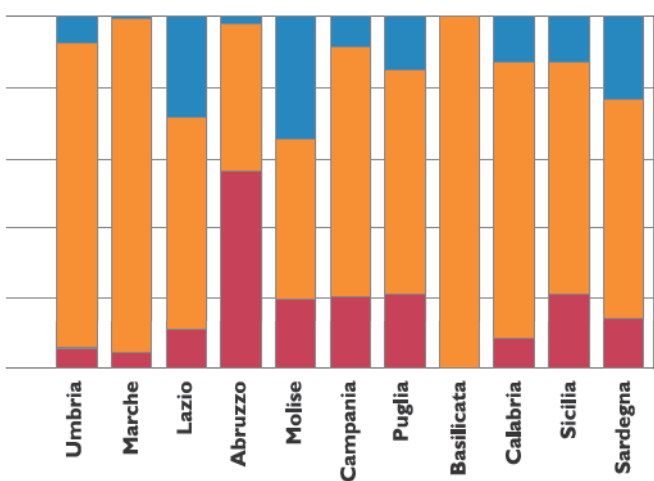
In linea di massima si espande l'utilizzo del Cup per le prenotazioni e le relative agende sono tenute dalle aziende di appartenenza dei medici. Dal punto di vista dei tempi, le prestazioni in intramoenia sono pressoché tutte eseguite entro un mese (93,33%: in attività ordinaria per alcune si raggiungono anche i sei mesi) e la maggioranza (79,4%) entro 15 giorni. È "istantaneo" (zero giorni di attesa) solo il 6,14% di prestazioni e la quota maggiore si

concentra in parti uguali (circa il 36-37%) entro i primi 7 e tra i 7 e i 15 giorni. Le prestazioni con le attese più lunghe sono le visite specialistiche e la Rm della colonna con percentuali di attesa oltre i 60 giorni tra il 2,4% (visita ortopedica) e il 4,6% (Rm colonna). Le visite otorinolaringoiatriche sono le più immediate (il 66% entro 7 giorni) e per la Tac all'addome inferiore non si attende mai oltre i 30 giorni.

Paolo Del Bufalo

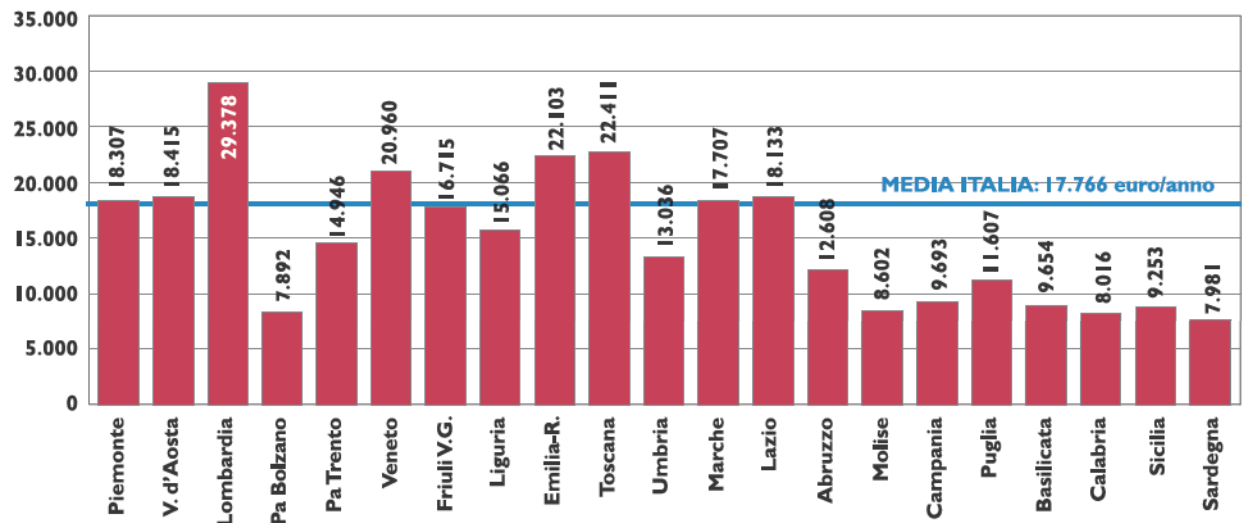
© RIPRODUZIONE RISERVATA

area e per Regione (anno 2011)



Fonte: Sistema informativo sanitario, dati a consuntivo Mod. Ce

Guadagno medio per medico dalla libera professione intramoenia (euro/anno)



Collicelli (Censis)

«Pesa non aver rafforzato la medicina del territorio»

DI VITO SALINARO

Dal San Raffaele di Milano al Cardarelli di Napoli, passando per le crisi di primarie strutture sanitarie, pubbliche e private, della Capitale. Gli ospedali in crisi o in forte affanno dal punto di vista economico e organizzativo sono troppi. «Si tratta di un tassello della più ampia crisi del welfare e dei servizi pubblici nel loro complesso», dichiara, dal suo privilegiato osservatorio, il vice direttore generale del Censis, Carla Collicelli.

Da dove nasce questo disagio?

Dalla complessità di assicurare la sostenibilità di strutture con tecnologie sempre più costose, competenze specialistiche elevate ed una organizzazione particolarmente complessa, a fronte di richieste via via più ampie ed esigenti rispetto al passato da parte degli utenti. Nodo non facile da sciogliere di per sé, ma soprattutto impossibile da sbrogliare senza che si rispettino due principi fondamentali, sempre declamati, ma poco perseguiti: nell'ospedale vanno curate nel modo migliore e nei tempi richiesti solo le fasi acute della malattia; e le costose risorse necessarie per farlo vanno utilizzate con grande efficienza e competenza.



Carla Collicelli

Il ricorso all'ospedale per il trattamento di malattie meno gravi, però, può essere il sintomo di ciò che non funziona nel resto dei servizi sanitari.

È proprio questo il punto. Fino ad oggi non è stato attuato in maniera diffusa il previsto rafforzamento della cosiddetta medicina del territorio, quella parte della sanità, cioè, che deve occuparsi fuori dall'ospedale, negli ambulatori, nelle residenze protette ed a casa del malato, delle malattie meno gravi e soprattutto delle patologie croniche, che affliggono in

misura crescente una popolazione sempre più anziana.

Non c'entrerà mica la politica con tutto questo...?

Certamente. Ma accanto a questa responsabilità principale, non possiamo dimenticare altri aspetti importanti, ed in particolare gli effetti di una gestione non sempre limpida degli ospedali dal punto di vista amministrativo, tra sprechi, attribuzioni di responsabilità sulla base di criteri politici, e ingerenze sui processi di governo interno, che tanta importanza hanno per il benessere organizzativo degli operatori, e soprattutto per la qualità del rapporto con i malati e le loro famiglie, e dunque per gli esiti stessi delle cure.

Ma come potranno questi nosocomi voltare pagina e diventare autosufficienti?

La letteratura sulle caratteristiche e le prospettive dell'ospedale moderno è ormai molto ricca, e non man-

cano esempi positivi e concreti anche in Italia. Per ottenere risultati accettabili su larga scala, però, bisogna innanzitutto insistere sul ribaltamento della logica organizzativa e delle modalità di cura: dalla centralità degli specialisti e dei macchinari alla centralità del paziente. In secondo luogo bisogna fare in modo che tutte le strutture ospedaliere siano costrette a partecipare ad una autovalutazione, e poi tutte insieme ad un processo di verifica attenta dei risultati raggiunti e della qualità dei servizi offerti rispetto alle altre strutture, e questo non per sollevare polemiche sterili né per suscitare pericolosi allarmismi, ma per promuovere la capacità di correggere gli errori e la collaborazione tra operatori, aree di lavoro e strutture diverse. Infine il buon ospedale deve umanizzarsi, puntando a rendere più costruttivo il rapporto umano tra operatori e pazienti, che tanta parte ha anche nell'esito delle cure e nella prevenzione delle ricadute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Ricoveri solo per le fasi acute. Le risorse vanno gestite con competenza eliminando sprechi, "criteri politici" e ingerenze»

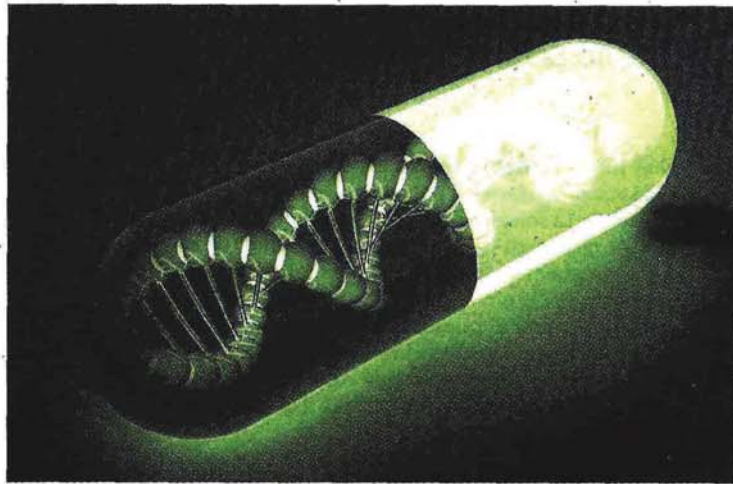


Scoperto il gene spazzino che rimuove anche i grassi

Grassi e rifiuti cellulari in eccesso? A regolarne lo smaltimento ci pensa un gene, battezzato Tfeb. In uno studio pubblicato su «Nature Cell Biology» Andrea Ballabio e Carmine Settembre dell'Istituto Telethon di genetica e medicina di Napoli (il Tigem) hanno dimostrato per la prima volta come nelle nostre cellule la produzione dell'energia e lo smaltimento delle sostanze di scarto siano collegati: una scoperta dal grande potenziale applicativo non solo nel campo delle malattie genetiche rare, ma anche in quelle degenerative. «Abbiamo dimostrato - spiega Settembre, primo autore del lavoro - che Tfeb gioca un ruolo da direttore d'orchestra anche nel metaboli-

simo dei grassi, quando l'energia scarseggia. È in grado, infatti, di mettere in moto il processo con cui la cellula "spezzetta" i lipidi e li converte dalla loro forma di deposito a quella immediatamente utilizzabile come fonte energetica. La controprova è venuta dai test su due tipi di topi di laboratorio. Questo significa che Tfeb è riuscito a mimare quel processo che si verifica in caso di digiuno e che favorisce l'utilizzo dei grassi, evitandone l'accumulo». Tuttavia è importante sottolineare - ha detto Ballabio - «che questo lavoro non vuole dimostrare che per prevenire l'obesità dovremo ricorrere alla terapia genica. Con questa tecnica, che si rivela molto promettente, abbiamo la conferma del fatto che stimolare Tfeb faccia "stare bene" le cellule e che questo processo si possa sfruttare per contrastare la degenerazione progressiva che si osserva in molti tipi di malattie».

La ricerca



Nuove opportunità
Lo studio sul gene Tfeb è stato condotto dall'Istituto Telethon di genetica e medicina di Napoli (il Tigem)



Dai videopoker agli psicofarmaci senza ricetta ecco le nuove droghe degli adolescenti

Indagine Cnr: in aumento anche la coca e, dopo dieci anni, l'eroina

**Un dossier
tra gli studenti
In crescita
cannabis
e tranquillanti**

**"Il rischio
alcolismo è doppio
per chi è abituato
a bere energy
drink"**

FABIO TONACCI

ROMA — Davanti alla scuola tanta gente, otto e venti, prima campana. «E perché dovrei spegnere quella sigaretta?», sorride da sotto il suo ciuffo biondo Luca, 16 anni portati con la leggerezza con cui tiene quella Marlboro in bilico tra le labbra. «Mica mi faccio le canne, io. Però gioco, sì. Scommetto sul calcio, ogni sabato. E faccio qualche torneo di poker su Internet». Che non si può, se non si è maggiorenni. Ma Luca se n'è già andato, «scusa ma ho il compito in classe di latino». L'idea che anche lui faccia parte di quell'8 per cento col vizio del gioco d'azzardo, una preoccupante novità dell'ultima ricerca del Cnr sulla popolazione studentesca, non lo sfiora nemmeno. Oggi Cicerone o Seneca, sabato c'è da azzeccare il risultato di Torino-Juventus. E via così.

Al liceo classico Visconti, uno dei più rinomati del centro di Roma, ti guardano con sufficienza quando inizi a recitare i dati dell'Espad, il rapporto sul consumo di droghe, alcol e dipendenze varie realizzato su un campione rappresentativo dei 2,5 milioni di studenti italiano tra i 15 e i 19

anni. Uno su quattro ha fumato almeno una volta una canna (la media europea è più bassa) e il 15 per cento lo fa spesso, il 4 per cento ha sperimentato cocaina e pasticche, l'uso di eroina (l'1,7 per cento dei ragazzi dichiara di averla provata) per la prima volta è tornato a crescere di qualche zero virgola. «Sì sì, come al solito ci considerano tutti drogati e alcolizzati — minimizza Silvia, prima ginnasio, quadernone a quadretti sulle ginocchia con una sfilza di equazioni da risolvere — ma non è così. Non qui al Visconti, almeno. Qui siamo "regolari"». Liberamente tradotto, significa figli della Roma borghese che lavora, pochi problemi, molte prospettive. La preside Clara Rech conferma: «Non ho notato comportamenti preoccupanti nei miei studenti, forse i dati si riferiscono agli istituti in periferia».

Però qualche "irregolarità" si scorge anche qui. Ad esempio quando il discorso cade sull'altro nuovo vizio che mette a rischio la salute dei giovanissimi, rilevato dall'Espad: il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica, dichiarato dal 15 per cento dei ragazzi. Silvia ora non minimizza più. «Beh, io qualche volta prendo le pasticche per dormire di mia nonna. Sai, lo stress prima dei compiti in classe. No, non me le ha prescritte il medico. Per le diete, poi, tutte prendiamo qualche pillola strana. Magari funzionassero...».

Magari bastasse risolvere equazioni per sconfiggere l'insonnia. Tra l'altro aggravata, in alcuni casi, dal consumo smodato degli energy drink, quelle bevande analcoliche contenenti caffeina, taurina, carnitina, creatina, guaranà e altri stimolanti. «Meglio una birra», pare es-

sere l'opinione più o meno condivisa al Visconti. Però nei distributori automatici quelle lattine ci sono anche qui, e comprarle è diventata un'abitudine per il 27 per cento degli studenti italiani. «All'apparenza non sembrano preparati dannosi — spiega Sabrina Molinaro, a capo del team di epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia clinica del Cnr che ha condotto la ricerca — però abbiamo notato un dato curioso: chi ne fa uso mostra una tendenza a ubriacarsi con bevande alcoliche doppia rispetto alla media. La colpa potrebbe essere dei cocktail a base di superalcolici e energy drink».

Di chi sia la colpa del dilagare del gioco d'azzardo tra i giovanissimi, invece, è ancora da chiarire. Ma i dati raccontano che il 19 per cento di chi gioca rientra nelle categorie dei giocatori problematici o a rischio di sviluppare dipendenze, che i maschi sono più attratti da poker alla texana, slot machine, scommesse sportive, mentre alle femmine piace il Gratta e Vinci e il Superenalotto, che il primato degli studenti giocatori spetta ai calabresi col 54 per cento. «Quanto gioco io? — ammette per niente imbarazzato Francesco, 17 anni — anche cinquanta a botta, sempre sul calcio. E c'azzecco pure... non sempre, eh». Secondo l'Espad la stragrande maggioranza non scommette più di 10 euro al mese. E però c'è da tenere d'occhio quel 6 per cento che spende più di 51 euro. «Mah, a me questi ragazzi non sembrano molto diversi rispetto a quelli di una volta — chiosa la signora Angela, bidella storica dell'istituto dal 1987 — vuole sapere qual è il loro vero vizio? Che non hanno più rispetto di niente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I vizi degli studenti

- Almeno una volta nella vita
- Negli ultimi 30 giorni

Tabacco
 → 60,90% 35,90%



Psicofarmaci
 (farmaci per dormire, per l'umore, per l'iperattività e per le diete)
 → 15,40% 4,60%



Cannabis
 → 28,10% 14,10%



Cocaina
 → 3,90% 1,60%



Eroina
 → 1,70% 1%



Allucinogeni
 (Ls, ketamina...)
 → 3,90% 1,50%



Stimolanti
 → 3,80% 1,60%



Energy drink
 → 58,70% 27,30%



45,3%
 gli studenti che hanno giocato somme di denaro nell'ultimo anno

8%
 I ragazzi tra i 15-19 anni che rischiano di sviluppare dipendenza da gioco d'azzardo

10 euro
 La somma giocata dal 70 per cento degli studenti ogni mese

Fonte: Rapporto Espad-Italia 2012 dell'Istituto di Fisiologia Clinica - CNR

I numeri

CANNABIS
 Consumi in aumento dello 0,6%. In Italia i consumi sono più alti di 5 punti rispetto alla media europea, che è del 17%

EROINA
 Per la prima volta in dieci anni, aumenta anche il ricorso all'eroina, anche se di poco (+0,1%)

BINGE DRINKING
 È il fenomeno che riguarda chi fa almeno 5 bevute in una sera ed è praticato più dalle femmine che dai maschi

COCAINA
 Gli aumenti maggiori nel consumo si registrano in Sardegna e Sicilia (+0,8%) e in Calabria (+0,3%)

NEUROLOGIA

Allo studio nuove cure per l'atrofia del cervello

Luisa Romagnoni

■ L'ultima vittima celebre dell'Alzheimer, è stata in questi giorni, l'ex primo ministro inglese Margaret Thatcher. Un declino cognitivo impietoso, conseguenza della malattia che l'aveva colpita nel 2008. L'Alzheimer, come il morbo di Parkinson o la sclerosi multipla, sono patologie degenerative che provocano danni al sistema nervoso centrale. Si caratterizzano per una disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali. La ricerca progredisce anche grazie a nuove tecniche diagnostiche. Una cura risolutiva è ancora lontana. A livello europeo, sono circa 165 milioni le persone che soffrono di disturbi cerebrali, e il 50 per cento delle disabilità mondiali è dovuto a patologie del sistema nervoso. «Per molto tempo non abbiamo analizzato l'atrofia cerebrale come stiamo facendo ora», spiega Sven Schippling, direttore del dipartimento di neuroimmunologia e sclerosi multipla, university hospital Zurich, Svizzera. L'atrofia cerebrale, è una caratteristica distintiva della progressione della malattia nei pazienti con sclerosi multipla. Finora

la sua misurazione è stata molto difficile. «Le moderne tecniche di risonanza magnetica per immagini (MRI), sempre più sofisticate ci permettono oggi di meglio valutare la perdita di volume cerebrale nel tempo e di poter condurre attendibili ricerche, anche in altre patologie come la sclerosi multipla», aggiunge Schippling. La valutazione dell'atrofia cerebrale sta assumendo un ruolo sempre maggiore nel monitoraggio degli effetti del trattamento della sclerosi multipla. In merito terapie come fingolimod hanno dimostrato efficacia nel ridurre la perdita del tessuto cerebrale e nel rigenerarlo (rimielizzazione). Nuove molecole per la sclerosi multipla sono in sperimentazione nella pipeline di Novartis. Si tratta di siponimod, un modulatore selettivo dei sottotipi 1 e 5 dei recettori, per la forma secondaria progressiva (Spms) di sclerosi multipla, oggi con limitate opzioni terapeutiche. La società di Basilea ha allo studio anche un anticorpo monoclonale (secukinumab) ricombinante, completamente umano che blocca l'interleukina-17A, coinvolta nella patogenesi della sclerosi multipla recidivante remittente.



Nel 1948 c'era un caso positivo ogni 500 oggi sono uno su cento, ma esiste anche un'intolleranza di origine non celiaca

Quel male che nasce dal glutine

LA RICERCA

Il numero dei celiaci continua a crescere di anno in anno. Un boom inarrestabile, a cui la scienza cerca di dare una spiegazione. Da uno studio americano su campioni di sangue congelato, è emerso che nel 1948 c'era un caso positivo su 500 campioni, nel 2003 un caso su 250 e oggi si è arrivati a uno su 100. Per alcuni epidemiologi dipende dalle migliori tecniche diagnostiche, per altri dall'aumento delle persone intolleranti al glutine anche nei Paesi come India e Cina, dove i regimi alimentari stanno velocemente subendo un processo di occidentalizzazione, per altri ancora da un maggior consumo di cereali più ricchi di glutine rispetto al passato.

Inoltre, come si legge in uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* la malattia, pur diffondendosi, continua ad interessare soprattutto le donne, con una prevalenza di 1,5-2 volte rispetto agli uomini. E con il 10-15% dei familiari di primo grado affetti dalla stessa patologia. In Italia in pochi anni il numero delle diagnosi è raddoppiato, arrivando a 135mila, con un incremento di circa il 10% all'anno. Numeri impressionanti che portano gli scienziati a chiedersi se vi siano altre malattie simili che erroneamente sono state etichettate come celiachia.

DUE CATEGORIE

In occasione del IX congresso della FISMAD (Federazione Ita-

liana Società Malattie Apparato Digerente) di Bologna, è stata presentata una ricerca (*American Journal of Gastroenterology*), realizzata su più di 250 pazienti, valutando un database su oltre dieci anni di lavoro di un centro specialistico nel campo delle intolleranze e delle allergie alimentari. «I nostri risultati confermano senza dubbio l'esistenza della sensibilità al glutine non celiaca e la connotano come una condizione eterogenea, che include differenti sottogruppi di pazienti - spiega Antonio Carroccio dell'università di Palermo, coordinatore dello studio - I pazienti sensibili al glutine possono essere suddivisi in due categorie. Quelli che accusano disturbi solo quando assumono glutine/frumento e quelli che devono evitare anche altri alimenti, perché hanno sintomi sia a causa del frumento sia per latte vaccino e derivati, uovo e altri cibi. Si può affermare quindi che i pazienti che soffrono di ipersensibilità al glutine/frumento mostrino caratteristiche cliniche più simili ai pazienti celiaci, mentre i pazienti che hanno più intolleranze attive hanno caratteristiche più simili ai pazienti allergici».

Essere sensibili al glutine significa avere sintomi simili a quelli della celiachia e dell'allergia al grano senza essere affetti da nessuna delle due patologie. «Attenzione al business della falsa celiachia - avverte Gino Roberto Corazza ordinario di Gastroenterologia all'università di Pavia - Si tratta di una sindrome che provoca sintomi simili a quelli della celiachia co-

me dolori e gonfiori addominali ma senza che siano presenti segni oggettivi riscontrabili di malattia. È opportuno che non si instauri una moda. Pensare che la dieta senza glutine sia benefica per dimagrire o altro è assurdo. E anche molto costoso. Circa 35 milioni di euro l'anno vengono spesi per cibi senza glutine non necessari».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«LA DIETA UTILE PER QUESTI PAZIENTI NON SERVE AFFATTO A DIMAGRIRE»

Gian Roberto Corazza gastroenterologo

La novità



Polpa d'arancia per fare il pane

Gli scarti delle arance sono un ottimo prodotto per preparare cibo adatto agli intolleranti al glutine. È il risultato di un lavoro concluso in Irlanda da un gruppo di ricercatori del Teagasc Food Research Centre dell'università di Cork che ha lavorato su un metodo per convertire la polpa di arancia avanzata dalla preparazione di spremute in una farina che permette di realizzare pane senza glutine. La polpa di arancia è ricca di fibre e molto povera di grassi. L'unico problema è la difficoltà del processo, come spiega Eimar Gallagher del Teagasc Food Research: «Sviluppare formulazioni prive di glutine può essere complicato perché la proteina che normalmente tiene insieme il cibo, cioè il glutine, deve essere assente».

Identikit

Quali i sintomi nei bambini



Diarrea cronica con malassorbimento, scarso accrescimento, anemia, umore depresso

Come si manifesta negli adulti



Anemia non spiegabile, problemi intestinali, dolori addominali ricorrenti, dolori ossei

I test da fare per la diagnosi



Sierologia: esame del sangue. Nel caso di positività si procede con biopsia intestinale

Salute

In aumento i casi di celiachia, Pierluigi Collina testimonial

Caperna, Filippi e Massi alle pag. 23, 24 e 25

L'arbitro Pierluigi Collina nel 2002 ha scoperto che la figlia di 11 anni soffriva di questa patologia. Da allora è testimonial per promuovere la ricerca e stare accanto agli altri genitori

«La mia guerra alla celiachia»

L'INTERVISTA

Ascendere in campo è il miglior arbitro di calcio del mondo, Pierluigi Collina. Perché nel 2002, anno in cui diresse la finale del campionato mondiale in Giappone tra Brasile e Germania (vinse la squadra di Ronaldo 2-0), venne scoperto che sua figlia di 11 anni era celiaca. Da allora, è diventato testimonial per far conoscere la malattia, stare al fianco di altri genitori nelle sue condizioni e promuovere la ricerca. È austero, energico e positivo Collina. Oggi Responsabile degli arbitri nella Uefa. Durante questi anni ha affrontato la questione familiare con moglie e figlie e si è messo a disposizione per fare squadra. Contro pregiudizi, paure e tabù.

Come siete arrivati alla diagnosi di celiachia per vostra figlia?

«Era dimagrita in un modo impressionante in pochissimo tempo. Mia moglie ed io eravamo molto preoccupati. Pensavamo ad ogni tipo di malattia. Non ultima l'anoressia».

L'anoressia?

«Sapevo che bambine della sua età cominciavano ad essere sfiorate da disturbi alimentari come l'anoressia e la bulimia. Ci sembrava strano ma non si poteva escludere a priori un problema di carattere psicosomatico. Temevo che potesse avere carenze gravi in un periodo di crescita così delicato. Quello di passaggio dall'infanzia all'adolescenza».

E come vi comportavate con la bambina? Insistevate a farla mangiare ogni genere di cibo?

«Certo. Facevamo come tutti i genitori. Le davamo la pasta, i dolci. Alimenti che potessero farle riprendere qualche chilo. E, ovviamente, continuava ad avere

problemi intestinali e dimagrire».

Molti genitori con figli nelle vostre stesse condizioni raccontano di essere arrivati dopo parecchio tempo ad avere la certezza della diagnosi. Anche per voi è stato così?

«Teniamo conto che da allora sono passati undici anni. I medici, la ricerca e la cultura nei confronti della malattia hanno fatto grandi passi e accelerato le diagnosi. Le maggiori difficoltà le abbiamo vissute prima di sapere quale fosse la malattia di nostra figlia Francesca».

Fino al giorno in cui vi è stato detto quale fosse il disturbo. Chi vi ha finalmente liberato dalle paure di malattie più gravi?

«Per fortuna, grazie all'intuizione di un medico amico, abbiamo scoperto abbastanza velocemente quale fosse il problema. So di altri che hanno dovuto aspettare, una situazione molto pesante».

La vostra reazione? Da allora come è cambiata la vostra vita?

«Abbiamo subito capito che bastava cambiare dieta per permettere a nostra figlia di fare una vita come tutte le sue amiche. Non doveva sentirsi esclusa e malata. Doveva, comunque, imparare ad essere autonoma e scegliere i cibi giusti. In casa? Ci siamo adattati e organizzati».

Un consiglio alle famiglie che hanno appena ricevuto una diagnosi di celiachia per un figlio e un consiglio per chi, da grande, si trova a fare i conti con alimenti senza glutine?

«Alle famiglie dico di non spaventarsi, la soluzione c'è. Basta cambiare menù, è la situazione migliore. Niente farmaci, niente terapie. Niente panico neppure per l'adulto che, ormai, ha l'opportunità di scegliere i cibi giu-

sti. Per mangiare fuori e a casa». **È pesante l'adattamento psicologico per chi, al momento di mangiare, deve sempre stare così attento?**

«È una condizione molto soggettiva come ho visto conoscendo diverse persone celiache. Dipende dall'età di insorgenza del problema, dal carattere, dall'aiuto che si ha avuto in famiglia. C'è chi non si sente poi così limitato».

Sua figlia è andata in vacanza da sola quando era piccola, ai campi scuola?

«Lei è sempre andata, sapeva quello che poteva e non poteva scegliere. Si doveva adattare al menù a disposizione. Non è mai partita con scorte di cibi propri. Altrimenti come poteva diventare responsabile?».

Una persona celiaca può fare sport anche agonistico?

«Può farla. Una buona fonte di energia è il riso, per esempio, senza glutine. O il mais. Si può ugualmente costruire una dieta mirata per chi fa attività sportiva».

Lei parla sempre di regole, di responsabilità...

«È un modo per superare le difficoltà e vincere. Oggi nessuno potrebbe dire che mia figlia ha un'intolleranza alimentare. Ora aspetta pure un bambino!».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La malattia

L'intolleranza a una proteina



La celiachia è una intolleranza al glutine. L'assunzione di alimenti contenenti anche piccole quantità di farina di grano, orzo, segale e farro provano nei celiaci (ne è colpito l'1% della popolazione) una serie di danni a carico dell'intestino con conseguente cattivo assorbimento dei nutrienti. Eliminare il glutine dalla propria dieta permette al celiaco di condurre una vita serena e in salute. Non si nasce celiaci, si nasce con la predisposizione a diventare celiaci. E questa predisposizione, spiegano all'Associazione italiana celiachia, che è di tipo genetico, si realizza quando la persona entra in contatto con gli alimenti proibiti.



FRANCESCA DIMAGRIVA E AVEVA PROBLEMI INTESTINALI ABBIAMO PENSATO ADDIRITTURA CHE FOSSE ANORESSIA



È BASTATO CAMBIARE DIETA, SENZA PRENDERE FARMACI E SENZA TERAPIE E ADESSO UNA BELLA NOTIZIA: È INCINTA