

La medicina di genere che scopre la diversità

Lo sviluppo e l'impatto delle malattie sui due sessi, e la risposta alle terapie sono al centro di studi per tracciare la strada verso trattamenti personalizzati

di Antonio Caperna

ROMA - L'appartenenza al genere, maschile o femminile, condiziona lo sviluppo e l'impatto delle malattie e la risposta alle terapie. E' la 'Medicina di Genere' e per la prima volta un'azienda farmaceutica ha avviato in Italia uno studio osservazionale 'di genere' sulla psoriasi. 'Gender Attention', promosso da Novartis, valuterà in modo specifico la differente incidenza di effetti collaterali in persone affette da psoriasi e in trattamento farmacologico con ciclosporina. Le evidenze dimostrano che uomini e donne si ammalano in maniera diversa e che una stessa patologia può avere un impatto differente su di loro. Inoltre, rispetto agli uomini le donne sono colpite con maggiore frequenza (da 1,5 a 1,7 volte) e in maniera più pesante dagli effetti collaterali delle terapie. Ciò dipende da molte cause, tra cui i pochi studi dei farmaci sulle donne, nonostante ne siano le maggiori consumatrici. «Per troppo tempo la medicina, come un abito di sartoria, è stata tagliata sui corpi degli uomini - afferma Flavia Franconi, professoressa di Farmacologia e presidente del GISEG (Gruppo Italiano Salute e Genere) - Lo studio su 1200 pazienti di circa 50 centri ambulatoriali di dermatologia ha l'obiettivo innovativo di indaga-

re sia l'uomo che la donna nelle loro differenze e nelle loro somiglianze nella risposta alla terapia. Infatti, la Medicina di Genere non studia solo 'il femminile', ma vuole arrivare all'equità nella prevenzione e nella cura.

È la strada verso i trattamenti personalizzati». In occasione del lancio dello studio, inoltre, arriva sul web (www.medicinagenere.org) un cortometraggio, realizzato con il Patrocinio scientifico proprio del GISEG. Nel 'Gender Attention', l'influenza del fattore genere sull'insorgenza di effetti collaterali sarà valutata rispetto alla ciclosporina, il primo immunosoppressore che ha reso possibile il controllo della reazione di rigetto nei trapianti d'organo e il controllo efficace delle più diffuse malattie autoimmuni, come la psoriasi e l'artrite reumatoide. Il profilo di tollerabilità ed efficacia di questo farmaco è stato approfondito nell'arco di quasi 30 anni. Oltre a rilevare eventuali differenze tra donne e uomini nell'incidenza di effetti collaterali, lo studio ha anche l'obiettivo di esplorare l'esistenza di eventuali relazioni tra questi e le variazioni dei livelli ormonali nelle donne e infine valutare la soddisfazione complessiva del paziente nei confronti della terapia con ciclosporina.



Corte dei Conti

«Sanità, danno per 130 milioni»

Un danno erariale nella sanità del Lazio pari a 130 milioni di euro, la metà di quello registrato (256 milioni) in tutta Italia. Lo denuncia il procuratore generale della Corte dei Conti, Mario Ristuccia, nella relazione all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2011 della magistratura contabile. «Quel dato ci era stato già formalmente comunicato — ricorda la presidente della Regione, Renata Polverini —. Io lo avevo già annunciato anche se forse non avevamo dato la cifra». Nella sanità «si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattive gestioni favorite dalle

carenze del sistema dei controlli», precisa Ristuccia. Tra le irregolarità, di significativa rilevanza l'ipotesi di danno erariale per frodi nella gestione di case di cura convenzionate per irregolari erogazioni di prestazioni riabilitative. Le tipologie più ricorrenti delle pronunce hanno riguardato, sotto vari profili, «la materia delle risorse umane (irregolari trattamenti economici al personale, illegittima attività privata dei medici), seguite da quelle relative a danni erariali da attività contrattuali e da quelle concernenti risarcimenti a terzi per errori sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fine della vita
Le ragioni
dei due campi

di PAOLO CONTI

A PAG. 31 Vittorio Possenti

Legge sulla fine della vita, gli ultimi duelli

Ferrara e Bondi contrari come il Pd. Il quotidiano dei vescovi: non si abbrevi l'esistenza dei malati terminali

ROMA — Lunedì scorso un drappello dell'associazione radicale «Luca Coscioni» issava cartelli all'ingresso di Montecitorio e sembrava la citazione delle manifestazioni radicali davanti alla Camera dell'autunno 1969. Stavolta, però, non c'è in gioco «solo» una legge sullo scioglimento del matrimonio ma il «testamento biologico», la futura normativa sulla fine della vita umana.

Problema etico che, nel caso di malattie gravissime, implica il concetto e il diritto di «disponibilità» o, invece, la «indisponibilità» dell'esistenza di un essere umano, che è an-

Il sì alla Camera

leri il via libera della commissione Giustizia. La presidente Bongiorno: io personalmente critica

che un cittadino sottoposto alle leggi. Comprende l'eutanasia o il dovere etico di curare fino all'ultimo. E contempla soprattutto il peso che si deve attribuire, attraverso la «dichiarazione anticipata di trattamento», alla volontà del malato.

Ai primi di marzo il cosiddetto disegno di legge Calabrò (da Raffaele Calabrò, senatore pdl, relatore fino all'approvazione a Palazzo Madama) approderà alla Camera (l'ok è arrivato dalla commissione Giustizia presieduta da Giulia Bongiorno, che ha detto sì ma ha spiegato di essere «personalmente critica»; contrario il Pd). Ma il dibattito è apertissimo: da una parte l'universo laico, dall'altra le diverse aree di ispirazione cattolica. In mezzo l'idea stessa di vita umana, la possibilità o meno di «disporre» di fronte a una prospettiva di sofferenza o di vita vegetativa.

Il disegno di legge Calabrò prevede l'istituzione della dichiarazione anticipata di trattamento, che chiunque può sotto-

scrivere quando è pienamente lucido. E contempla la libertà di rifiutare cure «non efficaci». Però vieta ogni forma di eutanasia o di aiuto al suicidio. Proibisce di sospendere alimentazione e idratazione artificiali perché non sono considerate terapie ma «forme di sostegno vitale».

Il fronte laico è attivissimo contro un disegno di legge che viene definito «ingannevole, ideologico, autoritario» per esempio nel testo dell'appello firmato da cento intellettuali (da Stefano Rodotà a Gustavo Zagrebelsky) che citano la sentenza 471 del 1990 della Corte Costituzionale sulla «libertà di disporre del proprio corpo». Altrettanto mobilitato l'universo cattolico. Proprio ieri è intervenuto su *Avvenire* il filosofo del diritto Francesco D'Agostino: «Il disegno di legge cerca di trovare una saggia e difficile mediazione tra la tutela della vita, soprattutto quella dei malati terminali, considerata comunque un bene indisponibile, e il diritto di ogni persona a non essere sottoposta ad alcuna forma di accanimento terapeutico e soprattutto a quelle che essa consapevolmente rifiuta».

Il confronto è aspro. E le contraddizioni non mancano. Al punto che due giorni fa Giuliano Ferrara, su *Il foglio*, ha ammesso che la legge è «pasticciata, irrimediabilmente sbagliata» e che di fatto dice «al cittadino: fai pure testamento ma sappi che non sarà vincolante, e che su due punti cruciali come l'idratazione e la nutrizione di persone in stato vegetativo, la tua volontà non verrà ascoltata». Ferrara chiede «ai deputati del centrodestra di ripensarci e ai vescovi italiani di non farsi intrappolare in un meccanismo che domani potrebbe travolgere anche le loro buone intenzioni». Avalla questa posizione Sandro Bondi che proprio sul *Foglio* oggi scrive che le questioni relative all'idratazione e alla nutrizione artificiale di persone in

stato vegetativo «devono essere prese con cristiana umanità e con sana ragionevolezza, rispettando la volontà espressa precedentemente».

Per paradosso, Ferrara si ritrova sulla stessa linea di Umberto Veronesi, storico combattente per il testamento biologico. Per Veronesi «meglio nessuna legge», meglio applicare la Convenzione di Oviedo firmata anche dall'Italia che prevede l'applicazione del testamento biologico.

Un profondo confronto etico e culturale si accompagna all'iter legislativo. L'essenziale è che almeno sul testamento biologico non ci sia un «clima da stadio e da regolamento dei conti», come ha scritto il pd Ignazio Marino nel gennaio scorso sulla pagina delle opinioni del nostro giornale. E come si augura Ferrara.

Paolo Conti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giuliano Ferrara
Una legge sbagliata

irrimediabilmente
Credo nell'autonomia della persona specie in fatto di libertà di cura

Francesco D'Agostino
Si tratta di fermare una pericolosa deriva etica: indurre i medici ad abbreviare la vita di malati terminali e anziani

Umberto Veronesi
Meglio nessuna legge, meglio il testamento biologico che il disegno di legge in cui la vita artificiale diventa un obbligo di Stato



Il glossario

Coma

È uno stato di incoscienza la cui gravità e profondità possono variare. L'attività cerebrale del paziente è ridotta, ma sono mantenuti alcuni riflessi. Il coma non è indice di morte cerebrale

Stato vegetativo

Il paziente perde le funzioni cognitive e la capacità di interagire con l'ambiente, ma mantiene il ritmo sonno-veglia. Non mostra comportamenti finalizzati, né risposte a stimoli esterni

Stato minimo di coscienza

È uno stato di coscienza alterata in cui minimi comportamenti segnalano una consapevolezza di sé o dell'ambiente.

Sindrome locked in

Il paziente è cosciente e sveglio, ma non può muoversi né comunicare a causa della paralisi di tutti i muscoli del corpo. Può essere confusa con lo stato minimo di coscienza

Peg

È una tecnica che consente la nutrizione enterale: viene introdotta, attraverso la parete dell'addome, una cannula nello stomaco. Permette un miglioramento della qualità della vita del paziente

Accanimento terapeutico

Significa mettere in atto trattamenti che non solo si sono dimostrati inefficaci per quella particolare condizione, ma possono comportare anche rischi

Cure palliative

Quando un paziente ha una malattia che non risponde più a terapie specifiche, si ricorre a una serie di interventi (controllo del dolore, supporto psicologico, per esempio) per una migliore qualità di vita possibile
(A cura di Adriana Bazzi)

ALIMENTAZIONE E URGENZE I DUBBI ANCORA APERTI

di VITTORIO POSSENTI

Caro direttore, rimane difficile parlare della fine della vita e della legge in discussione in Parlamento che, dopo il voto in Senato (marzo 2009), sarà a giorni esaminata alla Camera. I due anni trascorsi non sono forse passati invano: hanno contribuito, sia pure parzialmente, a svenire l'atmosfera che era allora tesissima, ed hanno reso possibile qualche miglioramento del disegno di legge. Quello votato al Senato si riferiva solo alle persone in stato vegetativo (caso Englaro), e trascurava i ben più numerosi casi di pazienti in stato di incoscienza, incapaci cioè di intendere e di volere. Questa grave omissione è stata ora sanata nel ddl Di Virgilio. L'azione di un gruppo di docenti che nel settembre 2009 prepararono uno schema di legge sul consenso informato e le dichiarazioni anticipate di trattamento (dat) ha forse contribuito a togliere la limitazione presente nel testo votato in fretta al Senato.

Il ddl attuale si presenta con un notevole chiaroscuro. Validi sono gli articoli che riguardano il consenso informato, il no all'eutanasia, le cure palliative, le disposizioni in favore dei malati in coma vegetativo. Vi è estremo bisogno che le famiglie di questi malati non siano lasciate sole dinanzi ad un peso morale, esistenziale ed economico insostenibile. Non è umano abbandonare né loro, né il malato in genere, né gli anziani, lasciati in solitudine negli ospizi o negli ospedali. Inoltre il ddl tiene fermo il termine dat contro l'usatissimo riferimento al termine «testamento biologico», improprio tanto dal lato del sostantivo poiché la vita non è un bene patrimoniale, quanto dal lato dell'aggettivo in quanto la vita umana eccede l'elemento biologico. Importante è pure il carattere vincolante del giudizio di un collegio medico in caso di dissidio tra medico curante e fiduciario, prima mancante ed ora presente nel ddl Di Virgilio (articolo 7.3). Tuttavia il relatore ha mutato opinione, ritenendo opportuno ritornare al parere solo consultivo e non vincolante del collegio: un passo indietro che toglie valore alla volontà meditata del paziente e consegna ogni decisione nelle mani del medico.

Rimangono diversi punti dubbi nell'attuale stesura del ddl. Ne indi-

co quattro. 1) Si riconosce il diritto alla terapia del dolore solo per i pazienti terminali o in condizione di morte prevista come imminente. Non appaiono ragioni per una tale restrizione, in quanto la terapia del dolore dovrebbe essere attuata ogni volta che è necessaria; 2) L'articolo 4.6 sospende la validità delle dat in condizioni di urgenza e quando il soggetto versa in pericolo di vita. È invece in queste condizioni che dovrebbero valere di più. Un esempio concreto: arriva in ospedale un paziente dopo un incidente stradale che ne ha sfigurato il volto, rendendo impossibile il sondino nasogastrico. Il paziente ha lasciato scritto in maniera inequivocabile di non volere in alcun caso una Peg, che comporta perforazione dell'addome: su quale base il medico potrebbe imporgliela? I casi reali sono ben più numerosi di quello qui ipotizzato. Durante il lungo decorso di una malattia può infatti risultare necessario passare dalla nutrizione naturale a quella artificiale mediante Peg. Il paziente ha scritto chiaramente che non la vuole: anche qui vale la domanda di sopra. 3) Il ddl dichiara che «ali-

mentazione e idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, devono essere mantenute fino al termine della vita». Esse non possono essere oggetto di dat: dunque anche la Peg è obbligatoria? Inoltre in numerosi casi non si tratta di mantenere quelle funzioni una volta avviate, ma di attivarle per la prima volta in forma artificiale, e su questa grande diversità il testo tace. 4) Analogamente si riscontra sulla differenza tra rifiuto e rinuncia. Si riconosce che «nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato». Ma una cosa è attivare ed un'altra è proseguire: sarebbe logico far intervenire le dat anche nel caso del proseguire, mettendo in conto non solo il rifiuto ma anche la rinuncia. Dovrebbe applicarsi in maniera più profonda l'analogia tra rifiuto informato di persona cosciente e dat valide rilasciate «allora per ora», a meno che non contengano indicazioni future, quali il rifiuto di cure di entità mo-

desta.

Nel fine vita occorre bilanciare valori diversi, e l'attuale ddl non sembra riuscirci. Per venirne a capo, aiuta la considerazione fondamentale che lo Stato, dopo aver detto no all'eutanasia, non imponga al cittadino obblighi maggiori di quanto gli compete. Lo Stato infatti non può esigere un dovere incondizionato di continuare ad esistere, quando il cittadino ha fatto chiaramente intendere di non voler essere trattenuto ad ogni costo. Rischia di non funzionare una legge determinata nei più minuti particolari, perché mancherà sempre qualcosa. Se deve esservi legge, meglio con pochi e più precisi criteri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vittorio Possenti (nella foto) 73 anni, filosofo, insegna Filosofia politica all'Università Ca' Foscari di Venezia. È autore di oltre 25 libri sui temi della politica e dell'etica. È anche membro del Comitato Nazionale per la Bioetica



SÌ IN COMMISSIONE

Biotestamento, ultimo scontro sulle volontà del paziente

**BATTAGLIA
APERTA**
Bondi:
la decisione
è personale.
Bongiorno:
testo vuoto

ROMA. Ultima corsa a ostacoli per il disegno di legge sul biotestamento, che ha incassato ieri il via libera atteso dalla commissione che mancava all'appello, la Giustizia. Che, pur in un parere «condivisa» e di mediazione, punta il dito contro uno dei nodi centrali del testo, la non vincolatività delle dichiarazioni di trattamento anticipato. Ma a dare un colpo all'altro pilastro del provvedimento, idratazione e nutrizione, su cui non è possibile esprimersi, in quanto non considerate terapie ma sostegno vitale, ci ha pensato in serata il ministro della Cultura, Sandro Bondi. In un intervento che sarà pubblicato oggi dal Foglio, rileva infatti come «idratazione e nutrizione obbligatori e vincolanti» siano «punti deboli del testo» e che bisognerebbe invece lasciare la decisione ai singoli, rispettando «con cristiana umanità e con sana ragionevolezza, la volontà espressa precedentemente da ciascuno».

Di diverso parere il sottosegretario alla Salute,

Eugenia Roccella, che sottolinea «la necessità di una legge per fermare l'invasività dei magistrati e «l'eutanasia per sentenza».

A Montecitorio, intanto, tra oggi e domani la commissione Affari sociali farà il punto su osservazioni ed emendamenti. Domenico Di Virgilio, relatore del testo, azzera subito le possibilità di accogliere il «suggerimento» arrivato da Giulia Bongiorno, che, pur avendo proposto una soluzione mediata in commissione, si conferma però «molto critica» verso un provvedimento, che, a parer suo, di fatto «è svuotato se non vincola». Per i democratici, spiega Margherita Miotto, capogruppo in Affari sociali, il testo «resta incoerente e pieno di contraddizioni», e il partito si batterà perché non sia votata una legge che, come sottolinea anche Ignazio Marino, «non tiene conto della volontà dei cittadini».



PARLAMENTO

Milleproroghe: tutte le norme per la sanità

Il Senato ha approvato il 16 febbraio scorso il maxiemendamento interamente sostitutivo del decreto Milleproroghe. Il nuovo testo (che dovrà essere approvato dalla Camera entro il 27 febbraio) conferma tutte le misure in materia di sanità contenute nel testo originale del Governo e ne prevede di nuove su diversi ambiti.

Le misure già previste

Resta il criterio di una proroga generalizzata, salvo alcune eccezioni, al 31 marzo 2011. L'eventuale allungamento delle singole proroghe al 31 dicembre 2011 potrà essere stabilito da appositi Dpcm che dovranno passare il vaglio della Commissione parlamentare per la semplificazione e delle Commissioni parlamentari competenti per le conseguenze di carattere finanziario.

Confermata la proroga al 31 marzo 2011 per l'*intraoemia allargata* (di cui al-

l'art. 1 della legge 120/2007) rispetto alla scadenza del 31 gennaio 2011 prevista dalla precedente normativa.

Sempre al 31 marzo 2011, prorogate due disposizioni vigenti per il sistema del cosiddetto "payback" farmaceutico. La prima riguarda i medicinali immessi in commercio prima del 31 dicembre 2006 (di cui all'art. 9 della legge 31/2008) e la seconda quelli immessi successivamente (di cui all'art. 64 della legge 99/2009).

Confermata la quota pari a 100 milioni di euro dei 400 milioni di euro del 5 per mille, destinata alla *Sclerosi laterale amiotrofica*, anche se il nuovo testo parla di una cifra "fino a" 100 milioni che potrebbe lasciare intendere che si possa attuare un finanziamento minore.

Le nuove disposizioni del maxiemendamento del Governo

Confermato lo slittamento della data di consegna (oggi indicata nel 28 febbraio di ogni anno) da parte dell'Istituto superiore di sanità al **ministero della Salute** dei dati sulla *Procreazione assistita* ai fini della predisposizione della relazione al Parlamento (di cui all'art. 15 della legge 40/2004). Ma cambia la data: nel vecchio testo lo slittamento era

al 31 marzo mentre in quello approvato stamattina è al 30 aprile.

Sempre in tema di *Pma* è stato accolto l'emendamento Malan che prevede che i dati relativi alle attività di *Pma* provenienti dalle strutture autorizzate siano inviati al **ministero della Salute**, cui spetterà il compito dell'inoltro all'Iss e al Centro nazionale trapianti.

Una sorpresa poi per *grossisti, farmacisti e industrie farmaceutiche*. L'entrata in vigore delle nuove misure sui margini della distribuzione (previste dall'art.11, comma 6 della legge 122/2010) viene anticipata al 31 maggio 2010 (data di emanazione del decreto legge che stabiliva i nuovi margini) anziché, come previsto attualmente, al 30 luglio 2010 (data di entrata in vigore della legge di conversione).

Accolta la richiesta delle Regioni di uno slittamento al 1 gennaio 2013 per l'*accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio sanitarie private* e delle terme.

Novità per i *servizi trasfusionali*, per i quali è prevista una serie di interventi, attraverso appositi decreti del **ministero della Salute**, per l'istituzione dell'elenco nazionale dei valutatori, per la definizione delle modalità per le conven-

zioni nel settore della raccolta del sangue e per la disciplina delle immissioni in commercio degli emoderivati da parte dell'Aifa.

Si prevede poi una sostanziale "sanatoria" per gli *accordi di programma per l'edilizia sanitaria nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro*. In particolare la norma prevede che il **ministero della Salute** possa sottoscrivere con queste Regioni "accordi di programma, a valere sulle risorse ex art.20, legge 67/88, per il finanziamento successivo di interventi già realizzati nelle Regioni con oneri a carico del fondo sanitario corrente".

Viene inoltre previsto che una quota non inferiore ai 40 milioni di euro, a valere sui 120 milioni facenti parte di somme non utilizzate nell'ambito degli stanziamenti di cui alla legge 201/2008 (soprattutto edilizia e costruzioni), sia destinata ad incrementare nel 2011 le *attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici* e altre attività sociali e di sviluppo previste dall'art. 6 della legge 220/2010.

Previsto infine che i 70 milioni di euro finalizzati agli *accertamenti medico legali sui dipendenti* delle amministrazioni pubbliche assenti per malattia.

In dirittura d'arrivo per la pubblicazione in Gu i decreti attuativi della riforma

Farmacia dei servizi, un anno all'alba E la privacy on line non offre deroghe

Ancora un mese e mezzo per veder pubblicati in Gazzetta i decreti riveduti e corretti attuativi della farmacia dei servizi oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni dal novembre dello scorso anno. Ancora almeno un anno prima che possano diventare operativi, sperando che arrivi a buon fine anche il rinnovo della convenzione farmacie-Ssn scaduta 12 anni fa. E una speranza - labile a dire il vero - che si cominci anche a ragionare su come e perché far approdare al bancone quei 600 milioni di spesa transitati per questioni contabili dal budget della **farmaceutica** ospedaliera a quella del territorio, senza che un solo pezzo sia mai transitato fuori dalle farmacie ospedaliere che - per scelta regionale - continuano a farsi carico della loro distribuzione ai pazienti. Tante speranze e tanti sorrisi al nuovo convegno organizzato da Federfarma sulla farmacia dei servizi, mercoledì scorso a Roma. La tempistica della pubblicazione in Gu dei provvedimenti l'ha spiegata il ministro della Salute, **Fernando Fazio**, a una platea che - se si aspettava un appoggio in più sulla delicata querelle relativa all'accordo Farmindustria-Poste per la distribuzione a domicilio - forse è rimasta delusa. Dopo la presa di posizione assunta a suo tempo («vigileremo»), ribadita pochi giorni dopo anche dal Dg dell'Aifa, **Guido Rasi** («può rappresentare in alcuni casi un vantaggio, ma deve essere ben gestito»), Fazio ha decisamente glissato sui riferimenti espliciti alla questione, preferendo ribadire il valore della riforma incassata dalla categoria: «È una iniziativa unica al mondo: poteva farla solo il nostro Paese dove la professionalità dei farmacisti è così valorizzata». Peccato che a quella valorizzazione manchi ancora secondo la categoria l'affidamento dei farmaci delistati dalla riforma di primavera dall'ospedale al territorio: con l'ultimo reclamo i farmacisti hanno incassato una mezza promessa da parte del ministro di sottoporre il nodo distributivo in questione all'esame delle Regioni. Intanto la conferma che la farmacia dei servizi va comunque avanti, anche se a rilento, al convegno di mercoledì c'è stata, tra esami di coscienza e puntualizzazioni varie. Del primo s'è reso protagonista il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**: «Inizialmente siamo stati sulla difensiva - ha ammesso - ma ora siamo convinti che questa sia una novità importante anche

per la professione medica: grazie al ministro che ci ha costretti a confrontarci e a discuterne». Così a discutere resta la categoria al suo interno: le resistenze arrivano soprattutto dalle piccole farmacie rurali, già alle prese con le difficoltà quotidiane del servizio reso alle popolazioni delle aree più disagiate del Paese. «Da noi a volte mancano anche i collegamenti Adsl; gli adempimenti a tutela della privacy e i criteri per l'erogazione dei nuovi servizi non devono diventare un ostacolo insormontabile», ha lamentato **Alfredo Orlandi**, presidente Sunifar.

Ma sulla trasmissione on line dei dati dei pazienti il garante della privacy, **Francesco Pizzetti**, non ammette deroghe: «Possiamo procedere per gradi, ma le norme sulla tutela dei dati, quelle che servono alla consegna dei referti, alla prenotazione delle prestazioni - non sono negoziabili. Le farmacie debbono raccogliere una sfida - che è anche una grande opportunità - utilizzando lo stesso bagaglio etico di sempre, adeguando strumenti e cautele. L'importante è che tutte entrino a pieno titolo nel sistema, per non correre rischi e non farne correre neanche ai propri clienti».

Intanto proprio il primo dei decreti in dirittura d'arrivo per la pubblicazione in Gu - quello sul sistema Cuf-farmacie - porta già con sé l'alleggerimento promesso, rendendo necessario un nuovo rapido passaggio in Conferenza Stato-Regioni prima del visto si stampi. «Resta la necessità della postazione dedicata per il Cup e dell'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali - ha spiegato **Rosanna Ugenti**, direttore generale del Servizio informativo della Salute - ma non sarà più necessaria la consegna del documento (basterà esibirlo), è esclusa la creazione di banche dati per la conservazione dei referti e gli operatori saranno tenuti a non divulgare le informazioni professionali».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Attivazione Cup,
testo rivisitato



INDAGINE CONOSCITIVA DEL SENATO

Medicinali falsi: è boom di sequestri

«L'Italia deve portare una posizione condivisa anche dalle categorie: dobbiamo garantire i nostri sistemi distributivi. Se continuiamo a fare un'operazione di blocco dovremo lo stesso gestire il problema, perché l'Europa deciderà comunque». Il ministro della Salute, **Ferruccio Eazio**, ha fatto appena in tempo a rinnovare questo invito ai farmacisti, proprio alla vigilia dell'approvazione della direttiva Ue sull'e-commerce dei farmaci, intervenendo martedì scorso a un convegno su contraffazione vendite on line incentrato sulle conclusioni dell'indagine conoscitiva realizzata dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato tra maggio 2009 e luglio 2010.

A confermare che in Italia il problema è più che mai emergente come altrove sono i dati dell'indagine realizzata dall'Aifa a settembre e illustrata dal direttore generale **Guido Rasi**: l'uso della rete si sta diffondendo anche tra gli over-65, il 33% degli italiani apprezza l'opportunità dell'acquisto di farmaci on line e le idee in proposito sono quanto mai confuse. Il 6% degli intervistati pensa che la vendita sia legale, un altro 34% è convinto che si possano vendere on line solo medicinali senza obbligo di ricetta: solo il 19% sa che si tratta di una pratica illegale. Sui possibili interventi normativi a livello nazionale - ha spiegato Rasi - si sta già ragionando: l'Aifa ha aggiornato la determina istitutiva della task force Impact Italia; sono partite le collaborazioni con medici e farmacisti; si sta lavorando al recepimento della convenzione Medicrime del Coe ed è stato previsto il riferimento esplicito a Impact Italia nella legge di revisione della Direttiva 2001/8. L'allerta è motivata: la contraffazione farmaceutica riguarda ormai tutte le tipologie di medicinali.

Lo testimonia **Luisa Valvo**, del Dipartimento farmaci dell'Iss, coinvolto a pieno titolo, come organo scientifico della Salute, nelle attività di Impact Italia e nel progetto di collaborazione Oms-Aifa di campionamento su siti Internet sospetti, che ha preso in esame farmaci per la disfunzione erettile, anabolizzanti iniettabili, antibiotici, anticolesterolo, antipertensivi, antinfiammatori, antidepressivi, dermatologici. «Nel 59% degli acquisti - ha riferito - la farmacia on line ha preso i soldi senza inviare i prodotti; nel 21% dei casi sono stati spediti prodotti contraffatti; nel 74% copie illegali e solo nel 5% dei casi

farmaci autentici». «Risultati analoghi dall'operazione internazionale di controllo doganale Pangea III, svolta a ottobre in 44 Paesi: in Italia sono state ispezionate più di 140 spedizioni postali e sequestrate 10mila unità di prodotto importate illegalmente».

A confermare il quadro già preoccupante è un ultimo dato riferito ancora da Rasi, frutto di una investigazione Aifa-Nas che ha portato al sequestro di 50mila tonnellate di materie prime illegali. Una ulteriore conferma della necessità di rafforzare la produzione locale già segnalata dal Senato, preso atto del fatto che l'Italia ha ormai perso il primato mondiale detenuto nel settore.

Dello stesso tenore l'intervento del comandante dei Nas, **Cosimo Piccinno** (144 segnalati all'autorità giudiziaria, 10 arrestati e 160mila dosi sequestrate solo da gennaio a oggi), che ha illustrato i nuovi modi operanti della vendita di medicinali on line: «Si va dagli impiegati che arrotondano lo stipendio comprando on line e rivendendo porta a porta ad amici e colleghi, realizzando fino a 3-6mila euro al mese, a professionisti che creano siti Internet

per vendere farmaci falsi acquistati in rete a prezzi stracciati: i siti vengono chiusi rapidamente e la vendita prosegue tramite call center. Ancora dati d'emergenza nel resoconto di **Francesco Martinelli**, del comando generale della Guardia di Finanza: «Nel 2010 i sequestri di medicinali contraffatti o irregolari sono più che raddoppiati rispetto al 2009: le dogane italiane hanno sequestrato oltre 1 milione di pezzi e mille Kg di prodotti, quasi sempre provenienti dall'India e dalla Cina». Precise le richieste: dalla presentazione telematica delle dichiarazioni doganali alla pretesa di una disciplina uniforme a livello comunitario e di sistemi di controllo "a effetto equivalente".

A tirare le fila è **Luigi d'Ambrosio Lettieri** (Pdl), relatore dell'indagine conoscitiva del Senato: «Intanto sarebbe importante che le farmacie legali limitassero l'attività al Paese d'origine: per farlo basterebbe dichiarare non valide le visite telematiche, considerate legali solo in alcuni Paesi».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allarme rosso sui principi attivi



In fila dal Dottor Computer
 "Cura meglio dell'uomo"

Dottor computer

Se è il pc a scoprire le malattie

Dal dr. Watson, il cervellone dell'Ibm che aiuta nelle diagnosi, all'orologio misura-pressione L'informatica irrompe negli ambulatori promettendo precisione. "Ma i medici sono insostituibili"

PAOLA COPPOLA

L'ULTIMO arrivato è "Watson", il super-computer dell'Ibm. Nel giro di due anni potrebbe diventare il braccio destro del medico. Rispondere alle sue richieste, attingere al sapere delle enciclopedie e delle ricerche scientifiche, perfezionare le diagnosi. Protagonisti dello studio i ricercatori del Columbia University Medical Center e della University of Maryland School of Medicine.

Stanno lavorando per fare della tecnologia che riconosce la voce e degli algoritmi che si districano tra le memorie digitali, un aiuto cibernetico. Qui porta la strada degli studi sull'intelligenza artificiale: computer che imparano dagli errori e ottengono, proprio come nel popolare telequiz americano "Jeopardy!" prestazioni migliori di quelle umane. I risultati sono promettenti, ha raccontato *New Scientist*, in un numero dedicato ai sistemi di intelligenza artificiale in campo medico. Uno dei più efficaci è il Quick Medical Reference, Decision Theoretic (QMR-DT), rete che conosce 600 malattie e 4000 sintomi collegati e che, nei test, ha fatto diagnosi migliori di quelle degli umani. E se per un neonatologo è difficile dire se un bambino prematuro avrà problemi di salute, PhysiScore dei ricercatori dell'Università di Stanford lo fa a partire da dati come il peso alla nascita e il battito del cuore. «Nelle prime tre ore di vita sappiamo se saranno sani o quali potrebbero avere complicazioni, anche se si manifestano dopo due settimane», racconta Daphne Koller.

Ha debuttato due giorni fa in Gran Bretagna un orologio da polso che misura la pressione, più accurato di quelli tradizionali applicati al braccio, creato dai ricercatori dell'Università di Leicester. Con un sensore all'interno di un cinturino misura la pressione direttamente nell'aorta.

Anche l'Italia vanta i suoi progetti. Sono in attesa di pubblicazione i risultati dei ricercatori dell'Infm per accelerare la lettura della Tac ai polmoni nello screening anti-cancro che, come dimostrato da diversi studi, se fatto precocemente può ridurre la mortalità di almeno il 20 per cento. Il sistema di intelligenza artificiale applicato alla diagnosi medica del team di Piergiorgio Cerello si basa su tre algoritmi che appena acquisita l'immagine ricercano nelle tomografie i noduli polmonari e identificano l'80 per cento di quelli rilevanti, con una media di 3-4 falsi per paziente. «Il progetto Magic 5 è iniziato nel 2004, i risultati ottenuti ci permettono di dire che potrebbe essere messo al servizio dei radiologi fornendo le informazioni di supporto alla refertazione in tempi rapidi», racconta Cerello. E anticipa: «C'istiamo occupando nell'ambito dello stesso progetto anche dell'analisi delle neuroimmagini per la diagnosi precoce dell'Alzheimer».

Il dottor Robot sostituirà quelli in carne ed ossa? I ricercatori che progettano questi sistemi ne sono convinti, tanti specialisti credono di no: «Uno dei problemi in futuro sarà di organizzare in modo coerente queste conoscenze, che non riusciranno a rispondere all'individualità biologica di ciascuno. Per curare serve ancora l'esperienza del medico», dice Amedeo Bianco, presidente nazio-

nale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri. E per l'internista Rodolfo Cavaliere: «Quello dell'intelligenza artificiale sarà un enorme supporto, ma ogni persona racconta il sintomo che sente e l'intermediazione del medico è essenziale per ridurre l'errore di diagnosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accelerazione della lettura della Tac ai polmoni può aiutare molto per i referti



I nuovi strumenti

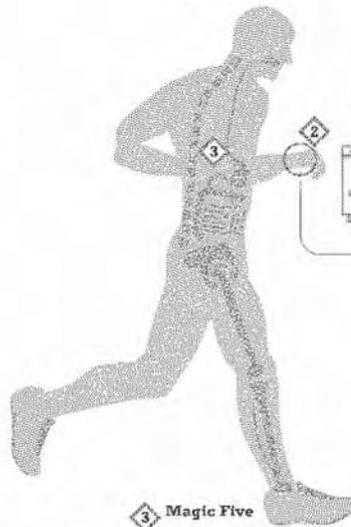
1 Watson computing systems (IBM)

Analizza le richieste, e in pochissimo tempo può consultare enciclopedie mediche e ricerche

2 Wrist watch

Un orologio da polso per controllare la pressione

Rispetto agli strumenti tradizionali applicati al braccio offre una misurazione più accurata: il sistema è stato messo a punto dai ricercatori dell'Università di Leicestershire e di Singapore



3 Magic Five

Per lo screening veloce della Tacc ai polmoni. Sistema di intelligenza artificiale messo a punto da un team di ricercatori dell'Infn, in attesa di pubblicazione: potrà aiutare i radiologi nei referti

4 Quick Medical Reference Decision Theoretic (QMR-DT)

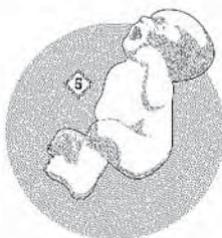
una rete che raccoglie 800 malattie significative e 4.000 sintomi collegati. Nei test sulla capacità di diagnosi si è rivelata più veloce dei medici

5 Physiscore

È un sistema che nelle prime tre ore di vita dei neonati prematuri permette di predire se saranno sani

Tiene in considerazione fattori come l'età gestazionale o il peso alla nascita e alcuni dati come il battito cardiaco, il respiro e la presenza di ossigeno nel sangue

È stato messo a punto dai ricercatori dell'Università di Stanford



6 Models of Infectious Disease Agent Study (MIDAS)

Un modello per combattere l'H1N1

Un gruppo di ricercatori americani supportati dal National Institute of Health ha sviluppato un software per studiare la diffusione dell'influenza A

Guadagnare salute: una piattaforma su alimentazione, fumo e attività fisica

Promuove uno stile di vita sano come prevenzione di tante patologie

ROMA - Istituzioni in campo per contrastare fumo, abuso di alcol, alimentazione scorretta. E invogliare all'attività fisica a cui gli italiani dedicano veramente troppo poco tempo. È questa in sintesi la mission della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo" varata con Decreto ministeriale 5 marzo 2010 in attuazione del Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari". L'iniziativa, facilmente riconoscibile dal logo con il cuore che ride, cerca di contrastare le cattive abitudini degli italiani - dal fumo alla sedentarietà - che si rivelano fattori di rischio per le principali patologie croniche e di facilitare scelte e comportamenti più sani tra gli abitanti della penisola. «L'adozione di stili di vita corretti ha spiegato il ministro Fazio - consente di ridurre i fattori di rischio riguardo a molte malattie e diventa fondamentale per la tutela, la promozione e il recupero della salute». Quale sarà allora il compito della piattaforma? «Quello di rendere organiche le iniziative che ab-

biamo già assunto attraverso accordi con l'industria alimentare per la riduzione del sale, degli acidi grassi e degli zuccheri negli alimenti; ma non è tutto perché la piattaforma rappresenterà anche la sede d'incontro fra tutte le istituzioni, le associazioni e gli organismi interessati, con il fine di proporre e decidere interventi a favore del benessere e della salute di tutti i cittadini». Molte sono le iniziative organizzate finora in tal senso proprio per raggiungere gli obiettivi di "Guadagnare in salute". Nello specifico sono stati attivati sistemi nazionali di sorveglianza sulla popolazione adulta e sui bambini per osservare la diffusione degli stili di vita non salutari e delle patologie ad essi correlate; a tale proposito sono condivise e sviluppate con la scuola attività di sensibilizzazione degli operatori, di sperimentazione di interventi educativi su alimentazione e attività fisica, fumo, dipendenze e igiene orale, con la produzione di materiali didattici specifici.



→ **Stesso lavoro** ma un terzo dello stipendio per i contratti a termine

→ **Nel Lazio** indicazione della Polverini: dimezzate il costo del lavoro

2011, ai medici precari vanno stipendi di serie B

La protesta della Fials: è un provvedimento del tutto arbitrario che va revocato: con le stesse mansioni un precario prenderà 20.000 euro contro i 70.000 di un medico strutturato.

JOLANDA BUFALINI

ROMA
jbufalini@unita.it

Storie di ordinaria ingiustizia nell'Italia del bunga bunga: al Policlinico Umberto I di Roma, un medico strutturato che lavora in Day Hospital nel 2011 guadagnerà circa 70.000 euro. Se invece è un medico che ha un contratto di co.co.co. (collaborazione coordinata e continuativa, al rinnovo, ne guadagnerà 20.000. Lavorerà meno ore? No, il lavoro sarà lo stesso, stessa specializzazione e stesse mansioni di chi ha il posto fisso. Semplicemente sull'anello debole della catena si abbattono i tagli che Renata Polverini, presidente e commissario per la Sanità nel Lazio, sta facendo per far quadrare i conti. Stipendio di serie A e stipendio di serie B, denuncia il sindacato Fials, chiedendo la revoca del provvedimento deciso dalla direzione del Policlinico «sulla base di una disposizione regionale che invita i manager ad abbattere del 50 per cento i costi dei rinnovi contrattuali». Un medico precario radiologicò guadagnerà 30.000 euro annui e uno assegnato al Pronto soccorso 40.000. Le strutture sono già al collasso oggi, si può immaginare cosa succederà con il rinnovo dei contratti al ribas-

so. Fials chiede la revoca immediata di un provvedimento illegittimo, cosa che «una sindacalista dovrebbe sapere».

TAGLI AI MINISTERI

«Un vero e proprio sfruttamento», commenta da Milano Alessandro Miano di Assoconsumatori Italia, «per il quale bisogna ringraziare Renata Polverini ma anche il taglio mostro che è stato fatto alla sanità».

Quello della Salute è il ministero più penalizzato dalla finanziaria con un taglio che sfiora il 42 per cento (41,82). In questa cifra vi è, prima di tutto, l'azzeramento del fondo di 400 milioni per i non autosufficienti. Un colpo mortale per la rete di assistenza psichiatrica, ad esempio: le famiglie sono lasciate sole di fronte a problemi spesso ingestibili, i malati psichici privati della speranza del miglioramento. Ma ai 400 milioni, secondo Alessandro Miano, ne vanno aggiunti altri 800 per un

taglio complessivo di 1200 milioni di euro. La risposta dell'Ufficio di Gabinetto del **ministro Eazio** è che quegli 800 milioni sono scomparsi dal bilancio del Ministero perché, in accordo con la Conferenza Stato Regioni sono direttamente trasferiti alle Regioni attraverso il Fondo sanitario nazionale, e sono nel bilancio del ministero dell'Economia. ♦

Azzeramenti

L'azzeramento del fondo per i non autosufficienti



Sanità, ecco i tagli per recuperare 120 milioni nel 2011

Personale, servizi, farmaci: la Regione cala le carte

Retrosceña

ALESSANDRO MONDO

Preoccupazione e richiesta di un confronto preventivo, delibera per delibera, prima che i provvedimenti approdino in giunta.

Le delibere sono quelle che la Regione si prepara a far passare per attuare il piano di rientro del debito sulla Sanità concordato con il governo, altra cosa dalla riforma impostata tra mille polemiche. Tanto per rendere l'idea, la giunta prevede di approvarne 160: la sforbiciata attesa per il 2011 sarà di 120-122 milioni. La preoccupazione è stata espressa dai sindacati confederali dopo l'incontro non-stop con l'assessore regionale Caterina Ferrero e poi con il direttore alla Sanità Paolo Monferino. Un «rendez vous» importante dato che per la prima volta la Regione è entrata nel merito, spiegando non solo quanto ma dove intende tagliare.

Quattro i filoni interessati dal piano che lunedì sarà recepito dalla giunta. Il primo, sul quale si è appuntata la lente dei sindacati, riguarda il blocco del turn-over: totale per il personale amministrativo, parziale per quello sanitario (fino al 50%). L'operazione dovrebbe tradursi in un risparmio di almeno 30 milioni.

Altri 10-12 saranno racimolati risparmiando sugli acquisti di beni e servizi (farma-

ci, protesi, etc.) tramite «Scr», la società di committenza regionale nata nel 2007 per centralizzare gli appalti.

Le economie sul terzo settore, la farmaceutica, valgono 35 milioni: il nuovo approccio prevede, tra l'altro, di vincolare l'uso dei farmaci, anche negli ospedali, alle prescrizioni degli specialisti.

Infine il contenimento nell'acquisto delle prestazioni dai privati (la diagnostica ma anche le attività pre e post acuzie), con una ricaduta di circa 45 milioni di euro.

Confermato l'arrivo dei 52 milioni supplementari derivati dal riparto del fondo nazionale. Una buona notizia che non stempera le obiezioni dei sindacati. Ieri mattina erano presenti Giovanna Ventura per la Cisl, Lorenzo Cestari per la Uil e Laura Seidita per la Cgil. Unanime la posizione: «Nessun accordo in bianco». La prima obiezione, spiega Ventura, riguarda il mancato coinvolgimento nella definizione dei settori di intervento. La seconda, rimarca la Cgil, attiene al mancato collegamento del piano di rientro con la riforma sanitaria: approvata dalla giunta ma non ancora passata in Consiglio. Domani è previsto il vertice di maggioranza, chiesto a suo tempo dal Pdl, per entrare nel merito della riforma. A maggior ragione, visto che è arrivato il momento di spiegarne i fondamentali sul territorio.

Di rigore la preoccupazione dei confederali per le ricadute del piano di rientro sul personale e sul mantenimento di servizi prioritari: in primis, quelli destinati ai non autosufficienti.

Da qui la richiesta, ribadita da Gianni Cortese, segretario regionale della Uil, di un tavolo permanente sindacati-Regione. Obiettivo: discutere preventivamente le delibere. La Regione è favorevole, ma fino a un certo punto. «Dato il numero dei provvedimenti da approvare, accogliamo l'invito per le più significative - frena la Ferrero -. Quanto alla mancata contestualità tra piano di rientro e riforma sanitaria, lavoreremo perché i due impianti interagiscano sempre più». Oggi un altro round, questa volta in commissione Sanità.



Sanità, le accuse della Corte dei Conti

“Nel Lazio truffe e danni da 130 milioni”

CARLO PICOZZA

MALAFFARE diffuso, cattiva gestione e leggerezze all'ordine del giorno. Il tutto condito con una parvenza di controlli ed ecco servito il danno erariale alla sanità del Lazio: l'importo complessivo contestato dalla Corte dei Conti alla nostra regione ammonta a 130 milioni sui 254 milioni in Italia. Oltre la metà del danno erariale nazionale, insomma, è concentrato nel Lazio per «frodi nella gestione di case di cura convenzionate con forniture irregolari di riabilitazione». In altre parole, torna sotto i riflettori, questa volta dei magistrati contabili, l'affaire delle prestazioni nelle cliniche San Raffaele degli Angelucci.

È l'analisi del vice procuratore generale della Corte dei Conti, Roberto Benedetti, presentata alla cerimonia di apertura dell'anno giudiziario. Nel settore della sanità, per il magistrato, «si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattive gestioni talvolta favorite dalle carenze del sistema dei controlli».

Benedetti ricorda che l'insieme delle pronunce emesse dalla magistratura contabile nel corso del 2010 ha comportato condanne per un importo complessivo di 60 milioni per i giudizi di responsabilità ai quali aggiungono 200 mila euro per i giudizi di con-

to». «Gli importi più rilevanti», segnala Benedetti, «si sono registrati nel Lazio, seguito da Piemonte e Sicilia».

E «tra le tipologie esaminate, ecco i conferimenti irregolari di incarichi, la gestione anomala del personale, l'utilizzo illegittimo dei medici». La governatrice Renata Polverini, commissaria di governo per la Sanità laziale, in tre righe di agenzia commenta: «quei dati li avevo già annunciati anche se forse non avevo comunicato le cifre». Di più non dice. Sta di fatto, indica il procuratore generale della Corte dei Conti, Mario Ristuccia, che «i fenomeni delittuosi della corruzione e del-

la frode continuano ad affliggere l'amministrazione pubblica».

«I numeri evidenziati dal procuratore generale», commenta il presidente della Provincia, Nicola Zingaretti, «confermano che la corruzione è una patologia che non può più essere sottovalutata, va combattuta con ogni mezzo a nostra disposizione».

«Bisogna fare attenzione anche», continua Zingaretti, «all'inadeguatezza del federalismo fiscale che questo governo si appresta a varare e ai conseguenti rischi segnalati dai magistrati contabili».

Con le consulenze esterne, gli sprechi sono stati prodotti dall'acquisto di macchinari sanitari. Apparecchiature dai costi proibitivi e senza produttività alcuna per la carenza di medici e tecnici che a mala pena riescono a far funzionare quelle già in dotazione. Senza parlare degli abusi nella stipula di convenzioni con case di cura private quando gli ospedali dispongono di spazi

per far rientrare i posti letto affidati all'esterno agli stessi costi (sui mille 200 euro al giorno) di quelli nelle corsie pubbliche e per prestazioni di qualità inferiore.

«Ai molti altri casi di inosservanza di legge e dei criteri di buona amministrazione», spiega Ristuccia, «si aggiungono le patologie dei fenomeni delittuosi che continuano ad affliggere l'amministrazione pubblica, la corruzione e la frode soprattutto in materia di contributi nazionali e dell'Unione europea». «I dati», segnala, «non consentono ottimismo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La frode al Servizio sanitario regionale supera la metà di quella italiana complessiva

La scheda

RIABILITAZIONE

Contestata al Lazio oltre la metà del danno erariale nazionale: 130 milioni su 254 per «frodi nelle forniture di riabilitazione»

CONVENZIONI

Abusi nelle convenzioni quando in ospedale c'è spazio per i posti affidati all'esterno agli stessi costi e con prestazioni di serie B



RICERCA DEI PEDIATRI

Smog e allergie, i bambini milanesi sono i più malati d'Italia

Tosse e influenza colpiscono i piccoli il 30% in più che nel centro-sud. E la fretta delle mamme che lavorano provoca ricadute

■ I bimbi di Milano si ammalano molto più che nel resto d'Italia di disturbi legati all'apparato respiratorio. In media 6 o 7 episodi nei primi 3 anni di vita e 4-5 nei successivi. Circa il 30-35% in più che al Centro-Sud o comunque lontano dalle aree metropolitane, e fino al doppio se come pietra di paragone si prende ad esempio una città siciliana. Un brutto record che dipende anche dai livelli di smog. E la combinazione inquinamento-allergie rischia di trasformarsi in una «mistura letale». A

scattare questa fotografia sono due specialiste dell'università degli Studi-Fondazione Policlinico. Raffreddori, otiti, tonsilliti, ma anche bronchiti e polmoniti ricorrenti. Queste i problemi dei bimbi milanesi che, «perlopiù nel periodo invernale, si ammalano anche da una a tre volte al mese». E spesso la fretta dei genitori che lavorano di «rimettere in piedi» il piccolo prima possibile alimenta ricadute e utilizzo di farmaci alternativi.

servizio a pagina 52

LA RICERCA

Effetto smog sui bambini Si ammalano il doppio

*Uno studio dimostra le conseguenze delle polveri sottili sulla salute
A Milano i piccoli più colpiti da febbre e malattie respiratorie*

■ I bimbi di Milano, rispetto ai coetanei del resto d'Italia, si ammalano molto più che nel resto d'Italia di disturbi legati all'apparato respiratorio. In media 6 o 7 episodi nei primi 3 anni di vita e 4-5 negli anni successivi. Circa il 30-35% in più che al Centro-Sud o comunque lontano dalle aree metropolitane, e fino al doppio se come pietra di paragone si prende ad esempio una città siciliana.

Un brutto record quello di Milano, che dipende anche dai livelli di smog, considerando che nei giorni di Pm10 alle stelle gli accessi di casi gravi al pronto soccorso aumentano, fra gli adulti, ma anche tra i

bambini. E la combinazione inquinamento-allergie rischia di trasformarsi in una «mistura letale». A scattare questa fotografia dei «figli di Milano» sono Susanna Esposito, direttore facente funzione della Clinica pediatria I dell'università degli Studi-Fondazione Policlinico, e Maria Francesca Patria dell'ambulatorio di Pneumologia e Allergologia pediatrica. Raffreddori, otiti, tonsilliti, ma anche bronchiti e polmoniti ricorrenti. Queste i problemi dei bimbi milanesi che, «perlopiù nel periodo invernale, si ammalano anche da una a tre volte al mese», calcola Esposito. Piccoli sempre a letto che nel tempo sono comunque aumentati in tut-

ta la Penisola: «Se negli anni Ottanta la percentuale di bambini colpiti da infezioni respiratorie fino a 8 volte l'anno nei primi 3 anni di vita, e fino a 6 volte dopo, era pari a circa il 5% - sottolinea l'esperta - ora siamo arrivati al 25%». In 30 anni il dato è quadruplicato.

Ma se i bimbi sotto attacco costante di virus e batteri sono quintuplicati dagli anni Ottan-



ta a oggi, la questione non è solo medica. «Questa recidività genera anche evidenti problemi dal punto di vista economico-sociale», evidenzia Esposito, segnalando «un pericoloso circolo vizioso che va interrotto». Il «meccanismo perverso» inizia dalla difficoltà pratica, per due genitori che lavorano a tempo pieno e che magari non possono nemmeno contare sull'aiuto di nonni o tate, di tenere a casa per troppo tempo il figlio malato. E così, appena passa la febbre, lo riportano all'asilo o a scuola dove il piccolo, non ancora guarito, re-innesca la catena del contagio e rischia anche lui l'ennesima ricaduta.

«L'ansia dei genitori nel cercare di anticipare il più possibile la guarigione - aggiunge Esposito - li spinge a ricorrere

all'antibiotico prima del tempo o addirittura quando non serve, sia facendo "pressing" sul pediatra sia ricorrendo al fai-da-te. Un doppio errore», avverte la specialista: primo perché «nel 60% dei casi (e nel 70% al di sotto dei 3 anni) l'infezione non è batterica, bensì virale, quindi l'antibiotico è del tutto inefficace», e secondo perché «l'uso eccessivo o scorretto degli antibiotici favorisce la dif-

fusione di batteri resistenti».

Super-germi difficili da debellare. Sempre per la fretta di "rimettere in piedi" il piccolo il

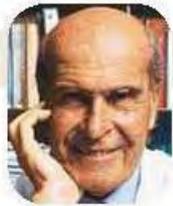
prima possibile, poi, mamma e papà le provano tutte: «Il 25% dei genitori ricorre a rimedi alternativi come fitoterapia, zinco, propoli, echinacea o altri prodotti di erboristeria», elenca Esposito.

Intanto anche quella di lunedì è stata una giornata di inquinamento mediamente al di fuori dei limiti. Dopo un fine settimana di polveri sottili di nuovo al di sopra della soglia dei 50 microgrammi per metrocubo, due centraline su tre sono tornate a segnare valori d'allarme: 53 microgrammi per metrocubo è quanto rilevato dalla centralina di Verziere; 62 microgrammi per metrocubo ha segnato quella di via Senato. Meglio in Città Studi dove la concentrazione di polveri sottili si è fermata a 41 microgrammi per metrocubo.

**I DATI Non solo tosse e
raffreddori, fra i disturbi
invernali anche
tonsilliti e polmoniti**

La nostra salute

di **Umberto Veronesi**
direttore scientifico,
Istituto Europeo di Oncologia di Milano



Dilemma staminali: vi spiego la mia soluzione

Una ricerca scientifica ha evidenziato che le staminali ottenute da cellule adulte possono diventare tumorali? Tramonta una speranza? **Enrichetta G., Ferrara**

So con quanta (troppa) ansia molti malati seguono le ricerche sulle cellule staminali, che dovrebbero in un futuro (speriamo prossimo) costituire i «pezzi di ricambio» per il nostro organismo. Ma invito tutti a restare sereni. **Non è il tramonto di una speranza**, ma solo una battuta d'arresto sulla lunga e non rettilinea strada della scienza. Ma procediamo con ordine. Salutata con grande entusiasmo, la scoperta del 2007 di **poter ottenere staminali da cellule «mature», adulte** (e non da embrioni), alle quali è stato insegnato a «riprogrammarsi» (cioè a tornare allo stato nascente), permetteva di scrivere la parola fine al dissidio con le religioni, che difendono la vita dell'embrione. Tutto nasce dal lavoro del ricercatore giapponese Shinya Yamanaka, quando pubblicò sulla rivista *Cell* i risultati di uno studio durato cinque anni. Contemporaneamente, anche un'altra celebre pubblicazione, *Science*, comunicò gli analoghi esiti di una ricerca americana, dell'università del Wisconsin. Le due équipes erano riusci-

te, partendo da una cellula adulta della pelle in cui erano stati traslocati quattro geni «regolatori» del destino cellulare, a ottenere (nel

topo) che **le cellule adulte tornassero «bambine»**.

Già allora alcuni specialisti avevano espresso qualche riserva: i topi con questo Dna modificato, infatti, risultavano più soggetti **ad ammalarsi di cancro**. Ora, uno studio italiano (al quale hanno partecipato Università di Milano, Ifom-Istituto Firc di Oncologia molecolare, Istituto Europeo di Oncologia e Istituto San Raffaele) ha evidenziato che le cellule ottenute col «metodo Yamanaka» **subiscono uno stress** durante il processo di trasformazione, e quindi le staminali così ottenute rischiano più facilmente di diventare tumorali.

Ma attenzione: i risultati di questo studio non coinvolge le staminali ottenute dagli embrioni, ma quelle ricavate dalle cellule adulte, e tuttavia riaprono l'annoso dibattito su «embrioni & ricerca». Ora, io posso capire la difesa della «sacralità» dell'embrione, ma affermo:

c'è un'opportunità scientifica irrinunciabile. Quale? **Gli embrioni sovrannumerari**, ossia quelli derivati dalle tecniche di fecondazione assistita, che non sono stati impiantati e mai lo saranno. Embrioni senza un progetto di vita. E allora perché rinunciare a farne una speranza per i malati?



L'armadietto delle medicine

di **Silvio Garattini** direttore Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri», Milano



Tumori: quelle spie nel sangue che si chiamano "marker"

Si sente spesso parlare di *marker biologici*. Che cosa sono? Sono analisi che hanno a che fare con determinate sostanze chimiche, enzimi o proteine, che rappresentano un segnale di rischio o di probabilità di una certa malattia. L'utilità di questi marker è particolarmente significativa quando la loro presenza, o assenza, può essere un indicatore di diagnosi precoce, quindi in generale di una condizione in cui può essere più efficace un intervento terapeutico. Classico esempio: un **alto livello di colesterolo** può essere un indicatore di rischio di aterosclerosi. La disponibilità di marker efficaci è importante **nelle patologie con un lungo periodo d'incubazione**. È il caso dei tumori, perché per circa due terzi della sua durata la malattia tumorale non presenta alcun sintomo, né possibi-

lità d'identificazione. Se vi fosse un marker capace di svelare la presenza del tumore, anche quando «non si vede» con le tecnologie radiologiche o la Risonanza magnetica, si potrebbe tenere il paziente in osservazione per estirpare il male ap-

pena visibile, ottenendo così una presumibile guarigione. Ecco perché molte ricerche sono orientate all'identificazione dei marker tumorali. Un pregevole volumetto promosso dalla **Fondazione ABO** (Applicazione delle Biotecnologie in Oncologia, www.fondazioneabo.org) e coordinato da Massimo Gion, esperto italiano, cerca di fare il punto della situazione. Che cosa si vorrebbe sapere da un marker, rilevato nelle urine, nel sangue o nel tessuto tumorale? Certamente **stabilire precocemente la presenza di un tumore**, sapere qual è la sua gravità, poterne seguire la crescita o la ricomparsa dopo un intervento chirurgico o una chemioterapia... Le conclusioni degli autori? Non parrebbero particolarmente positive: i dati disponibili sui marker tumorali spesso mancano di eviden-

ze che possono derivare solo da studi clinici controllati. E, inoltre, troppe condizioni ambientali e cliniche, come la presenza di altre malattie, possono influenzare la positività di molti marker. **Ma alcuni progressi sono stati siglati**: per esempio, la presenza di un marcatore chiamato *HER2* nel tumore della mammella giustifica l'impiego terapeutico di un anticorpo monoclonale, il trastuzumab. Insomma, i casi in cui i marker sono di reale utilità sono ancora pochi (e il loro impiego ingiustificato delinea uno spreco di risorse). **Tuttavia la strada è tracciata** e il futuro dovrebbe riservarci ulteriori progressi.



Le lettere vanno indirizzate a:
Silvio Garattini, «Oggi»,
via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano.
Oppure collegandosi al nostro sito
www.oggi.it («Scrivi agli esperti»).

