

L'appello dei ginecologi alla vigilia della decisione sul contraccettivo «dei 5 giorni dopo»

Aifa non stoppi quella pillola

Si teme l'obbligatorietà dei test di gravidanza - Decisione in settimana

REGOLATORIO

No all'obbligo del test ematico di gravidanza prima dell'utilizzo della cosiddetta pillola dei cinque giorni dopo.

Suona così l'estremo appello lanciato all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), dalla Società italiana della contraccezione (Sic) e dalla Società medica italiana contraccezione (Smic), con il supporto della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), affinché l'Aifa si allinei a quanto raccomandato da tutte le altre agenzie regolatorie in merito all'accesso alla pillola dei 5 giorni dopo (ulipristal acetato).

La decisione dell'Aifa sulle modalità di impiego del contraccettivo è attesa in settimana e arriva dopo il parere espresso nei mesi scorsi dal Consiglio superiore di Sanità in merito alla compatibilità del farmaco con la legge sull'aborto e la contraccezione.

Nel parere il Css ha ritenuto che il farmaco possa essere utilizzato come contraccettivo d'emergenza «ferma restando l'esclusione di una gravidanza in atto prima della somministrazione».

Il parere espresso in questi termini aveva soddisfatto i ginecologi per la chiarezza con cui il Css

ha definito il farmaco un contraccettivo d'emergenza e non un prodotto a effetto abortivo.

La preoccupazione è che l'Aifa possa ora prevedere una applicazione limitativa del trattamento, subordinando la somministrazione del prodotto all'esecuzione del test di gravidanza.

Secondo le società scientifiche di settore l'introduzione di un obbligo in tal senso sarebbe ingiustificata dal punto di vista clinico, poiché la diagnosi di stato di gravidanza compete al medico. «Il test - hanno spiegato - rappresenterebbe un rischio concreto di inaccessibilità o comunque di difficoltà e ritardo nell'accesso al farmaco, tant'è che la sua obbligatorietà non è inserita nel riassunto delle caratteristiche di prodotto dalle altre Agenzie regolatorie europee e internazionali».

L'introduzione del vincolo, dunque, rappresenterebbe una «anomalia» non presente in nessun altro Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORTE DEI CONTI/ Indagine sui programmi previsti dall'articolo 20 della legge 67/1988

L'edilizia sanitaria è un flop

Spesi 6,8 miliardi sui 16 disponibili: procedure farraginose, Sud in coda

C' è la Campania che è riuscita a spendere "solo" 499 milioni per ammodernare i suoi ospedali, lasciando ben 1,3 miliardi nei cassetti. Male anche la Calabria con 239 milioni investiti e 369 in attesa di essere spesi. Il Lazio ha fatto un po' meglio, si fa per dire: 630 milioni spesi contro i 700 ancora da farsi assegnare. Performance modeste anche per la Puglia (656 milioni spesi contro i 602 in stand by) e la Sicilia (971 milioni contro gli 804 congelati). Ecco alcuni degli esempi più eclatanti del mezzo flop dei programmi di edilizia sanitaria nati con l'ormai famoso articolo 20 della legge 67 del 1988 - la Finanziaria di quell'anno - che diede il via a un programma pluriennale che puntava ad aprire nuovi ospedali e all'ammodernamento tecnologico della Sanità pubblica. Un piano che tra burocrazia, farraginosità e lentezza dei programmi a cui si aggiunge l'incapacità delle Regioni (specie quelle del Sud meglio se con i conti in rosso) è riuscito a conti fatti a erogare solo 6,8 miliardi (poco più del 40%) dei 16 miliardi effettivamente disponibili.

A bocciare la gestione delle risorse statali destinate all'edilizia e all'ammodernamento del Ssn è la Corte dei conti in un'indagine che ha messo sotto la lente la seconda fase di quel programma avviato con l'articolo 20 della legge 67/1988 e caratterizzato da uno stanziamento complessivo di 16,84 miliardi di euro.

Le risorse, sottolinea la magistratura contabile, «sono state caratterizzate da una consistente inutilizzazione che può essere così sintetizzata: 6,81 miliardi riservati alle Regioni non sono confluiti in accordi di programma, 20 milioni non sono stati assegnati agli altri enti beneficiari e 30 milioni non sono stati attribuiti».

Delle somme stanziati «solo 9,98 miliardi sono stati attivati: 9,30 miliardi sono confluiti in accordi di programma sottoscritti dalle Regioni

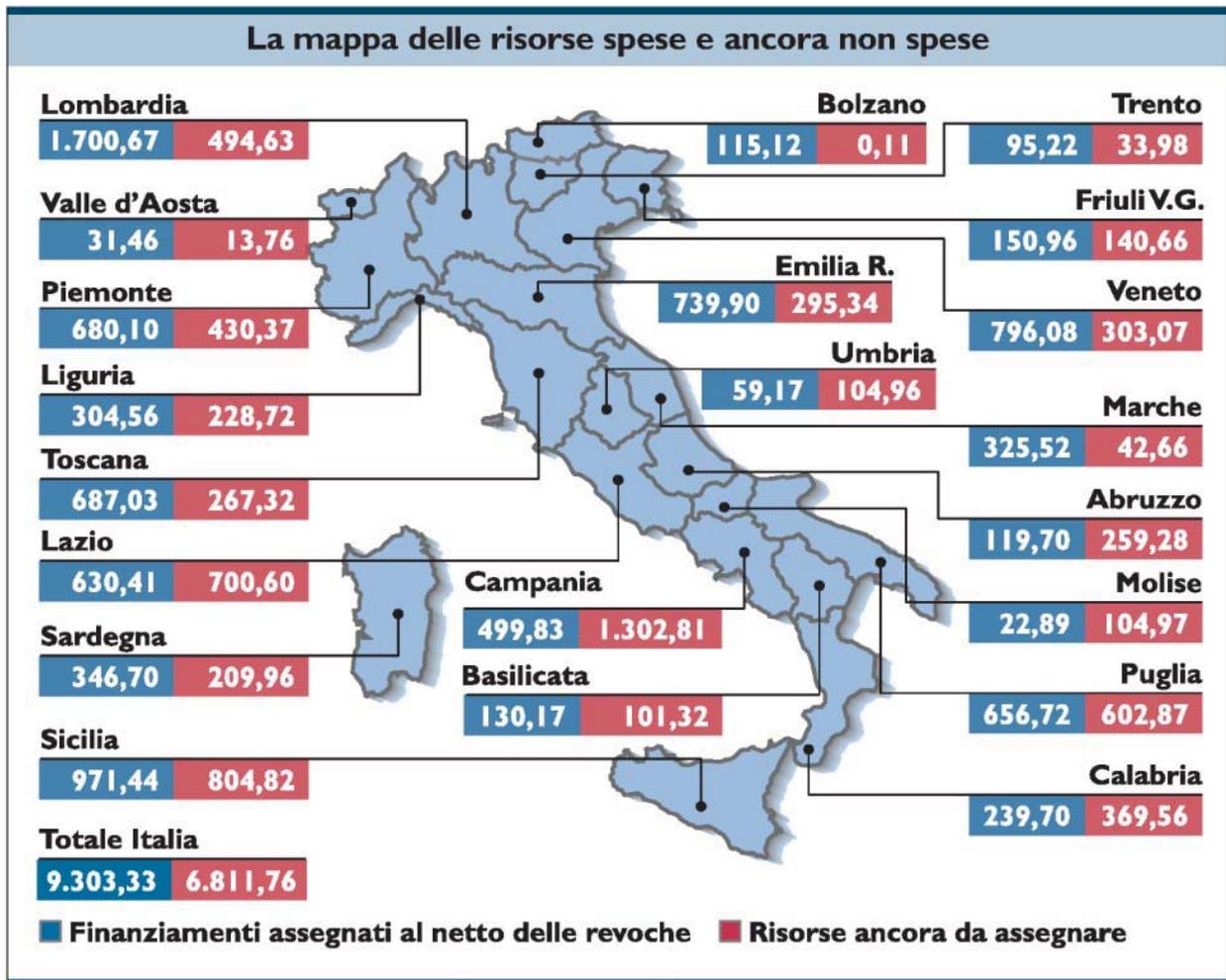
e 680 milioni sono stati assegnati agli altri enti beneficiari; nello specifico 7,04 miliardi sono stati materialmente erogati alle Regioni e agli altri enti. Ben 2,94 miliardi, ancorché giuridicamente assegnati, non sono ancora confluiti in transazioni finanziarie». «In sintesi - evidenzia la Corte dei conti nella sua indagine - rispetto al programma legislativo complessivo è stato attivato il 59,26% delle risorse stanziati per cui solo il 41,82% è pervenuto all'erogazione dei contributi». Diverse le cause, di questa «immobilizzazione di risorse». Innanzitutto il meccanismo degli stessi accordi di programma con le Regioni interessate, «che sono propedeutici alla realizzazione delle iniziative e alla maturazione del finanziamento». «La lentezza - sottolinea la magistratura contabile - e le tormentate modifiche che hanno connotato questa tipologia di programmazione negoziata hanno fatto slittare nel tempo l'utilizzazione di buona parte delle risorse stanziati».

Ma a frenare è anche la «scarsa capacità realizzativa di alcuni contesti regionali, i quali spesso coincidono con le situazioni della finanza sanitaria sofferenti e caratterizzate dall'adozione dei piani di rientro». Nel mirino dei giudici contabili ci sono anche le procedure che prevedono un coinvolgimento diretto del ministero dell'Economia, «non solo nella fase istruttoria e nella stipula degli accordi di programma, ma anche nelle fasi successive» con uno sdoppiamento delle procedure di verifica di congruità. In questo modo, «le Regioni più lente nel cogliere l'opportunità del finanziamento dello Stato - conclude la Corte dei conti - rimangono ulteriormente indietro rispetto a quelle dotate di maggiori risorse e capacità realizzative».

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

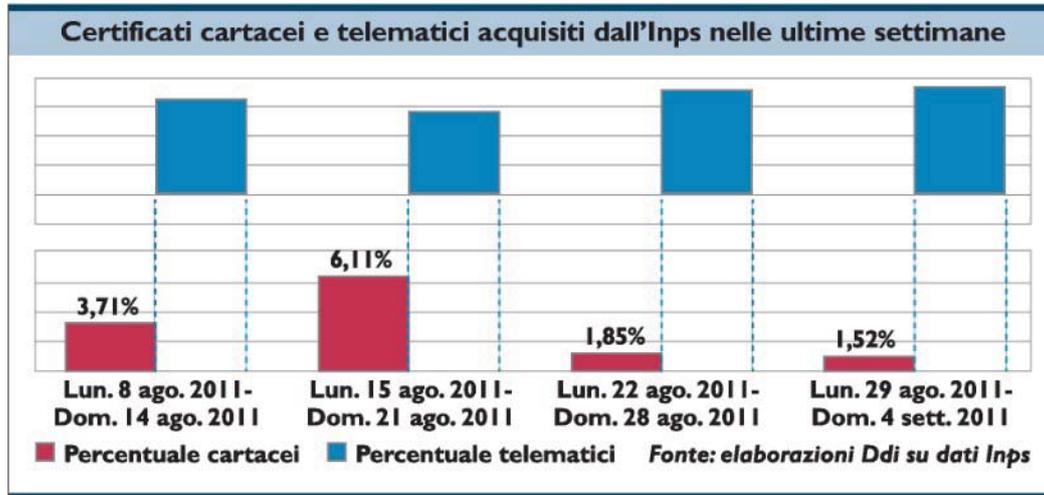




Dal 13 settembre entra a regime l'obbligo dell'on line per i datori di lavoro privati

Certificati, addio alla carta

“Eccezioni” solo nell'1,5% degli invii - Sul web anche la richiesta di visite fiscali



I certificati malattia dal 13 settembre viaggeranno solo on line. Tranne pochissime eccezioni come l'impossibilità (per cause tecniche) di trasmissione da parte del medico, i ricoveri ospedalieri (un tavolo di lavoro sta terminando la messa a punto di nuove regole tecniche per la comunicazione on line dell'avvenuto ricovero), gli interventi nei pronto soccorso (che tuttavia secondo le ultime verifiche dell'Innovazione al 50% sono già organizzati), la certificazione da parte di medici privati non ancora abilitati all'invio telematico, le guardie mediche a cui spesso la Regione non fornisce le strumentazioni necessarie all'invio on line.

L'entrata definitiva a regime del sistema è scattata - come previsto dall'Innovazione - a tre mesi dalla pubblicazione in «Gazzetta Ufficiale» della circolare n. 4 a firma di **Renato Brunetta** che ha definitivamente sancito la fine della possibilità per i datori privati di chiedere al lavoratore copia cartacea del certificato. Ma di fatto il

meccanismo - obbligatorio da tempo per le aziende pubbliche - è già in funzione: gli ultimissimi dati elaborati dal Dipartimento digitalizzazione e innovazione tecnologica (Ddi) del ministero dell'Innovazione indicano (si veda grafico) che la percentuale di certificati cartacei è ridotta all'1,5%: le “eccezioni”, appunto.

Dal 13 settembre quindi, i datori di lavoro non possono più richiedere l'invio della copia cartacea ai dipendenti, ma dovranno utilizzare i servizi Inps. Quelli del settore privato potranno chiedere al lavoratore di comunicare il numero di protocollo del certificato e con questo reperirlo o con l'accesso diretto al sistema Inps utilizzando le credenziali che sono rese disponibili dall'Istituto o con l'invio alla casella di posta elettronica certificata indicata dal datore di lavoro.

Inoltre, con il numero di protocollo del certificato e il codice fiscale del lavoratore, i datori di lavoro possono verificare un singolo certificato, sia accedendo al sito

Inps sia tramite contact center telefonico (803.164) o ancora utilizzare consulenti del lavoro per i contatti con l'Inps e chiedere le visite fiscali direttamente on line.

Gli stessi vantaggi ci sono anche per i cittadini. «Il lavoratore - spiega **Paolo Donzelli**, direttore generale del Ddi - può verificare on line o attraverso il contact center organizzato dall'Inps la sua situazione e i suoi certificati. Può chiedere all'istituto l'invio sulla sua Pec di attestati e certificati o alla casella di posta elettronica non certificata dei soli attestati. Ma a breve potrà ricevere per sms sul suo telefono il numero di protocollo del certificato in modo da poterlo comunicare in tempo reale al suo datore di lavoro che, soprattutto in caso di piccole imprese, può così senza difficoltà verificare il documento».

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Certificati trasmessi on-line

Regione	Totale	Privati Inps	Privati non Inps	Pubblici
Lombardia	3.129.876	2.186.051	503.284	440.541
Lazio	1.912.040	1.102.029	300.459	509.552
Veneto	1.231.737	849.982	165.956	215.799
Sicilia	1.182.243	574.043	97.970	510.230
Emilia R.	1.138.229	791.187	154.983	192.059
Campania	1.092.776	645.650	95.160	351.966
Piemonte	927.880	591.433	143.824	192.623
Toscana	714.019	461.476	86.818	165.725
Puglia	648.192	388.406	50.359	209.427
Calabria	499.314	339.114	19.673	140.527
Marche	359.523	236.266	40.487	82.770
Liguria	314.012	181.752	43.427	88.833
Sardegna	276.271	155.283	26.671	94.317
Abruzzo	270.985	174.302	26.315	70.368
Friuli V.G.	252.413	161.061	33.353	57.999
Umbria	171.132	107.131	18.065	45.936
Pa Bolzano	144.787	86.756	15.799	42.232
Pa Trento	143.187	93.787	13.913	35.487
Basilicata	96.695	51.888	8.552	36.255
Molise	48.694	28.439	4.347	15.908
V. d'Aosta	34.359	17.209	5.032	12.118
Totali	14.588.364	9.223.245	1.854.447	3.510.672

Fonte: Inps, dati al 6 settembre 2011

La medicina

Storie di malattie
su Repubblica.it,
ora la ricerca
si fa sul web

PAGANELLI E TARUSCIO

Da oggi su Repubblica.it, in collaborazione con gli esperti dell'Istituto superiore di sanità, Istituto Mario Negri e Asl di Firenze, uno spazio aperto (e un questionario) per raccogliere (e studiare) i racconti dei pazienti

Medicina narrativa

Raccontare la malattia: sul web sarà una ricerca

**Il rapporto con medici,
la convivenza
con la sofferenza,
i bisogni, le terapie,
le strutture sanitarie**

**Una raccolta di casi
per arrivare
a indicatori generali
e raccomandazioni
per cure migliori**

MAURIZIO PAGANELLI

D

a oggi su *Repubblica.it* uno spazio aperto a malati e familiari di malattie croniche (dall'artrite reumatoide all'Alzheimer), malattie oncologiche e cardiovascolari fino al mondo complesso e particolare delle oltre settemila malattie rare: si chiama "Viverla tutta" e rientrerà nel vasto progetto di Medicina narrativa, da anni avviato all'Istituto superiore di sanità e nel laboratorio della Asl di Firenze (progetto Name). Una griglia-questionario (costruita da esperti dell'I-

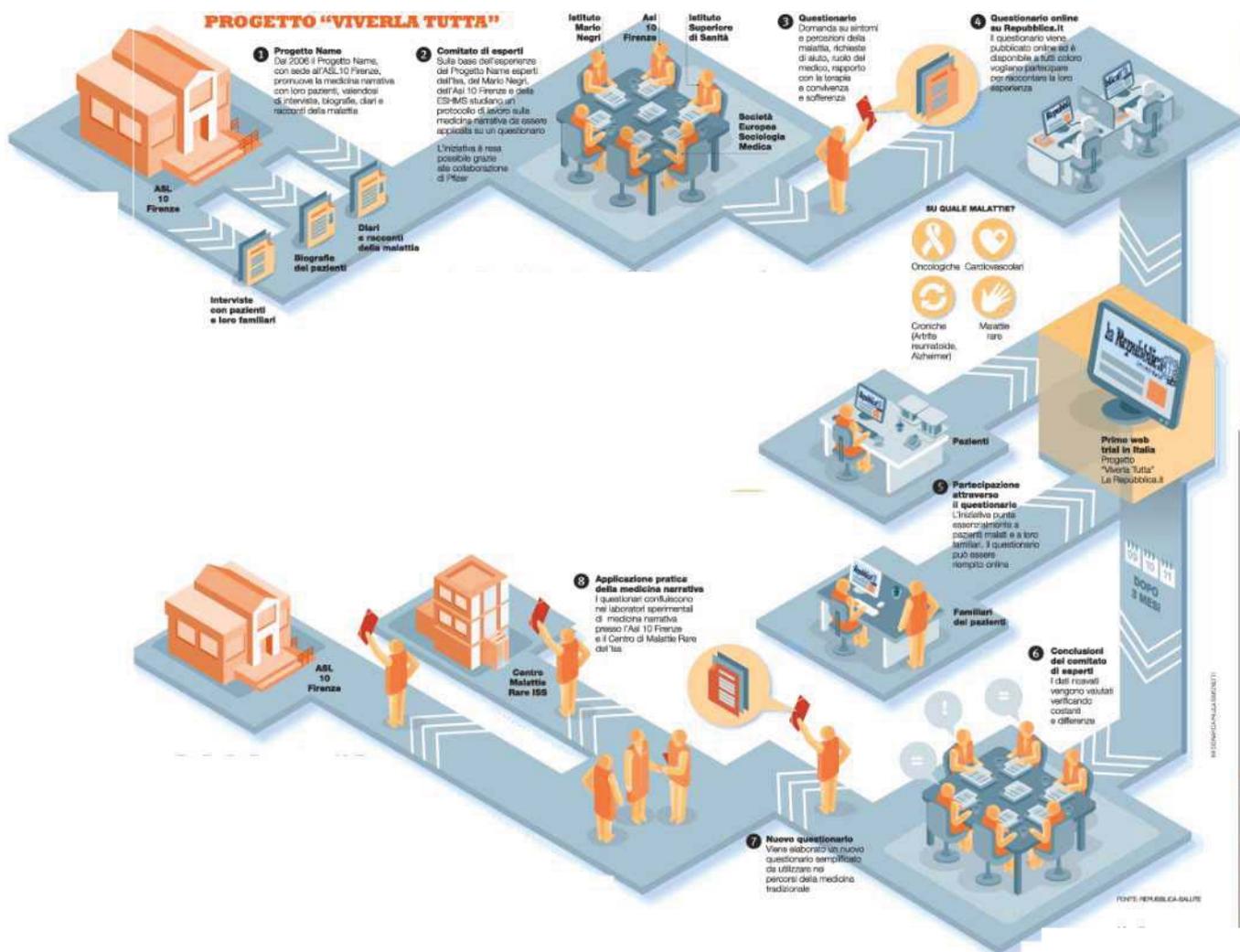
stituto Mario Negri, Iss, Asl di Firenze, European Society for Health and medical Sociology, e con il contributo di Pfizer) permette di focalizzare l'attenzione su quello che diventa, di fatto, il primo *web-trial* italiano, una sorta di sperimentazione vagliata da esperti. Le domande riguardano sintomi e percezione della malattia, richieste d'aiuto, ruolo del medico, rapporto con la terapia, convivenza con malattia e sofferenza. Per tre mesi, fino a dicembre, sarà possibile scrivere sia per pazienti che familiari o *caregiver*, e narrare il proprio rapporto con malattia, medici, cure, strutture. La raccolta delle narrazioni, lo studio e l'elaborazione del

materiale porterà ad una proposta di indicatori e un questionario semplificato da poter integrare con i percorsi della medicina tradizionale. Si tratta di un importante contributo personale che confluirà nel Laboratorio sperimentale di medicina narrativa della Asl di Firenze e al Centro malattie rare dell'Istituto superiore di sanità. La medicina narrativa si è sviluppata soprattutto negli Stati Uniti e tra i fondatori vanno segnalati lo psichiatra antropologo Arthur Kleinman e il suo collega dell'Harvard university, Byron J. Good e Rita Charon, medico alla Columbia university. Di fatto l'approccio narrativo nasce anche come reazione ad una visione considerata troppo rigida della moderna medicina basata sulle evidenze (Ebm): l'oggettivazione e spersonalizzazione di diagnosi e terapie a colpi di analisi e test oggettivi, senza un vero ascolto del paziente, e cure basate su "medie" e gruppi di popolazione. La medicina basata sulla narrazione non si contrappone, evidentemente, alla medicina basata sull'evidenza

ma si focalizza sul rapporto medico-paziente nelle specifiche realtà socio-culturali. Gli

obiettivi sono, oltre al dar senso e significato alla sofferenza e alla malattia, migliorare la relazione con il medico, con l'ambiente sociale e familiare, migliorare diagnosi e aderenza alle terapie, riorganizzare, sui bisogni del paziente, la struttura sanitaria. Come ha scritto Rita Charon «malattia e guarigione sono, in parte, trame narrative. I pazienti scrivono sulle proprie malattie con sempre maggiore frequenza, il che suggerisce che la ricerca di parole per contenere l'angoscia permette di affrontare meglio la malattia. Anche i medici scrivono sempre più spesso su loro stessi e sulle loro esperienze. I medici sostengono l'ipotesi che scrivere di se stessi e dei propri pazienti permetta di creare un grado di comunicabilità, non altrimenti possibile». Nell'era della medicina super-computerizzata, tra nanotecnologie e cure mirate, forse proprio questo è il fronte avanzato della "medicina personalizzata".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SU REPUBBLICA.IT

DA OGGI sulla homepage di *Repubblica.it* ci sarà il richiamo all'iniziativa "Viverla tutta": seguendo le indicazioni si apriranno le pagine per il questionario e la raccolta della propria testimonianza. Uno spazio aperto a malati e familiari,



in particolare per chi è affetto da malattie croniche e patologie rare. Troverete anche i link per leggere alcune storie già raccolte dai laboratori di medicina narrativa, la spiegazione e la storia di questa disciplina, schede sulle malattie redatte da esperti

L'ESPERTO

DOMENICA TARUSCIO *

**UN ASCOLTO
CHE SERVE
ALLA DIAGNOSI**

La medicina narrativa fa parte straordinariamente degli strumenti clinici a disposizione per comprendere, trattare, affrontare le malattie rare. Da ormai cinque anni, attraverso un progetto europeo, il Centro nazionale malattie rare dell'Istituto Superiore di Sanità ha sposato in Italia la tradizione della medicina narrativa. I medici che si occupano di patologie rare sono costretti a scendere dagli scranni del sapere medico poiché sono quelli che più di tutti vivono l'incertezza della medicina, le sue verità mai definitive messe continuamente in discussione dalla variabilità genetica individuale, dalla complessità della biologia e della sua evoluzione che lotta con la tendenza a ricercare leggi generali. Non ci sono quelle evidenze "forti" dalle quali vaticinare diagnosi e terapie. Spesso, poi, lo scarso numero di persone colpite non ci permette follow up in grado di indirizzare la gestione della malattia con certezza. È per questo che i medici che si occupano di queste

patologie non possono fare a meno di osservare quella regola aurea della medicina che è l'ascolto, di prestare l'orecchio alle storie dei pazienti per fare di quei racconti uno dei luoghi in cui cercare il bandolo di una matassa, o almeno qualche filo, per annodare una rete che si spera sempre più grande. Ascoltare le storie di medicina narrativa significa entrare in un universo parcellizzato di vissuti diversi, ma scriverle vuol dire fare un percorso di elaborazione emotiva della malattia, ricercare uno spazio simbolico nel quale ordinare emozioni dolorose. A raccontare le malattie rare, poi, nella medicina narrativa, può essere anche tutta la famiglia poiché quando una malattia rara accade è tutta la famiglia che si ammala. E questi testi raccontano le madri, i figli, le sorelle, i fratelli, che a loro volta sono protagonisti del racconto, poiché sono spesso parte della stessa ferita.

* *Director - National Centre for Rare Diseases (www.iss.it/cnrm) Istituto Superiore Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da domani obbligatoria la procedura telematica di scambio dei documenti tra aziende e medici

Certificati di malattia on line

Al via la gestione online della malattia. A partire da domani anche nel settore privato (cosa che già succede in quello pubblico) entra pienamente a regime la procedura telematica tra aziende e medici sullo scambio dei certificati di malattia dei lavoratori. Lavoratori che, di conseguenza, tali certificati non devono più consegnare né all'Inps né alle proprie aziende. L'uniformità tra pubblico e privato è totale e vale pure in merito agli stessi certificati. Tanto che se l'infermità è lunga deve ora essere certificata da un medico del Ssn anche quando riguarda lavoratori privati.

Cirioli a pag. 23

Circolare Inps precisa le novità. Se l'infermità è lunga serve la firma del medico del Ssn

Certificati di malattia online

Da domani gestione telematizzata anche per i privati

LE NUOVE REGOLE

Certificazioni online	Dal 14 settembre il datore di lavoro privato non può più chiedere al proprio lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia, ma deve prenderne visione avvalendosi dei servizi resi disponibili dall'Inps
Obbligo dell'Ssn	Le malattie superiori a dieci giorni e gli eventi successivi al secondo (in un anno) vanno giustificate con certificazioni rilasciate unicamente da medici del Ssn
Certificato cartaceo	Le assenze di malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o diagnostiche possono essere giustificate con certificazione anche su carta rilasciata da medico o struttura privata

DI DANIELE CIRIOLI

Al via la gestione online della malattia. A partire da domani anche nel settore privato (cosa che già succede in quello pubblico) entra pienamente a regime la procedura telematica tra aziende e medici sullo scambio dei certificati di malattia dei lavoratori. Lavoratori che, di conseguenza, tali certificati non devono più consegnare né all'Inps né alle proprie aziende. L'uniformità tra pubblico e privato è totale e vale pure in merito agli stessi certificati. Tanto che, se l'infermità è lunga (oltre dieci giorni) o se è la terza in un anno, deve ora essere certificata esclusivamente da un medico del Ssn anche quando riguarda lavoratori privati. A precisarlo è l'Inps nella circolare n. 117/2011.

Dal 14 settembre. A ricordare

l'entrata a regime dalla procedura telematica è stato ieri pure il ministero della funzione pubblica, spiegando in un comunicato stampa che oggi è l'ultimo giorno in cui è possibile utilizzare la carta per i certificati medici di malattia dei dipendenti privati. Diversamente da quanto annunciato il 2 settembre, il comunicato spiega che scatta da mercoledì 14 (e non da oggi) l'applicazione al settore privato delle nuove regole. A partire da domani, pertanto, il datore di lavoro non potrà più richiedere al proprio lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia, ma dovrà prenderne visione avvalendosi dei servizi resi disponibili dall'Inps.

Le altre novità. E l'Inps è intervenuto ieri con la circolare n. 117/2011 per spiegare le altre novità dell'equiparazione tra pubblico e privato in ordine

alla disciplina dei certificati di malattia. La legge n. 183/2010 (il collegato lavoro), spiega l'Inps, ha fatto rimando integrale ed esplicito all'articolo 55 septies del dlgs n. 165/2001 (tu pubblico impiego), così uniformando totalmente il regime dei dipendenti dei settori pubblico e privato, ivi compresi gli aspetti sanzionatori riferiti ai medici del Ssn o con esso convenzionati. Successivamente, aggiunge l'Inps, con l'entrata in vigore (6 luglio 2011) del dl n. 98/2011



sono state introdotte delle innovazioni in materia di assenze per malattia dei pubblici dipendenti per cui «nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici l'assenza è giustificata mediante la presentazione di at-

testazione rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione». Questa norma, spiega l'Inps, introduce un regime speciale, rispetto a quello generale dell'articolo 55 septies. Pertanto, nei casi di assenza per malattia superiori a dieci giorni e comunque nei casi di eventi successivi al secondo, nel corso dell'anno solare, anche per il lavoratore del settore privato vige l'obbligo di produrre idonea certificazione rilasciata unicamente dal medico del Ssn o con esso convenzionato, con esclusione delle assenze per malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o diagnostiche per le quali la certificazione giustificativa può essere rilasciata anche da medico o struttura privata. Certificazione che, sino all'adeguamento del sistema di trasmissione telematica, potrà essere prodotta in forma cartacea.

—©Riproduzione riservata—

Visite fiscali tramite web

Dal 1° ottobre le richieste di visita medica di controllo dei dipendenti in malattia (la «visita fiscale») dovranno essere inoltrate all'Inps mediante canale telematico. In fase di prima attuazione, tuttavia, vigerà un periodo transitorio,

fino al 30 novembre, durante il quale le richieste inviate secondo i canali tradizionali saranno

considerate utili agli effetti giuridici. Lo rende noto l'Inps nella circolare n. 118/2011.

La novità interessa tutti i datori di lavoro, sia pubblici che privati, inclusi quelli i cui dipendenti non pagano i contributi di malattia. Da ieri, 12 settembre (data di pubblicazione della circolare), tutti i soggetti già dotati di Pin sono stati automaticamente abilitati al nuovo servizio. I datori di lavoro che intendano affidarsi a un soggetto devono tempestivamente comunicarlo all'Inps, che provvederà a modificare i profili autorizzativi. La richiesta di visita medica di controllo può essere effettuata per un solo lavoratore e per una sola visita alla volta. È possibile richiedere anche una visita di controllo ambulatoriale Inps, per casi eccezionali e motivati.

Come accennato, in fase di prima attuazione del processo telematizzato è concesso un periodo transitorio fino al 30 novembre, durante il quale le richieste di visita medica di controllo inviate attraverso i canali tradizionali. Alla scadenza (dal 1° dicembre), dunque, il canale telematico diventa esclusivo.

Carla De Lellis



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

SE LA SANITÀ COMINCIA A COSTAR CARA

Forse, per la prima volta da quando è "nato", il Servizio sanitario nazionale rischia di perdere la sua principale caratteristica: garantire il diritto alla salute, in maniera uniforme, ad ogni cittadino. Le differenze di trattamento sanitario sono evidenti da anni, però l'attuale situazione economica può aggravare le disparità tra pazienti del Nord, del Centro e del Sud. Per la prima volta tutte le categorie professionali sono fortemente critiche nei confronti della manovra imposta dal governo: medici pubblici e privati, ospedalieri, di famiglia, personale dirigente e amministrativo, veterinari (e farmacisti non titolari dopo il blocco delle liberalizzazioni), annunciano iniziative di protesta. Perfino sindaci e presidenti di Regione sono sulle barricate, perché sanno di dover tagliare servizi essenziali di assistenza e cura destinati ai loro cittadini (ed elettori). Insomma c'è un malcontento diffuso e profondo. Motivato non solo da calcoli sindacali, politici, corporativi. Certo, sarà difficile uscire dalla crisi senza sacrifici collettivi. Ma la sanità si può comprare e milioni di persone non sono né saranno in grado di farlo. Per questi italiani i sacrifici peseranno come macigni.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La lettera

Tubercolosi

"MICROEPIDEMIE"
E RITARDI DI DIAGNOSI

La recente epidemia di tubercolosi a Roma, che segue un analogo episodio verificatosi a Milano, ripropone all'attenzione dei media questa malattia di cui si parla molto poco e che sembra dimenticata anche da molti operatori del settore sanitario. E, come sempre in queste occasioni, le notizie che vengono riportate incrementano perplessità, dubbi, sospetti nei cittadini "Stop Tb Italia" dal 2004 lavora sui programmi di controllo della malattia in Italia e all'estero, ed in essa confluiscono alcuni dei massimi esperti italiani. In questa occasione, senza entrare nel merito della vicenda romana anche per l'indagine della magistratura in corso, ci preme sottolineare alcuni aspetti che possono interessare l'opinione pubblica:

- 1) la tubercolosi esiste ancora in Italia, anche se poco diffusa (5.000 casi/anno)
- 2) è una malattia infettiva, contagiosa e trasmissibile e come tale, pone seri problemi di salute pubblica
- 3) sono tipici come in tutti i paesi a bassa endemia, gli episodi di "microepidemie"
- 4) la malattia si concentra soprattutto nei "gruppi a rischio", di cui fanno parte

gli operatori sanitari che, per legge, dovrebbero essere sottoposti a programmi di sorveglianza e prevenzione

- 5) non esiste un vaccino efficace, ma la malattia è curabile e prevenibile
- 6) in Italia esistono punti critici nel sistema di controllo: il ritardo diagnostico è uno di questi

Quest'anno, su iniziativa di Stop Tb Italia, Fimpst (malattie polmonari) e Lilly Mdr Tb Partnership, sono stati organizzati gli Stati Generali della Tbc a palazzo Giustiniani a Roma: in quella occasione è stato presentato un disegno di legge da parte del senatore Ignazio Marino ed uno dei punti critici identificati riguardava proprio il ritardo diagnostico e come cercare di contenerlo. Tra gli impegni presi in quella occasione, alla presenza del [ministro della Salute Ferruccio Fazio](#), si prevede la creazione di un tavolo di lavoro ministeriale per affrontare i problemi emersi. "Stop TB Italia" (www.stoptb.it; 0264445886-3321) è a disposizione di tutti coloro che volessero avere delucidazioni più puntuali

Giorgio Besozzi, a nome del Direttivo di Stop TB Italia

RISCHIO FUORI CONTROLLO

Il 60-70% dei pazienti sfugge o resta escluso da ogni monitoraggio

In Italia e nel mondo solo una minoranza dei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare modificabili è sotto controllo. Infatti, gli studi osservazionali hanno dimostrato che, nella popolazione adulta, circa il 50-70% dei pazienti ipertesi mantiene valori pressori al di sopra della norma, e che anche la maggioranza dei pazienti con ipercolesterolemia o diabete è scarsamente controllata.

Nonostante l'impegno per una informazione capillare e dettagliata, è chiaro che siamo ancora lontani da poter ottenere risultati ottimali e che è necessaria una maggiore disponibilità di tutte le parti interessate, con una organizzazione più efficace che, sulla base di interventi e controlli ripetuti nel tempo, consenta una consistente riduzione dei valori medi di pressione arteriosa, colesterolemia, glicemia. È stato anche recentemente riportato che in Italia circa il 30% degli adulti è fumatore e sedentario. Inoltre, più del 40% è sovrappeso o addirittura obeso, mentre solo una piccola percentuale, inferiore al 10%, segue una dieta appropriata, con un consumo adeguato e regolare di frutta e verdura. Anche i pazienti che hanno già sofferto un evento coronarico presentano un controllo inadeguato dei fattori di rischio, dimostrando così che neppure la consapevolezza di una situazione clinica compromessa costituisce una motivazione sufficiente per uno stile di vita più appropriato. Infatti, uno studio osservazionale europeo, che negli ultimi 15 anni ha consentito di ripetere nel tempo la valutazione dei principali fattori di rischio cardiovascolare presenti in una ampia popolazione, ha evidenziato una progressiva tendenza all'aumento dell'incidenza di obesità e nessun miglioramento anche nei pazienti ipertesi ben trattati, nonostante un aumentato consumo di farmaci anti-ipertensivi; inoltre, questo studio ha anche dimostrato una incidenza e prevalenza di diabete progressivamente maggiore, mentre solo la colesterolemia è apparsa tendenzialmente ridotta, solo grazie al maggiore impiego di farmaci, in particolare di statine.

In effetti, l'analisi delle modificazioni nel tempo della prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare in diverse popolazioni può consentire di comprendere meglio l'efficacia delle raccomandazioni sullo stile di vita e sull'uso dei farmaci, di stabilire le priorità e di valutare l'efficacia di vari programmi d'intervento.

I dati relativi alla prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare, misurati nell'arco di 30 anni circa in diversi milioni di persone in quasi 200 Paesi nel mondo, sono stati recentemente pubblicati su Lancet. Sono stati riportati un progressivo aumento dei valori di massa corporea e della glicemia, e una riduzione dei valori medi di colesterolemia in tutte le popolazioni, sia in quelle con elevato che in quelle con scarso benessere economico. La pressione arteriosa ha mostrato una riduzione media nelle popolazioni benestanti, ma una tendenza all'aumento, in media, in quelle con minori possibilità economiche.

Questi dati suggeriscono che un migliore controllo dei fattori di



rischio è possibile quando esistono farmaci efficaci, ben tollerati e di relativa facile somministrazione. Trend negativi si registrano quando la terapia non fornisce ancora risultati soddisfacenti e l'unico strumento disponibile è solo il cambiamento negli stili di vita, obiettivo notoriamente importantissimo, ma non facile da realizzare.

Certamente sono necessari ulteriori studi in grado di sviluppare migliori soluzioni per ridurre la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare; queste soluzioni potranno forse derivare dalla maggiore comprensione delle complesse interrelazioni fra dati clinico-epidemiologici, politiche alimentari, grado di industrializzazione, architettura urbana, modificazioni socio-economiche e valori culturali nelle diverse popolazioni.

Enrico Agabiti Rosei

*Direttore della Clinica medica generale
e del Dipartimento Scienze mediche e chirurgiche
Università di Brescia
Direttore del Dipartimento di Medicina
Azienda Spedali Civili di Brescia*

» **La sfida** Il futuro delle neuroscienze in discussione a Venezia

Scoprire le zone del cervello aiuta a capire come funziona

Ma oggi occorre «ripensare» la mente e la psiche

Si aprirà domenica 18 settembre alla Fondazione Cini di Venezia la settima conferenza «Il futuro della scienza» creata dal professor Umberto Veronesi e dedicata quest'anno al cervello e agli enigmi della mente. Si tratteranno anche aspetti filosofici con il professor Giulio Giorello. La sfida scientifica delle neuroscienze è anticipata nell'articolo del professor Edoardo Boncinelli

Dalle fondamenta

«Bisogna liberarsi delle sovrastrutture intellettuali. E' opportuno studiare tutto dalle fondamenta»
di EDOARDO BONCINELLI

La neurobiologia e più in generale le neuroscienze ci hanno detto tantissime cose di recente sul cervello e sulla mente, al punto che qualcuno ha considerato perfino eccessivo tutto questo. Il fatto è che eravamo così assetati di conoscenze affidabili sull'argomento che i media hanno probabilmente ecceduto nel parlarne e nel trovarne possibili applicazioni, dalla neuroestetica alla neuroetica, dalla neuroeconomia all'utilizzazione di tali scoperte in campo forense. Non c'è dubbio però che quella delle neuroscienze è una delle scommesse più audaci e intriganti della scienza contemporanea. D'altra parte la molteplicità degli approcci rende difficile un'esposizione ordinata delle corrispondenti acquisizioni.

Una delle cose più interessanti ma anche più discusse è rappresentata dalla enorme quantità di «localizzazioni» di questa o quella funzione cerebrale che tali scoperte ci hanno portato.

Utilizzando le tecniche del cosiddetto brain imaging o neuroimaging, termini di cui non esiste una traduzione affidabile in italiano, si può osservare quale parte del cervello di una persona viva, sana e sveglia sono in attività mentre quella esegue un particolare compito.

In questa maniera si è potuto individuare l'area del linguaggio, parlato o ascoltato, del riconoscimento delle forme, dell'orientamento spaziale, dell'esitazione, dell'incertezza, della autoapprovazione e dell'autoriprova-

zione e via discorrendo. Si è così potuta ottenere una mappa molto articolata delle varie funzioni mentali e più in generale psichiche che non ha uguali nella storia. Una delle più recenti è stata l'individuazione delle aree cerebrali connesse alla gestione del rimpianto, una componente fondamentale della nostra condotta prima e dopo il compimento di una qualsiasi azione.

Una delle critiche che viene più comunemente mossa a questo approccio verte sul fatto che localizzare non vuol dire spiegare. Verissimo. Localizzare non vuol dire spiegare, ma non riuscire a localizzare può voler dire che si sta dando la caccia a qualcosa che non c'è. Una delle cose che non si riesce a localizzare è ad esempio la coscienza, o addirittura l'io. Ciò potrebbe anche voler dire che a queste parole venerande non corrisponde niente di concreto.

In effetti una delle difficoltà maggiori delle moderne neuroscienze deriva dal doversi confrontare con una terminologia di matrice speculativa e introspettiva stratificatasi nei secoli. Sappiamo da tempo che su nulla ci sbagliamo più facilmente che sulla valutazione di ciò che accade nella nostra testa, a cominciare dalla convinzione che tutti i moti del nostro animo siano coscienti e raggiungibili con un'introspezione più o meno attenta e avvertita.

C'è poi da dire che una localizzazione può essere l'inizio di una spiegazione. Anche in fisica non è stato compreso tutto in una volta. Studiare per esempio il moto dei corpi come se l'attrito non ci fosse è stata indubbiamente in passato una sovra-semplificazione eccessiva, ma ha permesso lo sviluppo di un primo abbozzo di teoria del moto che è sta-

to successivamente aggiornato e arricchito. Se non lo si fosse fatto non si sarebbe mai potuti partire. La storia della scienza è piena di «rinunce» e autolimitazioni momentanee che permettono poi lo slancio finale verso le più alte vette della conoscenza.

Dobbiamo infine capire bene che cosa si sta localizzando. Dire che quando parliamo si attiva una piccola area della corteccia temporale, chiamata anche area di Broca, non significa dire che noi parliamo solo con quella. Noi possediamo un vocabolario, una serie di conoscenze su quello di cui stiamo parlando, una falcata di comporre le parole tra di loro per significare qualcosa e, non ultima, la volontà di dire quel qualcosa, che stanno molto probabilmente diffuse in tutta la nostra corteccia cerebrale. Con tutta quella parliamo; ma l'ultima «stazione», l'area senza la quale non ci facciamo capire è rappresentata appunto dall'area di Broca.

Un ultimo, non piccolo, portato dall'immane scommessa rappresentata dalle neuroscienze è dato dalla necessità e dall'urgenza di «ripensare» un po' tutto, del cervello, della mente e della psiche. Proprio per «sfrondare» l'idea stessa della mente dalle sovrastrutture intellettuali precipitate nei secoli è opportuno fare «piazza pulita» e studiare tutto dalle fondamenta, come se non avessimo mai saputo niente. Come sta succedendo a proposito del fenomeno della coscienza e degli stati di coscienza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Personaggi

La prima descrizione dettagliata del cervello è di Thomas Willis che nel 1664 pubblica «Cerebri anatome». Egli conia la parola neurologia.

Tra la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento Franz Gall e Johann Spurzheim dimostrano che la sostanza bianca è costituita da fibre nervose.

Pierre Paul Broca descrive nel 1861 il centro motorio del linguaggio.

Karl Wernicke illustra un'area simile le cui lesioni comportano afasia sensoriale.

Nel 1929 lo psichiatra austriaco Hans Berger registra il primo potenziale elettrico di un cervello in vivo. Questa tecnica nota come elettroencefalogramma permette di misurare la corrente che scorre nella corteccia cerebrale e aiuta a diagnosticare eventuali patologie.

Ilaria Capua premiata con il Penn Vet Leadership
 “Per combattere l’aviaria ho sfidato anche l’Oms”

La lady di ferro della scienza che il mondo invidia all’Italia

“Per collaborare e poter risolvere problemi complessi serve trasparenza dei dati”

RICCARDO LUNA

«**F**accio la veterinaria ma non curo cani e gatti. Sono una scienziata, una scienziata made in Italy». Ilaria Capua, 45 anni, un accento romano che ogni tanto affiora in un inglese perfetto, domani a Filadelfia riceve il Penn Vet Leadership Award, forse il massimo riconoscimento per chi fa il suo lavoro (non solo per i centomila dollari). Negli Stati Uniti la scelta ha fatto un certo scalpore per due motivi: è il primo under 60 ad essere insignita del premio; ed è la prima donna. Ma da un punto di vista italiano, c’è un aspetto ancora più eclatante. Ilaria Capua non è un cervello in fuga, anzi, ha svolto tutta la sua carriera accademica e scientifica in Italia ed è allaguida di una struttura del vituperato servizio sanitario nazionale: l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, che ha sede a Legnaro, in provincia di Padova.

Secondo gli americani la Capua ha «cambiato la pratica e l’immagine della professione di veterinario». *Drammatically*, recita la motivazione e in questo caso la traduzione “drammaticamente” può risultare vicina a quel che è accaduto davvero. «Nel 2006 l’influenza aviaria era appena arrivata in Africa. Quel virus non è una bufala: uccide gli animali nelle prime 48 ore del contagio. Era una emergenza vera. In una situazione di panico generale il nostro laboratorio fu il

primo ad isolare il virus, in Nigeria. Ricordo che tutti mi correvano dietro per studiarlo. Naturalmente mi telefonarono dall’Organizzazione mondiale della Sanità. Mi dissero: se ci dai l’impronta genetica del virus, depositiamo la sequenza in un database ad accesso limitato per 15 laboratori e ti diamo la password. Ero a un bivio: potevo entrare nel club degli eletti, ma non me la sono sentita. Se quella era davvero pandemia dovevamo lavorare tutti assieme per batterla e ho depositato la sequenza in una banca dati aperta, GenBank. In una settimana è stata scaricata mille volte».

Eranata la scienza open-source: la filosofia della rete applicata alla ricerca. Non fu un passaggio indolore. «Si scatenò un casino internazionale», ricorda oggi la Capua. Il *Wall Street Journal* la definì la “strong lady” della ricerca scientifica, molti si interrogarono sul senso di avere delle banche dati chiuse su temi come la salute e conclusero: non c’è alcun senso. In breve, la Capua diventa una star, almeno all’estero dove i suoi cicli di conferenze sembrano il tour di un cantante. Per *Scientific American* è “uno dei 50 scienziati più importanti del mondo”, il magazine *Seed* la incorona “mente rivoluzionaria”. Lei minimizza: «Ho fatto solo una cosa logica, di buon senso. Io sono un dipendente pubblico e sono pagata per tutelare la salute degli animali e delle persone, che non sono due cose slegate come si pensa, anzi... Sono convinta che solo attraverso la collaborazione fra scienziati si possano risolvere problemi complessi e per collaborare serve la trasparenza dei dati. Non è più tempo di chiudere i virus nei cassetti e dire: questo me lo guardo

io. Certi dogmi vanno superati».

Anche da piccola la Capua era così. Sognava di diventare una scienziata, perché aveva il mito di Rita Levi Montalcini, ma visto che voleva andare via di casa, scelse Veterinaria che insegnavano solo a Perugia, così poteva lasciare Roma. «I ragazzi oggi dovrebbero viaggiare di più, imparare l’inglese alla perfezione, conoscere il mondo. E invece sembra che abbiano paura di muoversi». Questa dimensione internazionale manca anche ai nostri ricercatori: «Ci sono pochi investimenti, è vero, e lo pagheremo come paese, ma invece di lamentarci e arrenderci noi ricercatori dobbiamo vendere le nostre idee all’estero, trovare partner internazionali. La ricerca non è un parcheggio ma una carriera dinamica, vuol dire alzarsi alle quattro del mattino per un esperimento e girare il mondo in economy facendo delle rinunce. A volte sento delle donne dire: faccio il dottorato così intanto faccio due figli... Sbagliano. Io ho conosciuto mio marito in un aeroporto e ho fatto una figlia a 38 anni...».

Dice che l’Italia ha bisogno di modelli positivi dopo tanti anni di modelle, e spera che la sua storia possa servire a non abbattersi: «Sono partita dieci anni fa con un gruppo di 8 persone, tutti dipendenti pubblici. Ora siamo 70, con noi c’è un iraniano, una canadese, una messicana e siamo un gruppo leader a livello mondiale». Il senso del suo premio è questo: «Se io, veterinario del Servizio sanitario nazionale, sono stata in grado di accendere un dibattito internazionale, criticando aspramente un sistema poco trasparente che rallentava la ricerca, sono sicura che in altre discipline ci sono colleghi



preparatissimi con idee innovative che posso rompere gli argini e far prendere alla ricerca una direzione che ci porti ad essere partner e leader della ricerca che conta». La Capua è fatta così: se piove non dice governo ladro, anche se il governo fosse davvero ladro. «Se piove apro l'ombrello e vado avanti per la mia strada».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanti sono i ricercatori

ricercatori e personale impiegato in ricerca e sviluppo (per mille occupati)

