

Asl e ospedali. A fine gennaio il Dpcm con la ripartizione tra le amministrazioni

Sanità, spending da 6 miliardi È caccia ai tagli nelle regioni

PATTO IN STANDBY

Dai Lea ai ticket alle cure h24, il Patto per la salute è ancora fermo: sono una quindicina le scadenze rimaste inattuate

Roberto Turno

■ Beni e servizi, dispositivi medici, cliniche private, farmaci, centrali uniche d'acquisto. A suon di spending review. E chi più ne ha, più ne metta. Sotto a chi tocca: per i tagli alla sanità che dovranno scattare nel 2015, sono aperte le scommesse. Tagli che saranno inevitabilmente plurimiliardari: il colpo di scure alle regioni indicato dalla manovra per il prossimo anno (e i seguenti) è di 4 mld (3,452 mld per le "ordinarie", 548 mln per quelle a statuto speciale), cui si aggiungono altri 2,3 mld circa per effetto trascinarsi dal passato. Un taglio totale da 6,3 mld che dovrebbe toccare la spesa sanitaria per la quota parte, più o meno l'80%, che essa occupa nei bilanci regionali. Più o meno il 3% dell'intero fondo sanitario nazionale, che verrebbe in sostanza decurtato anche oltre i 2 mld o poco più che in linea teorica avrebbe ottenuto con la stessa manovra e col «Patto» per la salute 2014-2016. Col risultato aggiuntivo che la stessa speranza di dedicare i risparmi agli investimenti nel settore - altra promessa del «Patto» - andrà a carte quarantotto.

E così è già toto-pronostici nelle regioni e tra le categorie per capire a quale punto si collocherà l'asticella della potatura dei fondi sanitari e, cioè, dove colpirà di più la frusta di

Matteo Renzi. Non è un caso che l'intera filiera del farmaco ha subito manifestato ampie preoccupazioni al Governo, e che lo stesso abbiano fatto le case di cura private accreditate col Ssn che hanno scritto una lettera aperta al premier. E che sulle spine siano ovviamente tutte le regioni, colpite tra l'altro da tagli lineari quasi vecchio stampo, che non sembrano distinguere tra chi in questi anni ha fatto i compiti a casa, e chi non li ha fatti o mai abbastanza. Con i governatori in regola che non ci stanno, e quelli con i conti più in bilico che hanno ben pochi spazi per tagliare di più. In tutto questo, si sono aggiunti altri emendamenti del Governo, tra finanziamento dei farmaci innovativi e regole per i criteri di riparto, che hanno suscitato tra le regioni altri motivi di dissenso verso palazzo Chigi.

Un quadro, insomma, tutt'altro che roseo. Anche perché, se quella sarà la portata finanziaria della manovra sanitaria, non si tratterà soltanto di eliminare il grasso in più nelle spese di asl e ospedali: il sospetto di ridurre il grado di assistenza sanitaria, è tutt'altro che aleatorio. Anche se non giustifica affatto gli allarmi di chi vorrebbe solo finanziamenti in più in barba alle responsabilità, agli sprechi e alla corruzione così diffusa nel settore. Nel quale, vale ricordarlo, il blocco dei contratti dura ormai da più di quattro anni. E una volta che saranno sbloccati? Anche questa, per gli anni a venire, non per il 2015, è una mina assai difficile da disinnescare e che la-

scia capire quanto delicato sia, e sempre più sarà, l'aspetto della sostenibilità del sistema sanitario pubblico a bocce legislativamente ferme

Fatto sta che per i governatori sarà un'impresa trovare in tempi rapidi la classica quadra per spartirsi la mole dei tagli, e poi decidere ciascuno come fare in casa propria. Compito che si assumerà il Governo con un Dpcm a fine gennaio, se non avverrà prima da parte delle regioni. Che però potrebbero aspettare che sia il Governo a fare la prima mossa, se è vero che tocca all'Esecutivo indicare la direzione di marcia dei tagli.

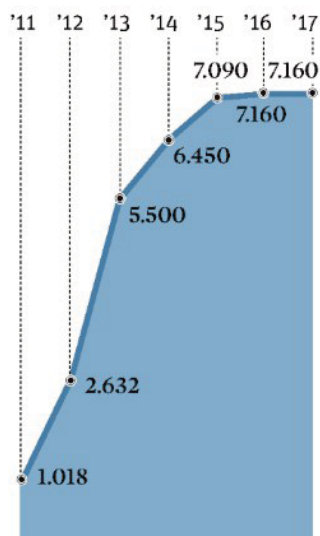
Con due ulteriori complicazioni. La prima di carattere politico: a maggio (presumibilmente) in molte regioni si voterà per il rinnovo di consigli e giunte, e non sarà facile (ma anche per il Governo) andare al voto con la bandiera dei tagli alla salute da presentare in campagna elettorale agli elettori. La seconda complicazione è più "tecnica", ma non meno insidiosa: l'applicazione del «Patto» che è praticamente in stand by con una quindicina di scadenze già inattuate e che tali resteranno nei prossimi mesi. Dai Lea ai ticket, dagli standard ospedalieri quasi riscritti alle cure h24, dal «Patto» per la sanità digitale fino al piano cronicità, passando per la riforma di Aifa e Agenas alle cure transfrontaliere. Finora è rimasto tutto lettera morta. Il rischio è che la paralisi duri ancora mesi e mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I conti della sanità italiana**TAGLI AL FINANZIAMENTO**

Dati in milioni di euro

**I DISAVANZI DAL 2015 AL 2013**

Dati in milioni di euro

| | | | |
|-----------------------|-----------|---------------|-------------------|
| Piemonte | -2.095,04 | Marche | 87,09 |
| Valle d'Aosta | -435,96 | Lazio | -9.925,23 |
| Lombardia | -4,13 | Abruzzo | -464,52 |
| Bolzano | -1.859,54 | Molise | -364,52 |
| Trento | -1.556,06 | Campania | -4.060,41 |
| Veneto | -113,55 | Puglia | -1.523,27 |
| Friuli Venezia Giulia | -398,52 | Basilicata | -160,82 |
| Liguria | -809,96 | Calabria | -1.175,89 |
| Emilia Romagna | -826,11 | Sicilia | -2.582,61 |
| Toscana | -454,53 | Sardegna | -2.074,42 |
| Umbria | 13,26 | Totale | -31.211,30 |

Il dossier di Federanziani

Cresce la spesa sanitaria Ma gli anziani non si curano

Vola la spesa sanitaria (+43% in un decennio). Farmaci sempre più pagati di tasca propria dai cittadini (costa meno comprarli che pagare il ticket). E un over 65 su tre rinuncia alle cure dentistiche per ragioni economiche. Sono i dati più eclatanti emersi dal nuovo dossier presentato al ministero della Salute da Federanziani dove il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è «intasato» da 1 miliardo e 365 milioni di prestazioni erogate ogni anno, in media 22,78 pro capite, di cui si stimano evitabili o ingiustificate almeno il 30-40%. Nonostante gli sforzi delle amministrazioni (centrale e regionali) per contenere la spesa pubblica, quella relativa al Ssn continua a crescere: nel 2012 ha toccato i 113 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il rapporto di Federanziani

Farmaci col ticket? Troppo cari Conviene comprarli senza ricetta

Le Regioni battono cassa, aumentano i cittadini per cui è meglio fare a meno della prescrizione. Uno su quattro rinuncia a farsi curare i denti per motivi economici

■ ■ ■ ANTONIO CASTRO

■ ■ ■ Un Paese sempre più anziano, dove si spende sempre di più per garantire una sanità (nonostante la spending review), e dove conviene pagare di tasca propria i farmaci invece di chiedere la ricetta al medico di base e poi andare in farmacia. In sostanza: «Costa meno comprare da soli i farmaci che pagare i ticket».

La radiografia del nostro Paese, vista con la lente della spesa sanitaria e farmaceutica, è preoccupante. Spendiamo sempre di più (per assistenza e farmaci), ma salvo la gestione delle emergenze («da 10 e lode»), siamo messi maluccio.

Complessivamente (ultimi dati aggregati 2012) la spesa sanitaria totale è stata di circa 113 miliardi di euro. Con una crescita consistente se paragonata al 2002. Negli ultimi 11 anni, infatti, per curarci, abbiamo sborsato (tra spesa pubblica e ticket), 34 miliardi in più (+ 43% della spesa sanitaria nazionale).

Lo studio comparato realizzato da Federanziani («Compendio SIC-Sanità in Cifre 2013», presentato ieri), prova anche che è lievitata (del 34% dal 2003) la spesa procapite. Nel 2012 lo Stato ha speso per ogni cittadino 1.903 euro (aumento del 4,5% negli ultimi quattro anni e di circa il 34% dal 2003).

Ma a balzare all'occhio è il paradosso farmaceutico: con l'aumento costante della compartecipazione (i ticket sanitari per prestazioni o farmaci), ormai, sintetizza la ricerca, «costa meno comprare da soli

i farmaci che pagare i ticket».

«Nel 2013», spiega la ricerca Federanziani, «la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,1 miliardi di euro, di cui il 75,4% rimborsata dal Ssn. In media per ogni cittadino la spesa per farmaci è stata di circa 436 euro». Però sfogliando bene si scopre che la quota pubblica è diminuita «del 9,37% a fronte di un aumento dello 0,95% di quella imputabile ai cittadini. Tra il 2011 e il 2012 tale aumento ha comportato un maggiore esborso per i cittadini pari a 246 milioni di euro. La compartecipazione passa da 21,88 euro del 2011 a 24,1 euro pro capite nel 2013, con un aumento percentuale del 10,1%».

Le Regioni, in bolletta per il taglio dei trasferimenti o con pesanti piani di rientro dalla spesa incontrollata, hanno imposto negli ultimi anni pesanti ticket che hanno reso spesso più conveniente - insieme all'introduzione/obbligo del farmaco di base - evitare la ricetta rossa e acquistare direttamente il farmaco senza ricetta (e quindi senza sborsare il ticket).

Ma non c'è solo la spesa farmaceutica bizzarra a balzare all'occhio. La grande campagna per limitare l'ospedalizzazione non sembra aver prodotto i risultati (risparmi) attesi. Scrive la Federazione: «Nulla è valsa la riduzione dell'attività ospedaliera, caratterizzata nel 2012 da una netta diminuzione del volume di ricoveri e di giornate di degenza erogate rispetto al 2010: circa 1 milione

di ricoveri e 5,2 milioni

di giornate di degenza in meno». L'unico risultato conseguito è di aver ridotto i posti letto disponibili (ingolfando le liste d'attesa). «Se nel 2011 i posti letto effettivi ammontano a 4 ogni 1.000 abitanti, 3,4 dei quali dedicati all'attività per acuti in regime ordinario, la spending review ha ridotto ulteriormente di 7.400 il numero di posti letto a partire dal 1 gennaio 2012. Ma anche se calano le attività per acuti la spesa sanitaria rimane sensibilmente in aumento».

Balza all'occhio un dato significativo: «Nel 28,65% dei casi gli intervistati sono stati costretti a rinunciare a recarsi da un dentista per ragioni economiche».

Nella più classica delle tradizioni italiane salta fuori che siamo bravissimi («da 10 e lode») a gestire le emergenze, ma poi facciamo ben poco nel quotidiano. «A livello emergenza», spiega Roberto Messina, presidente di Federanziani, il nostro sistema sanitario «è tra i migliori al mondo ma per quanto riguarda l'assistenza sul territorio il voto è estremamente insufficiente, ancora inadeguato in quanto l'assistenza non esiste». E per quanto riguarda i ticket «è scorretto da parte delle Regioni avere ticket che costano più dei farmaci. A questo punto è meglio spostarli in fascia C». Già, perché non spostarli?



LA SANITÀ IN CIFRE

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga in un anno

1 miliardo 365 milioni di prestazioni per branca specialistica:
22,78 prestazioni per ogni residente

■ **113 miliardi di euro**

Spesa del Ssn nel 2012

■ **1.903 euro**

Spesa pro capite nazionale nel 2012

SPESA FARMACEUTICA TOTALE

(pubblica e privata)

■ **26 miliardi di euro**

nel 2013 (il 23,03% della
spesa sanitaria totale), di cui
il 75,4% rimborsata dal Ssn

■ **436 euro** per cittadino



La quota del Ssn è diminuita del **9,37%**
a fronte di un aumento dello 0,95%
di quella imputabile ai cittadini

Tra il 2011 e il 2012 tale aumento
ha comportato un maggiore esborso
per i cittadini di **246 milioni di euro**



PAOL

Il convegno

Donne e cancro: restare fertili dopo la malattia

■■■ «È necessario un intervento normativo urgente per aiutare a diventare madri le circa 1500 donne colpite da tumore costrette a pagare di tasca propria i farmaci per preservare la fertilità». È questo in sostanza l'appello delle associazioni Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), Andos (Associazione nazionale donne operate al Seno), Aimac (Associazione italiana malati di cancro) e Salute Donna, contenuto nel documento inviato al [Ministero della Salute](#) e alla Conferenza Stato-Regioni e presentato al Convegno «Prevenire la sterilità e conservare la fertilità nelle donne malate di cancro», che si è svolto ieri al Senato.

«Ogni anno», spiega Elisabetta Iannelli, segretario Favo, «5.000 donne nel nostro Paese devono confrontarsi con un tumore quando ancora potrebbero diventare madri. Quali sono le risposte del Sistema Sanitario Nazionale? Ancora insufficienti». Il costo dei farmaci è a completo carico delle pazienti e manca un osservatorio nazionale. Eppure «tra le 3000 giovani donne italiane a rischio di infertilità a causa della malattia, circa la metà è interessata a preservare la propria fertilità», sottolinea Lucia Del Mastro dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), e Fedro Peccatori, direttore Unità di Fertilità e Procreazione dell'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo). Il costo complessivo per il trattamento farmacologico con Lhrh è stimato in 77.000 euro/anno per il Ssn. Se tutte le pazienti si sottoponessero alla crioconservazione, la spesa totale ammonterebbe a circa 1.500.000 euro.



Martedì 16 DICEMBRE 2014

Riforma Titolo V. Intervista a Balduzzi: "Sulla salute il rischio è quello di aumentare ancora di più il contenzioso tra Stato e Regioni"

Per il costituzionalista, membro laico del Csm ed ex ministro della Salute, il pericolo risiede nella nuova formulazione del Titolo V che, attraverso la locuzione "disposizioni generali e comuni", prevede la competenza esclusiva dello Stato in materia di tutela della salute. "Le Regioni uscirebbero dalla riforma con competenze più ristrette e permeabili a interventi statali molto discrezionali".

Renato Balduzzi è attualmente membro laico del Consiglio superiore della Magistratura, ma fino a pochi mesi fa presiedeva la Commissione bicamerale per le questioni regionali e faceva parte della Commissione Affari costituzionali della Camera, quella che in questi giorni ha lavorato al disegno di legge di revisione della Costituzione. La riforma trasforma il Senato in camera delle autonomie e riscrive estesamente il riparto di potestà legislativa tra Stato e Regioni, compresa la materia sanitaria, il cui assetto di competenze uscirebbe molto diverso dall'attuale nel caso di conferma del testo approvato in Senato lo scorso luglio. Da lui, che di professione è costituzionalista (ordinario alla Cattolica di Milano) ed è stato Ministro della Salute nel Governo Monti, vorremmo capire qualcosa di più sui cambiamenti in corso.

Prof. Balduzzi, qualche giorno fa lei è intervenuto ad una conferenza tenuta ad Alessandria dal prof. Francesco Taroni proprio sulle conseguenze che la riforma costituzionale ha in sanità: anche nelle sue nuove vesti non ha smesso di interessarsi a questi temi?

L'interesse, direi, è doppiamente doveroso. Da un lato, quale componente di un organo a rilievo costituzionale che si occupa di governare un ordine dello Stato importante qual è la Magistratura ordinaria, non sarebbe saggio spegnere la luce su di un percorso che promette una revisione ampia e profonda di una buona porzione della II parte della Costituzione – sebbene, lo ricordo, attualmente nessun articolo del progetto riguardi il Titolo IV dedicato alla Magistratura. È chiaro che la mia attenzione è tutta diversa che nel passato e tiene conto dell'indipendenza che il CSM garantisce ai giudici e che i suoi membri devono garantire ad esso medesimo, ma esiste. Dall'altro lato, quella conferenza cui faceva riferimento è stata promossa da un dottorato di ricerca da me promosso alcuni anni fa. Il ciclo di lezioni di quest'anno è intitolato "Riforme istituzionali e riforme strutturali" e il caso della sanità, alla luce del progetto di revisione costituzionale, è paradigmatico del legame che corre tra i cambiamenti istituzionali e quelli dei comparti strutturali del nostro Paese.

E questo legame come funziona nell'attuale testo di riforma?

Il progetto approvato in Senato riconfigura nel suo complesso il riparto di competenze tra Stato e Regioni, eliminando in gran parte la legislazione concorrente e dividendo tra la competenza esclusiva statale e quella esclusiva (che in parte è "nominata" e in parte è "residuale") regionale. Per la sanità il cambiamento è notevole perché attualmente la tutela della salute (che tiene dentro anche l'organizzazione sanitaria) figura tra le materie di legislazione concorrente, mentre dal nuovo testo esce divisa tra lo Stato, che è esclusivamente competente a dettare "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute", e le Regioni, che sono esclusivamente competenti a disciplinare la

“programmazione e organizzazione dei servizi sanitari”.

Non è una semplificazione? Decidendo di che cosa è responsabile solo lo Stato e di che cosa lo sono soltanto le Regioni, non si diminuisce quella confusione di competenze che tanto spesso ostacola un loro efficace esercizio?

Le cose non stanno così, purtroppo. Prendiamo questa locuzione inedita delle “disposizioni generali e comuni”. Non è facile capirne il contenuto. Le disposizioni generali potrebbero essere assimilate a quelle norme generali che attualmente la Costituzione prevede per l’istruzione, ma le altre, quelle “comuni”, sono di difficile decifrazione, anche perché l’efficacia delle norme statali su tutto il territorio nazionale è il presupposto medesimo della legge statale. Il rischio molto concreto è che dall’interpretazione e applicazione di questa formula nasca un conflitto di competenze peggiore di quello originato dalla revisione del 2001. E tutto questo nel momento in cui la Corte costituzionale ha ormai risolto gran parte del contenzioso relativo alle materie di legislazione concorrente, sanità compresa, il quale negli ultimi anni è quasi totalmente incentrato sul solo problema del coordinamento della finanza pubblica (risolvibile, almeno in parte, con l’attrazione di questa materia alla potestà statale, secondo quanto previsto dalla stessa revisione in corso). Lascia poi molti dubbi la scelta di individuare nei servizi sanitari l’oggetto di una potestà esclusiva regionale, quasi come se questi non fossero strumentali alla tutela della salute: il problema di fondo è che gli intrecci e la complessità che esistono in questa materia e che si riflette anche nelle relazioni tra i livelli di governo non si cancellano facendo venir meno la categoria della potestà legislativa concorrente, perché il concorso di competenze e di responsabilità esiste nella realtà.

Questo riassetto delle competenze è problematico solo per la sanità?

Probabilmente no. Richiamo l’attenzione solo su di un dato estrinseco. La tecnica di individuare nelle disposizioni generali e comuni l’ambito della potestà esclusiva statale su alcune materie che erano di potestà concorrente, a fronte della limitazione della nuova potestà regionale ai profili di organizzazione dei servizi, desta perplessità per gli oggetti, molto diversi, che mette insieme. Mi spiego: il legislatore costituzionale sta trattando allo stesso modo sanità, scuola, assistenza sociale e alcuni profili del lavoro. Chiunque conosca come questi comparti strutturali funzionano nel nostro ordinamento intuisce che una stessa veste per corpi estremamente diversi l’uno dall’altro rischia di creare difficoltà importanti.

Lei fino ad alcuni mesi fa sedeva in Parlamento, questi problemi li aveva rilevati?

Come noto, l’iter legislativo è partito dal Senato e fino ad ottobre, di fatto, la Camera non si è occupata di riforma costituzionale, quindi nella Commissione Affari costituzionali non me ne sono occupato neppure io. Però, come lei ricordava, presiedevo una commissione bicamerale che fornì il proprio parere in merito. Invito a rileggerlo, perché queste criticità sono state oggetto di significativa discussione e la commissione ne ha condivise alcune tra le principali. Parlo della problematicità della eliminazione della potestà concorrente, su cui ho già detto, ma parlo anche della clausola di supremazia in forza della quale la legge dello Stato può intervenire – senza alcune procedura particolare – a comprimere le competenze regionali quando il Parlamento reputi che lo richieda “la tutela dell’unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell’interesse nazionale”. Due formule tanto ampie da poterci mettere dentro tutto. Allora, la Commissione per le questioni regionali aveva proposto una disposizione più dettagliata e con due accorgimenti essenziali: una procedura legislativa rinforzata, con parere obbligatorio del Senato (nell’ottica di garantire una partecipazione di quelle Regioni che subiscono la compressione di autonomia prodotta dall’attivazione della clausola); una definizione dei presupposti di intervento che, richiamando la legge fondamentale tedesca, faceva riferimento alla necessità che la legge statale andasse soprattutto a garantire l’equivalenza delle condizioni di vita e di godimento dei diritti sul territorio nazionale, ovvero rimediasse a gravi e intollerabili disequaglianze prodotte dal cattivo funzionamento dell’autonomia.

Lei, riassumendo, ci sta dicendo che le Regioni uscirebbero dalla riforma con competenze più ristrette e sostanzialmente permeabili ad interventi statali molto discrezionali. Ma non crede che il regionalismo abbia dato prova proprio di quel cattivo funzionamento cui stava accennando ora?

Non tutte le Regioni sono uguali – e questa sarebbe già un buon motivo per non trattarle tutte allo stesso modo – però è vero ed evidente che l’autonomia, specialmente quella interna degli organi

regionali, è stata interpretata come licenza ad adottare molti comportamenti della parte peggiore della storia delle nostre istituzioni. E ciò, peraltro, è avvenuto in un contesto in cui i malcostumi che si volevano mutuare dalle istituzioni statali stavano rapidamente regredendo presso quelle stesse istituzioni, grazie alla limitazione o cancellazione di privilegi per troppo tempo tollerati. Ma di fronte a tutto questo, non credo che la soluzione sia gettare il proverbiale bambino insieme all'acqua sporca. Ad esempio, ho proposto in più occasioni due soluzioni per contrastare il cattivo esercizio di autonomia da parte delle Regioni. Una è l'introduzione delle c.d. norme cedevoli, dando possibilità allo Stato di prevedere, accanto alla disciplina di principio, norme di dettaglio pronte ad essere applicate oltre un certo termine entro il quale le Regioni avrebbero dovuto dare attuazione ai principi statali. L'altra si sostanzia nella previsione, all'interno dell'articolo 119 della Costituzione, di una clausola in forza della quale lo Stato avrebbe potuto revocare determinate risorse finanziarie, assegnate per finalità prestabilite, se la Regione fosse risultata inadempiente nell'impiego delle stesse. Anche qui la logica è quella per cui chi lavora bene è premiato e chi non fa quel che deve subisce una sanzione. Mi chiedo – e spero possa essere così – se questa via sia ancora percorribile da parte del legislatore costituzionale.

Un'ultima parola sul Senato: potrebbe essere una soluzione alla perdita di autonomia regionale?

Vorrei chiarire una cosa: qui nessuno difende a priori l'autonomia delle Regioni o degli altri enti territoriali. Per anni abbiamo detto, anche nei nostri convegni, che l'autonomia delle Regioni italiane consisteva soprattutto nella condivisione con lo Stato della potestà legislativa. La realtà ci pone di fronte ad una situazione in cui la legislazione regionale è spesso non all'altezza di quella che dovrebbe essere una delle forme di manifestazione della sovranità. Nella vicina Francia, dove le Regioni hanno una tradizione più recente e condizionata da un'organizzazione dei poteri molto accentrata e non hanno potestà di fare le leggi, assistiamo ad una crescita di autonomia e di peso politico delle Regioni sul piano della (buona) amministrazione. Dovrebbe farci riflettere e, magari, rivalutare qualche concetto polveroso come quello del c.d. regionalismo amministrativo di esecuzione. In ordine a questo problema, il Senato non è indifferente. Dovrebbe essere la camera grazie alla quale le autonomie, anche se un po' più deboli singolarmente nelle loro periferie, riacquistano voce sulle decisioni che riguardano sia la comunità nazionale sia le comunità locali. Perché sia così, però, nel Senato devono sedere soggetti che siano davvero in grado di lavorare per rappresentare le autonomie dalle quali provengono e ciò dipende sia delle modalità di selezione di questa rappresentanza e dallo status dei singoli senatori sia dai poteri praticabili dalla seconda camera. Nel testo attuale, non addentrandoci nei problemi della rappresentanza (che sono grandi e sui quali ho avuto modo di dire come la penso concorrendo a scrivere una proposta di legge a suo tempo presentata dai senatori Monti e Lanzillotta), va almeno detto che i poteri di questa seconda camera nel processo legislativo e in ordine alle altre funzioni parlamentari sono probabilmente un po' troppo ridotti. Il rischio è di produrre un ramo del Parlamento del quale, tra qualche anno, potremmo pensare di poter fare a meno.

“Dal Parkinson all'autismo: inventeremo nuovi farmaci grazie alle cellule avatar”

GIANNA MILANO

Per complessità e mole di esperimenti è un lavoro immenso. Ed è stato pubblicato su «Nature Genetics», la rivista di genetica più importante. La ricerca conferma in modo decisivo che le cellule umane possono essere «riprogrammate» per tornare allo stadio di staminali pluripotenti ed essere utilizzate come modello per lo studio di molte malattie di origine genetica.

«Così le staminali diventano “avatar” delle patologie più svariate, come Parkinson, Alzheimer, schizofrenia, diabete, sclerosi multipla. Grazie alle cellule riprogrammate, infatti, si possono analizzare in vitro i meccanismi molecolari di una malattia e testare nuovi farmaci. Tutto su tessuti altrimenti inaccessibili, come le cellule cerebrali»: a spiegarlo è Giuseppe Testa, del dipartimento Scienze della Salute all'Università di Milano e direttore del Laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali all'Istituto Europeo di Oncologia, oltre che «principal investigator» dello studio che ha coinvolto un eterogeneo team di ricercatori.

L'Rna messaggero

Un successo a cui si è arrivati grazie al finanziamento dello «European Research Council», destinato proprio a questo ambizioso progetto e denominato «Disease Avatars». E grazie anche al contributo del [ministero della Salute](#), del Cnr e della bio-banca Telethon, oltre al sostegno delle associazioni delle famiglie di pazienti colpiti dalla sindrome di Williams.

Lo studio è incentrato sugli «avatar» di due patologie, la sindrome di Williams e una forma recentemente

identificata di autismo: per ottenerli è stata utilizzata una variante della tecnica che valse nel 2012 il Nobel a Shinya Yamanaka. È stato lui ad aprire la strada alla riprogrammazione delle cellule adulte, già specializzate, perché tornino allo stadio di staminali pluripotenti e si comportino come quelle dell'embrione, capaci di generare ogni tipo di cellula. «La nostra tecnica rappresenta un ulteriore avanzamento, perché non siamo ricorsi a virus, ma a molecole di Rna messaggero, l'mRna, che esprime le informazioni genetiche racchiuse nel Dna - spiega Testa -. Il vantaggio è che l'espressione dei geni che riprogrammano le cellule è più efficiente e avviene in modo temporaneo».

Dai campioni di pelle di alcuni pazienti i ricercatori hanno ottenuto i fibroblasti, cellule abbondanti nel derma, e le hanno poi fatte «tornare indietro». Cinque dei pazienti avevano la sindrome di Williams, in cui mancano 26 geni in uno dei due cromosomi 7 presenti in tutte le cellule, mentre due pazienti erano afflitti da una forma di autismo, in cui di questi stessi geni c'è invece una copia in più: 3 in tutto, dunque, contro le 2 degli individui sani e la singola copia dei pazienti con sindrome di Williams. «Le due malattie sono, in pratica, causate da alterazioni speculari del dosaggio genico: rispettivamente la perdita o l'aggiunta di una copia di questi 26 geni. E le conseguenze delle anomalie, simmetricamente opposte, sono strabilianti», dice Testa. Se

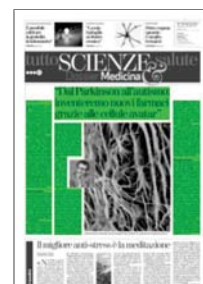
nella sindrome di Williams, a fronte di un ritardo mentale paragonabile alla sindrome di Down, il linguaggio è in gran parte risparmiato, nell'autismo è compromesso.

I ricercatori hanno inoltre notato che le alterazioni del «dosaggio genico» provocano a cascata altre anomalie nella regolazione di molti altri geni legati allo sviluppo del cervello e anche del cuore e delle strutture del volto. E le alterazioni - sottolinea Testa - compaiono già nelle staminali pluripotenti, fin dai primi stadi dello sviluppo, e si amplificano quando le cellule si differenziano nei vari tessuti. E non è tutto.

Da un gene all'altro

Lo studio ha permesso di scoprire che nel segmento dei 26 geni delle due sindromi ce n'è uno - chiamato «GTF2I» - che a sua volta regola l'attività di molti altri geni. Ed è considerato «il gene chiave» sia nella sindrome di Williams sia nell'autismo. «Abbiamo scoperto che la proteina prodotta da questo gene interagisce con un importante regolatore epigenetico: è una di quelle proteine che regolano il Dna non direttamente, ma modificando l'impalcatura biochimica in cui è avvolto - spiega -. La proteina, che abbiamo chiamato LSD1, è coinvolta in molti tipi di tumore e si è anche visto che, inibendola, si ripristina il corretto funzionamento di alcuni importanti circuiti molecolari. Si apre così la strada all'uso di questi inibitori farmacologici anche nell'autismo e più in generale nelle malattie mentali».

Ed è proprio sui neuroni riprogrammati a partire dalla cute dei pazienti delle due sindromi che partirà ora lo «screening» farmacologico di nuovi composti. Con straordinarie prospettive di cura.



Giovani, è allarme psicofarmaci

ILARIA SOLAINI
 MILANO

In crescita la dipendenza da farmaci per la terapia del dolore, ma anche da integratori, ormoni e psicofarmaci. Si tratta di un «campo inesplorato quello dell'abuso delle sostanze legali che facilmente vengono ottenute anche senza prescrizione medica, su cui non stiamo intervenendo per ignoranza o imprevidenza» ha spiegato ieri il professor Riccardo Gatti, direttore del Dipartimento dipendenze dell'Asl di Milano, intervenendo alla giornata di studio promossa dall'Università Cattolica su "Il consumo di sostanze psicoattive nella popo-

La ricerca

Giornata di studio in Cattolica Gatti: abuso di sostanze legali da parte dei giovanissimi

lazione giovanile" che ha visto anche la presentazione dell'indagine "Young people and drugs", condotta da Eurobarometro. Secondo l'analisi, che coinvolge 28 Paesi europei, Internet è il canale privilegiato dai ragazzi per reperire infor-

mazioni sulle sostanze stupefacenti. Tredicimila giovani tra i 15 e i 24 anni sono stati intervistati e alla domanda «se volessi cercare informazioni sulle droghe illecite e sull'uso di droghe, a chi ti rivolgeresti?» hanno indicato nel 59% dei casi il web. A seguire ci si rivolge agli amici (36%), a un professionista sanitario (31%), a genitori o parenti (25%), a un centro specializzato sulle sostanze (21%). Se si passa a canali realmente consultati, viene confermato il primato della rete (37%). Al contrario, campagne mediatiche e programmi di prevenzione scolastica rispetto all'indagine del 2011 perdono rispettivamente 12 e 9 punti percentuali. È stato svi-

luppato, inoltre, un indice di percezione del rischio dell'uso delle droghe tra i giovani, evidenziando come una minor pericolosità dell'uso di sostanze psicoattive sia associata a una maggior probabilità di utilizzo delle stesse. Preoccupante anche il quadro, descritto attraverso gli ultimi dati Istat disponibili, riguardante l'abuso di alcol: quasi il 20% dei giovani tra gli 11 e i 29 anni beve in modo non moderato, soprattutto i maschi del Nord est. Profilo che riassume come la dipendenza da droghe e alcol non sia più necessariamente correlata al disagio sociale e dunque non riguarda più solo persone emarginate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fibroma uterino ecco la novità

*Ne soffrono tre milioni di donne in Italia
con la terapia orale si evita l'isterectomia*

..... **Antonio Caperna**

MILANO - Anemia, ansia, sanguinamento mestruale abbondante e dolore addominale, sofferenza durante i rapporti sessuali e depressione che affliggono principalmente donne giovani in età fertile e nel pieno dell'attività lavorativa.

È l'identikit del fibroma uterino, il più diffuso tumore benigno dell'apparato riproduttivo femminile, che interessa 1 donna su 4 in età fertile, 24 milioni di donne in Europa, più di 3 milioni in Italia, con un'incidenza fino al 30-40% nella fascia d'età 40-49 anni. Una quotidianità condizionata che ora trova una soluzione grazie alla disponibilità anche in Italia di Ulipristal acetato 5mg di Gedeon Richter, il primo trattamento orale per la terapia prechirurgica dei fibromi uterini, approvato in Europa nel 2012 e già ampiamente utilizzato nella maggior parte dei Paesi europei.

In una survey condotta su una popolazione di 21.479 donne in 8 Paesi, tra cui l'Italia, nel 54% dei casi i sintomi causano un peggioramento significativo della qualità di vita che interessa in particolare la vita sessuale (43%), la performance lavorativa (28%) e le relazioni interpersonali (27%), oltre a provocare sensazioni di disorientamento, paura di dover rinunciare alla maternità e ansia per l'eventuale decisione di togliere l'utero. Il farmaco appartiene alla categoria dei Modulatore

Selettivi del Recettore del Progesterone (SPRMs), in grado di controllare il sanguinamento molto rapidamente, già entro una settimana dalla somministrazione, in oltre il 90% delle donne, e di ridurre il volume dei fibromi e dell'utero, con un grande profilo di tollerabilità.

«Questa terapia è inoltre maneggevole, essendo orale, e ha il notevole vantaggio di poter essere ripetuta nel tempo. Ciò consente di allungare il periodo in cui la donna è libera da sintomi e di diminuire le dimensioni del fibroma», afferma Antonio Maiorana, dirigente medico dell'Ospedale Civico di Palermo. I fibromi uterini sono tumori benigni che si sviluppano nella muscolatura liscia dell'utero, associati a fattori genetici e a un'alterazione dell'equilibrio ormonale. «Presentano nel 50% dei casi sintomi di forte impatto, che variano in base al numero, alla localizzazione e alle dimensioni dei fibromi, in media sotto i 5cm, ma che possono superare anche i 15-20 cm, dando la sensazione di un addome rigonfio come se la donna fosse incinta. I fibromi possono essere anche associati a rischi in gravidanza e compromissione della fertilità», conclude Nicoletta Biglia, professore associato di Ginecologia e Ostetricia dell'Università di Torino.

leggocaperna@gmail.com



LO STUDIO USA: PER OGNI PAZIENTE NOTO 70 CASI NASCOSTI

Nuove stime sull'epidemia "Meno ammalati del previsto"

NEW YORK. Il contagio del virus Ebola in Africa è drammatico, ma le previsioni sulla sua espansione sono meno tragiche del previsto secondo un nuovo studio messo a punto dagli scienziati di Yale. Sino a settembre l'idea era che il 250 per cento dei casi non venisse segnalato, secondo gli ultimi studi dell'università americana la realtà sarebbe che per ogni

malato ufficiale ce ne sono "solo" altri settanta nascosti, non ancora in cura, contagiati all'interno delle famiglie, negli ospedali, ai funerali. Questo implica che l'epidemia, che ha una diffusione ben diversa dall'influenza, difficilmente raggiungerà gli scenari apocalittici di centinaia di migliaia di casi stimati a settembre. Il peggiore dei quali parlava di un milione e quattrocentomila casi alla fine di gennaio, mentre lunedì

c'erano 18.464 casi confermati in Liberia, Sierra Leone e Guinea. Guardando ai dati raccolti in Sierra Leone e Liberia, gli scienziati di Yale hanno stimato che il 70 per cento dei casi nell'Africa dell'ovest non sono segnalati, mentre prima si parlava di ben il 250 per cento di malati sconosciuti e quindi fonte di nuovi contagi. Lo studio conclude quindi che l'epidemia potrebbe essere non così difficile da controllare a patto che venga fatto un rapido lavoro di ricerca dei possibili contagiati dal virus e che venga applicata la quarantena.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“NON SIAMO EROI”

Ecco gli italiani
in prima linea
contro Ebola

Lessi, Rizzato e Russo ALLE PAG. 10 E 11

“Noi guerrieri dell’Ebola vi diciamo che la lotta non è ancora finita”

Gli italiani in prima linea in Africa: “Non siamo eroi”

**Il virus
in cifre**

| | | | |
|---|---|--|--|
| 66 | 6856 | 100 | 20 |
| connazionali Gli italiani ora in Africa: 53 impegnati in Sierra Leone, 13 tra Guinea, Liberia e Mali | vittime I morti accertati da febbraio quando il virus si è diffuso nei Paesi dell’Africa occidentale | posti letto Nel nuovo ospedale gestito da Emergency a Goderich in Sierra Leone | giorni senza contagio In Pujehun, Sierra Leone, anche grazie al lavoro del Cuamm |

**DAVIDE LESSI
STEFANO RIZZATO**

Per il *Time* sono le persone dell’anno. E definirli eroi sembra poco. Eppure gli “Ebola fighters” - medici, infermieri, cooperanti che lottano in Africa occidentale, contro il virus - non accettano nessuna etichetta. Vogliono solo un morto in meno dentro un bilancio terribile, arrivato ieri a 6.856 vittime. L’area più critica è la Sierra Leone, ma l’attenzione resta alta anche in Guinea, Liberia e Mali. Lì, su un fronte infido e invisibile, lavorano anche tanti italiani. Oggi sono 66. Alcuni hanno visto e vissuto la tragedia dall’inizio. Altri vanno e vengono, tra l’Africa e l’Italia, per dare il proprio contributo. Ecco alcune delle loro storie.

“Vedo giovani sani e forti consumarsi davanti a me”

Un male peggiore della guerra e delle ferite. Un virus che si può arginare, ma che troppo spesso non lascia speranze. «Vedi giovani che erano sani e forti e letteralmente ti si consumano davanti. Vorresti fare tante cose, ma spesso non puoi fare quasi nulla». C’è tutto questo nella tragedia di Ebola ed è anche questo che spinge Elena Giovanella, anestesista, 42 anni, a stare in prima linea. Lì, dove più serve. «In trincea», come dice lei, nel nuovo ospedale gestito da Emergency a Goderich: nei sobborghi di Freetown, Sierra Leone.

«Lavoravo a Torino - racconta - ma da una decina d’anni ho scelto di portare le mie competenze dove possono fare la differenza. Sono

stata in situazioni di guerra in Sudan, Cambogia, Afghanistan. Niente però è come Ebola: la mia missione più difficile. Lo è perché affrontiamo pazienti critici e che peggiorano rapidamente. Per le barriere tra medico e malati. Perché servirebbero più medici, ma tanti ospedali non li lasciano partire».

Dover evitare ogni contatto è difficile anche sul piano emotivo. Vedere un collega che s’ammala, e torna d’urgenza in Italia, quasi insopportabile: «È un amico, uno dei medici più preparati e intelligenti che conosco, stava molto attento a tutti i protocolli di sicurezza. Il nostro lavoro qui è difficile, ma è un’eccellenza italiana. Ora tutti ci devono dare una mano».



“A ogni mio infermiere è morto un parente”

«**H**o lavorato per due mesi, anche 14-16 ore al giorno». Chiara Burzio, a soli 33 anni, è stata la capo-infermiera del più grande centro per curare l'Ebola in Liberia. «Avevo la responsabilità di 120 pazienti ma non mi sono mai sentita un'eroina». Gli eroi, per Chiara, sono gli operatori sanitari locali. «Ce ne sono 120 nel nostro ospedale e tutti hanno un parente, un amico, un conoscente

morto per il virus. Ecco, loro dovrebbero essere i personaggi da copertina, non noi», spiega. Del resto, per lei, l'emergenza è diventata normalità da quando, tre anni e mezzo fa, ha deciso di far parte dell'organizzazione Medici senza frontiere. Da allora è stata nelle zone più “calde” del pianeta: dal Pakistan al Sud



MALIN LAGER/MSF

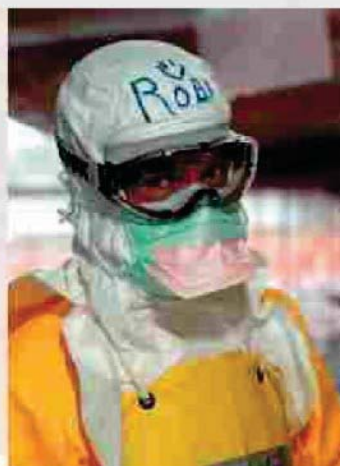
Chiara Burzio 33 anni

Ex infermiera del reparto di rianimazione all'ospedale di Chieri (To). È in Africa con Medici senza frontiere

Sudan, passando per la guerra civile siriana. «Sono scelte impegnative – confessa – e non sempre i miei famigliari sono contenti ma sanno che non ormai possono più fermarmi».

“Mia figlia ha 11 anni ma ripartirò lo stesso Hanno bisogno di noi”

«**P**asserò il Natale con mia figlia e poi ripartirò, questa volta per la Sierra Leone». Per Roberto Scaini è una scelta di coscienza. «Sì, lasciare a casa una bimba di 11 anni può sembrare egoista...». Sospira, poi riprende convinto: «Ho già deciso: torno». In Africa occidentale c'è già stato due volte, entrambe in Liberia. «Sembrava di stare nel Medioevo, nel bel mezzo di un'epidemia incurabile». A Monrovia, nella capitale, ha lavorato come responsabile medico di un centro di isolamento. «Da metà agosto la situazione è cambiata, ma non direi migliorata». Il rischio, per lui, è che il virus sia presto scordato in Europa. «Sarebbe una catastrofe nella catastrofe».



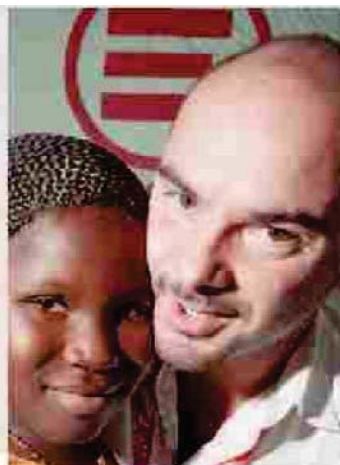
CATLIN RYAN/MSF

Roberto Scaini, 41 anni
Medico di base nel Riminese, da quattro anni lavora con l'organizzazione Medici senza frontiere.

“Curiamo i bambini in un Paese dove è vietato abbracciarsi”

«**Q**uella foto oggi sarebbe impossibile». Luca Rolla è in Sierra Leone dal 2011. Gestiva un ospedale chirurgico pediatrico e poteva anche concedersi uno scatto con i suoi piccoli pazienti. Non più, per colpa di Ebola. «Ogni contatto è vietato – spiega – e gli abbracci mancano a tutti». A giugno, davanti al rischio contagio, il personale sanitario governativo ha svestito i camici. Sono rimaste solo le organizzazioni non governative.

«Il nostro, a Goderich, è l'unico ospedale con sale operatorie aperte. Oggi Freetown è il luogo più colpito e le procedure di sicurezza sono cruciali. Ma il virus ha ucciso famiglie e creato nuovi orfani: a noi sta il compito di continuare a operare e a curare».



Luca Rolla, 42 anni
Infermiere, dal 2011 gestisce un ospedale pediatrico. Coordina l'intero gruppo di Emergency in Sierra Leone

“Sono otto mesi che cerco di isolare il male nei villaggi”

Esserci fin da marzo, fin dal primo caso, per un progetto contro la mortalità materna. E poi trovarsi nell'emergenza, e provare a frenare ebola. «Ma il lavoro si vede. Qui a Pujehun non abbiamo nuovi casi da circa venti giorni», dice Clara Frasson, padovana, coordinatrice del progetto di Cuamm Medici con l'Africa in Sierra Leone. «Questo, nel sud del Paese, era uno dei distretti più colpiti. Abbiamo aperto il primo centro d'isolamento, tracciato ogni singolo contagio, messo in quarantena interi villaggi con polizia ed esercito. Non è facile, io sono tornata in Italia ad agosto, per 12 giorni. Ma la vita del cooperante è così: piangi quando parti e piangi quando torni».



Clara Frasson, 55 anni
Esperta di sanità pubblica. Coordina il progetto di Cuamm Medici con l'Africa in Sierra Leone

“Una paralisi totale: manca l'assistenza perfino per i parti”

Combattere Ebola e, prima, la paura del virus. È la missione di Renata Gilli, 28 anni, partita a novembre da Torino. Destinazione Sierra Leone. «Ci sono stata dieci giorni, ma ripartirò dopo Natale». Con il dottor Paolo Narcisi, presidente di *Rainbow for Africa*, ha formato il personale locale e portato materiale medico. «Il problema - racconta - è che molti ospedali restano chiusi per la paura del contagio». Si muore di malattie che, prima dell'epidemia, venivano curate senza grossi problemi, come la tbc e la malaria. «Manca l'assistenza al parto», denuncia Renata. Che spiega: «A Makeni si facevano fino a 30 cesarei al mese: che fine avranno fatto quelle madri e quei bambini?».



Renata Gilli, 28 anni
Medica specializzando è partita con l'associazione torinese *Rainbow for Africa* per la Sierra Leone

IL CASO

È già polemica in Francia per lo «spinello elettronico»

Lo «spinello elettronico» sbarca in Francia, una e-cig all'estratto di cannabis, che l'azienda produttrice definisce «al 100% legale», «senza effetti psicotici» ma «rilassante e antistress». Una novità che ha scatenato non poche polemiche nel Paese, con medici, operatori e specialisti delle dipendenze molto preoccupati, mentre si discute di possibili ricorsi legali. Il prodotto, secondo l'azienda produttrice KanaVap, è destinato all'uso terapeutico ed è stato realizzato mantenendo solo il principio attivo che agisce come antidolorifico, ansiolitico e regolatore del sonno, il cannabidiolo (Cbd) e che in Francia non è proibito. Molti psichiatri ed esperti di dipendenze lanciano però l'allarme sui possibili rischi che potrebbero ingenerare effetti devastanti, soprattutto sui più giovani.



Speciale Salute

La stagione dei vaccini comincia a 50 anni

In ambulatorio come i bambini per rinforzare le difese immunitarie
Efficaci anche contro il fuoco di Sant'Antonio doloroso esito della varicella

Qualità della vita

La prevenzione riduce del 70%

il rischio di ammalarsi

di **Roberto Bernabei** *

Chi nasce oggi si prevede possa vivere mediamente fino a oltre 80 anni ed è ragionevole pensare che l'aspettativa di vita crescerà ancora nei prossimi decenni. Nel 2050 oltre un terzo della popolazione italiana avrà più di 65 anni. Il che significa che aumenterà la prevalenza di malattie croniche e neurodegenerative, con la conseguente necessità di maggiori risorse per poter curare gli anziani. Oltre alla cura, un tema fondamentale per la Sanità pubblica è quello della qualità dell'esistenza, nel senso di dover contribuire a realizzare una vita degna di essere vissuta perché di qualità.

L'Herpes Zoster o Fuoco di Sant'Antonio, volendo utilizzare l'espressione più comune di uso popolare, rappresenta una malattia molto seria per l'anziano che ha 1 probabilità su 3 di soffrirne nel corso della vita, addirittura 1 su 2 superati gli 85 anni. La "colpa" è del virus della Varicella che, una volta contratto da bambini, rimane nascosto nell'organismo, per poi rendersi nuovamente visibile a distanza di anni, sotto forma di un'eruzione cutanea associata a dolore, principalmente come conseguenza del declino fisiologico delle di-

fese immunitarie che si verifica con l'avanzare dell'età. L'invecchiamento, non solo favorisce il "risveglio" del virus, ma è anche associato a una maggiore gravità della malattia e delle sue complicanze, in particolare modo della Nevralgia Post Eretica, vale a dire un dolore che coinvolge le terminazioni nervose interessate dalla riattivazione del virus, avvertito come bruciore e sensazione di martellamento, che nei casi più gravi può cronicizzare e perdurare anche anni. Possiamo quindi ben capire l'impatto sulla qualità di vita dell'anziano. Immaginiamo soltanto per un istante quanto la vita di una persona possa essere influenzata dalla presenza di un dolore continuo, tutti i minuti, le ore, i giorni e nei momenti più disparati, in qualunque azione della vita quotidiana. Non dobbiamo poi dimenticare che con l'aumentare dell'età aumentano le patologie croniche sottostanti che possono sia facilitare la comparsa del Fuoco di Sant'Antonio che aumentare gli effetti collaterali dei farmaci somministrati per curarlo. Alla luce di tutto ciò, si comprende facilmente quanto sia importante prevenire la malattia. L'unico modo possibile è attraverso la vaccinazione, avendo a dispo-

sizione un vaccino specifico, indicato per le persone con più di 50 anni, in grado di ridurre fino al 70% il rischio di sviluppare l'infezione. Vaccinare significa prevenire la presenza di condizioni croniche potenzialmente invalidanti e comunque ad alto impatto sulla qualità di vita dell'anziano. Per dare un senso all'aumento dell'aspettativa di vita bisogna mettere i cittadini nelle condizioni di realizzare una vita in salute, attiva e indipendente mentre invecchiano, cosa che oltretutto genera risparmi. Ciò vale anche per l'Herpes Zoster. Con la vaccinazione, infatti, si otterrebbe una riduzione sia dei costi diretti (visite, terapie, ospedalizzazioni), che di quelli indiretti, vale a dire perdita di produttività e aumento delle coperture assistenziali. Costi che in Italia ammontano complessivamente a oltre 49 milioni di euro l'anno. Un motivo in più per richiamare l'attenzione sulla vaccinazione dell'età adulta-anziana che, diversamente da quanto accade per l'età pediatrica, non è purtroppo considerata un intervento sanitario di routine.

** Direttore del Dipartimento Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia Università Cattolica Sacro Cuore Roma
Presidente di Italia Longeva*



Farmacia 2.0

Ecco l'app che confronta cerca e trova i medicinali



■ Tecnologia e competenze in campo farmaceutico danno vita a Pharmawizard, il nuovo servizio digitale che aiuta gli utenti a orientarsi nel mondo del farmaco semplificando la ricerca e l'organizzazione delle informazioni collegate ai medicinali. Tutto questo è possibile attraverso l'app dedicata per dispositivi Android e iOS. Pharmawizard mette a disposizione degli utenti informazioni ufficiali e affidabili tratte dalla Banca Dati del Farmaco e dagli Open Data del [Ministero della Salute](#), per la prima volta rese chiare e facilmente consultabili.

Il motore di ricerca usato, grazie a sofisticate tecniche semantiche, è stato progettato in modo da rendere più semplice la ricerca di farmaci da parte di un utente inesperto. Cercando il nome del farmaco si può sapere se si tratta di un prodotto di marca, se serve la prescrizione o se rientra nella categoria di automedicazione. Digitando un sintomo, si ottengono indicazioni sui medicinali da banco per disturbi di lieve entità e, in caso di bisogno, su dove si trova la farmacia aperta più vicina.

F.P.L.



Violenze contro i più deboli Da oggi il codice rosa bianca

La proposta

**Percorso "ad hoc"
nei pronto soccorso
per abusi su donne,
minori e anziani
Stanziati 50 milioni**

ALESSIA GUERRIERI

ROMA

Non più solo il giallo, il verde e il rosso. Da oggi nei pronto soccorso italiani verrà aggiunto un nuovo simbolo d'identificazione dell'urgenza: il codice rosa bianca. Non è un caso la scelta di un fiore candido per identificare i casi di violenza su donne, minori, anziani, disabili – circa tre milioni ogni anno in Italia, soprattutto in ambito domestico – per i quali sarà previsto un percorso d'accompagnamento medico, psicologico e giudiziario specifico già all'interno dell'ospedale. A stabilire la diffusione su scala nazionale di una task force che lega medici, procure e forze dell'ordine, un protocollo appena firmato dalla Fiaso (la Federazione di Asl e ospedali), in cui la federazione si impegna ad esportare nel resto d'Italia il modello di pronto soccorso anti-violenza della Asl 9 di Grosseto. Nella struttura toscana oggi si occupano delle vittime di abusi 40 persone e le denunce di violenza sono aumentate da 200 a 450 dal 2009.

La particolarità di questa accoglienza sta proprio nel lavoro di squadra, nell'ascolto e nell'accompagnamento congiunto. Quando un operatore sanitario riconosce o sospetta segni di soprusi, infatti, si avvia una procedura semplificata con accoglienza psicologica del paziente e visite protette in corsia, anche per consentire alla vittima di poter sporgere denuncia davanti a forze dell'ordine in borghese e psicologo. Tutto avverrà in uno stesso luogo, evitando così di costringere alla sofferenza delle "domande ripetute". Il ministero

«ha già stabilito le modalità di formazione del personale dedicato e una centrale unica per le informazioni che devono arrivare dai pronto soccorso» assicura il responsabile del dicastero Salute, **Beatrice Lorenzin**, confermando uno stanziamento di 50 milioni di euro per l'assistenza psicologica delle vittime nel 2015. Il passo importante è l'avvio di un modello di «cooperazione istituzionale tra aziende sanitarie locali, forze di polizia, procure della Repubblica» aggiunge il ministro della Giustizia, Andrea Orlando. Il protocollo andrà recepito dalle Regioni. «Più impegno e meno sdegno» è perciò il motto del presidente della Fiaso, Francesco Ripa di Meana, convinto che «un effetto domino» consentirà di portare «questa rivoluzione contro gli abusi ai più deboli» nella maggior parte delle aziende sanitarie pubbliche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prostata Ecografie in 3D contro il cancro

no, ricostruiscono e registrano il percorso dell'ago nella ghiandola (grande come una noce), evitano inutili trattamenti e assicurano valutazioni sempre più precise. Ci dice il dottor Paolo Puppo, direttore del Centro di Eccellenza di urologia di San Remo: «La macchina

■ Rivoluzione nella diagnosi del tumore della prostata: l'uso di ecografie 3D e software che simula-

che abbiamo dal novembre 2012, la prima in Italia, consente di avere finalmente un controllo di qualità del prelievo e la ragionevole certezza di aver effettuato un valido mappaggio della prostata. L'immagine della prostata è in tre dimensioni e il software cd di "fusione elastica" inoltre consente anche di simulare la biopsia, in modo tale da poter cambiare direzione in caso di errore». Di questo e altro si parlerà a Roma, il 23 e 24 gennaio prossimi quando si riuniranno a convegno i maggiori esperti della materia. **Rob.Mar.**



Tutti (o quasi) sognano il traguardo dei 100 anni ma la «pillola magica» resta la prevenzione

FABIO DI TODARO

Prenderebbero qualsiasi farmaco pur di sfiorare l'immortalità. Ma gli anziani, pur volendo tagliare il traguardo delle 100 candeline, non sono disposti a farlo in solitudine. Perché ha senso vivere solo per condividere momenti preziosi con gli affetti più cari. È questa la foto della popolazione italiana realizzata dalla prima indagine per valutare l'atteggiamento nei confronti della longevità, realizzata dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg). Realizzato su 2 mila persone - la metà di età tra 45 e 55 anni e l'altra metà over 75 -, il sondaggio ha svelato anche come l'atteggiamento cambi con il passare degli anni. Se il 46% di chi ha raggiunto la mezza età pensa che troppi anziani tolgano risorse ai giovani, la quota si dimezza negli over 70, che rivendicano attenzioni e assistenza. «La famiglia è un pilastro fondamentale per invecchiare bene», afferma l'internista Giuseppe Paolisso, rettore della Seconda Università di Napoli e presidente della Sigg. Emerge così come quasi il 90% degli over 70, e una quota di poco inferiore dei più giovani, farebbe carte false per un rimedio che permetta di diventare dei Matusalemme. Ma la «pillola magica» non esiste. Piuttosto conviene ragionare in termini di prevenzione: la restrizione calorica e uno stile di vita attivo costituiscono un buon viatico per costruire una solida appendice di vita che inizi con la pensione. A confermare che più di quanto sia scritto nel Dna contino le scelte individuali è uno studio su «Plos One». Dopo aver sequenziato il genoma di 17 delle 74 persone viventi nel mondo che hanno più di 110 anni, il team di Stanford ha riscontrato diverse variazioni nelle strutture di alcune proteine, nessuna delle quali però associata in modo significativo alla salute di questi «evergreen».



OGM

Gli scienziati: "Non fermate la ricerca aiutiamo le piante a sopravvivere"

"In tanti Paesi si trova l'innovazione, poi torni qui e vedi che tutto cade a pezzi"

"Dopo il laboratorio andrebbero avviate le coltivazioni in campo aperto, ma è impossibile"

L'ambiente

L'Ue ha deciso di dare libertà di scelta agli stati membri
L'appello degli studiosi italiani: non buttate via il nostro lavoro durato anni

JENNER MELETTI

POMODORI che crescono anche se l'acqua è scarsa. Mele che resistono alla «ticchiolatura» che macchia le foglie e fa marcire i frutti. Ancora pomodori, come il San Marzano (da anni sotto attacco del virus CMV, Cucumber Mosaic Virus), che ha dovuto emigrare dalla Campania alla Puglia per cercare — con scarsi risultati — di sopravvivere. Avrebbe potuto essere salvato, il San Marzano, con un intervento di biotecnologia. Nulla da fare, la ricerca è stata bloccata. Pomodori e mele: dovrebbe partire da qui — e non dalla favola della fragola pesce — la discussione sugli Ogm, organismi geneticamente modificati, che da metà febbraio inviterà tutti i Paesi dell'Europa. Consiglio, Commissione e Parlamento europeo hanno infatti deciso di dare ad ogni Paese della Comunità la possibilità di vietare o no la coltivazione degli Ogm.

Nel mondo scientifico più che la speranza di una discussione vera ci sono amarezza e rassegnazione. «Giri il mondo — dice Chiara Tonelli, docente di genetica e professore alla ricerca all'università

di Milano — e in tanti Paesi trovi ricerca e innovazione. Poi torni in Italia e ti sembra di rientrare nella villa della vecchia zia, che ebbe il suo splendore ma che ora cade a pezzi». La docente, con il suo gruppo di ricerca, ha prodotto una pianta di pomodoro che per crescere usa il 30% d'acqua in meno. «In sintesi, abbiamo lavorato per ottenere una pianta più "saggia", che assorbe e soprattutto disperde acqua più lentamente. Inattivando il gene MYB 60, gli stomi delle foglie — dai quali entra CO₂ ed escono ossigeno e vapore acqueo — si chiudono solo parzialmente e la pianta resiste più a lungo in caso di siccità». Ci sono immagini che mostrano colture in laboratorio: le piante trattate sono ancora verdi dopo 15 giorni senz'acqua, le altre sono avvizzite.

«Dire 30% in meno forse non rende l'idea. Ma basta qualche numero, per comprenderne l'importanza. Una mela di 100 grammi contiene virtualmente 70 litri d'acqua, un chilo di frumento o di latte 1000 litri, un chilo di riso 5000. Risparmiare il 30% è tanto, in un pianeta dove il 97% delle acque è salato, il 2% è bloccato ai poli e solo l'1% è utilizzabile. E questa piccola parte viene usata per il 10% per uso domestico, il 20% dall'industria e il 70% dall'agricoltura». La docente ormai non crede che la «vecchia villa» possa tornare all'antico splendore. «È stato calcolato che per un prodotto Ogm — fra ricerca, sperimentazione, controlli e tutto il resto — serve un investimento di 100 milioni di dollari. Per questo le multinazionali lavorano solo su riso, mais, frumento, soia. Ma anche per prodotti di nicchia, come il pomodoro, da noi la ricerca è bloccata. Dopo il laboratorio dovremmo avviare la coltivazione in campo aperto, ma non ci pensiamo nemmeno. Dovremmo chiedere le autorizzazioni al ministero e indicare nel loro sito i luoghi di coltivazione. Potrebbe arrivare chi vuole e fermare tutto». I No Ogm sono infatti pronti a difendere le pro-

prie ragioni: sono contrari alla sperimentazione in campo aperto perché le colture biotech potrebbero inquinare i campi vicini e danneggiare la biodiversità.

«E pensare — racconta Silvano Sansavini, docente emerito di coltivazioni erboree nell'ateneo bolognese — che per avere il "melo di Sansavini" si erano mossi anche gli americani. Dieci anni fa, dopo tanto lavoro, ho prelevato un gene, il Vf, da un melo selvatico molto resistente, il Malus Floribunda e l'ho messo nel melo Gala, per combattere il fungo Venturia inaequalis che provoca la ticchiolatura. A questo punto si fanno vivii coltivatori americani che mi dicono: ci dia il brevetto. Io dico no. Lavoro per l'università italiana, i frutti debbono restare qui. Chiedo di fare la sperimentazione in campo, sicuro di ottenerla. E invece no. Tutto bloccato. Era infatti partita la battaglia contro gli Ogm, dove il parere degli scienziati non sembra avere alcun peso».

Stessa sorte per il San Marzano. Negli anni '90 la società Metapontum Agrobios (azionista unico la Regione Basilicata) assieme ad istituti Mipaf e Cnr hanno cercato di combattere la virosi che aveva attaccato in modo epidemico il «Re dei pomodori». «Abbiamo prelevato una molecola prodotta dal patogeno — dice Francesco Cellini, ricercatore capo di Agrobios — e abbiamo ricostruito con un pezzo di Rna il sistema immunitario. Con la biotecnologia avremmo potuto salvare un prodotto tipico, difendendo la biodiversità. Non ci è stato permesso. Ad interessarsi alle nostre scoperte sono invece India e Cina».

Ancora spaccate, sugli Ogm, le associazioni dei contadini. Confagricoltura a favore. Fermo no da Coldiretti e Cia. «L'Italia sarà finalmente sicura». Ma difficilmente si potranno fermare le navi che da anni portano gli Ogm (ad esempio 55 chili a testa di soia modificata) nel nostro Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il "British medical journal" rilancia: canzoni e sinfonie possono essere d'aiuto in sala operatoria per i medici e anche per i pazienti. Ma in Italia cresce il fronte del no. Maira: «Per concentrarmi ho bisogno di silenzio»

Musica per il mio bisturi

IL CASO

Il paziente, l'anestesista, i chirurghi, i ferristi e gli infermieri. Lampade accese e, con un clic, parte la musica. L'intervento può iniziare. In sottofondo i mitici Beatles, ma anche i Bee Gees, George Michael, Eros Ramazzotti, Claudio Baglioni, Mozart e Bach. Note in sala operatoria.

Canzoni e sinfonie che dividono i chirurghi anche se la nuova teoria terapeutica del bisturi continua a sfornare articoli a sostegno della musica durante gli interventi. Effetti benefici per i medici e per i malati. L'ultimo è stato pubblicato sul British medical journal firmato dal dottor David Bosanquet chirurgo del Cardiff and Vale University health board, College of Medicine: ha elencato una serie di consigli sui brani da evitare o far entrare in sala operatoria. Si è concentrato su pop e rock.

Dalle preferenze suggerite da Bosanquet è chiaro che il medico inglese è stato un ventenne nella seconda metà dei Settanta. In testa alla sua hit troviamo i Bee Gees con "Stayin' Alive", 1977, indimenticabile colonna sonora del film "La febbre del sabato sera". John Travolta ballava e il dottor Bosanquet dice che opera meglio con questa canzone nelle orecchie. Poi via libera a "Smooth operator" (1984) della sensualissima Sade, alla forza mai sopita di "Comfortably Numb" (1979 album "The Wall") dei Pink Floyd e a George Michael, Wham! con "Wake me up before you go go" del 1984.

ALLEVIARE LO STRESS

I Pink Floyd sarebbero ideali men-

tre si attende che l'anestesia faccia effetto, i Bee Gees tengono su il morale con il loro ritmo mentre George Michael è ottimale «per alleviare lo stress post-operatorio e ridare morale all'intero staff». Da vietare, secondo il medico, la produzione dei Hot Red Chili Peppers, dei Rem e dei Queen. Nessuna limitazione per la musica classica. Va tutto bene.

Anche in Italia, qualche tempo fa, si è indagato per scoprire le preferenze di questa sorta di musicoterapia. Ci ha pensato il Centro sanitario di Lisa di Carmagnola che ha fatto un sondaggio tra chirurghi e malati. Risultato: al primo posto la musica leggera (48%) seguita dalla classica e da quella tipo piano bar. In testa troviamo Baglioni, seguito da Lucio Dalla, Eros Ramazzotti e Vasco Rossi. Beethoven domina incontrastato. Poi Mozart e Vivaldi.

ATTENZIONE RIDOTTA

In Gran Bretagna la filodiffusione in sala operatoria sembra essere molto gettonata: viene utilizzata dal 62 al 72% dei casi. In molte corsie inglesi, però, sta crescendo il fronte del no, quelli che teorizzano la separazione tra musica e bisturi. Come in Gran Bretagna, anche in Italia e in altri paesi, ci sono i medici che tifano per il silenzio. Convinti che durante l'intervento una canzone come un pezzo d'opera «impegnino una parte consistente della mente riducendo la vigilanza e l'attenzione del chirurgo».


Schierato, senza dubbi, per il silenzio è il neurochirurgo Giulio Maira, da oltre 40 anni in sala operatoria, senior consultant dell'Istituto di ricovero, ricerca e cura Humanitas di Milano: «Adoro la musica, dalla classica all'opera.

Amo Bach e il grande senso di ordine che si percepisce dai suoi scritti. Rappresenta la razionalità dell'universo ma, allo stesso tempo, la fonde con umanità e fede. Per questo penso sia la musica più in sintonia con il nostro cervello. Ma, mai mentre opero. La sala ha già le sue tonalità, quelle sole voglio sentire. Guardo dentro il microscopio e non vedo ciò che ho intorno. Quindi, per me è importante il rumore del monitor, voglio sentire che cosa dicono i miei collaboratori e nulla deve disturbare il mio dialogo continuo con il ferrista. Quando finisco mi rilasso con il "Don Carlo" di Verdi o "Le nozze di Figaro" di Mozart. In particolare il quarto atto, soprattutto l'attimo di silenzio che c'è nella scena finale. Prima che il conte canti la più bella espressione di perdono che un uomo possa rivolgere alla donna che ama».


Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Pop&Rock
I Bee Gees e i Pink Floyd
ritmi ideali mentre si opera



Italiana
Baglioni, Dalla e Ramazzotti i
più gettonati tra gli italiani



Classica
Beethoven, il più amato dai
chirurghi poi Mozart e Vivaldi



Opera
I brani d'opera di Mozart e
Verdi hanno poteri rilassanti



NEUROCHIRURGO Giulio Maira

**IN GRAN BRETAGNA
ANESTETISTI
E CHIRURGI COINVOLTI
NELLA SCELTA
DEI BRANI: BEETHOVEN
DOMINA LE CLASSIFICHE**

Il fenomeno

Boom delle plastiche per il selfie perfetto

Negli Usa sono cresciute del 25% le persone che ricorrono alla chirurgia plastica, alla ricerca del selfie perfetto. Emerge da un sondaggio che ha coinvolto 2700 professionisti dell'American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Un chirurgo plastico su tre ha avuto un aumento delle richieste dovute all'esigenza del paziente di migliorare l'immagine sui social media. Tra gli interventi più richiesti la rinoplastica (+10% nel 2013 rispetto all'anno precedente) il trapianto di capelli, il sollevamento delle palpebre. In Italia si sta diffondendo la stessa moda. «Ma occorre fare attenzione - commentano all'American Academy - perché i selfie riproducono un'immagine distorta di noi».