

L'ALLARME DEGLI ESPERTI

Quei genitori con la sindrome da termometro

Mamme e papà iperprotettivi: basta che sentano la fronte dei bambini un po' accaldata e subito li portano al pronto soccorso imbottendoli di farmaci. Ma i pediatri li bocciano: «Così fate solo il male dei piccoli»

Gabriele Villa

■ La febbre della febbre. L'ansia e l'agitazione che salgono, spesso, più in fretta di quanto in realtà accade nel termometro. Panico da genitori iperprotettivi, trionfo dei medicinali inutili e ingorghi surreali nelle astanterie del pronto soccorso. L'allarme rosso, più rosso delle gote di un bimbo febbricitante, arriva dall'autorevole American Academy of Pediatrics che ha appena distillato, con buona pace, di mamme e papà di ogni latitudine, uno sconsonante rapporto.

Medici e paramedici sono concordi, infatti, nel denunciare le cattive abitudini delle nuove coppie americane (ma le frecciate bene inteso, si spingono ben al di là dei confini statunitensi) che non sanno realmente che pesci pigliare davanti alle prime linee che innalzano la temperatura corporea del loro pargolo.

La denuncia dei pediatri americani è stata subito ripresa dal *Wall Street Journal* e ci ha messo ben poco a far salire la temperatura delle polemiche. Dando la stura al più articolato dei dibattiti, trasversalmente internazionale: genitori inetti che fanno crescere bambini nella bambagia. Genitori che non sono più i genitori di una volta, spartani e decisi. E bambini che non sono più i bambini di una volta, decisi e spartani. Forse perché anche i nonni, ammettiamolo, quelli stessi nonni che un tempo, quando erano genitori, erano decisi e spartani ora sono diventati apprensivi come e più dei loro figli.

Vi riconoscete, ci riconosciamo in queste debolezze? Se sì forse sarebbe il caso di ascoltare se non prendere alla lettera i consigli dell'Academy of Pediatrics che, citiamo testualmente «vorrebbe ricordare a genitori che il nu-

mero che il termometro segna è solo è semplicemente un numero non significa necessariamente che il bambino abbia contratto una malattia grave e necessiti di un immediato ricovero ospedaliero». Don't panic, quindi è l'invito perentorio dei camici bianchi americani, francamente un po' stufi di rimbocarsi le maniche (dei loro camici) e di visitare in pronto soccorso bambini che hanno soltanto preso una normalissima, innocua influenza. «Ricordatevi - avverte l'Academy nel suo bacchettante rapporto - che spesso è meglio lasciare un bimbo febbricitante che imbottirlo di medicine per riportare la sua temperatura corporea sotto i 37 gradi». Non vi torna in mente, a questo proposito il vecchio adagio, dei nostri vecchi: «la febbre deve fare il suo corso»?

Se avete il coraggio, adesso che siete diventati a vostra volta genitori, diripescare tra i vostri confusi ricordi quella saggia massima, dettata dall'esperienza e da una vita circondata da meno farmaci, allora forse potete ancora riscattarvi. Perché ciò che, in buona sostanza, ci manda a dire il coautore del rapporto dell'AAP, Janice E. Sullivan, insegnante di patologie pediatriche alla Louisville School of Medicine in Kentucky è infatti «che i segnali e i sintomi che ci arrivano da un bimbo malato forniscono molte più informazioni di quanto possa darne qualche linea di febbre»

Quanto ai farmaci poche regole ma ben precise. La febbre nei bambini, come peraltro negli adulti, si tratta con acetaminophen e ibuprofen. Si può scegliere l'uno o l'altro ma non è consigliabile, avvertono i pediatri, mescolarli o alternarli, altrimenti si rischia di vanificare la terapia.



Attenzione: anche peccare di leggerezza è un errore tant'è che i pediatri americani, nella loro relazione, invitano i genitori a non sottovalutare il caso di un neonato sotto i tre mesi che presenti una febbre a 38 o più. Anche se il piccolo non evidenzia altri sintomi è il caso comunque, raccomanda l'AAP, di contattare immediatamente un medico perché potrebbe trattarsi di un'infezione abbastanza seria se non molto molto seria.

Mase il bambino è più grandicello non strappatevi i capelli se lo vedete arrossire per la febbre, altrimenti, sembrano dirci ancora una volta i censori americani, un domani lo vedrete arrossire di vergogna perché si sentirà soffocato dalla vostre, nostre attenzioni.

In altre parole contro quella che il rapporto d'Oltreoceano definisce la «fever phobia» c'è soltanto un rimedio: il caro, intramontabile, buon senso.

Oltre al fiuto di mamma, certo. A patto che non abbia il raffreddore anche lei.

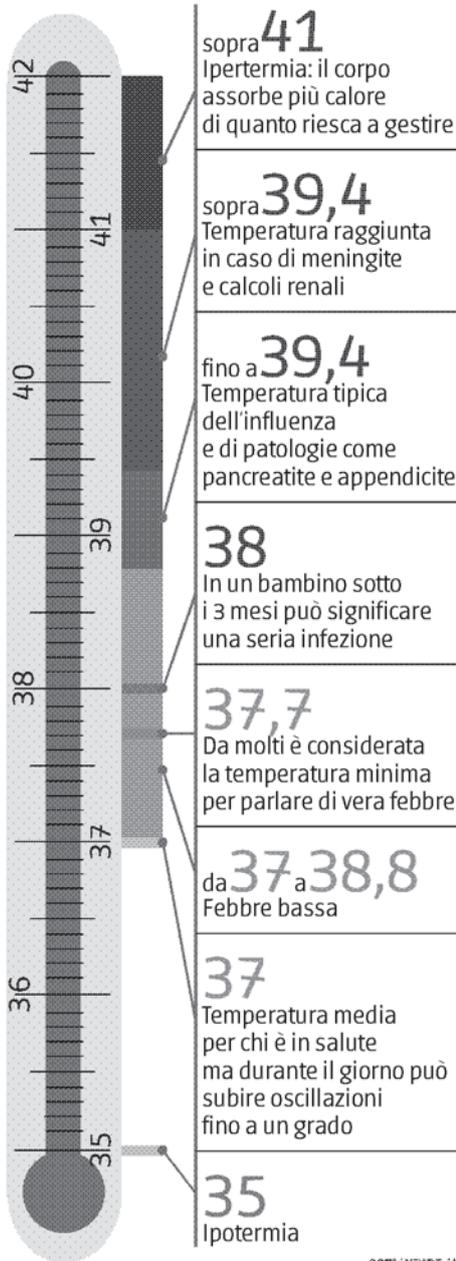
SAGGEZZA Rivalutiamo i vecchi consigli

dei nonni, così la febbre passa da sola

PRUDENZA Non si deve esagerare con

le paure, le temperature sono solo indicative

IL TERMOMETRO



BARI**Donna incinta
stroncata
dall'influenza A
Salvo il neonato**

■ Lei muore, il piccolo che portava in grembo viene salvato: è nato 10 giorni prima che la mamma, una donna di 38 anni, di Adelfia, morisse nell'ospedale "Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Bari), a causa del virus dell'influenza A. Una storia di ansia, di sofferenza, di dolore ma anche di gioia per quella nascita che poteva anche non avvenire se i medici non si fossero accorti della gravità della situazione. La donna è stata ricoverata nel reparto di ostetricia dell'ospedale di Acquaviva delle Fonti il 14 febbraio scorso, quando era alla 29esima settimana di gravidanza. Dopo due giorni dal ricovero i medici l'hanno fatta partorire prematuramente con un cesareo e il piccolo ora sta bene. L'influenza A è stata diagnosticata dopo il parto. «I parenti - racconta Lamanna - ci hanno detto che già da un mese la signora aveva una infezione alle vie respiratorie». Il 14 febbraio, quando la donna era in Ostetricia, è stata messa in regime di «ventilazione spontanea». La situazione però peggiorava e la mattina del 15 febbraio la 38enne, con una polmonite massiva bilaterale, è stata trasferita nel reparto di Rianimazione. Il 16 febbraio il bambino è nato e ora sta bene.



**TROPPI PICCOLI OBESI.
EDUCHIAMOLI DALLA NASCITA**

«Il 23,6 per cento dei bambini è in sovrappeso e il 12,3 per cento è obeso», ha dichiarato **Ferruccio Eazio** citando i dati di una ricerca su 46 mila alunni delle elementari. Come Michelle Obama anche il **ministro della Salute** italiano sottolinea: «Nelle scuole si fa poca attività fisica». Per affrontare il problema, la Società italiana di pediatria (Sip) lancia il progetto "MiVoglioBene", mirato a sensibilizzare i genitori su alimentazione sana e stili di vita corretti da trasmettere ai figli. Allattamento al seno, svezzamento dopo i sei mesi, apporto proteico controllato nei primi due anni, limitato consumo di bevande caloriche, sospensione del biberon entro i due anni, limite all'uso del passeggino dopo i tre, e giochi di movimento sono alcuni consigli dei pediatri. **A.T.**

FERRUCCIO FAZIO

Il pronto soccorso? In farmacia



La riforma del sistema sanitario prevede una rete non più incentrata solo sugli ospedali, ma distribuita sul territorio. Ecco la "ricetta" per snellire la medicina italiana.

DI ROBERTO ZICHITTELLA

Ferruccio Fazio, 66 anni, cuneese, sposato, due figli, medico specializzato in Medicina nucleare e radioterapia, è **ministro della Salute** dal dicembre del 2009. Lo incontriamo nella sede del ministero, che si affaccia sul Lungotevere, proprio di fronte all'Isola Tiberina, che nell'antichità fu dedicata a Esculapio, il dio della medicina. – **Ministro Fazio, quali sono le novità principali del nuovo Piano sanitario nazionale 2011-2013 approvato dal Consiglio dei ministri il 21 gennaio scorso?**

«La novità principale è un sistema sanitario non più incentrato solo sugli ospedali, ma su una rete di assistenza distribuita sul territorio. Ci sarà un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e anche delle farmacie, che diventeranno strutture di cure primarie. I ricoveri in ospedale dovranno

IL MINISTRO DELLA SALUTE

FERRUCCIO FAZIO, 66 ANNI,

MEDICO. ELIMINERÀ I REPARTI

DI MATERNITÀ MENO EFFICIENTI.

no limitarsi ai casi strettamente necessari e comunque si cercherà di evitarli per le malattie croniche, che aumenteranno a causa dell'invecchiamento della popolazione. Nel 2050 il 35 per cento degli italiani avrà più di 65 anni, il che rappresenterà un problema sanitario perché già ora un anziano su due ha una malattia cronica. I ricoveri dovranno essere il più possibile brevi, mentre vanno privilegiate strutture residenziali o domiciliari». – **Questo significa che molti ospedali verranno chiusi?**

«Gli ospedali non chiuderanno, saranno trasformati in strutture sanitarie territoriali



117,2 miliardi
di euro la spesa
sanitaria pubblica

816.779
i dipendenti del settore
sanitario

564 mila
quelli della sanità pubblica

1.186
gli istituti di cura pubblici
e privati

nel quadro di una rimodulazione della rete assistenziale».

– **Però molti cittadini si sentono rassicurati dall'aver un ospedale sotto casa. Come pensa di convincerli?**

«Capisco l'abitudine all'ospedale sotto casa, ma il nostro obiettivo è quello di offrire una rete assistenziale migliore. Spesso il cittadino si allarma quando viene chiuso un pronto soccorso, ma bisogna anche spiegarli che magari quella struttura non può garantire la qualità e i livelli di assistenza richiesti oggi a un moderno pronto soccorso. Perciò sono necessarie delle strutture selezionate regionali, lasciando comunque attivi dei centri di primo intervento».

– **Anche la chiusura del 30 per cento dei reparti di maternità va nel senso di questa rimodulazione dell'assistenza?**

«Sì. Nella Conferenza Stato-Regioni abbiamo stabilito che per i parti bisogna garantire un livello minimo di sicurezza (ad esempio la presenza fissa di un anestesista e di reparti di terapia intensiva), quindi abbiamo definito in 1.000 il numero minimo dei parti annui per ciascun punto-parto. In alcuni casi particolari i parti potranno essere di meno, ma non sotto i 500 annui».

– **Che interventi prevede sul piano della prevenzione?**

«Avremo tre livelli di prevenzione. La primaria si rivolge a tutta la popolazione. La secondaria, attraverso la diagnosi precoce e lo screening, si rivolge alla popolazione a rischio per patologie come il cancro al seno, all'utero, al colon-retto, al polmone e alla prostata. Infine, la prevenzione terziaria punta a prevenire le ricadute nei pazienti che hanno già sviluppato delle patologie».

– **Molte patologie sono collegate all'invecchiamento della popolazione, invece per quanto riguarda la salute dei giovani c'è qualche aspetto che la preoccupa?**

«Mi preoccupa la ridotta attività fisica. Abbiamo troppi giovani che passano ore davanti alla televisione e ai videogiochi. Il primato del sovrappeso e dell'obesità infantile, che possono portare a seri problemi cardiovascolari, spetta alla Campania. Bisogna unire l'esercizio fisico a una migliore alimentazione. La presenza dei distributori automatici di frutta nelle scuole è una prima risposta a questo problema».

– **Il federalismo non rischia di accentuare le differenze qualitative della nostra sanità?**

«È il contrario. In Italia abbiamo un'assistenza sanitaria fra le migliori al mondo, ma con delle differenze fra una Regione e l'altra. Con il federalismo vogliamo invece garantire a tutte le Regioni gli alti standard di efficienza che oggi abbiamo in Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana. La buona qualità delle prestazioni avrà anche come conseguenza una riduzione dei costi».



**IL MINISTRO
FERRUCCIO FAZIO
ALL'ASSEMBLEA DI
FARMINDUSTRIA,
NEL 2010 A ROMA.**

– Secondo una recente ricerca dell'Istat, in Italia la spesa sanitaria non è fuori controllo, ma spesso si spende male. Dove sono le maggiori criticità?

«In effetti la nostra spesa sanitaria è inferiore a quella media europea e a quella molto elevata degli Stati Uniti. Ci sono criticità in alcune Regioni come il Lazio, la Campania, la Sicilia e la Calabria. Ma le stiamo risolvendo con dei piani di rientro seguiti con attenzione dal ministero. Lazio, Abruzzo e Sicilia stanno seguendo dei percorsi virtuosi e hanno migliorato molto la loro situazione».

– In Italia mancano medici e infermieri. Come state intervenendo?

«In Italia servirebbero 22 mila infermieri all'anno, ma riusciamo a formarne solo 16-17 mila. Perciò stiamo costruendo dei percorsi formativi nuovi per garantire un maggior accesso di infermieri al sistema. Vogliamo aumentare i medici, anche se già superiamo la media europea nel numero di medici per abitante. Avremo un aumento progressivo, previsto anche dal Piano sanitario nazionale».

– Si riuscirà a ridurre i tempi delle liste d'attesa per le visite specialistiche?

**LA RIFORMA PREVEDE TRE LIVELLI
DIVERSI DI PREVENZIONE.**

**LA NOSTRA SPESA SANITARIA È
INFERIORE ALLA MEDIA EUROPEA.**



«Abbiamo presentato un piano nazionale delle liste d'attesa che è stato già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Il piano prevede un'attesa massima di trenta giorni e tiene conto dell'urgenza reale dei controlli: la priorità verrà data ai casi di malattie cardiovascolari e oncologiche».

– Il Centro unificato di prenotazione è un aspetto della cosiddetta sanità elettronica, che utilizza le nuove tecnologie. Quali sono gli altri?

«Stiamo lavorando sulla telemedicina e sulle prenotazioni via Internet delle prestazioni mediche. Abbiamo messo on-line i certificati di malattia dei lavoratori dipendenti. Entro il prossimo anno avremo on-line le ricette mediche e vareremo il fascicolo sanitario elettronico. Inoltre, su una tessera magnetica avremo la Carta dei servizi sanitari. Negli ultimi tre anni, grazie alla collaborazione con il ministero dell'Innovazione, abbiamo fatto passi da gigante e oggi siamo fra i primi in Europa nella sanità elettronica».

– A che punto è il Piano nazionale per le malattie rare?

«Da parte nostra c'è stato l'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) delle patologie che chiedevano di essere riconosciute come tali, ora aspettiamo l'approvazione dal ministero dell'Economia per la sostenibilità economica del piano. Intanto stiamo realizzando una grande banca dati nazionale delle malattie rare».

– In Italia c'è un calo dei trapianti di organi, dobbiamo preoccuparci?

«È vero, calano i trapianti. Ma non dobbiamo preoccuparci troppo perché con i progressi della medicina sono molto migliorati i trattamenti delle insufficienze acute di organi come il cuore o il rene. Oggi, in presenza di organi artificiali e di altre forme di cura, ad esempio quelli basati sulle cellule staminali, il trapianto non è più l'unica soluzione per molte forme di insufficienza».

ROBERTO ZICHITTELLA

INFERMIERI AVANTI C'È POSTO

● La spesa sanitaria pubblica è pari al **7,3 per cento del Pil** (1.800 euro annui per abitante) ed è molto inferiore a quella dei più importanti Paesi europei.

● Le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per il 21,3 per cento. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,9 per cento del Pil nazionale e ammonta a **1.178 euro per famiglia**.

● Circa 17 mila medici andranno in pensione e lasceranno il Ssn entro il 2015. Considerando il numero medio di laureati in medicina e chirurgia per anno accademico e quello degli immessi annualmente nel Ssn, ci si aspetta, a partire dal 2012, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. **Tra il 2012 e il 2018 ci si attende così una carenza di 18 mila unità di personale medico.**

● Il rapporto tra infermieri e abitanti nel nostro Paese è uno fra i più bassi in Europa (**6,1 infermieri per 1.000 abitanti** rispetto a una media europea di 8). Servirebbero 22 mila infermieri l'anno, ma riusciamo a formarne solo 16-17 mila.



Ricerca Sperimentazione finanziata dall'Airc anche sugli immunosoppressori

Il Dna delle cellule riparato dai farmaci contro l'epilessia

Studio milanese sui tumori: la «nuova vita» delle medicine

MILANO — I danni al Dna, base di tutti i comandi cellulari, e l'autodemolizione che ne consegue sono tra le chiavi di una trasformazione di cellule sane in tumorali. E anche dell'invecchiamento. Trovare il modo di interferire, o di rettificare, tali meccanismi significa avere nuove cure. Anche se ipotesi, progettazione, ricerca, sperimentazione su vari modelli e, infine, sull'uomo comporta costi e tempi molto lunghi. Anche decenni.

E se si lavorasse a ritroso? Partendo da vecchi farmaci, già noti, mai ben studiati nella loro azione biologica. Con tempi più rapidi di sperimentazione perché quei farmaci sono già in uso. Così ha fatto un team di ricerca italiano raggiungendo un obiettivo talmente importante che oggi viene pubblicato da *Nature*. Marco Foiani, direttore della ricerca del ciclo cellulare e stabilità del genoma dell'Istituto Firc di Oncologia molecolare (gioiello milanese dell'Associazione per la ricerca sul cancro, Airc) insieme a Saverio Minucci, direttore della ricerca nelle alterazioni della cromatina nella tumorigenesi dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), hanno indagato l'attività di due vecchi farmaci, l'acido valproico e la rapamicina. Il primo è usato da decenni come antiepilettico mentre la rapamicina è utilizzata come immunosoppressore nel trapianto di organi. Un farmaco antirigetto per capirsi meglio.

Il risultato? Entrambe le molecole agiscono contemporaneamente su alcuni processi molto importanti per lo sviluppo del tumore: la risposta ai danni al Dna, l'autofagia (la capacità della cellula di autodemolirsi) e l'acetilazione delle proteine (un processo di regolazione proteica). In passato si pensava che questi tre fenomeni fossero del tutto indipendenti, mentre lo studio su questi vecchi farmaci ha evidenziato la loro stretta correlazione e sinergia nel prevenire la formazione di cellule tumorali. E non è detto che il cancro sia l'unica malattia che

possa beneficiare da questi studi. «Collegando l'azione dell'acido valproico e della rapamicina con la risposta al danno al Dna, potremmo avere una chiave di lettura di alcuni risultati affascinanti, ottenuti da studiosi impegnati nella ricerca sulle malattie associate all'invecchiamento», confida Foiani.

Insomma, potenti antitumorali e possibili anti-epilessia. Il tutto da molecole efficaci in campi diversi: epilessia e rigetto post trapianto. Un po' come già scoperto con la vecchia aspirina, in questo caso però senza scomodare la genetica ma in modo empirico: da antinfiammatorio, a pulisci-arterie, ad antitumorale (protegge il colon). Spiega Minucci: «È la nuova via di ricerca. Si chiama *drug repositioning*, l'identificazione di neoattività per farmaci che sono già disponibili per il trattamento di alcune malattie, rendendo così possibile il loro utilizzo per altri scopi».

Intanto l'Airc, forte di queste scoperte, «sbarca» a Singapore dove diventa partner nel primo *Joint Research Lab* in oncologia. Un laboratorio congiunto tra l'Ifo di Milano e l'A*Star di Singapore, l'agenzia governativa per la scienza e la tecnologia della città-Stato: uno dei maggiori protagonisti nel settore della ricerca biomedica. A dirigere questo laboratorio è David Lane, il «padre» del gene mutato p53 (comune in più del 50% dei tumori). Il suo studio riguarda anche «l'elisir di lunga vita». L'Airc, con l'Ifo, è così nel gotha mondiale di chi aspira a curare, proteggendo o riparando geni e Dna.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In trasferta

I ricercatori milanesi aprono una sede nel superlaboratorio di Singapore

La ricerca

La ricerca

Un team di ricerca italiano ha scoperto che i tumori si possono sconfiggere studiando vecchi farmaci (studio pubblicato dalla rivista *Nature*)

La sperimentazione

Indagati due farmaci ancora in uso. Per i ricercatori questo comporta tempi più rapidi di sperimentazione

La collaborazione

Laboratorio congiunto tra l'Ifo di Milano e l'A*Star di Singapore, l'agenzia governativa per la scienza e la tecnologia



LA RIFORMA FINISCE NEL CESTINO

LA FINANZIARIA REGIONALE / 2

Addio alla riforma delle nomine Le mani della politica sulla sanità

Dunque i primari ospedalieri (la denominazione è anacronistica, ma ancora chiara per i non addetti ai lavori) saranno nominati dai cosiddetti manager ospedalieri, senza alcuna, sia pur formale, limitazione. Lo ha deciso lunedì sera il Consiglio regionale. E la legge bassoliniana del 2006 che prevedeva norme concorsuali, in teoria rigorose, per la selezione dei primari è cestinata.

Nella pressoché completa indifferenza della cosiddetta opposizione (tra l'altro c'era da correre dinanzi alla tv per Milan-Napoli!). Alcune considerazioni sono di obbligo al riguardo. A Napoli la distinzione tra destra e sinistra sopravvive solo per pigrizia mentale. La tremenda gravità della decisione assunta dal Consiglio regionale sta nel fatto che si sia completamente personalizzata la responsabilità della selezione, delicatissima, dei primari. La si sia, cioè, demandata esclusivamente alla volontà, insindacabile, del manager, che, è bene ricordarlo, a quel posto si trova soprattutto, se non esclusivamente, perché di sicura fede nei confronti della maggioranza al governo della Regione. Anche prima, indubbiamente, la carriera medica negli ospedali era forte-

za politica. Le norme concorsuali si aggiravano, quando lo si voleva, e non garantivano che la selezione per davvero premiasse i migliori. Però quelle norme un qualche limite alla mortificazione della meritocrazia lo ponevano. Adesso ci si è liberati di ogni impaccio. La sudditanza della medicina ospedaliera al potere politico è ora ufficialmente affermata come assoluta e la meritocrazia in questo ambito considerata moneta fuori corso. Ciò è gravissimo.

Il medico e le professionalità sanitarie sono nel determinismo qualitativo e quantitativo della spesa sanitaria figure fondamentali. Il New England Journal of Medicine, prestigioso settimanale scientifico americano di medicina, in questi mesi successivi alla riforma sanitaria di Obama, che estende l'assistenza sanitaria a oltre 30 milioni di cittadini americani, dedica ogni settimana uno o più editoriali alla enorme rilevanza che ha nel contenimento della spesa sanitaria la formazione di medici e infermieri e la loro collocazione al posto giusto. Sarebbe bene che i consiglieri regionali campani leggessero o si facessero tradurre il New England Journal of Medicine prima di metter mano al risanamento della spesa pubblica sanitaria.



Audizione sulla sanità informatica

Le ricette mediche sbarcano sul web

DI CRISTINA BARTELLI

Ricette mediche solo on-line e avvio del fascicolo sanitario telematico. Dopo il certificato medico on-line, sono questi i due step su cui Renato Brunetta, ministro dell'innovazione tecnologica, preme l'acceleratore dell'e-Health. La telematizzazione della sanità potrebbe tradursi, a regime, in un risparmio di circa 12,4 mld di euro (stime Confindustria). Dalla ricetta digitale in particolare dovrebbero arrivare risparmi tra 1,8 e 2,1 mld di euro (stime tavolo sanità elettronica). Mentre il ministero dell'innovazione tecnologica calcola in 590 mln di euro il risparmio della p.a., delle imprese e dei lavoratori dai certificati di malattia via web. Sono questi i dati forniti dal ministro Renato Brunetta, ieri, durante l'audizione davanti la commissione anagrafe tributaria. Il tutto parte dal potenziamento della tessera sanitaria che consentirà la tracciatura puntuale e standardizzata dell'iter della prescrizione fino all'erogazione della prestazione medica da parte di strutture pubbliche private e private convenzionate. Attualmente per la ricetta elettronica, ha spiegato Francesco Massicci, del dipartimento della ragioneria generale dello stato, nelle regioni in cui si sta avviando il sistema, il medico stampa la ricetta cartacea dell'assistito. Con il nuovo meccanismo non ci sarà una ricetta bensì un promemoria, consegnato dal medico al paziente, da utilizzare per l'individuazione della ricetta elettronica a seconda che serva nella regione, come specialistica per erogazioni pubbliche, per i farmaci, per la specialistica degli erogatori privati e per la specialistica fuori regione. I vantaggi, per la p.a., dal pieno utilizzo della tessera sanitaria è quello di avere i dati in tempo reale. Inoltre il meccanismo consentirà al medico di conoscere, tramite un controllo diretto dei dati, se l'assistito ha esenzioni

di ticket. Attualmente, secondo l'agenda della Ragioneria dello stato, l'avvio progressivo della ricetta web dovrebbe avvenire nel 2011 per Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte, Calabria e Liguria Basilicata con avvii mensili; mentre la Lombardia ha iniziato a muovere i primi passi dal primo ottobre 2010. Per le ricette elettroniche di prestazioni specialistiche erogate da erogatori pubblici, le attività sperimentali si concluderanno entro il 2011 per Lombardia, Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Veneto. Per le successive funzionalità (le ricette elettroniche per l'acquisto dei farmaci, per le prestazioni erogate dai privati convenzionati e fuori dal territorio regionale) è in corso, precisano dalla Ragioneria, l'avvio di definizione dello standard di riferimento. Intanto sui certificati medici on-line, il ministro Brunetta annuncia l'arrivo di una nuova circolare in cui saranno uniformati gli adempimenti dei datori di lavori pubblici e privati. Per le ricette mediche on line è stato precisato che esiste l'infrastruttura tecnologica, la stessa dei certificati di malattia, ed è stato predisposto il set di regole per la definizione degli standard. Le cose da fare restano quelle del potenziamento dei software per le farmacie, che oggi possono solo trasmettere i dati al sistema, ma non hanno la possibilità di consultare gli archivi delle ricette, nonché sarà necessario definire, normativamente, le regole di passaggio al digitale. Il presidente della Commissione, Maurizio Leo, nell'esprimere apprezzamento per lo stato di avanzamento del progetto, auspica che si possa arrivare in tempi brevi al suo completamento, anche grazie all'utilizzo dei dati in possesso dell'Amministrazione statale e che sono oggi gestiti da Sogei spa.



RINVIO AD APRILE

Biotestamento maggioranza ancora divisa, slitta il voto

SLITTA di un mese il voto definitivo sul testamento biologico. La Conferenza dei capigruppo di Montecitorio ha deciso di raddoppiare i tempi di discussione rinviando quindi il voto finale ad aprile. La discussione generale sarà avviata comunque la prossima settimana, a partire da lunedì. Un allungamento dei tempi deciso dopo le "sfumature" emerse all'interno della maggioranza dopo una riunione di oltre due ore. «C'è stata una valutazione fondamentale positiva, con osservazioni varie, ma faremo meno emendamenti possibile», aveva detto il capogruppo del Pdl, Fabrizio Cicchitto. All'incontro molto partecipato da parte dei deputati del Pdl (presenti anche i ministri Sacconi, Brunetta e Gelmini), il relatore del testo, Domenico Di Virgilio, ha poi assicurato una unità di visione sul fatto che «la legge vada fatta». A parlare di "sfumature" interne sono il ministro del Welfare Maurizio Sacconi e il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini, convinti entrambi della possibilità di portare comunque avanti il testo.

Ma un affondo alla legge arriva dal ministro Sandro Bondi: in una lettera recapitata in casella ai deputati, intestata su carta del Senato e non del Ministero, indica due di questi «punti deboli», cioè gli articoli 3 (sulla Dichiarazione anticipata di trattamento) e 7 (il rispetto delle decisioni del paziente espresse nella Dat). Gli stessi due articoli che il sottosegretario alla Salute [Eugenia Roccella](#) aveva indicato come quelli da limare. Dall'opposizione arriva invece l'appello lanciato dal segretario del Pd Pierluigi Bersani: «Fermiamoci. Sospendiamo la discussione e riflettiamo ancora perché è un tema troppo delicato per la vita degli italiani per risolverlo con norme troppo intrusive».



Smog Roma, ogni anno muoiono 1.278 persone Polveri sottili, ignorate le linee guida dell'Oms

ROMA. Una cifra da far tremare i polsi. Secondo uno studio realizzato da Aphekom, ogni anno a Roma sarebbero 1.278 le vittime delle polveri ultrasottili. Secondo la ricerca, il traffico 'ruberebbe' a chi vive nelle grandi città un anno di vita, e ne peggiorerebbe notevolmente lo stato di salute.

Il nuovo dossier sugli effetti degli inquinanti è stato presentato ieri a Parigi. I ricercatori c o i n -

volti hanno anche calcolato i possibili benefici che si potrebbero ottenere da una riduzione delle emissioni. Se il livello delle PM 2,5 scendesse di 10 microgrammi per metro cubo (come suggeriscono le linee guida dell'Oms), a Roma si potrebbero evitare ogni anno 1.280 morti e ogni cittadino sopra i 30 anni guadagnerebbe circa un anno di vita. A lungo termine i risparmi sui costi sanitari sarebbero di 2 miliardi di euro. Secondo l'Oms, ogni anno nella pianura padana, sarebbero 7.000 i morti a causa dello smog.



Sanità Articolo dell'Istituto Tumori di Milano

Con la realtà virtuale si sceglie la molecola per battere il cancro

MILANO — Il tumore si cura meglio con la realtà virtuale. Facile da dire, più difficile da capire, ma ce lo spiegano i ricercatori dell'Istituto dei Tumori di Milano con un articolo, apparso su una nota rivista, *Nature Review in Clinical Oncology*, che dimostra come le simulazioni al computer possono aiutare a scegliere i farmaci anticancro più efficaci per ogni singolo paziente.

Punto di partenza: le cellule tumorali hanno sulla loro superficie molecole (recettori), che costituiscono il bersaglio dei nuovi antitumorali molecolari. Questi ultimi, legandosi al recettore, bloccano la crescita del tumore.

Ma non sempre le cose funzionano bene. Il tumore cerca di «resistere» alle terapie in una specie di adattamento evolutivistico, cambiando la forma dei suoi recettori: a questo punto il farmaco diventa inefficace. Così è indispensabile cercarne altri.

Ora, grazie alla modellistica computerizzata, è possibile ricostruire non solo il recettore del tumore in 3 dimensioni, ma anche il farmaco, e valutare quando i due si incastrano perfettamente come in un puzzle (in questo caso il farmaco è efficace) oppure quando non si incastrano più (e questo significa che la cura ha smesso di funzionare).

«Il nostro studio riguarda un particolare tipo di tumore, il Gist — spiega Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto dei Tumori — che si sviluppa sulle pareti dell'apparato digerente da cellule del tessuto connettivo ed è caratterizzato da due recettori, chiamati KIT e PDGFR-A. Su questi due è attivo l'imatinib. Noi abbiamo ricostruito, in 3D al computer, sia i due recettori che il farmaco, studiandone le interazioni».

Le risposte del computer (è stata utilizzata la rete dell'Università di Trieste) sono poi state verificate nella pratica clinica: quando il computer segnalava, secondo i modelli virtuali, un'inefficacia del farmaco, anche sul paziente quest'ultimo smetteva di funzionare.

«L'esperimento — continua Pierotti — ci ha suggerito tre cose. In un caso di aumentare la dose di farmaco e questo ha funzionato. In un altro, diventato "resistente" all'imatinib, abbiamo sperimentato una nuova molecola che è risultata efficace, prima al computer, poi sul paziente. L'ultimo suggerimento riguarda la ricerca per il futuro».

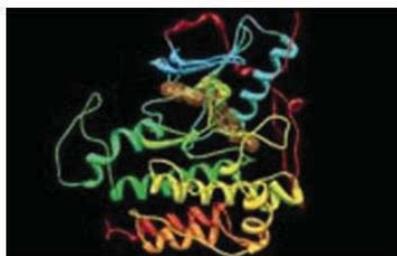
L'idea, infatti, è quella di riprodurre, al computer, tutte le

possibili modificazioni dei recettori di un tumore, anche quelle non ancora apparse in natura, e di studiare, sempre con la realtà virtuale, le interazioni dei recettori «mutati» con una serie di nuovi farmaci, per valutarne l'efficacia.

E un progetto di ricerca che vede coinvolto il Nerviano Medical Sciences. Il centro lombardo metterà a disposizione la sua «libreria» di oltre 65 mila molecole, tutte potenziali farmaci antitumorali, e il computer verificherà quelli attivi. Si può così ipotizzare di creare cocktail di antitumorali capaci di combattere tutte le mutazioni del tumore, anche quelle che non si sono ancora manifestate.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



3D Una delle immagini virtuali di un recettore usato nelle terapie antitumorali

Il Dna delle cellule riparato dai farmaci contro l'epilessia

WASHINGTON
 NEW DELHI
 CARACA PERH MARI
 LONDON
 PARIS
 BRUSSELS
 BURENO AIRE
 WARSAW
 STOCKHOLM
 COPENHAGEN
 SAN FRANCISCO
 SAN JOSE
 TOKYO

“I farmaci comuni utili anche contro i tumori” su Nature la scoperta dei ricercatori italiani

ROMA — Arrivano i farmaci trasformisti. Una molecola comunemente usata contro l'epilessia e una contro il rigetto nei trapianti sono efficaci anche contro i tumori. Lo ha scoperto una ricerca internazionale pubblicata su “Nature”, e coordinata dall'italiano Marco Foiani, dell'Istituto Firc di Oncologia molecolare e dell'Università di Milano in collaborazione con l'Istituto europeo di oncologia, la Columbia University di New York e l'Università di Berkeley.

Scoprire il nuovo uso di farmaci comunemente destinati ad altre malattie è stato possibile grazie alle nuove conoscenze sulle caratteristiche genetiche dei tumori. È accaduto con l'acido valproico, usato da decenni come anti-epilettico, e con la rapamicina, utilizzata come immunosoppressore nei trapianti. La ricerca ha scoperto che entrambi i farmaci agiscono su processi “vitali” per lo sviluppo del tumore: il modo in cui la cellula reagisce quando il Dna viene danneggiato, la capacità della cellula di auto-demolirsi e il processo di regolazione delle proteine.



Antibiotici contro l'autismo?

DI CHIARA ZAPPA

L'autismo potrebbe essere la conseguenza di un'infezione cronica? È l'ipotesi, "scientificamente scorretta" quanto intrigante, del biologo francese Luc Montagnier, premio Nobel per la medicina 2008 per la scoperta del virus dell'aids. Lo scienziato è pronto a lanciare, in Francia, una sperimentazione su una cinquantina di bambini, di cui trenta affetti da autismo, basata principalmente sulla somministrazione prolungata di antibiotici.

La ricerca sfrutterebbe, a fianco di tecniche biologiche classiche, procedimenti che evocano la controversa teoria della "memoria dell'acqua", proposta nel 1988 dal professor Jacques Benveniste, secondo cui l'acqua può conservare il "ricordo" delle sostanze che ha contenuto anche dopo la diluizione (si tratta del principio alla base dell'omeopatia). Il professor Montagnier sostiene che, similmente, soluzioni molto diluite di dna patogeno possano emettere segnali elettromagnetici a bassa frequenza, e intende utilizzare tali segnali come "marcatori biologici". La sperimentazione, che non è ancora stata sottoposta al vaglio di un comitato etico, cercherebbe in questo modo le tracce di possibili infezioni tra alcuni bambini, autistici e sani, per confrontare i risultati. Ai pazienti saranno poi somministrati antibiotici per vari mesi, al termine dei quali si valuterà l'evoluzione delle loro

condizioni.

Il progetto è sostenuto dall'Autism Research Institute (Ari) di San Diego, in California, che ha garantito allo scienziato un finanziamento di oltre 30 mila euro. Stephen Edelson, direttore dell'Istituto, si è detto «molto emozionato» di questo studio e, alle critiche sulla sua non provata scientificità, ha affermato che esistono così tante forme di autismo e tanti aspetti ancora ignoti che «dobbiamo studiare ogni angolazione».

L'iniziativa, tuttavia, ha sollevato anche altre controversie. La Società americana delle Malattie infettive, dopo aver monitorato il trattamento prolungato con antibiotici dell'artrite di Lyme, lo scorso aprile aveva concluso che «i rischi insiti nelle terapie antibiotiche sul lungo periodo non sono stati giustificati dai benefici clinici». Pur non negando il problema Montagnier ha sottolineato che la sperimentazione verrà messa a punto insieme alle commissioni etiche preposte, e includerà attente precauzioni. «Gli specialisti hanno imparato a evitare gli effetti collaterali e a scegliere la giusta dieta», ha affermato. Il 78enne scienziato è quindi pronto, ancora una volta, ad andare avanti nonostante le critiche. Ma prima di abbandonarsi agli entusiasmi – dopotutto, ricordano gli esperti di autismo, il premio Nobel è stato attribuito a Montagnier per studi in tutt'altro settore – è il caso di attendere i risultati di questa scommessa.

IN INTERNET

Un sito per approfondire la questione

Per conoscere l'Angsa, Associazione nazionale genitori soggetti autistici, è possibile consultare il sito www.angsaonlus.org. Dedicato in modo specifico agli insegnanti è invece il portale www.autismo33.it. Per chi fosse interessato a imparare il metodo comportamentale ABA, l'Università di Modena e Reggio Emilia organizza un corso di perfezionamento in "Tecniche comportamentali per bambini con disturbi autistici ed altri disturbi evolutivi globali". Si tratta di un corso di 180 ore accademiche che può essere seguito sia nella sede universitaria sia nella modalità di formazione a distanza, in tutta Italia, rivolto in primo luogo agli insegnanti della scuola dell'infanzia e delle elementari (info: www.unimore.it o www.angsaonlus.org). (Ch.Z.)



Ma esperti e genitori sono scettici

«L'uso di antibiotici nel trattamento dell'autismo non ha nessun senso». Il professor Carlo Giulio Lenti, neuropsichiatra infantile al San Paolo di Milano e presidente della Società italiana per la Ricerca e la Formazione sull'autismo, non usa mezzi termini. E spiega, senza polemiche, che «non esistono attualmente dati a supporto dell'ipotesi formulata da Montagnier».

Scettica anche Daniela Mariani Cerati, del Comitato scientifico dell'Angsa (Associazione nazionale genitori soggetti autistici): «Le basi razionali di questa teoria sono debolissime», conferma Mariani Cerati. Secondo la quale, «in ogni caso, bisogna stare molto attenti a non confondere una sperimentazione, o una ricerca, con una cura». Un punto, questo, su cui l'Angsa è molto sensibile: il Comitato scientifico dell'associazione è nato proprio «per cercare di difendere i genitori dalle mille illusioni di cui possono essere vittime: gli specialisti che abbiamo riunito vagliano seriamente le proposte di trattamento e aiutano i famigliari a discernere». Una condizione con cui, purtroppo, sempre più italiani si trovano a fare i conti. Negli ultimi anni, infatti, le diagnosi di autismo sono aumentate fortemente: il dato più accreditato parla di 6 malati ogni mille persone, anche se il numero è molto più alto contando tutti i casi di disturbi dello spettro autistico non associati a ritardo mentale (quella che viene chiamata la sindrome di Asperger). «In parte,

questo aumento può essere dovuto all'accresciuta coscienza sul tema – spiega Mariani Cerati – ma potrebbe anche essersi verificato un effettivo incremento, le cui cause sarebbero varie, visto che nella stragrande maggioranza dei casi all'origine dell'autismo c'è una somma di vari fattori». Il condizionale, parlando di questa sindrome, è d'obbligo. Ma qualche punto fermo è stato finalmente fissato? «Premettendo che

dobbiamo parlare di "autismi", vista l'enorme varietà di situazioni a cui il termine allude, è stato provato che soltanto in rarissimi casi alcuni geni, da soli, possono essere responsabili di tutti i sintomi. Per il resto, sono state investigate varie componenti: di tipo immunitario – innato o dopo l'incontro con un antigene a livello di vita embrionale –, ma anche legate alla possibile alterazione del cromosoma x, visto che il rapporto tra malati maschi e femmine è di quattro a uno, o anche fattori ambientali. Verosimilmente, è la somma tra la suscettibilità genetica e altri fattori che scatena la sindrome».

La ricerca, partita con un ritardo enorme e colpevole a causa dei pregiudizi legati alle presunte (e totalmente false) responsabilità delle madri dei bimbi autistici, oggi procede – sebbene con poco sostegno – anche nel nostro Paese. «Il problema – chiarisce ancora la dottoressa Mariani Cerati – è che gli esiti

delle ricerche, invece di semplificare il quadro, lo complicano, poiché ci troviamo di fronte non a una malattia ma a mille». Una terapia, ad oggi, purtroppo non esiste. Ciò che dovrebbe essere garantito a tutti – insistono i soci dell'Angsa – è «un'educazione compensativa, dalla culla alla tomba, che possa insegnare alle persone autistiche ciò che gli altri imparano per imitazione».

L'associazione è impegnata a offrire, gratis e in modo capillare, la formazione sul metodo comportamentale conosciuto come ABA (Applied Behavior Analysis), che ha come obiettivi prioritari l'autonomia personale e traguardi che accompagnino il malato anche nell'età adulta, visto che l'autismo non porta alla

morte precoce. Un metodo su cui l'interesse è in forte crescita non solo tra le famiglie di persone autistiche ma anche tra le maestre, in particolare di sostegno, delle scuole materne ed elementari: «Le insegnanti si trovano in grande difficoltà di fronte a reazioni apparentemente ingestibili, mentre le tecniche comportamentali sono molto semplici e insieme altamente efficaci». Il consiglio, dunque, è imparare a educare: «Il nostro motto – conclude Mariani Cerati – è: "Non è mai troppo presto, non è mai troppo tardi"».

Chiara Zappa

«Terapia senza senso» per Lenti, neuropsichiatra infantile, e «solo una ricerca» per Cerati dell'Angsa

