

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**LE CURE PALLIATIVE
TRA PASSIONE E TEOLOGIA**

ito Mancuso compie una coltissima carrellata per convincerci che il senso dell'esistenza è tutto nel processo incarnazione-passione-morte-resurrezione (*Il Principio Passione*, Garzanti, 2013). Per vent'anni ho fatto l'oncologo pediatra e sono stato testimone di tale processo. La resurrezione, però, non ha mai riguardato le innocenti vittime di malattie inguaribili, semmai la vita di famiglie, risorte, alcune, distrutte altre. Non so quante di loro abbiano trovato in ciò il senso dell'esistenza, so che non l'ho trovato io. L'affascinante testo di teologia sistematica sviluppato da Mancuso non mi ha aiutato. Molto mi aiuta invece la pubblicità in tv sulle cure palliative, lodevole iniziativa del nostro ministero della Salute. Dar senso all'esistenza significa non ignorare i più fragili? Molto terreno, certo. Propendo per una laicità solidale, per cui se un laico legge il libro di Mancuso fa a lui del bene, ma non deve scoraggiarsi: e di coraggio a seguire il ragionamento dell'autore, ce ne vuole abbastanza.

camici.pigiami@gmail.com



Dopo il varo del Ddl di stabilità 2014 a "costo zero" in sanità, riparte la trattativa Governo-Regioni

Vince (per ora) il «no-tagli» party

Ma ora risparmi ed efficienza toccano al Patto - Medici e dirigenti già in trincea

Alla fine l'asse **Beatrice Lorenzin**-Regioni (con il pressing di tutte le categorie) ce l'ha fatta e per la prima volta da dieci anni la legge di stabilità esce dal Consiglio dei ministri che l'ha approvata senza tagliare la Sanità. Ma chiusa la partita delle risorse (che si spera non abbia strascichi in Parlamento) si apre quella del Patto della salute, la carta che ora dovranno giocare le Regioni per garantire la massima efficienza e la sostenibilità del sistema e soprattutto risparmi legati alla razionalizzazione dell'assisten-

za. Un Patto che dovrà andare a braccetto comunque con la legge di stabilità ed essere definito in non più di due mesi.

Chiusa la partita delle risorse però resta tutta aperta quella dei tagli al personale, con i sindacati già in trincea. Si è aperta la finestra del rinnovo possibile per la parte normativa dei contratti, ma si è chiusa ancora di più la porta del blocco dei contratti, di quello del turn over (fino al 2017), e della riduzione dei fondi contrattuali.

A PAG. 2

LEGGE DI STABILITÀ/ «Tagli zero» per il Ssn: la prima volta negli ultimi dieci anni

Risparmi: tocca al personale

Blocco economico ma non normativo dei contratti - Ancora stop al turn over

Legge di stabilità 2014 a «tagli zero» per la sanità. La «prima volta» negli ultimi dieci anni, sottolinea il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. Che ha aggiunto: «Ora dobbiamo riflettere e far prevalere un grande senso di responsabilità: non possiamo perdere un'altra occasione, potrebbe essere l'ultima per la sanità italiana. Gli sprechi ci sono e vanno combattuti». «Si dà futuro alla sanità», ha commentato il presidente dei governatori **Vasco Errani**.

Con la cancellazione dalle bozze di testo del capitolo sulla sanità della legge di stabilità 2014 - che inizierà il suo iter parlamentare, dove si spera non arrivino sorprese, in Senato - in cui fino all'ultimo momento si prevedevano 2,6 miliardi di tagli in tre anni, di cui 500 milioni per il 2014, è passata la scorsa settimana la paura di un vero e proprio default per la sanità pubblica che negli ultimi mesi aveva rincorso Regioni e operatori. E anche sull'aumento dei ticket - altri 2 miliardi che altrimenti sarebbero scattati dal 1° gennaio 2014 - il Governo ha mantenuto la promessa: non ci sarà alcun salasso per gli italiani.

Anzi, il ministro della Salute ha anche rilanciato sugli investimenti per «accogliere la sfida di una medicina avanzata, tecnologi-

ca e per questo anche costosa». Parco tecnologico quindi, ma anche una ristrutturazione dei vecchi e obsoleti ospedali attraverso i fondi Ue che il nostro Paese non ha utilizzato per molti anni. **Lorenzin** in proposito si è già confrontata con il ministro per gli Affari europei Moavero e quello per la Coesione territoriale Carlo Trigilia. «Uno o due miliardi di investimenti per gli ospedali porterebbero a un valore dieci volte maggiore incidendo fino a un punto sul Pil», ha spiegato.

Ma se tutti hanno giudicato con entusiasmo la scelta sulle risorse sanitarie, un ulteriore velo nero è calato invece sul personale. Unica novità positiva nel capitolo sul pubblico impiego la possibilità di riaprire i contratti per il 2013-2014, ma solo per la parte normativa, senza alcun riferimento agli aspetti economici. Poi quella che i sindacati giudicano una vera e propria mannaia sul versante occupazionale ed economico.

«Il Governo - ha commentato **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa - ha continuato con i tagli lineari, addirittura alla formazione medica (v. articolo a pagina 3), e non fidandosi dei provvedimenti già emanati, ha reiterato il blocco contrattuale per il 2014 e inasprito quello del turn over fino al 2017 tagliando

anche in anticipo il 10% di ciò che per definizione non è prevedibile, cioè lo straordinario dei dipendenti. Senza esimersi - denuncia il segretario Anaa - dal mettere le mani nelle loro tasche dilazionando ancora il pagamento delle liquidazioni e colpendo anche pensioni che d'oro certo non sono. Il personale non è il bancomat anti-tagli».

Il pubblico impiego. Le previsioni contenute nella legge di stabilità esordiscono con l'estensione "ufficiale" (i provvedimenti che già lo prevedevano non sono stati mai emanati) del blocco della contrattazione collettiva (senza possibilità di recupero) anche al biennio 2013-2014. Una misura che ha effetti di "tagli" per circa 2,5 miliardi sul personale sanitario e di oltre 11 su tutto il personale del pubblico impiego.

Poi le disposizioni sull'indennità di vacanza contrattuale (Ivc),

che viene sterilizzata senza il recupero dell'inflazione del 2014. Anche in questo caso le misure erano già contenute nella bozza di Dpr predisposta a luglio.

E come già previsto dalle leggi precedenti per il primo blocco della contrattazione, il tutto (meno ovviamente la Ivc) si estende anche a tutti i medici convenzionati.

Conferma anche del blocco del turn over. Anzi, suo allungamento fino a tutto il 2017 con una precisa cadenza: assunzioni al 40% dei ritiri per il 2015, al 60% per il 2016, all'80% il 2017.

Un argomento questo su cui è intervenuta la ministra **Lorenzin** che invece punta allo sblocco del turn over perché, ha detto, «due generazioni (dieci anni) sono rimaste fuori dal Ssn ed è necessario ormai immettere nel servizio sanitario culture e forze fresche».

Per quanto riguarda i fondi relativi agli incentivi, la parametrizza-



ne degli importi dei fondi si farà sul personale in servizio e non rispetto al valore storico consolidato come è stato finora. In pratica i fondi contrattuali devono essere sempre rivisti in ragione del turnover, che essendo bloccato e quindi in diminuzione, ne determinerà una decurtazione.

C'è poi lo sblocco della parte normativa dei contratti, legata alle previsioni del blocco ufficiale per altri due anni di quella economica. Ma se una trattativa in tal senso dovrà riguardare istituti normativi che "migliorano" comunque la situazione generale dei lavoratori pubblici, è difficile che non si producano effetti economici indiretti. Tanto che a suo tempo i sindacati hanno messo in pista le risorse dei fondi aziendali.

C'è poi una norma che riguarda i compensi professionali liquidati a seguito di sentenze favorevoli per amministrazioni e personale che si prevede siano corrisposti solo al 50%. E la somma restante resta a vantaggio della singola amministrazione.

Viene poi ripresa la questione dei trattamenti economici massimi erogabili dalla pubblica amministrazione. Le Regioni - e quindi è coinvolta anche la Sanità - devono adeguare i loro ordinamenti, anche se è difficile che in sanità vi sia qualcuno che supera 302.000 euro annui (il limite massimo, appunto).

Infine, c'è una norma che riguarda gli operatori sanitari anche nel capitolo sulla previdenza.

Si tratta della dilazione nel tempo della indennità premio di servizio (la liquidazione) che sia superiore a 50.000 euro. Se l'importo è inferiore a tale cifra la liquidazione avviene in una unica rata dopo sei mesi dalla cessazione. Se è superiore, il valore residuo è pagato dopo altri dodici mesi (cioè diciotto dalla cessazione) e la eventuale parte superiore a 100mila dopo altri ventiquattro mesi (cioè 30 dalla cessazione). La norma non prevede alcun recupero di valuta legato alla dilazione del pagamento. Per capire la portata della misura, va tenuto conto che la liquidazione media di un infermiere con 40 anni di servizio è di circa 60mila euro.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

Tagli sì, ma solo sulle retribuzioni

DA MILANO

Zero tagli alla Sanità, poiché la spesa che riguarda il Fondo sanitario nazionale «rimane inalterata». In serata, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ribadisce che nella legge di Stabilità non sono previsti tagli al settore, ma nella relazione tecnica che accompagna il testo economico elaborato dal governo emerge una «decurtazione» di 1,1 mld nel 2015-2016 al finanziamento al Servizio sanitario nazionale, legato però alla generale stretta sul pubblico impiego. I sindacati attaccano: «Il taglio c'è eccome» e rappresenta un «ulteriore schiaffo a medici e cittadini». È dunque scontro sull'interpretazione degli articoli della manovra.

Ma il ministro ribadisce ancora: «Si tratta del blocco del turnover che riguarda tutta la pubblica amministrazione». Ovviamente, ha proseguito il ministro, «nel blocco del turnover è stato conteggiato il recupero di alcune risorse per la proroga del blocco, ma non riguarda il fondo sanitario e quindi non riguarda i beni e servizi, la spesa farmaceutica, le malattie o i livelli essenziali di assistenza». Ciò vuol dire, come spiegano dal ministero, che il Fondo sanitario per il 2014 sale a 109,901 miliardi (rispetto ai 107,9 previsti dalla precedente legge di stabilità del governo Monti) e sono inclusi i 2 miliardi che scongiureranno la misura di nuovi ticket dal primo gennaio 2014. Opposta è però l'interpretazione dei sindaca-

ti: la riduzione del finanziamento al Servizio sanitario nazionale «c'è e vale 1,1 miliardi di euro (540 milioni nel 2015, 610 dal 2016). È contenuta nel comma 21 dell'art.11 della Legge di stabilità», affermano Fp-Cgil e Fp-Cgil Medici, secondo cui si tratta di «uno schiaffo per medici, operatori e cittadini» e di un «accanimento».

E intanto oggi scioperano per 24 ore gli ambulatori e i laboratori privati. Il motivo? Secondo l'Assemblea nazionale delle strutture sanitarie private accreditate, organizzata da FederLab Italia, Aiop e FederAnisap, le tariffe fissate per il comparto dall'ex ministro Balduzzi sono troppe basse per far quadrare i conti.

Davide Re

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro Beatrice Lorenzin

Per il ministro Lorenzin il fondo sanitario rimane invariato, ma le sigle dei medici insistono: la spesa è decurtata. L'enigma sta nel blocco del turnover nella Pa



La sanità, il caso

Sos medici di famiglia arrivano dalla Romania

In pensione cento dottori: per 100mila pazienti assistenza garantita da laureati dell'Est europeo

Gerardo Ausiello

Cercansi medici di famiglia disperatamente. Entro i prossimi tre anni in Campania ne andrà in pensione un centinaio e il turn over riguarderà soltanto pochi di questi. Il risultato è che quasi 100mila famiglie si ritroveranno senza medico di base. È la nuova emergenza con cui deve fare i conti oggi il servizio sanitario regionale. Ma il fenomeno riguarda l'intero Paese. Tanto che, a colmare i vuoti in organico, ci pensano i camici bianchi provenienti dall'Europa dell'Est.

Ecco cosa sta accadendo negli ultimi tempi da Nord a Sud. In Campania, però, la situazione ha già raggiunto un elevato livello d'allarme. In tutta la regione i generalisti sono circa 5mila, un quinto dei quali concentrati a Napoli. Nonostante il numero sia elevato, non risulta comunque sufficiente a soddisfare in pieno le esigenze della popolazione residente (all'ombra del Vesuvio c'è la densità demografica più alta d'Italia). E allora abbondano i massimalisti, cioè i dottori che hanno raggiunto la soglia limite di 1.500 pazienti. Il problema è che l'età media risulta avanzata e negli ultimi tempi stanno aumentando i pen-

sionamenti.

«Dal 2016 un'intera generazione di medici di famiglia lascerà il lavoro alterando gli equilibri della categoria - avverte Giuseppe Tortora, vicesegretario nazionale del Sumai - Fra tre anni, infatti, 100mila medici campani iscritti al fondo di previdenza della medicina generale compiranno l'età del pensionamento (68 anni) e, pur potendo scegliere di andarci a 70, quasi certamente non lo faranno a causa del crescente burn out cui sono sottoposti professionalmente. E nello stesso anno dalle scuole di formazione in medicina generale è prevista l'uscita di meno di 50 nuovi medici di famiglia per cui nei prossimi anni potremmo essere costretti a chiamare specialisti e generalisti dall'estero». Colpa, secondo Tortora, anche dei tagli: «In Campania un centinaio di laureati in medicina rischia di non avere accesso ai percorsi di post laurea perché, a causa della scure sulle borse di studio (in quanto i contratti di specializzazione e di formazione costano), non viene messo a bando un numero sufficiente di posti nelle scuole di specializzazione e formazione».

Ma cosa è cambiato rispetto a qualche anno fa? Oggi diventare generalista è un'impresa molto più ardua che in passato. Dopo la laurea occorre superare un concorso e svolgere un tirocinio di tre anni presso un ospedale, l'Asl di appartenenza e un dominus. Al

termine di questo percorso va poi superato l'esame finale. Si entra così in una graduatoria regionale da cui vengono selezionati i medici in base alle esigenze del territorio. «Un iter francamente troppo lungo - chiarisce Tortora - in altri Paesi europei, invece, è molto più semplice diventare un dottore e ci si può spostare agevolmente da uno Stato all'altro in virtù delle norme in vigore nell'Ue». «Siamo vicini al collasso - sottolinea Saverio Annunziata, dirigente nazionale del Sumai - Tuttavia se si interviene subito il problema può essere gestito sia con l'istituzione del ruolo unico che unisce medici di continuità assistenziale e medici di famiglia, così come previsto dal decreto Balduzzi, sia organizzando il lavoro e impiegando personale di studio appositamente formato. Il nostro Paese avrebbe il dovere morale e civile di programmare la qualità e il numero dei professionisti che devono assicurare ai cittadini il loro diritto alla salute». Gli addetti ai lavori, insomma, invocano una rivoluzione che, potenziando la presenza dei generalisti sul territorio, contribuirebbe a superare il modello ospedalocentrico in favore di un rafforzamento della rete territoriale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fenomeno
Il Sumai:
«Con i tagli bloccato il turn over Si penalizzano i nostri giovani»



I tempi

Iter troppo lungo

Per diventare generalisti, avverte il Sumai, in Italia è necessario un lungo percorso. Più breve in altri Paesi europei



I tagli

Meno fondi disponibili

La scure penalizza soprattutto gli aspiranti dottori: meno risorse per le borse di studio e per le assunzioni

La scheda

I NUMERI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE



COSA CAMBIA

Entro il 2016 ci saranno 100 medici di medicina generale in meno. Il risultato sarà che 100mila famiglie si ritroveranno senza medico.

LA SANITÀ IN CAMPANIA

Indebitamento (consolidato) dal 2000 al 2005



Indebitamento dal 2006 al 2010



centimetri

La decisione

Sanità, il ministero insiste: non ci saranno tagli

Il ddl di stabilità 2014 «contrariamente a quanto avvenuto con le manovre finanziarie e le leggi di stabilità degli ultimi anni, per la prima volta non contiene tagli al Fondo Sanitario Nazionale per il triennio 2014-16 suscettibili di ripercussioni sui livelli essenziali delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini». Così il ministero della Salute smentisce i tagli a partire dal 2015. «Il finanziamento a

carico del bilancio dello Stato del Fsn per il 2014 - sottolinea il ministero in una nota - ammonta infatti a oltre 109 miliardi di euro. Non vi è alcuna riduzione della spesa farmaceutica, né territoriale né ospedaliera, della spesa per dispositivi medici, di quella per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate, della spesa per acquisti di beni o servizi da parte delle aziende sanitarie e

ospedaliere». Quanto alle misure di contenimento della spesa nel pubblico impiego, sottolinea il ministero, «si tratta di disposizioni applicabili a tutti i dipendenti pubblici contrattualizzati, pertanto anche al personale del Ssn. Tali disposizioni certamente dolorose per il personale, sono in gran parte già vigenti, comportano risparmi per il finanziamento statale al Fsn, ma non sono riconducibili a tagli in senso stretto».



LE MOSSE FINALIZZATE AL RISPARMIO RIDUZIONE (DA CINQUE A QUATTRO) DEGLI ANNI DELLA SPECIALIZZAZIONE PER I MEDICI

Gli sconti fiscali finiscono nel mirino

Previsti tagli alla sanità dal 2015

● **ROMA.** Sconti fiscali nel mirino: dopo la clausola di salvaguardia che taglia retroattivamente, cioè già per l'anno di imposta 2013, di un punto l'aliquota sulle detrazioni, nel caso in cui non si riesca a fare una selezione entro il prossimo 31 gennaio, scatta anche un maxi taglio per gli anni successivi. In questo caso l'alternativa sono maggiori tagli alla spesa di quelli già preventivati.

È la relazione tecnica alla legge di Stabilità a quantificare in 3 miliardi nel 2015, in 7 mld nel 2016 e in 10 nel 2017 l'ammontare che dovrà arrivare dalle agevolazioni, esenzioni, detrazioni, regimi fiscali agevolati. Per quanto riguarda la sanità, non ci sarebbero tagli nel 2014 ma una riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nel 2015-2016 pari a 1,150 miliardi.

Anche medici e infermieri pagano infatti la stretta generale sul pubblico impiego, con il blocco del turn-over e il congelamento delle retribuzioni. Nei testi definitivi emerge inoltre che per appesantire le buste paga il costo è complessivamente di 1,5 miliardi. Tra le norme di risparmio, la scelta di ridurre da cinque a quattro gli anni della specializzazione per i medici e l'individuazione di immobili in periferia per gli affitti della pubblica amministrazione. Ecco le norme della legge di Stabilità che emergono dai

testi che domani approderanno al Senato.

281 MILIONI DA TAGLIO DETRAZIONI A 18% - Se non si riuscirà a fare un taglio selettivo degli sconti fiscali, nelle dichiarazioni 2014 bisogna calcolare uno sconto minore (dal 19 al 18%). Taglio al 17%, sempre come clausola di salvaguardia, l'anno successivo, per un gettito di 564 milioni.



LORENZIN Ministro

3 MILIARDI IN 2015 - Dovranno arrivare sempre dal taglio delle cosiddette «tax expenditures».

SANITÀ, TAGLI 1,1 MILIARDI IN 2015-2016 - È l'effetto della stretta sul pubblico impiego nel comparto sanitario, tra blocco del turn-over e congelamento delle retribuzioni.

IN BUSTA PAGA 1,5 MILIARDI - È questo l'effetto finanziario del taglio del cuneo fiscale rivolto alle buste paga dei lavoratori.

TASI 3,7 MILIARDI - Questo gettito è previsto per le sole abitazioni principali.

IRAP NEO ASSUNTI, AGEVOLAZIONI PER 135.000 - Tanti sono - calcola la relazione tecnica - i potenziali beneficiari che potrebbero vedere trasformato il proprio contratto di lavoro a tempo determinato in

tempo indeterminato.

UFFICI, MEGLIO IN PERIFERIA - Per risparmiare le amministrazioni avranno l'«obbligo di valutare» immobili delocalizzati da affittare per uffici pubblici.

ELECTION DAY - La concentrazione in una giornata delle procedure di elezione dovrà dare 100 milioni di euro ma è previsto anche un decreto per risparmiare sulle spese elettorali, dalla stampa del materiale agli straordinari del personale, dalle procedure per chi è all'estero al compenso degli scrutatori.

CREDITI IMPOSTA SOTTO OSSERVAZIONE - Il cosiddetto «tiraggio» dei crediti in alcuni settori è inferiore agli stanziamenti; per questo arriva un taglio di 60 milioni, dalle somme per le concessionarie di telecomunicazioni per le agevolazioni tariffarie alle imprese editrici ai rimborsi alle Poste per i servizi offerti in convenzione, dalle agevolazioni per il trasporto ferroviario merci verso l'Ungheria ad alcune risorse destinate all'Enav.

107 MILIONI FINANZIAMENTI DIVERSI - Arrivano nuovi fondi per cause diverse: dagli 80 Milioni per i policlinici universitari ai 6 Milioni per il Comitato Italiano Paralimpico, dai 3 Milioni per la Fiera di Verona ai 6 Milioni per la collaborazione in campo radiotelevisivo tra Italia e San Marino.



L'analisi

I risparmi per una Sanità migliore

Silvio Garattini

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin cerca di ottenere con grande determinazione che il bilancio del Servizio Sanitario Nazionale non venga decurtato nei prossimi anni in attesa che

l'auspicata ripresa permetta eventualmente di aumentare il budget. La salute non ha prezzo, ma ha un costo e perciò la soddisfazione per il risultato ottenuto non deve attenuare la necessità di ottenere la maggior "quantità" di salute con le risorse econo-

miche disponibili. Ciò vuol dire in altre parole che va perseguita con altrettanta determinazione la via della lotta agli sprechi. Si può obiettare che la gestione della Sanità non spetta al Ministero ma alle Regioni; è certamente così, ma ciò non toglie che lo

Stato possa dare direttive e indicazioni, cominciando a dare il buon esempio con ciò che è ancora sotto la sua responsabilità. Per fare un esempio dopo 20 anni sembra necessario che il Prontuario Terapeutico dei Farmaci debba essere revisionato in modo sostanziale.

> Segue a pag. 24

Segue dalla prima

Quei tagli da fare per una Sanità migliore

Silvio Garattini

Sia per quanto riguarda i farmaci di fascia A (prescrivibili sul territorio) sia per quelli di fascia H con tutte le variazioni (prescrivibili solo negli ospedali). Si tratta effettivamente di realizzare alcune regole di buon senso, quelle che vengono praticate dalle buone madri di famiglia. Ad esempio a parità di effetto oppure in assenza di confronti fra farmaci che hanno le stesse indicazioni si sceglie il farmaco che costa meno. I farmaci che hanno avuto un aumento dei volumi di vendita devono abbassare i prezzi. E' tuttavia importante evitare i soliti tagli trasversali e guardare invece nel dettaglio. Ad esempio, per alcuni farmaci importanti che hanno prezzi estremamente bassi può essere utile un piccolo aumento, per evitarne la scomparsa dal mercato. Un altro problema assolutamente trascurato è quello dei dispositivi medici (pace-maker, defibrillatori, cateteri, materiale per interventi chirurgici). Il marchio CE non può essere un salvacondotto che garantisce un accesso a tutti gli ospedali. Da anni si discute sulla necessità di avere una classificazione e una valutazione del rapporto costi-benefici, ma nulla accade e si continua a

non voler scegliere ciò che serve in base a qualità e costi con la conseguenza di ritrovarsi con i problemi delle valvole cardiache e delle protesi mammarie "inadeguate" allo scopo. E ancora dovrebbe far parte di direttive centrali stabilire quale sia il minimo di posti letto che deve caratterizzare un ospedale che non sia semplicemente una risorsa occupazionale che spesso purtroppo rappresenta un pericolo per i pazienti. Analogamente sarebbe ora di por mano alla pleora di chirurgie ad alta specializzazione, quali ad esempio le cardiocirurgie e le neurochirurgie. Per ogni milione di abitanti ne abbiamo più dei maggiori Paesi Europei. Perché non chiudere i reparti che non raggiungono un determinato numero di interventi per anno? In qualche caso si possono accorpate con un'importante diminuzione delle spese generali grazie alle economie di scala. Si potrebbe aggiungere l'analogia necessità di evitare il moltiplicarsi infinito di strumenti diagnostici e terapeutici ad alto costo (PET, risonanza nucleare magnetica, acceleratori e così via). Ognuna di queste apparecchiature non grava sul bilancio per il suo costo iniziale ma soprattutto per le spese di personale e di gestione. Come per le sale operatorie, gli strumenti dia-

gnostici dovrebbero lavorare almeno su due turni per evitare le lunghe liste d'attesa dei pazienti.

La spending review deve essere fatta in modo intelligente, diminuendo ma anche aumentando le spese per ottenere maggiore efficienza che di per sé è fonte di risparmi.

Infine, si deve prendere atto che la struttura attuale del Servizio Sanitario Nazionale è probabilmente superata per la sua eccessiva separazione fra medicina ospedaliera e medicina territoriale. L'aumento della popolazione anziana con la conseguente cronicizzazione delle malattie richiede un nuovo polo ambulatoriale polidisciplinare che permetta di diminuire il carico ospedaliero e aumentare le possibilità di diagnosi e terapia extraospedaliera con particolare riferimento alla medicina domiciliare. In altre parole, medici di medicina generale e medici ospedalieri devono far convergere le loro prestazioni in una struttura intermedia, come ad esempio la "casa della salute" evocata nel decreto Balduzzi. Il Governo deve dare qualche segnale per mostrare che le tasse pagate dai cittadini per avere un servizio sanitario adeguato non vanno disperse in mille rivoli, ma servono a migliorare l'efficienza della sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La direttiva Ue che evita consensi e ostacoli, prevista per il 25 ottobre, rinviata al 4 dicembre. Asl e possibili deficit

Slitta lo "Schengen della salute" cure senza frontiere, occhio ai conti

C

VALERIA PINN

ercare il migliore specialista per un intervento fra Parigi e Stoccolma. Sottoporsi a una terapia all'avanguardia a Bruxelles o a Berlino. L'Europa senza frontiere per chi si ammala è vicina. La direttiva 24/2011 sulle cure transfrontaliere doveva essere recepita il 25 ottobre, ma il decreto per renderla operativa in Italia è slittato al 4 dicembre. Il provvedimento prevede che i pazienti possano spostarsi da un paese all'altro con le stesse procedure amministrative e le stesse tariffe. Il conto sarà presentato da chi li ha curati alla Asl di provenienza, più o meno come avviene oggi per chi sceglie l'ospedale di una regione italiana diversa dalla propria. È una rivoluzione per 600 milioni di cittadini, 2 milioni di medici e 20 milioni di infermieri.

Ora gli Stati membri stanno cercando di recepire la direttiva ponendo alcuni limiti per evitare un afflusso eccessivo di pazienti con conseguenze sulle liste d'attesa. Fino a oggi le terapie all'estero venivano rimborsate solo dopo aver ricevuto il consenso dalla propria Regione. Il provvedimento Ue dovrebbe semplificare l'iter burocratico, ma restano dei punti da chiarire. «Veniamo da un sistema di rimborso che dà assistenza diretta a tutti quelli che scelgono di andare all'estero. In alcune Regioni copre tutte le spese. Con la direttiva si rischia un rimborso solo dopo aver sostenuto la prestazione all'estero. Potrebbe essere parziale, senza spese di soggiorno e con eventuali differenze tra il costo della cura in Italia e nell'altro stato», spiega Tonino Aceti del Tribunale del malato-Cittadinanzattiva. C'è poi preoccupazione per un aumento di ricoveri inappropriati. «Soprattutto i pazienti con malattie croniche e rare potrebbero scegliere i paesi all'avanguardia nella prescrizione di farmaci innovativi. Ciò provocherebbe ricoveri inappropriati negli Stati "virtuosi" e la perdita di risorse negli Stati meno all'avanguardia o più lenti nella messa a disposizione dei medicinali innovativi. In entrambi i casi, l'Italia è un paese a rischio». Il cambiamento potrebbe essere l'occasione per attrarre pazienti dall'estero. Il Servizio sanitario italiano, nonostante i conti in difficoltà, cercherà di promuovere le sue strutture migliori. Per intercettare la domanda da altri paesi europei, sono stati previsti dei *contact point* regionali. Ma gli sviluppi potenziali della mobilità sanitaria internazionale non sono ancora prevedibili. A oggi l'Italia è in saldo negativo per 25 milioni di euro, perché i connazionali che vanno all'estero sono più numerosi degli stranieri che scelgono il nostro Ssn. Qualcosa però sta cambiando. Il Servizio sanitario inglese, ad esempio, ha già contattato il San Camillo-Forlanini di Roma «Abbiamo reparti competitivi - spiega il direttore generale, Aldo Morrone - come chirurgia toracica e neurochirurgia. Non temiamo che le liste d'attesa si allungino, perché si tratta sempre di operazioni programmate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cervello

A volte la perdita di cellule nervose, anche ingente, può essere compensata dalle altre. Il rebus di anziani con placche e senza deficit

Se scattano i meccanismi anti-demenza

FRANCESCO BOTTACCIOLI *

Il tradizionale modello interpretativo delle cause del declino cognitivo dell'anziano e delle demenze sta decisamente tramontando. Secondo il paradigma classico, il cervello invecchia per una ragione essenziale: perché le cellule nervose non possono riprodursi e quindi non rinnovano il tessuto, a differenza di quanto avviene in altri organi. Nell'Alzheimer, invece, si invoca il crescente carico di placche, su base genetica, che va a produrre una progressiva e accelerata atrofia di aree cruciali, come l'ippocampo e le cortecce.

Troppi dati non tornano in questo modello, non ultimo il fatto che è ormai dimostrato che il cervello fa nuove connessioni e produce nuovi neuroni. Emerge quindi una concezione radicalmente nuova, basata su una visione del cervello come organo flessibile, plastico, capace di rinnovarsi e adattarsi anche in modo spettacolare. È ormai assodato che ci sono cervelli anziani che alle neuroimmagini mostrano un carico di placche tipo Alzheimer molto significativo, ma che non hanno alcun segno di deficit cognitivo. Studi, recentemente riesaminati su *Dialogues in Clinical Neuroscience* da neurologi dell'università di Vienna, dimostrano che nei cervelli di queste persone sono proprio le aree maggiormente interessate dai processi di invecchiamento (le prefrontali, le parietali, l'ippocampo) che presentano meccanismi di incremento

I dell'attività. Scattano cioè meccanismi di adattamento sia in termini funzionali che in termini strutturali e cioè sono visibili aree di ipertrofia compensatoria.

Del resto, recentemente su *Nature Review Neurology*, scienziati statunitensi hanno mostrato che i fattori fondamentali associati all'atrofia dell'ippocampo dipendono da altre condizioni patologiche, come malattie cardiovascolari, diabete, obesità, ipertensione, deficit di B12, ipercortisolemia da stress e da depressione e in generale da infiammazione. La loro review prende anche in esame i fattori che possono invertire la riduzione dell'ippocampo. «Studi affidabili dimostrano che il controllo dell'infiammazione, la stimolazione cognitiva, l'attività fisica e la meditazione — scrivono — può rovesciare l'atrofia ippocampale dipendente dall'invecchiamento».

I dati quindi sono molto incoraggianti: aumentando l'invecchiamento della popolazione la demenza non è inevitabile. Ma troppo lenta e incerta appare la presa di coscienza dei medici e dei decisori politici.

*Pres. on. Soc. di

Psiconeuroendocrinoimmunologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'atrofia delle strutture della memoria, connesse a diabete e alle malattie cardiovascolari, può regredire





Per saperne di più

Gli studi/1

OLFATTO E CAMMINATA TEST "PREDITTIVI"

Alla ricerca di test per l'Alzheimer. "Predittivi" o che controllano l'andamento di una terapia. E così si studia per misurare la perdita di capacità olfattiva, la velocità e la cadenza della camminata, la quantità di rame dannoso per il cervello. Alcune di queste ricerche e indagini sono state presentate al recente convegno europeo di geriatria (Eugms a Venezia). Un percorso arduo e frustrante, sapendo che non esiste attualmente alcuna cura per questo tipo di malattia degenerativa. Il Cnr di Roma, Istituto di Scienze della cognizione (Istc-Cnr), insieme al Laboratorio di neurobiologia Associazione Fatebenefratelli (Afar), ha creato un lettore di fluorescenza che mette in evidenza sulla base di un segnale la quota di rame dannosa per il cervello (quella frazione non legata alle proteine) «La percentuale di rame tossico che è implicata nello sviluppo della malattia di Alzheimer» ha segnalato Rosanna Squitti del Cnr, «può essere modificata da una dieta appropriata e con specifiche terapie a base di zinco; il nostro test C4D può monitorare gli effetti di tali interventi». Un gruppo danese (Aalborg university) ha lavorato sulla perdita di capacità olfattiva (iposmia, anosmia) che può essere un sintomo precoce dell'Alzheimer. Un piccolo studio ha utilizzato un test (Pocket Smell Test): solo in pazienti con altri tipi di danni cognitivi e demenze non c'è alcun errore nel test. Un modo per discriminare le diagnosi. Infine un gruppo di lavoro belga e francese (università di Liegi e di Reims) ha lavorato sui parametri dell'andatura per 5 anni, in soggetti con danni cognitivi moderati. Conclusioni:

con un semplice accelerometro (Locometrix), guardando soprattutto ai parametri della velocità e della cadenza del passo, si potrebbe predire il rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer (maurizio paganelli)

Gli studi/2

LINK TRA VITAMINA D E DECLINO COGNITIVO

Altro studio italiano (Ausl di Modena, Torino, Catanzaro) su 122 pazienti presentato al congresso di geriatria Eugms: intreccio tra vitamina D carente e declino cognitivo nei malati di Alzheimer. Ciò non vuole dire che la carenza è causa del deterioramento

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STUDIO

CECILIA RANZA

Il segreto dei centenari è nell'alimentazione Rende ben funzionante il sistema immunitario

CECILIA RANZA

La posta è alta: carpire i segreti del "successfulaging", la piena autosufficienza fisica e cognitiva mantenuta negli anni. La prima risposta al quesito fondante: "quanto vale la genetica e quanto lo stile di vita?" è italo-svizzera. La collaborazione tra Claudio Franceschi, università di Bologna e Sebastiano Collino, Nestlé Institute of Health Sciences di Losanna, ha identificato un drappello di marcatori di longevità: una serie di lipidi (lisofosfatidilcoline, fosfatidilcoline, eicosanoidi), valutati nel sangue di 143 ultracentena-

ri pienamente sani del Norditalia. Confrontati con quelli di trentenni, hanno mostrato una sorprendente affinità. Stesso risultato valutando nelle urine la composizione della flora intestinale.

«Tutti questi elementi sono coinvolti nella capacità dell'organismo di rispondere agli insulti infiammatori di qualunque origine. Sappiamo che la pietra angolare delle grandi patologie (cardiovascolari, tumorali, neurodegenerative, autoimmuni) è un'infiammazione cronica di basso grado - spiega Collino - Gli ultracentenari mantengono la capacità di rintuzzare gli attacchi. Ora conosciamo le "ban-

dierine" che la segnalano e potremmo cercarla nei singoli individui».

Qual è il ruolo dell'ambiente? Risponde Collino: «Cruciale. Dipende da noi scegliere comportamenti anti-infiammatori, o tendenzialmente protettivi». Primo tra tutti l'alimentazione. «Questa ricerca (pubblicata su *PLOSOne*) è appi- sta per il Progetto EU "Nu-Age": sotto esame 5 popolazioni geneticamente diverse, che stanno seguendo la vera dieta mediterranea. Lo scopo: verificare la sterzata metabolica che la nutrizione può dare verso un profilo metabolico di lunga, e soprattutto sana, vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALZHEIMER COME COLPISCE

COS'È

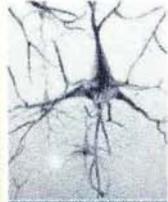
È un processo degenerativo del cervello che distrugge le cellule nervose

NEURONE

La trasmissione degli impulsi nervosi verso altri neuroni è nulla o molto ridotta

FIBRA NERVOSA

È formata da microfibrille che contengono milioni di microtubuli



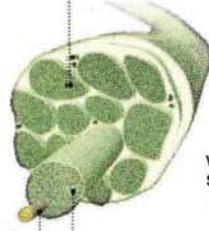
NEURONI NORMALI

Riduzione del numero di neuroni

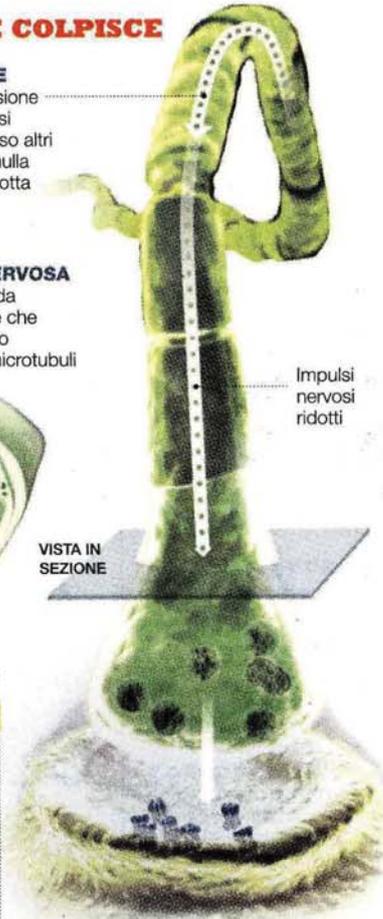


NEURONI CON ALZHEIMER

Placche di neurofibrille
Sono frammenti di proteine che si accumulano tra i neuroni



Microfibrille
Microtubulo



Impulsi nervosi ridotti

VISTA IN SEZIONE

MICROTUBULO INGRANDITO

COME SI DETERIORANO I NEURONI

MICROTUBULO NORMALE

Le molecole di proteina sono stabilizzate intorno alla struttura

MICROTUBULO CON ALZHEIMER

È **collassato**: le molecole di proteina sono disintegrate

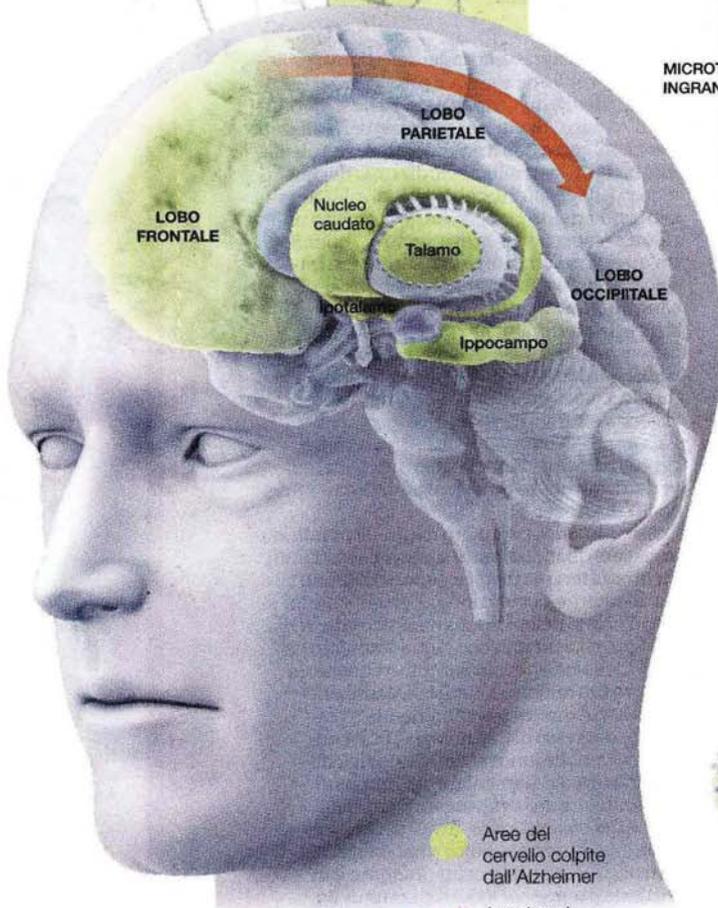
Grovigli neurofibrillari

Altre molecole formano fibre contorte

Alcune molecole rimangono isolate



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



LOBO FRONTALE
LOBO PARIETALE
Nucleo caudato
Talamo
Ipotalamo
Ippocampo
LOBO OCCIPITALE

● Aree del cervello colpite dall'Alzheimer

→ Aree in cui si estende la malattia

L'analisi

RIFORMA SANITARIA
IL PRESIDENTE HI-TECH
CHE INCIAMPA ONLINE

di MASSIMO GAGGI

Il gesto

Durante il discorso di ieri alla Casa Bianca, Obama ha soccorso una donna incinta che stava svenendo (Ap)



«Nessuno è più frustrato di me. Non cerco scuse: il sito web per l'acquisto di polizze assicurative che abbiamo predisposto nell'ambito della riforma sanitaria è troppo lento e molti utenti ci sono rimasti intrappolati dentro». Barack Obama è furioso: il primo «tecnopresidente» della storia americana, il leader eletto due volte anche grazie a campagne sofisticate alle quali hanno collaborato diversi geni della Silicon Valley, è riuscito a salvare Obamacare dagli assalti dei Tea Party, ma il sollievo per il braccio di ferro vinto una settimana fa è durato poco. L'insipienza tecnologica della sua amministrazione rischia di paralizzare una riforma che i repubblicani hanno cercato invano di bloccare per settimane. E mentre il ministro della Sanità, Kathleen Sibelius, è a rischio dimissioni (il presidente non l'ha mai citata ieri nel suo discorso di scuse alla nazione), Obama corre ai ripari. In primo luogo ha chiamato al capezzale del suo sito sanitario i migliori cervelli informatici, ma a quanto pare ci vorranno settimane, forse mesi, per venire a capo del problema. Così, per riattivare l'arruolamento alle mutue dei cittadini privi di copertura sanitaria, ha dovuto rispolverare le vecchie tecnologie: «Oltre a iscrivervi online — ha spiegato un irritato Obama — potete farlo offline, cioè al telefono o incontrando di persona i nostri funzionari negli uffici». Il pasticcio è grosso: la riforma punta almeno a dimezzare il numero di americani privi di copertura sanitaria (oggi sono 47 milioni). I cittadini hanno sei mesi di tempo (fino a fine marzo) per iscriversi a una delle varie polizze offerte dagli «exchange», i mercati delle mutue messi in piedi dal governo federale e dagli Stati. Chi si iscrive entro il 15 dicembre sarà coperto già dal primo gennaio 2014. Si puntava ad almeno 7 milioni di iscrizioni immediate, ma per ora è tutto fermo o quasi: dal primo ottobre, data in cui è entrata in vigore questa parte della riforma, i siti sanitari sono stati visitati da 20 milioni di cittadini, ma solo 476 mila di questi si sono dimostrati interessati ad andare avanti nelle procedure. E il governo non dice (e non dirà almeno fino a metà novembre) quanti di loro hanno effettivamente sottoscritto un impegno vincolante. Quanto al caos informatico, si ripropongono a livello digitale le complessità (e i costi abnormi) di un sistema sanitario Usa troppo frammentato tra una miriade di società assicurative ognuna delle quali ha il suo tariffario, meccanismi e regole diverse per la copertura degli assistiti. Il sito di Obamacare è andato in panne anche perché ha dovuto assorbire le offerte di 55 diversi contractor, ognuno dei quali ha il suo database e usa differenti linguaggi informatici. Si parla di cinque milioni e mezzo di righe di codici di software da riscrivere: un'operazione che potrebbe richiedere mesi.



Elogio dell'evidenza

L'evidenza, il fulcro della scienza. E vena sottile ma decisiva della crescita. Ma anche - in quanto dimostrazione e verifica di fatti - perché no anche motore della buona e sana politica? Sono non a caso interamente spese sul filo del valore assoluto dell'evidenza scientifica le risposte che la professoressa Elena Cattaneo - terza donna senatrice a vita nominata a fine agosto da Giorgio Napolitano - ci dedica nell'intervista concessa al nostro giornale.

Perché «è l'evidenza che ci governa». E insieme ci guida e può (potrebbe) guidarci nella crescita civile e sociale. Un elogio perfet-

to dell'evidenza scientifica. potremmo dire, applicabile a tutti i livelli e a qualsiasi sfera della convivenza civile e sociale. Perché chi usa i ferri e la solidità della ricerca, lo sa bene, lo vive sulla propria pelle: la scienza può perdere, gli studi possono non andare a buon fine.

L'evidenza non ammette errori, appunto. Fosse così in politica. E quel "metodo staminale", poi. Che affronto alla scienza, alle paure di chi soffre. «Peggio del "metodo Di Bella"», giura Elena Cattaneo. (r.tu.)

INTERVISTA A PAG. 12-13

Colloquio con Elena Cattaneo: una vita tra il laboratorio, Palazzo Madama e la famiglia

«È l'evidenza che ci governa»

La sfida? Portare metodo e rigore della scienza sui banchi del Senato

Elena Cattaneo nasce a Milano nel 1962. Coniugata, due figli. Si laurea in farmacia (con lode) nel 1986 presso l'Università degli studi di Milano, successivamente consegue il dottorato in Biotecnologie applicate alla farmacologia. Nel 1995 diventa ricercatore universitario e nel 2001 professore associato presso la stessa università. Dal 2003 è docente di farmacologia all'Università di Milano.

Ha trascorso tre anni al Massachusetts Institute of Technology (M.I.T., Cambridge, Usa) nel laboratorio del professor Ron McKay, dove ha avviato studi su

Staminali e Huntington: nel mirino della ricerca

cellule staminali e progenitori del cervello. Tornata in Italia ha continuato le ricerche sulle staminali e ha avviato nuove linee di ricerca sulla Corea di Huntington.

Cattaneo è direttrice del "Laboratorio di Biologia delle cellule staminali e farmacologia delle malattie neurodegenerative" del Dipartimento di

Bioscienze (www.cattaneolab.it) e direttore del Centro di ricerca sulle cellule staminali UniStem dell'Università di Milano, fondato nel 2006.

Da fine agosto del 2013 Elena Cattaneo è senatrice a vita, nominata da Giorgio Napolitano, terza donna dopo Camilla Ravera e Rita Levi Montalcini. Da senatrice ha appena annunciato l'avvio di un'indagine conoscitiva sulla vicenda Stamina - di cui ha sempre contestato la validità scientifica - propedeutica a un'eventuale commissione d'inchiesta parlamentare.

“ **Mi piacerebbe molto che la scienza potesse permeare di più queste aule del Parlamento dove vengono prese decisioni importanti per l'Italia. E per me la scienza significa parlare di evidenze e di fatti. Vorrei creare un gruppo di giovani che si occupino di scienza dal punto di vista sociale, proprio per costruire la conoscenza dei senatori perché possano meglio votare. La vicenda Stamina? Peggio del caso Di Bella: non ha niente a che fare con la scienza e con la medicina** ”

neo, come ha interpretato questa nomina da parte del capo dello Stato?

Il messaggio fondamentale, credo, non è tanto il mio nome, ma l'aver reso visibile tanti esperimenti che molti colleghi fanno in tanti laboratori tutti i giorni, nonostante tutto. È un messaggio importante per la ricerca scientifica a perseverare nello studio, nell'identificare obiettivi importanti, nel costruire strategie per raggiungere quegli obiettivi e verificarne il raggiungimento sulla base dei fatti e delle evidenze che si renderanno disponibili. È un incoraggiamento al metodo di lavoro della Scienza, che punta gli obiettivi, li raggiunge sviluppando strategie e prova di averle raggiunte con delle evidenze. È questo il nostro ciclo vitale.

Metodo di lavoro che né la politica, né le amministrazioni hanno mai compreso abbastanza. Non crede?

Per me l'aspetto fondamentale è proprio quello di vivere, pensare, studiare, lavorare in tutte le direzioni. Ma poi di verificare ciò che si è svolto e raggiunto con evidenze alla mano. Se-

Terza donna senatrice a vita nella storia d'Italia: professoressa Cattaneo



condo me è un valore aggiunto se si riesce a far coesistere la politica nella sua accezione più ampia che è quella della disciplina che mira a organizzare la società, con il contributo di chi partecipa alla società con fatti ed evidenze che sono tutte a disposizione per costruire un ambiente ancora più importante.

L'evidenza ci dice intanto che la ricerca e i ricercatori qui in Italia sono degli stranieri. Crede che sono davvero senza un futuro?

Diciamo che l'Italia da troppi anni non investe in ricerca, in cultura, in istruzione. Siamo stati la Patria della scienza e della medicina. Da noi i medici inglesi venivano a imparare ai tempi di Cavour, la nostra medicina era l'emblema, quella da cui si doveva assorbire. E poi via via questa supremazia l'abbiamo persa.

Perché?

Gli investimenti in scienza e cultura sono investimenti a lungo termine: si investe per arrivare sulla luna oggi e ci si arriva dopo venti anni; si investe sul progetto genoma nel 1985 e ci si arriva quindici anni dopo. Servono quindi ampio campo e ampio respiro. Lo ha detto anche il presidente Letta nel suo discorso sulla fiducia in Parlamento, ricordando quante volte la Germania ha cambiato il suo Governo negli ultimi dieci anni e quante volte lo ha cambiato l'Italia. Un rapporto di 3 a 14. Se ogni giorno, ogni mese, ogni anno si è sotto la pressione di un voto elettorale, le dinamiche di investimento sono più a breve termine. Poi però alla lunga perdiamo tutti. Ed è vero che l'orizzonte, il futuro per i giovani ricercatori, al momento, lo vedo molto debole e quasi inesistente.

Però la sua carriera, i suoi successi dimostrano che farcela si può, anche in Italia.

Infatti questo è un bel messaggio che viene non dalla mia carriera, ma dalle carriere di tante persone che nonostante tutto hanno creato delle isole. Anche a Milano noi abbiamo creato un'isola felice. Non è certamente l'unica, ce ne sono diverse in Italia. Ma è quasi lasciato al caso, alla volontà e alla determinazione dell'individuo di farcela a tutti i costi, mettendo in campo anche fatiche enormi, quando quel tempo potrebbe essere investito per raggiungere prima la scoperta, per raggiungere un'innovazione che sia ancora più competitiva a livello internazionale. Molti di noi invece sono schiacciati dal fatto che per fare un esperimento in Italia ci si deve garantire ancora prima di farlo, prima che tutti abbiano capi-

to a esempio che la legge sulla sperimentazione animale "capisca" che l'impiego di animali è importante e razionale e va salvaguardato in tutti i laboratori, che si deve partire da lì per fare un esperimento. Così noi spendiamo molto tempo per spiegare cos'è la scienza.

La mancanza di strategie e il fiato corto della politica sono stratificate. Quasi inossidabili. E la ricerca ne paga le conseguenze.

È vero, ma vale in generale per l'istruzione e la cultura, non è un problema solo della scienza e della medicina. Certo, scienza e medicina richiedono che se si vuole "coprire" una certa malattia, non è che si può fare un investimento tale da garantire che in due anni si avrà il risultato: è un lavoro a lungo termine, ci si deve credere e aver fiducia e mettere in campo le risorse affinché gli scienziati possano essere liberi di spaziare in tutte le direzioni, perché non si sa mai a priori quale sarà la direzione vincente.

Come giudica le proposte del ministro Carrozza sulla ricerca?

Un buon inizio. Dobbiamo essere certi che ci siano anche le condizioni e le risorse per poterle sostenere e magari amplificarle. Ricordiamo che in Germania in tempo di crisi hanno tagliato tutti i budget ma non quelli dell'innovazione e ricerca, che anzi sono aumentati del 20%.

Cosa va fatto subito in Parlamento?

Mi piacerebbe molto che la scienza possa permeare di più queste aule del Parlamento dove vengono prese le decisioni importanti per l'Italia. E per me scienza significa parlare di evidenza e di fatti. Abbiamo il caso stamina, il caso della sperimentazione animale, ci sono evidenze che la comunità scientifica può portare e io vorrei che la presenza della comunità scientifica in Senato diventasse un modo per mettere ancora di più queste evidenze a disposizione perché si possa legiferare basandosi su di esse.

Questo sarà dunque il primo impegno che prende per la sua attività in Parlamento?

Certo, sono le tematiche che conosco. Ma non sarò sola, perché mi sento una rappresentante della comunità scientifica con tutti i colleghi che vedono la scienza come un ingranaggio importante per la costruzione della nostra società.

Ha appena parlato del caso stamina. Si può dire che è un caso Di Bella in peggio?

È così: è un caso Di Bella in peggio, non ha niente a che fare con la scienza e con la medicina. È un caso di disinformazione mediatica al quale si è aggiunta una posizione politica che a un certo punto è stata irresponsabile, come irresponsabile è stata la posizione della magistratura nell'autorizzare attraverso i vari tribunali la somministrazione di preparati ignoti non verificati, non verificabili. Si è arrivati addirittura a proporre una sperimentazione clinica: la comunità scientifica ha anche pensato a un certo punto che questo fosse il tentativo di portare sui binari cose che ne erano assolutamente fuori...

Invece non era così...

Stiamo parlando dell'irrazionalità all'ennesima potenza. Chi ha davvero cultura in mano, ha il dovere di renderla pubblicamente disponibile, non su facebook, non su youtube, ma attraverso i metodi della scienza e della medicina che sono quelli di accogliere i risultati, di scriverli in un manoscritto, di sottometerli alla valutazione dei pari, finché viene pubblicata e resa disponibile a tutto il mondo e in tal modo verificabile nei suoi contenuti. Non si può dire: ho una cura e me la tengo in un cassetto, non la rendo pubblica, non la rendo verificabile. E questo dell'essere pubblica e verificabile è la garanzia più elevata che la scienza può dare alla società.

Come stanno andando le sue ricerche? A cosa sta lavorando?

Noi stiamo lavorando sempre sulla stessa malattia: uno scienziato punta un obiettivo e ci lavora per il resto della sua vita cercando di raggiungere il cuore del meccanismo, il cuore del problema. Stiamo lavorando sulla malattia di Huntington, una malattia neurologica, dovuta a un gene che impazzisce, e stiamo cercando di comprenderla meglio, per curarla. Come sempre la ricerca non può garantire niente nell'immediato, ma punta al domani affinché si possa dire di avere qualcosa di concreto da proporre sulla base di prove ed evidenze verificabili. Senza questo non è scienza, non è medicina.

Come sta cambiando la sua vita dopo la nomina a senatrice a vita?

Penso che questo nuovo ruolo stia mettendo ordine nella mia vita e nel mio lavoro. Mi sta dando priorità, e le mie priorità sono di continuare la mia ricerca con la mia squadra e di trasferire le regole della scienza nel mio ufficio in Senato. Vorrei creare un gruppo di giovani che si occupino di scienza dal punto di vista sociale, proprio per costrui-

re la conoscenza dei senatori perché possano meglio votare. Noi vogliamo metterci a disposizione, non imporre niente, ma la scienza deve partecipare alla costruzione della società. Per la prima volta nella mia vita farò solo due cose contemporaneamente: il laboratorio e il Senato. Ecco perché dico di aver messo ordine nella mia vita.

È un progetto molto concreto.

Scienza, politica, società, non vivono a sé stanti. La scienza è finanziata e sostenuta dal pubblico, è per il pubblico e quindi inevitabilmente è materia di organizzazione dal punto di vista politico. Però la scienza non vuole subire decisioni critiche senza portare prove.

Non crede che a questo proposito serva un rapporto più strategico tra pubblico e privato anche nella ricerca?

Decisamente sì. È bellissimo sviluppare questo rapporto e sono veramente convinta che ogni volta che si parla di scienza, si parla di un bene comune che punta a migliorare lo stato delle cose, della salute delle persone. La scienza è un'alleata della società, gli scienziati non sono mostri, ma scavano nelle cose perché vogliono capire e costruire le cose.

Il privato non è sempre un demone quindi, va governato. Ma certamente.

Come organizza la sua vita? Lei è prima, o insieme, donna, madre, ricercatrice e senatrice?

Non so come si possano combinare insieme le cose, ma nella mia vita non ho mai permesso di escludere la mia famiglia e non ho mai permesso alla mia famiglia di escludere il mio lavoro. Non sono uno scienziato in laboratorio e un'altra persona a casa. Sono la stessa persona. I miei figli venivano con me la domenica, studiavano in laboratorio e quando vado ai congressi ancora adesso li porto con me perché voglio che vedano le persone che incontro, cosa faccio. Sono venuti in Senato alla nomina, non voglio escluderli mai. Devo scegliere le priorità. Ma per me le priorità sono il laboratorio e il Senato e la mia famiglia gli corre dietro, ma io non la lascio indietro.

Il Ssn va difeso a tutti i costi? E come, data la situazione contingente?

Le rispondo da cittadino. Ho sempre pensato che il Ssn fosse una delle grandezze dell'Italia. Una conquista enorme che va tutelata e difesa dagli abusi. È una garanzia per tutti, una conquista di civiltà enorme. Ed è anche per questo che penso che

situazioni come stamina abusivo di questa conquista perché il Ssn dispensa terapie e farmaci che hanno dimostrato un beneficio, ed essendo sostenuto da tutti può somministrare solo ciò che è provato.

Tuttavia il welfare come lo abbiamo conosciuto non sembra reggere più, qualche intervento serve, non trova?

Non sono io quella che può deciderlo. Per me è fondamentale il concetto di sanità pubblica.

Che effetto le ha fatto aver dato il suo primo voto in occasione della fiducia al Governo di Enrico Letta mentre il prossimo, importante non solo mediaticamente, dovrà darlo sulla decadenza di Silvio Berlusconi?

Il voto di fiducia era un atto dovuto. È un Governo che sta lavorando e non ho capito perché a un certo punto si è cercato di staccargli la spina. Per me andava sostenuto verso il futuro affinché continuasse a lavorare in un momento difficile proprio per il futuro. E poi c'è il voto sulla decadenza. Vedremo di capire come è la questione. (r.tu)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

