

<http://www.corriere.it/>

Benessere delle parti intime, ancora troppi gli errori delle donne

Antibiotici e antifungini usati con leggerezza, sintomi trascurati, abitudini di igiene intima che lasciano a desiderare: i tanti errori delle donne di tutte le età

di Elena Meli



Sono certo più informate e attente degli uomini in tema di problemi dell'apparato riproduttivo: tante vanno regolarmente dal ginecologo, conoscono l'importanza degli screening con il pap test, si sottopongono a ecografie e mammografie. Eppure molte donne non sono altrettanto attente quando si parla di piccoli disturbi che possono minare il benessere intimo o di sintomi e disagi come il dolore ai rapporti sessuali, per tante ancora difficili da discutere con il medico. Così, gli errori sono ancora troppi.

La tentazione del fai da te

Essendo abbastanza attente al proprio benessere, tutte si accorgono di segni insoliti come perdite abbondanti dall'odore sgradevole, bruciore, prurito. Il guaio è che la tentazione del fai da te è fortissima: una crema antibiotica, un antifungino da banco e molte pensano di poter risolvere il fastidio da sole senza andare dal ginecologo. Sbagliato, come sottolinea Francesco De Seta della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale materno-infantile Burlo Garofolo di Trieste: «Appena hanno uno di questi sintomi, le donne pensano tutte che la colpa sia di un'infezione. Non è detto, perché un buon 40 per cento di casi dipende da irritazioni su base allergica o simili: in queste situazioni applicare antibiotici o antifungini è un grosso errore. Le donne più "a rischio" sono quelle che hanno già avuto infezioni, come candidosi o vaginiti batteriche: molte si curano come hanno fatto in passato ma è stato dimostrato che nel 60 per cento dei casi non è una strategia corretta perché il disturbo è diverso. Morale, in caso di sintomi di qualunque genere è sempre meglio parlarne al ginecologo e nel frattempo, se proprio si vuole intervenire, usare solo farmaci da banco sintomatici, per esempio per alleviare il prurito».

Le cattive abitudini

Altro errore tipico e frequente dovuto alla scarsa consapevolezza di ciò che serve per mantenere un buon benessere intimo, l'uso inappropriato e abbondante di lavande vaginali: alla lunga possono essere irritanti, meglio utilizzarle solo quando serve dietro indicazione del medico. Molte poi non sanno che i detergenti troppo profumati possono risultare aggressivi sulle mucose delicate dell'apparato genitale: per evitare squilibri della flora batterica vaginale occorre scegliere saponi intimi con un pH acido, senza fragranze e ingredienti che possano risultare irritanti o allergizzanti. Attenzione poi alla moda, che può contribuire non poco ai fastidi: una biancheria in materiale sintetico non traspirante, di colori forti o ricca di pizzi può provocare bruciori e pruriti da irritazione locale e addirittura facilitare le infezioni, perché senza un'adeguata traspirazione si crea un ambiente caldo umido ideale per la proliferazione dei germi. Infine, attenzione alla dieta: poche sanno che l'alimentazione incide non poco sul benessere intimo femminile e che per esempio troppi zuccheri favoriscono la Candida. «Recuperare una sana dieta mediterranea con molta frutta e verdura serve anche a mantenere in salute l'apparato genitale, prevenendo le infezioni e favorendo l'equilibrio della flora batterica vaginale, essenziale per un vero benessere», conclude il ginecologo.

Venerdì 02 SETTEMBRE 2016

Gravidanza. L'acido folico previene anche alcuni difetti cardiaci

Secondo nuovi risultati pubblicati sulla rivista *Circulation*, arricchire la dieta di acido folico riduce il rischio di certi difetti cardiaci congeniti non cromosomici (CHD). “I risultati sottolineano l'importanza di assumere un maggior quantitativo di acido folico durante il periodo peri-concezionale”, dice K.S. Joseph della University of British Columbia di Vancouver, principale autore dello studio.

(Reuters Health) – Secondo nuovi risultati pubblicati sulla rivista *Circulation*, arricchire la dieta di acido folico riduce il rischio di certi difetti cardiaci congeniti non cromosomici (CHD). “I risultati sottolineano l'importanza di assumere un maggior quantitativo di acido folico durante il periodo peri-concezionale”, dice **K.S. Joseph** della University of British Columbia di Vancouver, principale autore dello studio. “Tutte le donne che prevedono di rimanere incinte dovrebbero assumere acido folico regolarmente”, ha aggiunto.

I difetti del tubo neurale sono calati di quasi il 50% dopo che il Canada ha reso obbligatoria l'integrazione di acido folico. Anche se esistono evidenze del fatto che tale integrazione abbia ridotto anche i difetti cardiaci congeniti non cromosomici, Joseph e colleghi affermano che questi studi non hanno spiegato l'effetto dei cambiamenti nel tempo sui fattori di rischio di CHD conosciuti.

Lo studio. Nel nuovo studio, i ricercatori hanno esaminato tutti le nascite di bambini vivi o morti a partire dalla ventesima settimana di gestazione, tra cui interruzioni di gravidanza in fase avanzata, avvenute in Canada (tranne che in Quebec e Manitoba) dal 1990 al 2011. Gli studiosi hanno verificato i cambiamenti nel tempo di età materna, diabete mellito prima della gravidanza, preeclampsia pretermine, parto gemellare e interruzione di gravidanza. Si sono verificate quasi sei milioni di nascite di bambini vivi, morti e interruzioni di gravidanza, tra cui 72.591 casi di difetto cardiaco congenito alla nascita e durante l'infanzia. L'analisi del gruppo di lavoro si è focalizzata su 66.980 casi di difetto cardiaco congenito non cromosomico.

I risultati. Nel complesso, sono stati riscontrati 12.3 CHD ogni 1000 nascite. L'assunzione di integratori di acido folico è stata associata a una riduzione di difetti conotruncali (adjusted rate ratio 0.73), coartazione dell'aorta (aRR 0.77), difetti settp-ventricolari (aRR 0.85) e difetti setto-atriali (aRR 0.81). Tuttavia, non è stata osservata una riduzione significativa di difetti cardiaci non conotruncali e anomalie del sistema circolatorio. “Anche se l'integrazione nella dieta di acido folico era volta alla riduzione di difetti del tubo neurale, questo intervento basato sulla popolazione potrebbe aver avuto anche un effetto benefico su tipi specifici di CDH, che in forma aggregata sono più comuni”, concludono Joseph e colleghi.

Lo studio è stato condotto sotto l'egida del Sistema di Sorveglianza Perinatale Canadese dell'Agenzia per la Salute Pubblica del Canada.

Fonte: *Circulation* 2016

Anne Harding

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Rifiuta la chemio e muore Si curava con il metodo Hamer

La scelta di Alessandra, madre e imprenditrice. Il medico: poteva salvarsi

L'allarme

Dopo la 18enne di Padova affetta da leucemia è il secondo caso in pochi giorni

La storia

di Agostino Gramigna

Nessun segno di ripensamento, fino all'ultimo istante della sua vita. È morta portando con sé la convinzione che la medicina ufficiale è al servizio del denaro e che la chemioterapia uccide e trasfigura il corpo. Alessandra aveva un tumore al seno e ha smesso di respirare all'ospedale di Santarcangelo, vicino Rimini. Secondo Domenico Samorani, il dottore che le aveva diagnosticato quattro anni fa il male, avrebbe potuto vivere a lungo e salvarsi proprio facendo la chemio, da lei sempre tenacemente avversata.

Alessandra Tosi era un'imprenditrice (gestiva un ristorante vegano), aveva 34 anni, due figli, un compagno di vita, Enrico. E anche un consulente hameriano, figura chiave della storia, che ha cercato di curarla con il metodo di Ryke Geerd Hamer, dottore tedesco molto discusso in Germania, radiato dall'albo dei medici, inseguito dalla legge e teorico della medicina germanica senza bisturi, chemio e medicine. Convinto che i tumori abbiano un'origine psichica.

Un'infermiera dell'ospedale di Santarcangelo quando vedeva il «consulente» aggirarsi nel padiglione dove era ricoverata Alessandra, gli ricordava scherzosamente che se non fosse guarita lo avrebbe cerca-

to ovunque. Lui replicava: «Non si preoccupi, la salverò».

Alessandra era una donna dal carattere forte, decisa. Molto intelligente. Era diventata seguace del metodo Hamer dopo aver appreso del tumore. «So che su Internet ha fatto una serie di ricerche, s'è documentata. Mi risulta che sia andata pure in diversi centri. Insomma, ha girato», dice il dottor Samorani.

Da giovane Alessandra aveva visto suo padre morire di tumore. Lui aveva fatto la chemioterapia. Quando Samorani le ha proposto un ciclo di sedute, Alessandra invece ha rifiutato: «La chemio mai. Mi ucciderà».

Era ossessionata dall'idea che per almeno un anno il suo corpo avrebbe subito gli effetti dei farmaci. Che le avrebbe fatto perdere i capelli, che il corpo insomma non sarebbe più apparso ai suoi occhi come quello vero. «Ha litigato con la madre. A lungo. Una battaglia drammatica. Molto umana. La madre disperata ha usato tutte le armi, anche quella di minacciarla di cacciarla dal suo cuore: hai due figli, ma a loro non pensi?», ricorda il dottore che ha avuto modo di parlare e confrontarsi spesso con i parenti. Alessandra ha sempre reagito. «Non permetto a nessuno di utilizzare i miei figli per subire questo ricatto».

Tre mesi fa, sempre più stanca, Alessandra è ritornata dal dottore per una pleurite: le metastasi ormai si erano propagate ai polmoni. «Le ho mostrato i risultati delle analisi, le ho fatto capire che la situazione era tragica ma che ancora poteva ricorrere alla chemio. Forse qualche speranza c'era. Lei s'è commossa, ma serenamente ha scelto di continuare per la sua strada».

Coerentemente al suo credo, neanche nella fase acuta

della malattia, durante gli ultimi giorni trascorsi in ospedale, Alessandra ha preso farmaci. «Solo dei cerotti, ma nulla più. Neanche morfina. Non le abbiamo mai fatto la guerra. Forse anche per questo ha scelto di morire in ospedale da noi. Pochi giorni fa le ho chiesto se fosse riuscita a dormire. Dopo dieci minuti è deceduta». Durante l'omelia al funerale, il parroco della chiesa di Sant'Ermite ha letto il passo del Vangelo in cui Gesù resuscita il figlio della vedova Nain, morto giovinetto.

La madre di Alessandra ce l'ha messa tutta per allontanare la figlia dal consulente hameriano, che adesso vorrebbe denunciare. Il marito Enrico, invece, ha condiviso fino in fondo la scelta della moglie. Samorani ci tiene a far sapere che pur provando il massimo rispetto per la decisione di Alessandra si porta dentro il peso della fragilità. «Ci penso da tempo. Ci sono in gioco vite umane. Non credo sia una buona scelta quella di affidarsi al primo sciamano. Si corre il rischio di morire. Non c'è solo il caso di Alessandra. Ho conosciuto pazienti che hanno seguito la cura del silenzio o della dieta choc, con la convinzione che perdendo 40 chili s'indebolisce pure il tumore. Una follia. Vedo decisioni prese come se si dicesse: sono solo io il padrone di me stesso. Ci vedo una fragilità».

(ha collaborato Daniela Camboni)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Veneto

● Eleonora Bottaro, 18 anni, è morta per una leucemia

● Anche lei come Alessandra Tosi aveva scelto di non curarsi con la medicina tradizionale e di rifiutare la chemioterapia

● I suoi genitori sostengono le teorie hameriane



IL DOCUMENTO

“Eleonora condizionata dai genitori”

ENRICO FERRO

PADOVA. Eleonora è «immatura dal punto di vista psicologico e pesantemente condizionata dai genitori. Inoltre, non sembra pienamente consapevole della gravità della patologia e dell'urgenza di intervenire con una terapia adeguata». È uno stralcio della relazione del Comitato etico dell'ospedale di Padova, riunito in tutta fretta il 22 febbraio scorso per discutere dell'allora 17enne Eleonora Bottaro. La ragazza, affetta da leucemia, ha rifiutato da subito le cure tradizionali, d'accordo con i genitori.

«A partire dagli 11 anni, Eleonora è stata condizionata dall'adesione della famiglia alle teorie di Hamer, e ha poi vissuto il grave trauma della morte improvvisa del fratello», scrive la commissione composta da 19 tra medici, psicologi e giuristi. «I genitori sono sempre presenti e ribadiscono l'importanza che Eleonora si attenga allo stile di vita scelto dalla famiglia, basato sul rifiuto della tecnologia». La relazione è stata inviata al tribunale dei minori e ha dato il via all'iter per la perdita della patria potestà da parte dei genitori. C'è poi la sentenza con cui lo stesso tribunale respinge la richiesta di Lino Bottaro e della moglie Rita perché venga ristabilita la loro potestà genitoriale, otto pagine in cui è stato messo nero su bianco un braccio di ferro di oltre otto mesi tra la famiglia e l'ospedale: «Bottaro ha ribadito la fiducia nella guarigione spontanea di Eleonora, e ha dichiarato che, a suo avviso, le terapie oncologiche proposte non sarebbero urgenti date le buone condizioni di salute della figlia».

ORIPRODUZIONE RISERVATA



ALLERTA PER IL «CRIMEA CONGO»

Due morti in Spagna per un virus simil-Ebola

TIMORI IMMIGRAZIONE

Focolai della malattia
in Mauritania e Sudan:
283 sotto osservazione

Luigi Guelpa

■ Ebola nel cuore dell'Europa? In Spagna è scattato l'allarme. «Non è forse corretto creare eccessivo allarmismo, ma si impone lo stato d'allerta. Siamo di fronte ad alcuni contagi sospetti e pericolosi. La provenienza? Le probabilità che sia l'Africa sono molto elevate. Resta da capire se dobbiamo fare i conti con viaggiatori in zone extra Europa o immigrati. Comunque il virus è stato importato». Il ministro ad interim della Sanità Fatima Banez non esclude alcuna pista sull'epidemia di «Crimea-Congo» che a Madrid ha provocato due morti, due contagi e costretto le autorità sanitarie a tenere sotto osservazione altre 283 persone.

Si tratta di un'infezione emorragica della famiglia dell'Ebola, il terribile virus che nella sua ultima comparsa del 2014 ha provocato in Africa, con alcuni casi in Europa e Stati Uniti, circa diecimila morti. I sintomi della malattia sono più o meno gli stessi: febbre alta, perdite di sangue dagli orifici e dagli organi interni, piaghe sul corpo, fino al decesso per complicazioni polmonari. Il periodo di incubazione è di circa 3-4 giorni e la catena infettiva (la trasmissione tra animale e uomo) è mantenuta da animali selvatici, come i rodito-

ri, oppure dagli insetti, come le zecche, che costituiscono il serbatoio e la fonte di nutrimento principale del virus.

Il primo decesso risale allo scorso 25 agosto: si tratta di un uomo di 62 anni originario di Avila, città a 100 km a ovest della capitale. Una volta emersa la gravità dell'infezione, il paziente è stato trasportato e posto in isolamento al centro di malattie infettive dell'ospedale «Gomez Ulla di Madrid, dove poi è deceduto. Mentre all'altro ospedale madrilenio, il «Carlos III», ha perso la vita l'infermiera che ad Avila gli aveva prestato le prime cure. Secondo indiscrezioni tra i 283 pazienti in osservazione ci sarebbero almeno una ventina tra medici e infermieri. Due di loro si troverebbero a Barcellona, dove un campione del virus era stato inviato per essere sottoposto ad analisi nel nosocomio «Sant Joan de Deu». Altre situazioni sospette si segnalano a Toledo, Valladolid e Guadalajara.

Mentre per Ebola le terre maggiormente martorate furono Liberia, Guinea e Sierra Leone, nel caso di Crimea-Congo le zone colpite nei primi sei mesi del 2016 sono state Sudan e Mauritania, nazioni purtroppo interessate dalle rotte di migrazione verso il Mediterraneo. Angel Gil, portavoce della direzione generale del ministero della Salute, ha spiegato ieri che «sono stati avviati contatti con le autorità sanitarie di tutti i paesi dell'Ue per verificare se ci siano casi analoghi».





Le virtù delle cellule staminali sotto controllo fuori dall'organismo

Le cellule staminali, capaci di trasformarsi in altri tipi di cellule, sono responsabili della crescita e della funzionalità di organi e tessuti nel corpo umano. Molte ricerche sono in corso per il loro utilizzo nella terapia cellulare. Studi recenti pubblicati sulla rivista «Nature» hanno dimostrato che il mantenimento della staminalità di queste cellule dipende in modo fondamentale dall'organizzazione spaziale in cui sono conservate nelle nicchie anatomiche che le ospitano all'interno del corpo umano. Infatti, oltre che dai segnali biochimici, la staminalità dipende anche dalla relazione tra l'architettura delle nicchie e gli sforzi che si generano nelle cellule che si contraggono quando aderiscono alla nicchia. Queste conoscenze sono alla base di un progetto del Politecnico di Milano, finanziato dal Consiglio europeo delle ricerche e coordinato da Manuela T. Raimondi, basato sull'idea di costruire dei contenitori miniaturizzati di dimensioni micrometriche, detti appunto «nicchioidi», per controllare la funzionalità delle cellule staminali. L'obiettivo del progetto, iniziato da circa un anno, è riuscire a controllare le funzionalità delle cellule staminali mesenchimali, cioè le cellule responsabili della rigenerazione continua dei tessuti muscolo-scheletrici, mantenendo la loro staminalità al di fuori dell'organismo. Le cellule così trattate, e i composti che producono, si potranno utilizzare come farmaci per la rigenerazione di tessuti danneggiati, come quello osseo e cartilagineo, oppure al posto dei farmaci, per evitare il rigetto nel trapianto d'organo, grazie alla loro specifica capacità immunosoppressiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il racconto. La vita della suora
spesa a fianco dei più deboli
Al via la cura per la malattia

“Vaccino anti-lebbra” E in India si avvera il sogno della santa

RAIMONDO BULTRINI

BANGKOK. «Chi è Cristo per me? È il lebbroso a cui lavo le ferite». Così, durante una delle sue meditazioni pubbliche, Madre Teresa spiegò negli anni '40 alle prime Missionarie della Carità il cuore del principio di compassione cristiana che l'ha portata oggi al riconoscimento di una vita di santità.

Erano gli anni che precedettero la grande partizione dell'India, quando le strade e le case di Calcutta e delle campagne bengalesi erano piene di cadaveri delle vittime di una delle più grandi carestie della storia, seguita dalle sanguinose faide tra hindu e musulmani che culminarono nella creazione dello stato islamico del Pakistan nel 1947. L'orrore e lo sconcerto provati all'inizio dalla suorina albanese andata in India a insegnare storia e catechismo, saranno le prime tappe emotive del lungo viaggio della futura santa nell'inferno di un Paese dalle mille emergenze, e di una metropoli come Calcutta che di lì a poco diventerà anche il rifugio per milioni di profughi dal Bangladesh affamati e malati.

Nelle condizioni igieniche di quegli anni, la lebbra era un'epidemia apparentemente indomabile, fonte di stigma sociale e abbandono, vista la riluttanza degli hindu a sfiorare ogni persona con i segni visibili di una malattia che deforma il volto e gli arti, rende pezzi del corpo insensibili e porta spesso alla cecità, e per di più considerata una punizione per i peccati delle vite passate. Madre Tere-

sa girava per le strade della ex capitale della British India raccogliendo chiunque, senza curarsi se era pieno di escrementi o di pus, se avesse la lebbra o la tubercolosi.

Una delle critiche sollevate contro di lei è legata proprio alla mancanza di igiene e di separazione tra gli ammalati compresi quelli contagiosi, oltre alle accuse per aver accettato denaro anche dai dittatori e servito le mire del Vaticano di convertire l'India.

Ma furono proprio le famiglie induiste a offrire alla suora la celebre Casa dei morenti Nirmal Hriday (“Luogo del cuore immacolato”) nell'agosto del 1952. Era un edificio nel cuore di uno dei luoghi più sacri e mistici dell'India, dedicato alla potente divinità Kali. I proprietari avevano deciso di donarglielo dopo aver visto con i propri occhi il lavoro quotidiano della “Madre” e delle centinaia di suorine che nei vicoli delle città e nei sentieri di campagna prelevavano i corpi dei moribondi e dei lebbrosi che nessuno di loro osava toccare.

Dopo i centri di accoglienza e gli orfanotrofi, la suora albanese costruì il suo primo lebbrosario negli anni '60, visti gli ostacoli di far accettare alla società indiana l'idea di una integrazione dei malati che ancora oggi subiscono lo stigma e le discriminazioni delle leggi indiane.

Ma nonostante tutto, lo speciale rapporto degli indiani verso Madre Teresa sembra testimoniato dalla coincidenza della santificazione con l'inizio di

una nuova campagna nazionale di vaccinazione per la lebbra che utilizza un nuovo prodotto made in India, il *Mycobacterium indicus pranii*, destinato a debellare, stavolta definitivamente, questo male che ancora colpisce nel mondo quasi 200mila nuovi soggetti all'anno, dei quali oltre il 60 per cento — 125mila — nel grande Continente, e gli altri distribuiti soprattutto in Africa e Sudamerica.

Il “Mip” prende il nome dalla specie indigena di un microbatterio capace di rinforzare specifiche difese immunitarie, isolato anni fa dal direttore dell'Istituto indiano di Immunologia Pran Talwar. La lebbra non era più considerata un'emergenza sanitaria nazionale dell'India dal 2005, quando l'uso dei moderni cocktail di antibiotici aveva ridotto i casi a meno di uno ogni 10mila abitanti. Ma nei trent'anni di loro utilizzo massiccio, il bacillo ha sviluppato una progressiva resistenza ai farmaci e senza la scoperta del vaccino le conseguenze potevano essere disastrose.

La sua somministrazione comincerà a giorni in due Stati indiani, il Gujarat e il Bihar, per proseguire in altri 163 distretti a rischio e poi ovunque, con l'ambizione di ridurre del 60 per cento il contagio nei prossimi tre anni.

Un obiettivo che Madre Teresa non poteva forse nemmeno immaginare quando i malati erano ancora 15 milioni, e non pochi morivano ogni giorno tra le sue braccia.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



04 SETTEMBRE 2016

Nomine Direttori generali Asl. Al via l'elenco nazionale. In Gazzetta decreto con nuove norme

Publicato il dlgs che recepisce quanto previsto dall'art. 11 della Legge delega Madia che disciplina il conferimento degli incarichi per i direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl e Aziende ospedaliere e universitarie. La scelta dei DG avverrà solo tra quelli inseriti in un apposito elenco nazionale. [IL TESTO](#)

Arriva in Gazzetta Ufficiale il dlgs previsto dall'art. 11 della Legge delega Madia che disciplina il conferimento degli incarichi per i direttori generali, sanitari, amministrativi e socio sanitari di Asl e Aziende ospedaliere e universitarie.

La principale novità è la costituzione di un elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale delle Asl, Ao e degli altri enti del Ssn, policlinici universitari compresi. Definite anche le disposizioni per il conferimento degli incarichi e prevista la decadenza da direttore generale in caso di gravi disavanzi, per violazioni di legge o per il mancato rispetto delle norme in materia di trasparenza. Nuove misure, poi, anche per il conferimento degli incarichi di direttore sanitario, amministrativo e socio sanitario. Il testo entrerà in vigore il 18 settembre 2016.

Ecco il provvedimento nel dettaglio:

L'articolo 1 disciplina l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. L'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, dovrà essere aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La commissione dovrà procedere alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; C) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97

L'articolo 2 riguarda poi le disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale. Qui viene innanzitutto precisato che le Regioni potranno procedere a nominare direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, procederà poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. A quel punto verrà proposta al Presidente della regione una terna di candidati nell'ambito dei quali verrà scelto quello che

presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nel decreto viene inoltre specificato che, nella terna proposta, non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la stessa azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o ente del Servizio sanitario nazionale.

All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni dovranno definire e assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale. Per assicurare l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, verranno definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività.

Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. L'immediata decadenza del direttore generale potrà avvenire, inoltre, in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I provvedimenti di decadenza dovranno essere comunicati al Ministero della salute per la cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

L'articolo 3 specifica che quanto previsto agli articoli 1 e 2 si applica anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Si passa poi all'articolo 4 che disciplina le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Per la scelta la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

L'articolo 5 sottolinea come il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali, come spiegato dalle disposizioni transitorie contenute nell'articolo 6, si continueranno ad applicare le misure tutt'ora vigenti.

All'articolo 7 si precisa le disposizioni contenute nel decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 8 spiega che la partecipazione alla Commissione nazionale e alle Commissioni regionali saranno a titolo gratuito.

Infine, all'articolo 9, vengono esplicitate le abrogazioni normative previste dopo l'entrata in vigore delle norme contenute nel decreto. [Ecco il provvedimento nel dettaglio:](#)

L'articolo 1 disciplina l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. L'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, dovrà essere aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La

commissione dovrà procedere alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; C) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97

L'articolo 2 riguarda poi le disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale. Qui viene innanzitutto precisato che le Regioni potranno procedere a nominare direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, procederà poi a una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. A quel punto verrà proposta al Presidente della regione una terna di candidati nell'ambito dei quali verrà scelto quello che presenta i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nel decreto viene inoltre specificato che, nella terna proposta, non potranno essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la stessa azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o ente del Servizio sanitario nazionale.

All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni dovranno definire e assegnare, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La durata dell'incarico di direttore generale non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario verrà scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale. Per assicurare l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, verranno definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività.

Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, dovrà verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. L'immediata decadenza del direttore generale potrà avvenire, inoltre, in caso di gravi e comprovati motivi o nel caso in cui la gestione dovesse presentare una situazione di grave disavanzo o ancora in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. I provvedimenti di decadenza dovranno essere comunicati al Ministero della salute per la cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

L'articolo 3 specifica che quanto previsto agli articoli 1 e 2 si applica anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Si passa poi all'articolo 4 che disciplina le disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale. Per la scelta la commissione dovrà valutare i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Anche in questo caso l'elenco regionale sarà aggiornato con cadenza biennale, e l'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi socio sanitari non potrà avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

L'articolo 5 sottolinea come il conferimento di questi incarichi sia incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali, come spiegato dalle disposizioni transitorie contenute nell'articolo 6, si continueranno ad applicare le misure tutt'ora vigenti.

All'articolo 7 si precisa le disposizioni contenute nel decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 8 spiega che la partecipazione alla Commissione nazionale e alle Commissioni regionali saranno a titolo gratuito.

Infine, all'articolo 9, vengono esplicitate le abrogazioni normative previste dopo l'entrata in vigore delle norme contenute nel decreto.

Gran Bretagna. La Sanità al «risparmio»: sala operatoria negata a obesi e fumatori

LONDRA

A obesi e fumatori saranno negate le operazioni chirurgiche non essenziali per almeno un anno. Lo ha deciso la Sanità britannica con una mossa criticata e giudicata discriminatoria da diversi enti di carità. Una scelta che però, per i vertici del sistema sanitario nazionale, è assolutamente essenziale per risparmiare i fondi di un servizio sempre più in crisi.

«È una delle decisioni più gravi – ha commentato ieri un portavoce del Royal College of Surgeons – mai prese dal sistema sanitario». Le restrizioni, che riguardano soprattutto operazioni al ginocchio e all'anca, saranno applicate a quei pazienti la cui massa corporea supera del trenta per cento il valore "normale". Se dopo un anno questi saranno riusciti a perdere il dieci per cento del peso saranno accettati in sala operatoria. Chiaramente il bando, ha spiegato ieri un portavoce della Sanità, non riguarda quei fumatori e obesi che devono essere operati d'urgenza per condizioni che mettono a rischio la loro vita, ma è comunque «estremamente preoccupante», ha rimarcato Shaw Somers, un chirurgo dell'ospedale di Portsmouth.

«L'iniziativa – ha aggiunto – è discriminatoria. L'obesità è una malattia e le persone che ne soffrono non si svegliano la mattina chiedendosi come fare a rimanere grassi. Negare a queste persone operazioni perché sono obese senza offrire cure efficaci che le aiutino a perdere peso è come discriminare una parte della popolazione in base al colore della pelle o della religione». Nel 2014, l'ultimo anno "censito", erano sei milioni e 800mila gli uomini obesi e sette milioni e 700mila le donne eccessivamente sovrappeso del Regno Unito.

Elisabetta Del Soldato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.repubblica.it/>

Gb, "Niente operazioni chirurgiche per i pazienti obesi". Ma il provvedimento 'discriminatorio' viene sospeso

Negli ospedali pubblici del North Yorkshire le persone in sovrappeso e i fumatori hanno rischiato di ritrovarsi fuori dalle liste di attesa e di dover aspettare 1 anno per interventi non urgenti. Il National health service: "Dobbiamo ridurre i costi sanitari"

di VALERIA PINI



NIENTE operazioni chirurgiche ai pazienti obesi. Un provvedimento preso dalle autorità sanitarie del North Yorkshire, nel Regno Unito, per risanare i costi della sanità, che ha scatenato una bufera. Negli ospedali pubblici del North Yorkshire le persone in [sovrappeso](#) hanno rischiato di vedersi rifiutare un intervento e di dover attendere per un anno. Una decisione presa perché, come spiegano alla *Bbc on line* i funzionari della [Vale of York Clinical Commissioning Group](#), i sistemi sanitari locali dell'*National health service* (Nhs) sono in difficoltà e sotto "pressione". Di soldi ce ne sono sempre meno e per questo l'idea era quella di dare priorità ai sani. Ma la nuova regola, attaccata da più parti e giudicata discriminatoria, è durata pochissimo ed è stata sospesa .

Nel mirino anche chi fuma. Il provvedimento non si sarebbe applicato in casi in cui sarebbe stata a

rischio la vita. Ma poteva essere proibita, ad esempio, un'operazione all'anca o al ginocchio, ai pazienti [obesi](#), persone con un indice di massa corporea dai 30 in su. L'unico modo per rimediare sarebbe stato quello di mettersi a dieta. Perdendo il 10% del proprio peso corporeo, sarebbe stato possibile essere riammessi nella lista dei pazienti da operare entro un anno. Una regola che doveva essere applicata anche ai fumatori. Prima della sospensione l'Nhs nazionale, l'equivalente del nostro Sistema sanitario nazionale, aveva ricordato che "ridurre l'obesità e tagliare il numero di fumatori non fa solo bene ai singoli individui, ma fa risparmiare all'Nhs e ai cittadini che pagano le tasse milioni di pounds". Un provvedimento, aveva aggiunto l'Nhs, necessario perché i servizi sanitari devono affrontare troppe richieste rispetto alle loro risorse.

La polemica. Le polemiche, su un tema così delicato, non si sono fatte attendere. E alla fine l'Nhs ha dovuto fare marcia indietro. Perché in ballo c'era il tema della discriminazione delle persone sovrappeso. Già da tempo alcune compagnie aeree impongono ai passeggeri obesi di acquistare due sedili attigui, mentre non impongono la stessa regola alle donne incinta o a persone con sedie a rotelle. Scelte già criticate, ma questa volta le condanne sono state ancora più pesanti perché il provvedimento è stato preso da un ente pubblico.

"Una discriminazione". La scelta dell'Nhs sembra essere: "se non ti prendi cura della tua salute, noi non lo faremo al posto tuo". Una soluzione drastica che non è piaciuta ed è apparsa discriminatoria nei confronti degli obesi che in realtà sono affetti da una patologia molto seria. "L'obesità è una malattia, questi pazienti non si svegliano la mattina chiedendosi: 'Come posso continuare a essere grasso anche oggi?' - ha spiegato Shaw Somers, chirurgo di Portsmouth, intervistato da *Today programme* - . Nella maggior parte dei casi queste persone cercano di dimagrire. Non si possono imporre queste restrizioni senza offrire loro un programma per perdere peso. Un provvedimento di questo tipo è discriminatorio".

I divieti. Nel Regno Unito 6,8 milioni di uomini sono obesi e 7,7 di donne (dati del 2014) e l'Nhs spende molto per affrontare il problema. Secondo il *Royal college of surgeons* (Rcs) queste misure sono "le più severe mai prese dall'Nhs". "I fumatori e le persone in sovrappeso devono senza dubbio essere aiutati a smettere di fumare o a dimagrire prima di un intervento chirurgico per la loro salute generale - commentano gli esperti del *Royal college of surgeons*-. Vorremmo sostenere ogni tentativo che spinga i pazienti a perdere peso o ad abbandonare il fumo, ma l'introduzione di divieti non è la strada giusta per spingerli a cambiare vita. Ritardare l'accesso a un intervento chirurgico per un massimo di un anno non è una soluzione". Proteste che alla fine hanno spinto l'Nhs a ripensarci e a sospendere il provvedimento preso nel North Yorkshire.

In Francia tassa sul 'cibo spazzatura'. Il [problema dell'obesità](#) è ormai un'emergenza globale. Se in Gran Bretagna si punta a colpire chi è già obeso, in Francia il ministero dell'Economia e Finanze ha pensato a una tassa sul [cibo spazzatura](#), con la previsione di un aumento delle imposte rispetto alla qualità del cibo e alla quantità di calorie. Il 15% dei francesi sarebbe obeso e il problema dei chili di troppo è arrivato a coinvolgere poco meno della metà della popolazione. Un fenomeno, quello del peso in eccesso, che, secondo il rapporto, assorbe il 56% delle spese sanitarie territoriali, senza contare i costi ospedalieri. Un peso economico notevole e crescente, legato per esempio alle spese per diabete e ipertensione.

[LEGGI "Non date zucchero ai vostri bambini": vietati fino ai 2 anni dolci e bibite gasate](#) di ELENA

DUSI

Calorie costose. L'idea è di elevare la tassa sul valore aggiunto (Tva in Francia) al suo limite massimo (il 20%) su alcuni prodotti alimentari, oggi tassati al 5,5%, legando la tassazione alla quantità di calorie e alla qualità nutrizionale. Purtroppo però, secondo le voci critiche, la misura rischia di pesare fortemente sulle tasche dei più poveri e per questo il Tesoro sta studiando misure di bilanciamento fiscale.

Idee 'salvapeso'. Il rapporto ministeriale, inoltre, propone anche altre idee 'salvapeso' come: la riduzione delle porzioni nelle mense, una più stretta regolamentazione

della pubblicità che riguarda i bambini, il divieto di distributori di alimenti con vetrine trasparenti.

L'iniziativa ministeriale non è nuova per la Francia che negli anni scorsi aveva introdotto una tassa sulle bibite zuccherate.

NEL CRICK INSTITUTE, LA FRONTIERA DEI FARMACI

Quei mille scienziati che a Londra inventano le nuove medicine

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

È L'HANGAR di un aeroporto? Un'astronave? Uno stadio futuristico? Visto da fuori, il Francis Crick Institute sembra una forma aliena planata misteriosamente a Londra, dietro la British Library e di fianco a St. Pancras, la stazione da cui parte l'Eurostar, il treno che in due ore porta a Parigi. Visto da dentro, dà l'impressione di un mondo nuovo: come avventurarsi in un'odissea nello spazio.

A PAGINA 21

Aprire a Londra il Francis Crick Institute per la biomedica. Dal cancro ai disturbi cardiaci la sfida di studiosi di tutto il mondo per combattere le malattie e creare nuovi farmaci

Nel centro di ricerca più grande d'Europa "Mille scienziati per le cure del futuro"

Una struttura avveniristica costata 660 milioni di sterline e undici anni di lavoro

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. È l'hangar di un aeroporto? Un'astronave? Uno stadio futuristico? Visto da fuori, il Francis Crick Institute sembra una forma aliena planata misteriosamente a Londra, dietro la British Library e di fianco a St. Pancras, la stazione da cui parte l'Eurostar, il treno che in due ore porta a Parigi. Visto da dentro, dà l'impressione di un mondo nuovo: come avventurarsi in un'odissea nello spazio, solo che lo spazio in questione è quello della scienza. Niente pareti, niente muri, soltanto vetrate e una grande vasca comune di open space, «per facilitare lo scambio di idee e farne na-

scere di nuove», spiega Jonathan Wood, il media manager dell'istituto, che mi accompagna nella visita al più grande centro di ricerca biomedica d'Europa. D'Europa? Ebbene sì, la Gran Bretagna è ancora in Europa, geograficamente parlando, anche se in giugno ha votato per uscire dall'Ue. «Perderemo 4-5 milioni di sterline l'anno di finanziamenti che sarebbero venuti dalla Ue e speravamo che quella cifra sarebbe cresciuta», dice Wood, «ma sono una piccola parte del nostro budget di 130 milioni di sterline l'anno. E comunque ci sono tanti europei fra gli scienziati del Crick. Il nostro obiettivo è aprire le frontiere della conoscenza, non tenerle separate, e per realizzarlo dobbiamo attirare le menti migliori, da qualunque paese».

Non per nulla l'avveniristica costruzione in cui ci troviamo prende il nome da uno degli co-scopritori del Dna, il biologo britannico Francis Crick, che condivise nel 1962 il Nobel con Ja-

mes Watson e Maurice Wilkins; ed è diretto da un altro premio Nobel, Paul Nurse, eminente genetista, ex-presidente della Royal Society. Il cui ufficio, al secondo piano, è una gabbietta di vetro di due metri per quattro, grande esattamente quanto quello della sua segretaria e di ogni altro dei mille e più scienziati alle sue dipendenze. Eguaglianza e trasparenza: le due formule su cui si regge questo edificio di dodici piani, otto sopra il livello del suolo, quattro sotto, grande come due campi da calcio, per un totale di 80mila metri quadri. Gli



architetti di Hok e Plp, due degli studi più famosi del pianeta, lo hanno disegnato (a un costo di 660 milioni di sterline) secondo la struttura del cromosomo: un impianto centrale e quattro arti, due lunghi, due corti. Perfino gli ascensori sono scientifici: i tasti sono all'esterno, una volta entrati è il lift che prende il comando e sa dove portarti.

In un certo senso il Crick è l'evoluzione darwiniana della ricerca: nato non a caso nel paese che ne è stato l'avanguardia e la guida, quando fra Impero britannico e rivoluzione industriale era la prima superpotenza mondiale. Viene dall'unione fra le forze dei principali centri di ricerca britannici, Medical Research Council, Cancer Research Uk, Wellcome Trust, e tre prestigiose università londinesi, Ucl, Imperial College, King's College, più un partner dell'industria farmaceutica, Glaxosmithkline. Ci sono voluti undici anni dall'idea originale al progetto ultimato. Nel fratem-

po sono cambiate molte cose, a Londra un governo conservatore ha sostituito quello laburista e il Regno Unito ha deciso di divorziare dalla Ue. Ma non è cambiato lo spirito dell'iniziativa. «La Gran Bretagna è una grande nazione scientifica», afferma il suo direttore Paul Nurse, «e il Crick è il simbolo di una scienza aperta a tutti».

Non solo agli scienziati: le porte dell'istituto saranno aperte anche al pubblico, nel grande spazio-café al pianterreno, alle scolaresche, in un'ala chiamata Discovery (Scoperta), a mostre, letture e simposi, contribuendo a rivitalizzare quello che era un quartiere negletto e sta diventando una delle nuove gemme di Londra. Lo scopo principale, naturalmente, è la ricerca: «Comprendere meglio i misteri del corpo umano, sperimentare farmaci migliori», riassume la mia guida Wood. L'intento è trovare nuovi modi per curare cancro, disturbi cardiaci, infezioni e malattie

neurologiche. L'istituto definisce il suo programma come l'esplorazione di «sette grandi interrogativi scientifici»: in che modo un organismo vivente acquista le sue funzioni? Come si mantiene la salute durante l'invecchiamento? Come si diffondono i tumori e come rispondono alle terapie? In che modo il sistema immunitario sa come e quando reagire? Come funzionano i microbi? E in che modo raccoglie informazioni il sistema nervoso? Dalle pareti di vetro dell'ultimo piano, da cui si gode una magnifica vista di Londra, pare di intravedere le risposte. Ma è nei sotterranei che si cercano concretamente, dove la dottoressa Raffaella Carzaniga, milanese di nascita, da venticinque anni in Inghilterra, insegna a un dottorando la colorazione negativa di una proteina su un enorme microscopio alto due metri. Verso l'infinito e oltre: l'odissea del Crick è appena iniziata. Chissà dove ci porterà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il più grande centro biomedico d'Europa

Si trova dietro la stazione di St Pancras



130 milioni di sterline

il budget complessivo annuale a disposizione dell'istituto



4-5 milioni di sterline

i finanziamenti che il Francis Crick Institute non riceverà più dopo l'uscita della Gran Bretagna dall'Unione Europea

80 mila metri quadrati l'area in cui sorge l'edificio

- 12 piani di cui 4 sotterranei
- ha la forma di un cromosoma ed è grande quanto due campi da calcio



660 milioni di sterline

il costo del progetto

intitolato a Francis Crick, il biologo britannico **co-scopritore del Dna**. Fu premio Nobel nel 1962



© RIPRODUZIONE RISERVATA