

Tempi d'attesa la salute perde colpi

Il diritto alla **libera circolazione** dei pazienti nell'Unione Europea resta un miraggio. **Due o tre mesi prima di accedere** a interventi e terapie. Nelle **aziende sanitarie** la telematica deve fare i conti con **bilanci in rosso**

Silvia Mastrantonio

Per la chemio? Ripassi tra 78 giorni. Succede, purtroppo. Il rapporto del Ministero della Salute sulle liste di attesa mostra uno spaccato disarmante, inutile sperare di ovviare a tutto con un viaggio all'estero: la libera circolazione per le cure nei Paesi Shenghen per gli italiani è ancora un miraggio visti tutti i passaggi che dovrà fare il decreto (appena approvato). Per ottenere l'ok a ricoverarsi oltre i nostri confini dovrà essere conclusa, qui da noi, l'operazione trasparenza, ovvero la «rendicontazione online dei tempi di attesa» di ogni singola azienda sanitaria. Ci si ritrova, alla fine, in un collo di bottiglia. Trenta giorni per un nodulo della mammella, cento giorni per operarsi di ernia inguinale.

Statistiche

I dati li fornisce il Ministero. Tralascia di specificare che fino all'anno scorso era in vigore il Piano nazionale di governo delle liste di attesa che fissava il limite massimo per poter ottenere la prestazione, e che non è stato rinnovato. Consentiva, a chi vedeva superava il limite di attesa ammissibile, di rivolgersi all'intramoenia, cioè di ottenerla subito, con i tempi delle prestazioni private a pagamento, con il solo versamento del ticket.

«Ministero e regioni — spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del Malato — trascurano questo aspetto». Eppure il tempo di attesa di una prestazione mostra l'indice di accessibilità di un sistema sanitario. Racconta Aceti: «Oggi il difficile accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie è la segnalazione più frequente che giunge ai nostri servizi di tutela».

Il Patto

Il modo per rimettere a posto le cose o, almeno, cercare di farlo, c'è. E si chiama Patto per la salute, in discussione in questi giorni. Del resto non ci può consolare sapere che l'Italia, per le attese, sia in buona compagnia di moltissimi altri Paesi europei e no. «Il problema esiste ovunque questo non significa che il fenomeno non si debba governare». Anche perché ci sono soluzioni a portata di mano come la messa in campo di tutte le disponibilità, comprese le strutture private accreditate.

Gioca anche un ruolo importante il sistema di prenotazione a livello regionale. Anche in questo caso, però, non tutte le regioni viaggiano alla stessa velocità. Il Veneto ad esempio ha stabilito di aprire gli ospedali anche di notte per smaltire il pregresso. E' un esempio.



L'altra faccia dell'ospedale

Gli ospedali privati accreditati in Italia si pongono come modello di flessibilità e con punte di eccellenza note a livello internazionale come il San Raffaele

Alessandro Malpelo

Code e liste d'attesa. La risposta è anche flessibilità. Gabriele Pelissero, presidente nazionale Aiop, l'associazione che riunisce 500 ospedali privati italiani, si appresta a presentare il rapporto annuale con un accorato appello a difesa del servizio sanitario, perché mantenga la sua base solidale e pluralistica, rivendicando una vera alleanza tra strutture di diritto pubblico e privato. «È bene ricordare — rileva Pelissero — che queste ultime rappresentano il 25% di tutte le prestazioni sanitarie erogate, a fronte del 15% dell'intera spesa: il loro contributo è quindi fondamentale. Sono in grado di attrarre pazienti anche dall'estero: una risorsa per il Paese».

Paletti

«Da anni assistiamo a tentativi di ostacolare la libera circolazione dei pazienti anche tra regioni diverse — spiega Pelissero — con atteggiamenti protezionistici, gabbie, mentre i cittadini dovrebbero poter utilizzare tutta la rete ospedaliera pubblica e privata accreditata operante sul territorio». Le famiglie dunque hanno la possibilità di scegliere dove curarsi,

se non trovano risposte altrimenti, e il denaro corrispondente alla prestazione erogata va all'ospedale e alla regione capaci di raccogliere questa domanda di cure.

Certo le liste d'attesa si allungano, anche tra Roma e Milano, e il privato, laddove è messo in condizioni di erogare visite, ricoveri e interventi, è flessibile e in grado di adattarsi molto rapidamente ai contesti che cambia.

Ancora una volta c'è un ritardo nel sistema paese nella capacità di valorizzare le proprie eccellenze. «Esistono realtà che hanno fortemente investito, hanno una solida immagine internazionale e sono un patrimonio di questo Paese — continua Pelissero — ricordiamoci ad esempio che l'ospedale San Raffaele, nelle statistiche degli ultimi mesi, era apparso al top della rete ospedaliera italiana, un esempio importante la sua capacità di porsi al vertice mondiale nella ricerca biomedica. Ma di esempi di eccellenza ne abbiamo tanti, équipe splendide dal punto di vista della ricerca biomedica e della clinica, un binomio vincente per proporre la nostra offerta sanitaria al mondo. Questi grandi ospedali di diritto privato hanno il merito di imporsi in un contesto glo-

bale».

Investimenti negati

C'è un problema di mobilità tra le regioni, e una questione di rimborsi. Ad esempio il trapianto del midollo è un'operazione salvavita molto complessa, che viene eseguita a 12mila euro. L'impianto del pacemaker per le aritmie viene tariffato quattromila euro, ma il costo reale può essere il doppio. Un giro di vite che rischia di pregiudicare la qualità dell'assistenza. Uno studio recente ha dimostrato come le tariffe italiane sono sistematicamente sottolivellate. Una realtà che si traduce nella difficoltà di procurare il meglio per la cura dei malati: «È intuitivo che se ho quattromila euro per impiantare un pacemaker che costa ottomila — sintetizza il presidente Aiop — è forte la tentazione di sottrarre qualcosa alla cura. In altri termini, finisca la stagione di tagli alla sanità, altrimenti si reca un danno ai cittadini. Le vere riforme della sanità sono ferme da vent'anni, e sono indispensabili per metterci in grado di operare». Riflessioni che saranno al centro del dibattito, la settimana prossima a Roma, alla presentazione del Rapporto Aiop cui interverrà il ministro **Beatrice Lorenzin**.

alessandro.malpelo@quotidiano.net



= LA SCHEDA

Quei posti letto che all'estero ci invidiano

Mezzo migliaio di strutture sanitarie private di ricovero e cura, un totale di 52.600 posti letto, di cui l'88% (46.500) accreditati nel Servizio Sanitario Nazionale. Sono le cifre dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) che riunisce istituti a carattere scientifico, strutture di alta specialità quali cardiocirurgie, neurochirurgie, cliniche per pazienti acuti, riabilitazione, lungodegenze, strutture per anziani non autosufficienti, RSA, istituti di recupero funzionale per handicap, riabilitazione neuropsichiatrica e altro. Importanti realtà ospedaliere quali il San Raffaele, il Policlinico San Donato, l'Istituto Ortopedico Galeazzi, fanno parte di Aiop. Negli ospedali associati si ricoverano annualmente più di un milione di degenti, per un totale di 8 milioni di giornate di degenza, con l'incidenza del 13,5% sull'intero monte di giornate di degenza ospedaliere, impegnando meno dell'8% delle risorse che il Servizio Sanitario Nazionale assegna all'attività ospedaliera.



CHI È

PELISSERO, PRESIDENTE AIOP

Gabriele Pelissero è presidente nazionale AIOP, Associazione Italiana di Ospedalità Privata. Specialista in igiene, medicina preventiva e medicina del lavoro, dall'anno accademico 2000-2001 è professore ordinario di igiene e organizzazione sanitaria all'Università di Pavia. È presidente del Policlinico San Donato e dell'omonimo Gruppo (la più grande azienda ospedaliera italiana con 18 presidi e 3956 letti) nonché presidente dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Autore di oltre duecento pubblicazioni, ha incarichi direttivi nazionali in varie prestigiose Società scientifiche.

Deve curarsi? Prego, ripassi E il cliente esasperato paga

Secondo una ricerca Rbm Salute-Censis **i cittadini si lamentano** dei **ticket elevati** per le **visite ortopediche**, e a seguire l'ecografia dell'**addome**, le visite **ginecologiche** e la **colonscopia**

Donatella Barbeta

Le liste d'attesa sono il punto dolente della sanità. Da una parte le numerose prestazioni d'eccellenza nei nostri ospedali, dall'altra le troppe lamentele dei cittadini presi dallo sconforto davanti agli sportelli Cup. Il ministero della Salute, nel nome della trasparenza, ha pubblicato un dossier con i dati, ricavati dalle schede delle dimissioni ospedaliere di tutte le Regioni nel triennio 2010 e il 2012. Il verdetto non è roseo: peggioramento nei tempi di attesa per quasi tutti gli interventi. Ma, soprattutto, oggi sappiamo che aspettare a lungo per una prestazione sanitaria non è più solo un 'male' del Sud, perché il problema si sta diffondendo su tutto il territorio nazionale. Per Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, «il fenomeno delle liste d'attesa è naturale per un sistema sanitario nazionale, l'importante è gestirle con managerialità. E il fatto che stiano aumentando è una conseguenza diretta dei 25 miliardi di tagli al settore negli ultimi anni, che fa sì che anche le

Regioni che prima erano le migliori comincino ad avere qualche difficoltà». Ma restare per mesi con la richiesta di un esame o di un intervento chiusa in un cassetto, non facilita certo la vita del paziente. Per questo, molte persone, pur andando incontro a dei sacrifici, mettono mano al portafoglio e scelgono il privato.

Tartassati

Secondo il Censis, negli anni della crisi, per curarsi, 12,2 milioni di italiani hanno aumentato il ricorso alla sanità a pagamento, dalle prestazioni private all'*intraoemia*, cioè l'attività erogata al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano strutture ambulatoriali e diagnostiche del nosocomio. La ragione principale è la lunghezza delle liste d'attesa (per il 61,6%) e la convinzione che se paghi vieni trattato meglio (per il 18%). La fuga nel privato si concentra soprattutto in odontoiatria (90%), visite ginecologiche (57%) e prestazioni di riabilitazione (36%). Ma il 69% dei cittadini che si sono sottoposti a prestazioni sanitarie private, ritiene alto il prezzo pagato e il 73% pensa che sia elevato il costo dell'*intraoemia*. Ma non è

tutto, perché quando si parla di soldi è facile puntare il dito. Il 50% degli italiani — osserva il Censis — è convinto che il ticket sulle prestazioni sanitarie sia una tassa iniqua, il 19,5% pensa che sia inutile e il 30% lo considera, invece, necessario per limitare l'acquisto di **farmaci**. Il 56% dei cittadini ritiene troppo alto il ticket su alcune prestazioni sanitarie, mentre è giusto per il 41%. I cittadini si lamentano di dover pagare ticket elevati soprattutto per le visite ortopediche (53%), l'ecografia dell'addome (52%), le visite ginecologiche (49%) e la colonscopia (45%). E quanto emerge da una ricerca di Rbm Salute-Censis sugli scenari evolutivi del welfare.

Coperta corta

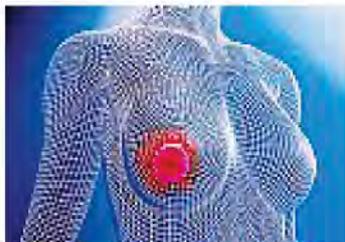
Diffusa è la percezione di una copertura pubblica sempre più ristretta: per il 41% degli italiani la sanità pubblica copre solo prestazioni essenziali e tutto il resto bisogna pagarselo da soli, per il 14% la copertura pubblica è insufficiente per sé e la propria famiglia, mentre il 45% la ritiene adeguata per le prestazioni di cui ha bisogno.

donatella.barbeta@quotidiano.net



■ Noduli mammari

FINO A TRENTA GIORNI PER OPERARSI



Se ci si deve operare per un tumore al seno, l'attesa maggiore risulta quest'anno nelle Marche e in Abruzzo, con più di 31 giorni, e in Piemonte con 29, mentre la Regione che ha ridotto i tempi risulta la Sicilia con 15 giorni, seguita da Friuli Venezia Giulia, Lombardia e provincia di Bolzano che sono sotto i venti giorni.

■ Chemioterapia

RADDOPPIATE LE CODE, RECORD NEGATIVO

Impressionante l'aumento dei tempi d'attesa per le persone che devono sottoporsi a cicli di chemioterapia, che, nella rilevazione 2010-2012 operata dal ministero della Salute, passa da 10,3 giorni a 22,2. Ma, bisogna osservare che in questo caso a incidere è il valore in Campania, di ben 77,8 giorni, che nell'indagine precedente non era stato inserito. In Molise si attende, in compenso, solo tre giorni.

■ Bypass

POCO MENO DI TRE MESI PER IL LIFTING ALLE CORONARIE

Riflettori accesi sul bypass coronarico: si attendono 82 giorni nella Provincia autonoma di Trento, 66 in Campania, 65 in Veneto, 54 circa in Sardegna e in Basilicata. Tempi più brevi, invece, si registrano in Piemonte, seguito da Sicilia e Puglia, con poco più di 13 giorni di attesa media.



■ Protesi d'anca

ANCHE CENTO GIORNI CON IL FEMORE FUORI USO



Alti i valori per la protesi d'anca, nonostante tra il 2010 e il 2012 ci sia stato un lieve abbassamento dell'attesa media nazionale. Si attende di più in Veneto, con 106 giorni, e sopra quota 100 ci sono anche Emilia Romagna e Molise. Sotto la media è la Val D'Aosta, con 18 giorni.

Boom di tumori tiroidei Tutta colpa dello smog

I tumori della tiroide sono aumentati negli ultimi 20 anni di quasi tre volte, e fra le cause di questo vero e proprio boom ci sono anche quelle ambientali. Lo hanno affermato gli esperti dell'Associazione italiana tiroide durante il loro congresso annuale in corso a Roma. Secondo gli ultimi dati disponibili in Italia ci sono circa 14 mila nuovi casi l'anno di tumori che coinvolgono la ghiandola tiroidea, di cui poco più di 3 mila riguardano gli uomini. L'aumento è considerevole, e dipende sia da un miglioramento delle capacità di diagnosi sia da fattori tossici ambientali, come l'esposizione a sostanze tossiche o la carenza di iodio. I rifiuti tossici sono fortemente sospettati. Uno studio italiano fatto in Sicilia ha poi confermato che vivere in zone vulcaniche aumenta il rischio, mentre il legame tra inquinanti e questi tipi di cancro non ha ancora prove definitive. Per fortuna con i mezzi attuali è possibile fare una diagnosi precoce e curare in tempo questi tumori. Non a caso anche se l'incidenza è aumentata la mortalità è rimasta costante.





07/12/2013

TUMORI: BATTERI INTESTINALI DANNOSI IN PAZIENTI CON CANCRO COLON

(AGI) - Washington, 7 dic. - Un gruppo di scienziati del NYU Langone Medical Center ha scoperto una chiara associazione fra batteri intestinali e cancro al colon-retto. La ricerca, pubblicata sulla rivista Journal of the National Cancer Institute, ha svelato che i pazienti con cancro colon-rettale hanno meno batteri benefici e piu' batteri dannosi, nell'intestino, rispetto alle persone senza la malattia. "Le nostre scoperte - ha spiegato Jijoung Ahn, fra gli autori della ricerca - sono importanti perche' identificando questi microbi dannosi potremmo aiutare a prevenire e trattare il cancro colon-rettale". I ricercatori hanno confrontato la composizione del Dna di microbi intestinali di 141 pazienti con cancro al colon-retto, e hanno poi coinvolto volontari in salute. I risultati hanno mostrato che i campioni dei pazienti del primo gruppo erano piu' ricchi di Fusobatteri, che sono comunemente associati a infiammazioni dell'intestino.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

POLVERI SOTTILI - Da qui il risultato, non particolarmente significativo per gli ossidi di azoto e per le polveri più grossolane, molto chiaro invece per le polveri fini: più 7% di mortalità generale per ogni aumento di 5 microgrammi/m³. Sono loro i veri killer. Il risultato è valido a qualsiasi livello di esposizione, per quanto basso sia; quindi anche per le località che si trovano ben al di sotto dei limiti di legge dettati dalla direttiva europea (per il PM 2,5 è 25 ug/m³). I limiti di legge, quindi, che peraltro molte città italiane superano decine di volte all'anno, non proteggono dall'inquinamento. Per risparmiare davvero in vite umane e malattie (come tumori, insufficienze respiratorie, ictus e infarti) bisognerebbe portare le polveri almeno a rispettare i limiti dettati dall'Organizzazione mondiale della sanità, che per le polveri sottili sono 10 microgrammi/m³. Un bel salto, per il quale ci vorrebbero misure straordinarie e strutturali, sia sul traffico sia sulle emissioni industriali, delle centrali termoelettriche e degli impianti di riscaldamento. Lo studio ESCAPE, pubblicato su The Lancet di questa settimana, è frutto di una collaborazione fra i quaranta più importanti centri scientifici europei, dall'Imperial College di Londra al Creal di Barcellona, al Karolinska Institutet di Stoccolma. In Italia, lo studio è stato condotto a Roma dal Dipartimento di Epidemiologia del Lazio, a Torino da Città della Salute e della Scienza e dall'Università, e a Varese dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano, per un totale di circa 31.000 persone. Hanno collaborato anche le Agenzie ambientali dell'Emilia-Romagna e del Piemonte.

stampa | chiudi

L'efficacia delle terapie antinfiammatorie dipende dai livelli di ossigeno

Sia la gravità della risposta infiammatoria da parte dell'organismo che l'efficacia dei trattamenti e le terapie antinfiammatorie dipende in gran parte dalla presenza più o meno massiccia di ossigeno nel corpo



Che l'ossigeno fosse responsabile dell'infiammazione organica, che a sua volta è collegata a numerose patologie – tra cui anche il cancro – era risaputo. Tuttavia, è un nuovo studio ad aver scoperto che non solo i livelli di ossigeno nel corpo giocano un ruolo critico nel determinare la gravità della risposta infiammatoria, ma che questi livelli possono determinare l'efficacia o meno dei farmaci e dei trattamenti per l'infiammazione.

Lo studio, pubblicato su *Journal of Leukocyte Biology*, è stato condotto dai ricercatori scozzesi del MRC Centre for Inflammation Research – Queen's Medical Research Institute presso l'University of Edinburgh Medical School. E gli importanti risultati potranno portare notevoli futuri benefici per tutte le persone che soffrono di asma grave, BPCO (broncopneumopatia ostruttiva cronica), artrite reumatoide, fibrosi polmonare e malattie coronariche.

«Le malattie infiammatorie contribuiscono a innumerevoli morti e sofferenze nelle persone – spiega il dott. John Marwick, coautore dello studio – Speriamo che la comprensione dei processi coinvolti nel processo infiammatorio favorisca l'arrivo di nuovi e più mirati farmaci antinfiammatori che hanno meno effetti collaterali rispetto a quelli che sono attualmente disponibili».

La scoperta dei ricercatori è giunta dopo aver isolato le cellule immunitarie responsabili dell'infiammazione acuta (chiamate neutrofili) dal sangue di volontari sani e poi incubate in diversi livelli di ossigeno. Dopo di che hanno aggiunto alcune sostanze che sono solitamente presenti nei siti di infiammazione nell'uomo e, infine, hanno studiato quale effetto questi fattori avevano sulla durata di vita dei neutrofili, con e senza farmaci antinfiammatori glucocorticoidi.

I risultati degli esperimenti hanno permesso di scoprire che i livelli di ossigeno avevano alterato l'efficacia dei farmaci: il che suggerisce che questi farmaci possono essere meno efficaci per alcune malattie rispetto ad altre. Una dunque maggiore comprensione del meccanismo che fa sì che i trattamenti antinfiammatori possano essere efficaci o non, potrà portare allo sviluppo di nuove strategie d'intervento per quelle situazioni in cui non vi è una risposta ai farmaci e che può mettere

a serio rischio la vita dei pazienti.

«Questa relazione può far luce sul perché alcune persone rispondono meglio ai farmaci antinfiammatori rispetto ad altre, e suggerisce che una strategia standard e uguale per tutti a base farmaci antinfiammatori possa essere eccessivamente semplicistica. Questo lavoro può creare le fondamenta per individuare i modi per adeguare gli agenti antinfiammatori al fine di curare specificamente diverse malattie», conclude il dott. John Wherry, vicedirettore del *Journal of Leukocyte Biology*.

<http://www.lastampa.it/2013/12/09/scienza/benessere/medicina/lefficacia-delle-terapie-antinfiammatorie-dipende-dai-livelli-di-ossigeno-dnCw9HejLIRw9BGuVu4ITI/pagina.html>

ITALIA SNOBBA SALE 'CHE FA BENE', TROPPE MALATTIE TIROIDE

ROMA, 7 DIC - Nonostante siano passati otto anni dalla legge che istituiva l'obbligo di vendita del sale iodato in Italia solo poco più di metà di questo condimento viene venduto nella forma più salutare, e questo si riflette in una incidenza ancora alta di malattie della tiroide. L'appello a consumare 'poco sale ma iodato', hanno ricordato gli esperti durante il congresso dell'Associazione Italiana Tiroide che si chiude oggi a Roma, per il momento non è stato accolto, ma a cambiare le cose potrebbe essere un 'rafforzamento' della legge in arrivo. Secondo i dati presentati dall'osservatorio istituito dall'Istituto Superiore di Sanità la percentuale di sale iodato utilizzato dalle famiglie italiane nel 2013 si ferma al 54%, ben lontano dal 95% raccomandato dall'Oms e raggiunto da diversi paesi europei, dall'Austria alla Svizzera. Se la grande distribuzione sembra aver ormai recepito il messaggio, con solo il 2,3% delle confezioni fuori dai parametri, a segnare il passo sono la ristorazione collettiva, ferma al 23%, e l'industria alimentare, abbondantemente sotto il 10%. "Proprio la ristorazione collettiva, comprese mense e tavole calde, è la principale destinataria del rafforzamento della legge, che è contenuto in un disegno di legge delega che dovrebbe essere approvato a breve dal Consiglio dei Ministri - spiega Alfredo Pontecorvi, uno degli organizzatori del congresso -. Il provvedimento conterrà l'obbligo per queste categorie di usare il sale iodato, così come quello per la grande distribuzione di esporre manifesti che spieghino i vantaggi dall'uso di questo tipo di sale. Per la prima volta sono previste sanzioni fino a 6mila euro per chi non rispetta la legge". Anche a causa del mancato uso di sale iodato in Italia la prevalenza del gozzo, l'ingrossamento della tiroide con la formazione di noduli, nelle scuole italiane arriva in alcune zone del nord al 10%, mentre al sud, dove i consumi sono più bassi, anche al 15%. Il 6,9% dei bambini, inoltre, nasce con un deficit di iodio dovuto allo scarso apporto durante la gravidanza. "La carenza iodica in gravidanza può portare a un ritardo del quoziente intellettivo del bambino - ricorda Pontecorvi -. Inoltre i noduli alla tiroide possono degenerare in tumore, e la carenza di iodio è una delle cause dell'ipotiroidismo, molto diffuso negli adulti". Proprio la terapia dell'ipotiroidismo è stato uno degli argomenti principali del congresso, durante il quale è stato presentato un documento congiunto delle società scientifiche sull'arrivo del generico della tiroxina, il farmaco usato per la terapia da circa 6 milioni di italiani, di cui però non è dimostrata l'equivalenza a quello 'griffato'. La preoccupazione, ha sottolineato Paolo Beck-Peccoz, presidente eletto Ait, è comune alle società scientifiche di tutto il mondo. "Da noi per effetto della legge il medico è obbligato a prescrivere il generico, a meno che non scriva nella ricetta che il farmaco non è sostituibile - spiega l'esperto - ed è quello che anche noi raccomandiamo, almeno finché non ci saranno studi che dimostrano l'effettiva intercambiabilità".(ANSA).

La speranza è nelle staminali

A Roma il gotha dei chirurghi

Via al meeting tra i massimi esperti al mondo
Cellule utili per riparare qualsiasi organo

Nuova frontiera

Si prelevano
con una normale
liposuzione
e si impiegano
anche contro
la calvizie e le piaghe

di GINEVRA DE CARLI

Sono le cellule della speranza. Hanno la capacità di rigenerare i tessuti, le ossa e i muscoli. E rappresentano la nuova frontiera della medicina e la possibilità concreta di vincere malattie che fino a ieri sembravano incurabili. È uno scenario ampio quello delle staminali che promette di fornire pezzi di ricambio per ogni esigenza. Di questo si parlerà al quinto congresso internazionale di chirurgia rigenerativa, un appuntamento prestigioso, in programma a Roma dal 12 al 14 dicembre. Quest'anno l'attenzione sarà focalizzata sulle differenze tra staminali arricchite di

fattori di crescita e staminali utilizzate da sole. Ottanta specialisti tra i massimi esperti al mondo si confronteranno per capire ogni sfumatura sulle possibili terapie.

Medicina rigenerativa

Queste cellule particolari sono presenti sia nei tessuti duri che in quelli molli, ma la fonte più ricca e semplice da cui prelevarle è il tessuto adiposo. Basta una liposuzione e il gioco è fatto. I fattori di crescita vengono invece ricavati dal proprio sangue con un semplice prelievo. Il loro compito è quello di stimolare le cellule, indicandogli una funzione specifica, una sorta di ordine chimico che permette di ottenere il risultato desiderato.

Le applicazioni

Tra le tante patologie che utilizzano l'impiego di staminali ci sono anche il trattamento delle calvizie attraverso delle infiltrazioni eseguite nelle aree deficitarie che producono una battuta d'arresto nella caduta dei capelli; le ulcere da decubito; piaghe croniche e a lenta guarigione; perdite di sostanza post-traumatiche; perdite di sostanza dei tessuti molli; cicatrici; ustione e ricostruzione mammaria. Si tratta d'interventi molto meno invasivi di quelli tradizionali, con tempi di recupero post operatorio nettamente inferiori e risultati nel tempo più duraturi. L'utilizzo del tessuto adiposo arricchito con fattori di crescita può rappresentare, ad esempio, una valida alternativa anche al tradizionale lifting. Infatti, il grasso prelevato durante la liposuzione viene reinserito nelle depressioni del viso ottenendo

due risultati: riempire gli avvallamenti inestetici e, grazie alle staminali, rigenerare la pelle ringiovanendola in maniera duratura. Ma non solo. Possono essere anche una valida alternativa all'impiego di protesi nell'aumento del volume mammario.

Mastoplastica

Ad esempio, eliminando le adiposità localizzate a livello delle cosce e dell'addome, si potrà sfruttare il grasso ricavato e le cellule staminali e reinestarle nel corso dello stesso intervento per incrementare il volume del seno. Rispetto alle protesi il risultato sarà sicuramente più naturale. Con un'unica differenza: il grasso va incontro ad un fisiologico riassorbimento. Problema che grazie ai fattori di crescita è stato ridotto al minimo. Queste sono solo alcuni dei casi del possibile utilizzo. Le staminali infatti possono non solo rigenerare qualsiasi tessuto, ma arrivare a creare veri e propri organi. E questa è la vera sfida del futuro.



Occhiali addio È il trionfo del laser

Con i **raggi di luce** si curano **miopia**, astigmatismo e **ipermetropia**. Il cristallino, la nostra lente naturale, si modella con tecniche **Lasik**, PRK, Lasek, **eccimeri**

Maurizio M. Fossati

Quando il cervello umano decise di affacciarsi al mondo sviluppò il senso della vista. Tuttavia l'occhio non è uguale per tutti. Organo perfetto, in grado di spaziare da un dettaglio microscopico a un panorama in una frazione di secondi, è un campione di adattamento: scruta nella penombra, chiude la pupilla in presenza di una luce forte, grazie a diversi tipi di recettori nervosi. La lente naturale, il cristallino, modifica la curvatura a seconda della distanza dei soggetti da inquadrare proprio come l'autofocus delle macchine fotografiche. Fin da bambini tuttavia, alcuni faticano a mettere a fuoco le parole o i volti, ad esempio a scuola non riescono a leggere le istruzioni scritte sulla lavagna. Per non dire degli effetti dell'invecchiamento, quando tutti perdiamo punti in quanto la lente naturale del corpo umano perde l'elasticità.

Tecnologia

Ebbene, per correggere i difetti del-

la vista, dalla miopia (fatica a vedere da vicino), all'astigmatismo, all'ipermetropia (alla quale arriviamo praticamente tutti con l'arrivo della mezza età), ai problemi più gravi e complicati, gli oculisti usano la cosiddetta chirurgia refrattiva, cioè quella tecnica che riesce a correggere i nostri limiti, sempre più spesso con l'impiego del laser, riducendo o eliminando il ricorso agli occhiali e alle lenti a contatto. Dando per scontato che l'abilità dell'oftalmologo resta tutt'oggi il parametro più importante, l'avvento del laser ha aperto nuove e più vaste frontiere. Il laser, infatti, può essere impiegato come una micro metrica pialla per rimodellare la cornea e modificare il potere ottico (tecniche Lasik, PRK, Lasek, con laser a eccimeri). Si corregge così la miopia, l'ipermetropia e l'astigmatismo.

Ma il laser può anche essere usato per la fotocoagulazione, cioè per saldare parti di retina fragile e di tride o per distruggere vasi sanguigni anomali (laser ad Argon). I laser al

Neodimio (Nd-YAG) servono invece per eliminare l'opacità della cataratta secondaria, rompendo quel velo che talvolta si forma dopo la sostituzione del cristallino.

impulsi

I modernissimi laser a femtosecondi, caratterizzati da impulsi brevissimi, come flash invisibili a occhio nudo, sono l'ultima scoperta per gli interventi di trapianto di cornea e per facilitare la chirurgia della cataratta. Questi laser, peraltro costosissimi, lavorano come un sottilissimo bisturi chirurgico ed, essendo programmabili al computer, offrono al chirurgo una precisione e una ripetitività dell'intervento superiore a qualunque tecnica manuale eseguita dall'uomo.

Tantissime innovazioni quindi, ma allora come orientarsi? Semplicissimo. Con l'aiuto di un bravo oculista. Ma il consiglio d'oro resta comunque: se dovete farvi operare rivolgetevi a un ospedale o a un centro specializzato con all'attivo centinaia, meglio se migliaia, di interventi simili a quello che dovete fare voi.

■ La prevenzione

«Vogliamo mantenere gli elevati standard e gli ottimi risultati che da decenni caratterizzano l'oculistica italiana — afferma Matteo Piovella, presidente SOI, Società Oculistica Italiana —. Per questo puntiamo a coinvolgere il maggior numero possibile di persone nei programmi di prevenzione, che significa innanzitutto corretta alimentazione e stile di vita, e tutela della vista. E per questo abbiamo creato la fondazione denominata Insieme per la vista onlus». Info su www.sedesoi.com



FEMTOLASER

Obbligo di presenza dell'anestesista

La microchirurgia fa passi da gigante. Ecco perché la Società Oftalmologica Italiana (SOI) ha rivisto le linee guida della chirurgia della cataratta, intervento più diffuso ael mondo, in Italia viene eseguito su 550mila persone all'anno con esito favorevole e grande soddisfazione dei pazienti nel 97% dei casi. In sala operatoria, le nuove raccomandazioni ora prevedono il costante aggiornamento della composizione dell'équipe medica, che deve necessariamente avere un anestesista dedicato all'intervento. Inoltre, poiché l'83% della chirurgia oftalmologica si occupa di rimozione della cataratta e nel contemporaneo di impianto nell'occhio di un cristallino artificiale, l'attività futura dovrebbe puntare a diffondere l'uso delle tecnologie avanzate, come il femtolaser, che rende più facilmente riproducibili alcuni delicati passaggi dell'intervento. Ma la situazione sanitaria italiana non è prospera. A causa dei costi dell'impianto, dei 15 centri italiani dotati di un moderno laser a femtosecondi, solo due sono strutture pubbliche.

m.m.f.

Malattie della retina

SOLUZIONE HI-TECH PER LA DEGENERAZIONE MACULARE

Presentati all'American Academy of Ophthalmology i risultati di uno studio clinico di fase due per la cura della degenerazione maculare di tipo secco, legata all'età. «Si è visto — riferisce Antonio Ciardella, primario di Oftalmologia a Bologna — che utilizzando un inibitore del complemento c'è un risultato significativo nel ridurre la progressione della malattia». Altro dato importante è che i test genetici per i fattori del complemento fanno prevedere chi risponde meglio alla terapia: è il primo studio che, secondo Genentech, mostra la strada per individuare il farmaco «su misura» in clinica oculistica. Anche in Italia si fanno passi avanti. La degenerazione maculare di tipo secco è orfana di terapie e rappresenta l'80% delle forme morbose legate all'età, mentre le maculopatie essudative sono il 20% e vengono curate con farmaci come Lucentis, Avastin, Eylea, di cui abbiamo più volte riferito le applicazioni.

stampa | chiudi

L'ALLARME

L'inquinamento uccide, anche a basse dosi

Sono le polveri sottili i veri killer. Lo indicano i risultati di un grande studio europeo

NOTIZIE CORRELATE

Sulla chiusura ufficiale dell'anno dell'aria, tenutasi a Strasburgo, cade come un macigno un nuovo studio che ha esaminato concentrazioni di polveri e ossidi di azoto e mortalità a lungo termine in 13 località europee. Brutte notizie, e piuttosto solide. Brutte, perché lo studio dice che all'aumento di 5 microgrammi/metro cubo di polveri sottili (PM2,5) il rischio di morire anzitempo cresce del 7%. Si badi bene: per ogni 5 microgrammi in più. Visto che fra le 13 località esaminate ce ne sono alcune (soprattutto nei paesi nordici) che non raggiungono la media annua di 10 microgrammi/metro cubo di PM2,5, mentre altre (come Torino e Varese) superano i 30 mg/m³, la differenza di 20-25 ug/m³ si traduce in un aumento del rischio per i torinesi e i varesotti del 30-35% rispetto ai cittadini finnici, che pure non ne sono esclusi. Anche a esposizioni molto basse, infatti, si nota un effetto sulla mortalità. Ciò non toglie che vi sia una bella differenza fra città più e meno inquinate, che si può trasporre anche in Italia, per esempio fra i centri della pianura padana, da Milano a Torino, da Brescia a Mantova) e le cittadine del centro sud meno trafficate e afflitte da polveri e gas. Fra i due estremi considerati nello studio europeo stanno le altre città indagate, fra le quali Roma, San Sebastian, Atene, Oxford e altre località in Svizzera, Svezia, Norvegia, Francia, Paesi Bassi.

LO STUDIO ESCAPE - Perché proprio queste e non altre? Perché in quelle aree sono stati arruolate decine di migliaia di persone in uno studio che dura da anni e di cui questa indagine è solo l'ultima in ordine di tempo: lo studio ESCAPE (European Study of Cohorts for Air Pollution Effects, coordinato dalla Università di Utrecht in Olanda) ha seguito in media per quattordici anni 22 coorti di popolazione europea (concentrate in 13 città), per un totale di 367.251 partecipanti. Nel periodo considerato ha contato 29.076 decessi, di cui una parte si deve all'inquinamento dell'aria. Ciò che rende estremamente solido e credibile questo risultato è che questa popolazione campione è stata messa in relazione con i livelli annui di inquinamento per le polveri (PM2,5 e PM10) e per gli ossidi di azoto in base alla residenza e alla vicinanza o meno a strade trafficate. Non solo: di queste persone sappiamo anche quanti fumavano, bevevano alcolici, quanto pesavano, qual era il loro livello di colesterolo, la loro pressione, quanta frutta mangiavano, che livello di studio avevano e se lavoravano o meno. In questo modo è stato possibile correlare le morti alle concentrazioni di inquinanti in prossimità delle residenze, e correggere i risultati in base alle abitudini di vita e allo status sociale, che influiscono su salute e longevità.

CARO, HAI PRESO IL TUO PILLOLO?

**I contraccettivi
maschili
ci sarebbero,
ma a bloccarli
sono interessi e
luoghi comuni.
A meno che
un maschio
di tipo nuovo...**

di Elisabetta Muritti



NEWS



Foto di Philip Fedano/Trunk Archive/Contrasto

NEWS

La polemica, civile ma ferma, serpeggia in Francia e Stati Uniti. Ma come, sono vent'anni che periodicamente viene annunciata l'imminente diffusione commerciale di un contraccettivo maschile, e oggi siamo ancora fermi agli studi preclinici e clinici, sia pure di terzo livello (avanzato). Colpa dei maschi, poco propensi a un farmaco che richiede disciplina e attenzione al calendario (roba da femmine), e sospettosi di ogni manipolazione di desiderio, prestazioni, conferme di virilità e fertilità? Non c'è dubbio. Ma non è tutto. Colpa della fisiologia riproduttiva dell'uomo, complicatissima da "stoppare", dal momento che all'ovulo mensile delle compagne contrappone circa 100-200 milioni di spermatozoi (peraltro scoperti nel Seicento) al giorno? Certo. Ma c'è chi dice che la soluzione è dietro l'angolo.

E allora? Allora la vera colpa sarebbe delle aziende **farmaceutiche**, economicamente più interessate a sviluppare un Viagra sempre più veloce ed efficiente invece che un "pillolo", come viene confidenzialmente chiamato, sempre più affidabile e maneggevole. Della serie: visto l'invecchiamento dei benestanti del pianeta, meglio produrre medicine per anziani malati che per giovani sani.

Se l'irritazione verso Big Pharma accomuna tutti, americani ed europei, ricercatori mainstream e blogger femministe, l'opinione pubblica francese, sempre la più progressista, ci aggiunge qualcosa di interessante e nuovo, come ha sottolineato un recente articolo di *Libération*: il senso di colpa da parte dei maschi evoluti, che Oltralpe vantano una lunga tradizione di tifo per la "contraception masculine" (così del resto si intitola un nuovo bel libro, scritto da due andrologi, Jean-Claude Soufir e Roger Mieusset, che sta facendo scalpore). Ecco che si riverniciano vecchi-nuovi sentimenti, un po' persi in quest'epoca che adora ricavi e complotti: l'insofferenza per la paura mistica che da sempre connota la limitazione della fertilità maschile, la ricerca di un tipo di mascolinità accogliente e non aggressiva, la coscienza del corpo e della coppia, soprattutto la presa d'atto di una paternità responsabile e non solo biologica.

Marco Rossi, psichiatra e sessuologo, ne prende atto con cautela: «È il risveglio del maschio intelligente, che ha voglia di agire, di far sentire la sua voce. È una corda scoperta della nostra società. È l'ondata dei "prontissimi". Ma tutti gli altri? È con questi tutti-gli-altri che dobbiamo far i conti».

Detto questo, il movimento Planning Familial e l'Ardecom, Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine, buttano fuori a sorpresa il dato nazionale: il 61% dei maschi francesi prenderebbe volentieri il "pillolo". Del resto, già qualche anno fa uno studio tedesco su 9000 uomini aveva riportato che tale parere favorevole caratterizzava il 71% degli spagnoli, il 69% dei tedeschi, il 49% degli americani, il 42% degli argentini... E gli italiani? Sospira Luigi Laratta, presidente dell'Aied, Associazione italiana per l'educazione demografica, di Roma: «Se dovessi basarmi solo su una lunga esperienza professionale, l'anticoncezionale maschile qui non arriverà mai. Oltre agli ostacoli clinici, in Italia ci sono una società e una cultura maschiliste che accettano per tradizione che sia la donna ad accollarsi tutto l'onere del controllo della procreazione. Capitolo chiuso, insomma, tanto più che i contraccettivi femminili sono man mano migliorati, mettendo a posto la coscienza sia della società che dell'industria farmaceutica». Pessimismo totale, dunque? «Forse esagero. Tempo fa era stata fatta una ricerca sui giovani, e in effetti le percentuali teoricamente a sfavore non erano altissime, sul 60%. In realtà mi preoccupa di più il silenzio delle italiane: non si battono affinché la ricerca riparta, si adeguano alla mancanza di spinte commerciali, agli interessi. Spero in qualcosa che, al solito, verrà da "fuori", una scoperta, una ricerca...».

Anche Marco Rossi non eccede in entusiasmi: «Come non comprenderle, le aziende **farmaceutiche**, nella perplessità sul reale utilizzo di questo farmaco? Una medicina così andrebbe a cambiare l'approccio consolidato alla sessualità: i figli li fanno le donne, ed è una grande comodità per l'uomo, che non sa accettare i mutamenti del corpo neanche se finalizzati, che è in balia di una virilità messa a rischio persino da un soffio di vento. Stiamo ipotizzando un mutamento sociale pazzesco». Che nel nostro Paese richiederà tempi lunghi: «In Italia non c'è quell'educazione sessuale che potrebbe far capire ai maschi la bellezza di un corpo che cambia. Certo, sarebbe ora di cominciare, almeno dai giovani: il lavoro educativo preparerebbe il terreno e poi creerebbe dei "clienti", e allora pure Big Pharma sarebbe disposta a inve-

L'invecchiamento dei benestanti del pianeta gioca a sfavore: oggi si fa più ricerca sui medicinali per anziani malati che per giovani sani

stire. Tenendo presente alcune cose da cui siamo passati: la pillola femminile alla fine fu testata su donne portoricane, pronte a qualsiasi cosa purché non fosse un'altra gravidanza? Ora sarebbe improponibile...».

Insomma, i numeri. I più cinici dicono che basterebbe tingere di blu il "pillolo", cioè potenziarne il marketing con un po' di Viagra, i più pacati sostengono che, visto il disinteresse di Big Pharma, occorrerebbero finanziamenti filantropici e crowdfunding. In realtà, ciò che occorre è la chiarezza sui metodi, sui pro e contro, e su una ricerca che è rimasta 50 anni indietro rispetto a quella sulla contraccezione femminile, arrivata alle pillole di terza e quarta generazione.

Fondamentalmente, esclusi i metodi "antichi" (astinenza periodica, coitus interruptus, preservativo), la contraccezione "per lui" si sta basando sullo studio di **farmaci** ormonali e di **farmaci** non-ormonali. Tra i primi, i più avanzati sono i composti a base di testosterone e progestinico somministrati in pillole, iniezioni, cerotti o impianti sottocutanei. Testati in più paesi non hanno evidenziato particolari effetti collaterali (l'efficacia del pillolo ormonale, con dosi extra di testosterone che ne riducono la produzione nei testicoli, è reversibile dopo qualche mese). Ma non hanno nemmeno incoraggiato le case **farmaceutiche**.

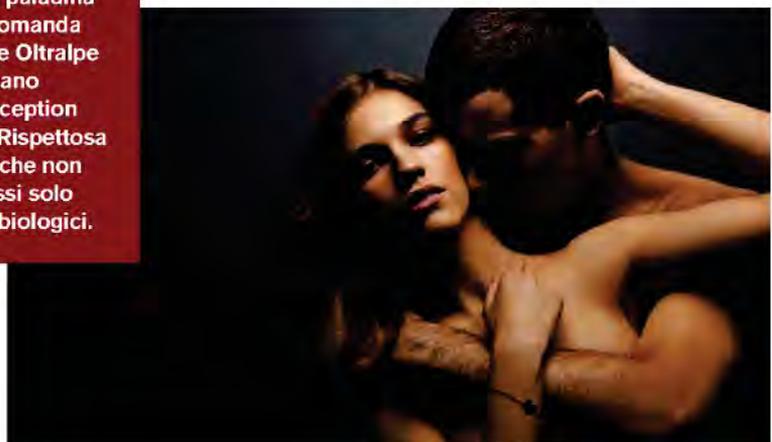
Maria Cristina Merigiola, 52 anni, ginecologa esperta in medicina della riproduzione, ha coordinato all'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna, la "pattuglia" italiana dell'esperimento e spiega perché il tutto ha subito una battuta d'arresto. «Lo studio multicentrico doveva preludere a quello di scala e alla commercializzazione di un prodotto ormonale che si era già dimostrato funzionale. Ma è stato interrotto un anno e mezzo fa, nonostante la comprovata efficacia, per alcuni effetti collaterali difficilmente controllabili, in quanto i 10 centri nel mondo erano stati poco sintonizzati tra loro. Purtroppo erano pesanti effetti sull'umore,

tipo depressione, forse preesistenti o concomitanti. Ma si sa, bisogna essere cautissimi. Molto più che con la pillola femminile: le donne ai tempi erano supermotivate, mettevano sull'altra parte della bilancia le gravidanze indesiderate». E quindi? Ride: «Quindi non so se vedrò mai il "pillolo" prima di andare in pensione! Penso però che il futuro sia nella contraccezione non-ormonale, il target delle molecole sta rivelando approcci interessanti».

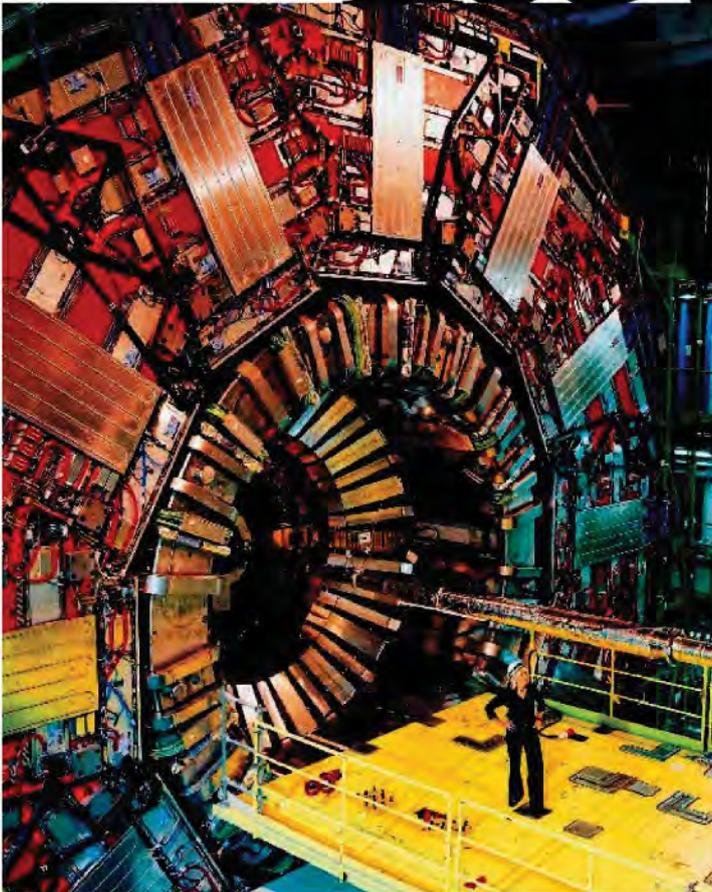
Eccolo, il variegato panorama dei metodi non-ormonali. Che prendono l'avvio dagli studi ventennali di un dottore indiano, Sujoy Kumar Guha, scienziato che ha ricevuto sovvenzioni dalla Bill and Belinda Gates Foundation e "papà" della cosiddetta Risug, Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance. Sostanzialmente una vasectomia reversibile ottenuta grazie a una "barriera" di polimeri iniettata nel vaso deferente, che si può poi eliminare con un "lavaggio". La Risug è talmente semplice e poco lucrativa da non aver risvegliato alcun interesse; tanto che i suoi diritti internazionali sono stati ceduti a un ente Usa non-profit, la Parsemus Foundation, che l'ha adeguatamente rimodernata, resa biocompatibile e ribattezzata Vasalgel, nell'intenzione di combattere per la commercializzazione entro il 2015 (la sfida è raccogliere i 5 milioni di dollari necessari per gli studi tossicologici e clinici, e in questo senso ci sono contatti col meritorio Male Contraception Information Project di San Francisco). E poi, c'è solo l'imbarazzo della scelta. Si va dall'Adjudin e dall'H2-Gamendazole, antitumorali che hanno rivelato inaspettate capacità di indurre il rilascio di spermatozoi immaturi, alla piccola molecola JQ-1, che blocca una proteina e interrompe la spermatogenesi nei tubuli seminiferi. Dalla Clean Sheet Pill (la pillola delle lenzuola pulite!), che, agendo sulla muscolatura interna, consente l'orgasmo ma blocca l'eiaculazione, al Gandarusin A, estratto dalle foglie della gandarusa, pianta dell'isola di Papua da secoli usata dagli indigeni maschi a scopi anticoncezionali, e oggi testata in Indonesia, il quarto paese più popoloso del pianeta (rallenterebbe l'abilità dello spermatozoo a penetrare nell'ovulo, e in più vanterebbe poteri afrodisiaci). Non dimentichiamone altri. Dalla disattivazione dell'utilizzo di vitamina A, essenziale per produrre gli spermatozoi, grazie al BMS-189453, farmaco antagonista dei recettori dell'acido retinoico, all'inibizione del gene Katnall1, necessario nelle ultime fasi di maturazione delle cellule germinali maschili. Fino agli studi sugli ultrasuoni, anch'essi sovvenzionati dalla Bill and Melinda Gates Foundation: basterebbero due sessioni di onde sonore sui testicoli, ogni tot mesi. Dunque i rimedi da studiare ci sarebbero, eccome. Ma la dotteressa Merigiola conosce (e approva) l'obiezione di fondo dei sessuologi, e cioè che quello che manca, realmente, è l'educazione: «Ma l'educazione prevede un prodotto finalmente in commercio».

L'amore vuole tepore

I "femministi" francesi ne avevano fatto un vessillo anni 80: è lo "slip chauffant", speciale biancheria intima che costringerebbe i testicoli a scaldarsi sul basso ventre. Indossata alcune ore al giorno, alzerebbe la loro temperatura a 37°, inibendo la produzione degli spermatozoi. Comoda, no. Ma simbolo di un atteggiamento maschile, il controllo della fertilità, che storicamente ha preceduto la contraccezione femminile. Così si riparla di un documentario del 2011 su quella esperienza (*Vade Retro Spermato*, di Philippe Lignieres). E di Brenda Spencer, del laboratorio di medicina sociale e preventiva del Centre hospitalier universitaire vaudois di Losanna, paladina svizzero-romanda di quella che Oltralpe chiamano la "contraception thermique". Rispettosa di maschi che non sono mossi solo da impulsi biologici.



Lavoro



IL TALENTO DELLE RAGAZZE DI SCIENZA BRAVE, MA POCHE AL TOP

Più capaci e dotate in partenza, troppe donne si perdono lungo la strada, penalizzate dalle molte difficoltà e dalla competizione di Paola Emilia Cicerone

Curiose e attente ai dettagli, le ragazze hanno la mentalità adatta per fare ricerca». A pensarla così non è solo Monica Marelli, laureata in fisica medica e autrice di saggi divulgativi come *La fisica delle ragazze* (Editoriale Scienza): la conferma viene anche dai fatti. In Italia la percentuale di ragazze che vincono un dottorato di ricerca è superiore a quella dei maschi (un dato positivo anche rispetto a paesi che in ricerca investono più di noi). Ma se è vero che a scuola le ragazze si appassionano alla scienza, è anche vero che poi si perdono per strada. Un dossier da poco apparso su *Nature* ha rilevato che tra i professori ordinari, il top della carriera accademica, solo 1 su 10 è donna, mentre se guardiamo al dato relativo ai rettori, in Italia lo è solo il 6% e secondo l'ultima indagine della Commissione europea "She Figures", le donne rappresentano soltanto il 33% dei ricercatori. Un *gender gap* che si riflette anche nelle buste paga: una donna che lavora nel campo della scienza e della ricerca guadagna

l'82% rispetto a un uomo nella stessa posizione.

«Molte donne ad esempio si iscrivono a matematica, ma la maggioranza punta a insegnare nei licei e non a investire in una carriera nella ricerca, che impone di lavorare in un contesto internazionale e di confrontarsi con un mercato molto aggressivo», spiega Annalisa Buffa, 40 anni (vincitrice del Premio Ghislieri 2013 per le scienze matematiche), che sta per impugnare le redini dell'Istituto di matematica applicata e tecnologie informatiche del Cnr. Le ragioni sono varie: un celebre studio svedese di qualche anno fa dimostrava che, per esser giudicate allo stesso modo degli uomini, le giovani ricercatrici dovevano presentare pubblicazioni con un livello di qualità (misurato sull'Impact Factor, l'indice usato per pesare la qualità di un lavoro scientifico) di 2,5 volte superiore: la versione accademica della vecchia battuta di Ginger Rogers, per cui le donne devono «saper far tutto quello che fanno i maschi, ma all'indietro e sui tacchi a spillo»; mentre il Global Gender Gap 2012, la classifica sulla condizione femminile del World Economic Forum, segnala che i paesi in cui le studentesse riescono meglio in materie scientifiche sono anche quelli in cui la parità tra i sessi è maggiore e le discriminazioni meno pesanti.

lavoro



Sopra, Ester Zito, tornata in Italia grazie all'Istituto Telethon Dulbecco, che sta finanziando il suo laboratorio per lo studio di una rara malattia genetica. Pagina precedente, una ricercatrice al Cern.

«Nel mondo c'è molta attenzione, più che in Italia, per questi temi: la presenza femminile è incoraggiata e le giovani, brave ricercatrici trovano molte porte aperte», osserva Buffa. Perfino le star sono scese in campo per sponsorizzare gli studi scientifici a misura di ragazza: Natalie Portman, insieme a Marvel, è appena diventata madrina dell'Ultimate Mentor Adventure, rivolto a giovanissime interessate al campo degli "STEM studies" (acronimo per scienza, tecnologia, ingegneria e matematica).

Piuttosto, gli ostacoli alla carriera scientifica per una donna non si trovano durante gli studi, ma dopo: «La difficoltà è il tipo di vita, non la fatica della dimensione internazionale o il trasferimento all'estero, quelli si organizzano. Io ho due figli e un marito che mi dà una mano, eppure a volte, quando i bambini piangono perché mi vedono con la valigia, mi chiedo se ne valga la pena». Una difficoltà che forse non riguarda solo le ricercatrici, ma il rapporto tra donne e lavoro, specie se si tratta di un impiego di tipo impegnativo.

«Quando mi sono laureata in fisica, negli anni 80, le matricole erano equamente divise tra maschi e femmine», ricorda Monica Marelli. «Poi le ragazze diminuivano, facevano altre scelte, spesso si lasciavano condizionare da esigenze familiari. E questa forse è una caratteristica tutta femminile». Come però lo sono anche «spirito di osservazione, pazienza, capacità di concentrarsi... insomma, le armi necessarie per essere un bravo ricercatore».

AL CUORE DI TELETHON

C'è tempo fino al 18 dicembre per sostenere la ricerca Telethon: 2 euro per ogni sms inviato col cellulare al numero 45506 o chiamata da rete fissa (le tariffe sul sito www.telethon.it). Inoltre quest'anno la nuova campagna "Io Esisto" porterà in più di mille piazze italiane i cuori di cioccolato artigianale (e il cuore è anche il simbolo anche della campagna di reclutamento volontari "Cerchiamo persone con un cuore grande così"). Dal 1990, per la ricerca sulle malattie genetiche, la charity ha raccolto 394 milioni di euro e avviato 27 strategie terapeutiche.

«Che fortuna tornare in Italia»

Ester Zito ha 36 anni, una laurea, un dottorato, un lavoro a Milano e una bimba di 10 mesi. Non sarebbe tanto eccezionale se, di mestiere, Ester non facesse la ricercatrice. Una ricercatrice "di ritorno", visto che l'anno scorso ha deciso di "riportare indietro il cervello", dopo tre anni all'Università di New York e un grant di cinque a Cambridge. Grazie al finanziamento dell'Istituto Telethon Dulbecco, il programma carriere istituito dalla charity che supporta gruppi meritevoli di ricerca indipendenti sulle malattie genetiche (dti.telethon.it).

Suona eccezionale anche che lei dica di sentirsi «fortunata» a tornare in un paese che è la Cenerentola dei fondi per la ricerca (1,26% del Pil contro la media europea del 2,0%): dottoressa Zito, ne è proprio sicura?

«È raro avere simili opportunità dove esistono solo un paio di istituzioni che investono. Ma ce l'ho fatta, sono tornata» (anche se a Milano e non nella sua Napoli: lavora all'istituto Mario Negri, ndr).

Sul sito di Telethon, parlando del suo progetto, lei scrive «astenersi sognatori»: è un difetto?

«Non intendo proprio questo, ma è vero che in Italia spesso si sbaglia atteggiamento, considerando la ricerca un lavoro. Non lo è: è una passione per cui non esistono orari, né sabati o domeniche. E richiede grandissimo spirito di competizione, oltre alla disponibilità a viaggiare molto per confrontarsi e acquisire competenze, e ad affidarsi a una forte *mentorship*».

È questa la lezione che ha imparato all'estero?

«Ho anche imparato che per ottenere finanziamenti, e quindi tenersi il posto, bisogna sudare e dimostrare di meritarselo. Qui in Italia c'è una visione troppo spesso assistenzialista, mentre negli Usa o Inghilterra, se non riesci ti mandano a casa».

Lei ci sta riuscendo, nonostante la difficoltà di conciliare la passione per la ricerca e la passione per la propria famiglia.

«La difficoltà più grande per le donne, non solo di scienza, è quella di essere disposte a sacrificare il privato. Io trascorro 8, 9 ore in laboratorio e a casa spesso lavoro al computer. Purtroppo, se hai dei bambini piccoli, devi per forza appoggiarti a qualcun'altro: è questa l'unica "discriminazione" che ho incontrato in questo mestiere».

Il suo, dedicato allo studio di una rara malattia genetica (il deficit multiplo di solfatasi), ha la sicurezza dei prossimi 5 anni e dei 500mila euro dei finanziamenti. E dopo?

«Al termine del quinquennio si viene nuovamente valutati da una commissione che, eventualmente, decide di rifinanziare il tuo progetto per altri cinque anni». C.M.

quotidiano**sanità**.it

08 DICEMBRE 2013

Disturbi mentali. Solo 2 pazienti su 10 hanno un lavoro. Ecco un corso che li aiuta a trovarlo

Da lunedì ad Arezzo partono le lezioni, rivolte a persone affette da disturbi mentali, per diventare "facilitatore". Una figura assistenziale che supporta gli altri pazienti nel percorso di cura, aiutandoli a sua volta a riprendere il lavoro

Solo il 19% di chi soffre di un disagio psichico ha un posto di lavoro, rispetto al 65% della popolazione generale: trovare un'occupazione è ancora più difficile a causa dello stigma sociale e dai pregiudizi, più che della crisi economica. Per aiutare queste persone ad inserirsi in una realtà lavorativa arriva il progetto di formazione "Utente facilitatore", realizzato dalla Asl 8 di Arezzo e organizzato con la collaborazione di Perfomat S.r.l. e il supporto incondizionato di Roche S.p.A.

Il progetto consiste in un corso che, attraverso una parte teorica e una pratica, forma una particolare figura professionale, chiamata 'Facilitatore Sociale'. Una figura che potrebbe sia svolgere attività di volontariato sia attività retribuita in attività di sostegno ad altri utenti che afferiscono al Dsm di Arezzo.

Il corso, aperto a 17 utenti, prevede 244 ore di formazione, suddivise in lezioni teoriche (120 ore), supporto all'apprendimento individualizzato (24 ore) e tirocinio (100 ore) nell'ambito delle strutture che costituiscono il Dsm (strutture ambulatoriali, di ricovero, strutture residenziali e semiresidenziali).

Avendo avuto esperienza diretta delle difficoltà legate all'inserimento nel lavoro dopo o durante una malattia mentale, il facilitatore diventa una figura chiave per altri pazienti che come lui vogliono iniziare a lavorare: così assolve ad una funzione non solo di assistenza ma anche di supporto nella comunicazione tra medico e paziente, rappresentando una vera e propria cerniera tra i servizi sociosanitari e le persone che ne usufruiscono.

"Dopo le prime esperienze di formazione-azione, come quelle organizzate a Pisa e La Spezia, possiamo dire oggi che il facilitatore svolge un importante ruolo di mediazione rispetto agli altri pazienti", ha dichiarato **Diana Gallo**, Presidente Associazione L'Alba e docente Performat. "Li aiuta, infatti, ad usufruire con fiducia delle opportunità di cura e a comunicare con sincerità i propri reali bisogni ai medici, cosa che spesso risulta difficile a causa delle barriere legate al rapporto medico-paziente, spingendoli così ad essere al centro della cura per riappropriarsi del proprio percorso di vita". Infatti, è il facilitatore stesso che aiuta gli altri pazienti nel percorso di inserimento

In generale, diverse sono le realtà regionali e nazionali impegnate nella realizzazione di progetti formativi di questo genere. Nella sola provincia di Arezzo, la schizofrenia colpisce - in condizioni più o meno avanzate- quasi 3.500 persone, la gran parte delle quali, se inserite in percorsi diagnostici e riabilitativi, possono uscire da questa loro condizione patologica con forti ricadute di tipo sociale. Il lavoro anche per queste persone è una parte importante del percorso di cura e, in questa direzione, il progetto formativo è uno strumento utile.

"Sono ormai noti gli effetti benefici legati al miglioramento della sintomatologia sul processo di recupero della malattia mentale" ha affermato **Giampiero Cesari**, Responsabile della Salute Mentale Adulti, Distretto di Arezzo - "Un aspetto importante è l'acquisizione di competenze specifiche utili a trovare e mantenere un lavoro".

Anche mantenere il lavoro, infatti, è importante: l'attività assistenziale del facilitatore, inoltre, può anche non esaurirsi a breve ed egli stesso potrà determinare il mantenimento di questo ruolo mediante la creazione di Cooperative e/o il coinvolgimento di enti pubblici o associazioni.

Viola Rita