

Aiom, Sigo e Siog: "Ecco le ricette per vincere il tumore all'ovaio"

Otto diagnosi di tumore all'ovaio su dieci arrivano quando il cancro è ormai in fase avanzata e in questi casi la sopravvivenza delle pazienti è pari ad appena il 30 per cento. La probabilità di vincere il cancro raggiunge invece il 90 per cento quando si è ancora allo stadio iniziale. Sono alcuni dei

l'ovaio: è, per esempio, sempre necessaria la presenza di una squadra multidisciplinare che operi nella massima collaborazione tra i suoi componenti. "Il problema della comunicazione è infatti centrale – spiega il prof. Paolo Scollo, presidente Siog - Ben il 63% degli oncologi e il 32% dei ginecologi ritengono che il livello di cooperazione non sia sufficiente. Per l'86% di loro, una collaborazione continua è determinante per definire percorsi guidati e codificati uniformemente in tutta la Penisola. Non possiamo perdere altro tempo, soprattutto ora che dopo quindici anni disponiamo

dati che sono stati presentati il 4 febbraio scorso a Milano nel corso del convegno organizzato dalla Associazione di Oncologia

■ Lavoro in team, centri di riferimento e corsie preferenziali. Nella Giornata mondiale contro il cancro le tre società scientifiche hanno presentato un documento operativo sulle migliori strategie d'azione contro il tumore all'ovaio. Una neoplasia insidiosa, dalla sintomatologia tardiva e senza segni specifici: tra le prime 5 cause di morte per tumore nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni

di nuove terapie, purtroppo ancora in attesa di approvazione nel nostro Paese". Il documento è già stato consegnato alle istituzioni sanitarie del Paese, "anche se – aggiungono i tre presidenti – inizieremo a diffonderlo ai nostri soci affinché possa diventare operativo a tutti gli ef-

fetti". I numeri sono eloquenti: il cancro dell'ovaio rappresenta il 3% del totale delle neoplasie femminili, il decimo più diffuso tra le donne, ma rientra tra le prime 5 cause di morte per tumore nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni. A causa proprio della sintomatologia tardiva e

"Il documento ufficiale è già stato consegnato alle Istituzioni sanitarie del Paese, anche se lo diffonderemo ai nostri soci perché possa diventare operativo a tutti gli effetti"

Medica (Aiom), dalla Società di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) e dalla Società di oncologia ginecologica (Siog) in occasione della Giornata mondiale contro il cancro. "In Italia registriamo una scarsa comunicazione tra ginecologo, oncologo e le altre figure chiave coinvolte e non abbiamo percorsi condivisi, al contrario di quanto accade per altri tumori, come quella della mammella – commentano Nicola Surico e Stefano Cascinu, presidenti rispettivamente della Sigo e della Aiom. Partendo da questa base e sollecitati dai nostri stessi soci, come società scientifiche ci siamo riuniti ed abbiamo ela-

borato un documento ufficiale con proposte concrete per favorire la creazione di veri e propri team collegiali, un numero minimo di interventi per essere indicati come centri di riferimento e la collaborazione fra le diverse strutture: ora potremo garantire la migliore assistenza alle 4.900 italiane colpite ogni anno dal tumore all'ovaio". È la prima volta che in Italia le società scientifiche si uniscono per elaborare un lavoro di questo genere. Lo studio ha definito – sul modello della *breast unit* per il cancro alla mammella – una serie di indicatori per i centri di riferimento sulla neoplasia del-

senza segni specifici, circa 4 pazienti su 5 presentano alla diagnosi una malattia in fase molto avanzata. Ed è proprio questa dinamica a condizionare negativamente la prognosi della patologia: solo il 41% delle donne colpito da un tumore dell'ovaio nella prima metà degli anni 2000 risulta ancora in vita a 5 anni dalla diagnosi. "Grazie al nostro lavoro riusciremo nel tempo ad agire in maniera sempre più efficace sul tumore – concludono i presidenti – sia dal punto di vista clinico-terapeutico, che dell'assistenza sul territorio. Per una malattia così complessa, infatti, il supporto delle

associazioni di pazienti diventa fondamentale. Aiom e Sigo godono già da tempo di ottimi rapporti con molti gruppi e reti di malati. Creare un link con le persone che vivono sulla propria pelle la terribile esperienza di un tumore rappresenta un valore aggiunto e rende il percorso terapeutico sempre più 'umano' e sostenibile. Siamo certi che questo coordinamento rappresenta il primo passo per ulteriori collaborazioni, che si estenderanno anche ad altre neoplasie della sfera ginecologica, come succede già per le *breast unit* per il tumore alla mammella". **Y**

Sanità

14 SPECIALE

Sanità

2-8 aprile 2013



Ecco il Piano nazionale che sarà presentato l'8 aprile a Casale Monferrato

Amianto, la tabella di marcia per salvare salute e ambiente

L'Italia è stata fino alla fine degli anni '80 il secondo maggiore produttore europeo di amianto dopo l'ex Urss e il maggiore dell'Ue, nonché uno dei maggiori utilizzatori.

Sono passati vent'anni dal varo della legge 257/1992 che ha vietato estrazione, importazione, lavorazione, uso ed esportazione dell'amianto e dei prodotti che lo contengono a causa della comprovata responsabilità delle fibre di asbesto nella genesi di gravi patologie respiratorie e neoplasie multiorgano.

Negli Usa e in Svezia, dove i consumi di amianto sono diminuiti più precocemente si assiste già a una diminuzione dei tassi di mortalità e di incidenza del mesotelioma maligno. Le proiezioni disponibili per l'Italia prevedono il picco di Mm pleurico tra gli uomini con circa 800-mille decessi l'anno entro il 2025. Imprecise o assenti le stime per le altre patologie e per le donne. Mentre dai primi censimenti risultano almeno 34mila siti contaminati e diversi milioni di tonnellate di materiali ancora da smaltire.

Lo stato dell'arte sulle conoscenze scientifiche sui rischi da amianto e sui relativi meccanismi di tutela è stato al centro della Seconda conferenza governativa in materia organizzata a Venezia nel novembre del 2012 (cfr. «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 43/2012).

In queste pagine il Piano nazionale scaturito da quel confronto con le linee d'azione e gli obiettivi per il prossimo triennio.

L'Italia serra i ranghi contro l'asbesto: il Piano nazionale amianto, approvato dal Governo e attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni, sarà presentato alla comunità scientifica e locale l'8 aprile prossimo, a Casale Monferrato, in provincia di Alessandria, «teatro» del Caso Eternit. Il documento, una sorta di tabella di marcia per affrontare l'emergenza, è stato elaborato dai ministeri della Salute, dell'Ambiente e del Lavoro. Qualcosa già si muove. Lo scorso 28 marzo ha preso il via presso la sede dell'Inail il tavolo tecnico per i risarcimenti in esecuzione dei contenuti della sentenza Eternit. «Si tratta - spiega il ministero della Salute in una nota - di dare attuazione effettiva nella parte che riguarda "provvisoriamente" nei confronti delle parti civili».

Il tavolo tecnico, istituito dal

5 anni

Entro tre-cinque anni dall'adozione del Piano nazionale amianto un'azione efficace di bonifica dei siti contaminati e di gestione del rischio dovrebbe consentire di ottenere risultati rilevanti in tema di tutela ambientale

5 anni

Entro tre-cinque anni con il coinvolgimento del ministero dell'Istruzione vanno messi in atto e completati in modo omogeneo sul territorio nazionale i necessari interventi di bonifica degli edifici scolastici

2025

L'anno in cui dovrebbe terminare il picco di decessi (1.000 uomini l'anno) dovuti a mesotelioma pleurico. Il picco è atteso tra il 2010 e il 2020 o tra il 2012 e il 2025. L'epidemia è al suo esordio. Mancano stime per altre patologie e sulle donne

ministero del Lavoro con quello della Salute e le altre amministrazioni interessate e i soggetti danneggiati, è previsto tra gli obiettivi del Piano nazionale amianto. Nello stesso piano un'altra iniziativa in partenza, presentata all'Istituto superiore di Sanità: il «Progetto amianto», un programma biennale finanziato dal mini-

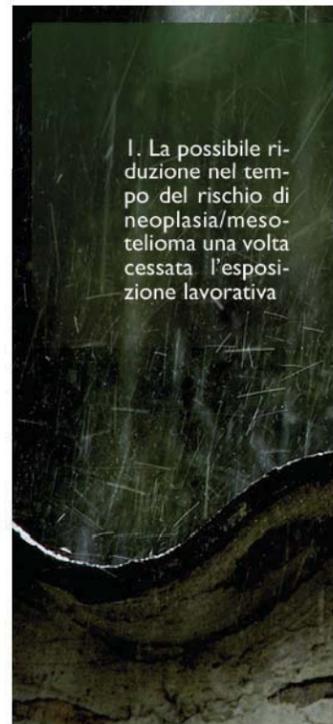
stero della Salute composto da 4 unità operative che si occuperanno di ambiente, epidemiologia, diagnosi e cura. Il finanziamento previsto è di 50 milioni di euro per i primi interventi.

«Attraverso questo progetto - spiega Loredana Musmeci, direttore del Dipartimento ambiente e connessa prevenzione prima-

ria dell'Iss - cercheremo dati e stime per arrivare alla bonifica delle zone più colpite. Non si può intervenire se non si conosce la reale dimensione del problema, con il progetto ne sapremo certamente di più». Le quattro unità indagheranno quindi in campi differenti: presenza dell'amianto nei siti inquinati, studi

sull'evoluzione del rischio di patologia da amianto, analisi di biomarcatori predittivi di risposta alla chemioterapia con tecniche di espressione genica e proteica ad alta risoluzione e caratterizzazione funzionale delle cellule staminali tumorali derivanti da mesoteliomi pleurici per l'identificazione di nuovi bersagli terapeutici.

1. La possibile riduzione nel tempo del rischio di neoplasia/mesotelioma una volta cessata l'esposizione lavorativa



Settori di intervento, obiettivi e azioni nella macroarea

Le possibilità terapeutiche e di diagnosi precoce delle patologie neoplastiche da amianto sono oggi insoddisfacenti. Uno screening oncologico rivolto a soggetti asintomatici è proponibile come progetto di ricerca solo per il cancro del polmone. Limitate anche le possibilità terapeutiche, estremamente insoddisfacenti per i mesoteliomi e con limitate possibilità per il tumore al polmone. Nonostante questa base di partenza poco incoraggiante, dati la gravità del fenomeno e il dramma dei pazienti, le Autorità sanitarie non possono non adottare idonee contromisure. Sono quindi da indagare la possibile riduzione del rischio dopo la cessazione delle esposizioni, i possibili modificatori individuali del rischio di malattia, le migliori procedure per portare corretti messaggi di prevenzione alla popolazione.

EPIDEMIOLOGIA

- Obiettivo: Migliorare la conoscenza dei fenomeni e delle loro dimensioni sul territorio nazionale**
- I Cor (Centri operativi regionali) sono chiamati ad ampliare la loro azione sviluppando la raccolta di dati sui tumori a bassa frazione eziologica, che hanno cioè anche importanti cause extralavorative, e sulla loro possibile origine professionale. Priorità va data alle patologie correlate a esposizione da amianto: tumori del polmone, della laringe, dell'ovaio, del colon retto, dell'esofago e dello stomaco. Durante l'attuazione di questo Piano l'Inail, responsabile della tenuta del Renam (Registro nazionale mesoteliomi), dovrà garantire mantenimento e sviluppo nonché la promozione di attività di ricerca e vigilanza, in collegamento con Regioni e Ssn
 - Va garantita una capillare attuazione delle azioni epidemiologiche previste dal Piano, anche in collegamento con l'Inail. Le Regioni devono garantire il mantenimento e lo sviluppo dei Centri operativi regionali (Cor), anche alla luce dell'ampliamento dei relativi compiti ex articolo 244 del Dlgs 81/2008 e il rafforzamento della rete di Cor già esistente
 - Gli archivi di Inail, Inps, Istat, delle Regioni, delle aziende sanitarie e degli altri enti gestori di banche dati, compresi i Registri tumori, vanno messi a disposizione dei Cor per lo studio del mesotelioma maligno e delle patologie da amianto, ove possibile con accesso informatico ai dati. Ribadito l'obbligo per i medici che effettuano la diagnosi, di referare all'autorità giudiziaria e di segnalare i casi di mesotelioma al Cor, compilando il primo certificato di malattia professionale da inviare all'istituto assicuratore. Si richiamano anche gli obblighi previsti per i medici competenti verso i lavoratori ancora in attività dall'articolo 40, Dlgs 81/2008 e la necessità di attivare i flussi, più l'obbligo di denuncia di malattie professionali
 - Asl e Cor dovranno costruire gli elenchi degli ex esposti nelle diverse attività lavorative e le coorti di tutti gli operatori attualmente coinvolti nelle operazioni di bonifica. Il coordinamento nazionale spetta al Renam. L'Inail deve fornire alle Asl, su richiesta, gli elenchi dei lavoratori ex esposti che hanno presentato la domanda di ex articolo 18, comma 8, della legge 257/1992

- Le Regioni devono estendere - tramite i Cor o altre strutture competenti - la sorveglianza su lavoratori esposti ed ex esposti ad amianto, in particolare per le coorti di esposti con lungo follow-up o informative su aspetti specifici, quali l'esposizione a un solo tipo di fibre di amianto
- Le Regioni devono indagare il rischio di mesotelioma connesso all'esposizione non professionale tramite i Cor o altre strutture competenti
- Vanno promosse la ricerca sui possibili modificatori individuali del rischio di malattia e la valutazione delle metodologie più efficaci per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica e per portare corretti messaggi di prevenzione alle popolazioni esposte
- L'Inail, avvalendosi del Renam o di altre strutture competenti, deve aggiornare e valutare modelli previsionali per stimare l'andamento dell'epidemia di mesotelioma, sostenuti da idonee metodologie e promuovere gli studi eventualmente necessari
- Va potenziata la sorveglianza dei tumori polmonari e delle altre patologie amianto-correlate, soprattutto attraverso linkage tra archivi di esposizione e basi dati di patologia (decessi, ricoveri). Queste attività potranno essere integrate con quelle svolte ai sensi dell'articolo 244 del Dlgs 81/2008 (vanno emanati decreti di attuazione). Iss, università e centri Ssn concorrono alla valutazione sanitaria, epidemiologica e di ricerca connessa agli effetti dell'amianto. È previsto un Coordinamento tecnico nazionale presso il ministero della Salute e coadiuvato dal Coordinamento delle Regioni e delle Pubbliche amministrazioni. Ogni 3 anni Inail, Iss e altri istituti tecnico-scientifici organizzeranno una conferenza di consenso con ricercatori italiani e stranieri

VALUTAZIONE DEL RISCHIO E SORVEGLIANZA SANITARIA

- Obiettivo: migliorare qualità di valutazione del rischio e sorveglianza sanitaria**
- Serve uno studio di fattibilità sull'istituzione di una banca dati relativa alla misurazione delle esposizioni, per implementare un catalogo dei livelli espositivi in situazioni paradigmatiche, come manutenzioni o bonifiche, oppure di esposizione ambientale in siti critici o per affioramenti naturali. Va rafforzata e monitorata la rete dei laboratori regionali di riferimento



EMERGENZA NEL TERRITORIO

Regioni e Asl nel rebus smaltimento

A distanza di vent'anni dall'entrata in vigore della legge sulla cessazione dell'impiego di amianto sul territorio nazionale sono ancora presenti diversi milioni di tonnellate di materiali che lo contengono. In particolare, molte tonnellate di amianto friabile - fonte di pericolose microparticelle - «sono localizzate in siti a destinazione industriale e residenziale pubblici e privati».

Questa aperta dichiarazione di stato di crisi inaugura il capitolo del Piano nazionale amianto dedicato alla macroarea tutela ambientale, curato dal ministero dell'Ambiente che ha finora censito 34mila siti contaminati da amianto e circa 80 con presenza di amianto di origine naturale. Lo stesso dicastero stima in tre-cinque anni il tempo minimo per ottenere risultati rilevanti a patto che il Piano stesso sia sufficientemente implementato. In premessa anche l'elenco dettagliato

delle possibili situazioni di contaminazione: dai siti estrattivi alle aree industriali dismesse che hanno utilizzato amianto, da edifici pubblici e privati in aree urbane a discariche abusive, a siti variamente contaminati. Senza dimenticare che anche nei ricambi dei mezzi di trasporto l'amianto è presente in quantità non trascurabile. Due le priorità segnalate: superare le difficoltà che ostacolano la realizzazione degli impianti di smaltimento o recupero rifiuti e promuovere contemporaneamente la ricerca e sperimentazione di metodi alternativi. Il tutto però accompagnato dalla vigilanza sul divieto di commercializzare e riutilizzare i prodotti contenenti amianto, mentre si procede con la mappatura, messa in sicurezza e bonifica delle situazioni di rischio e le azioni di informazione sul rischio amianto indirizzate al pubblico e ai lavoratori.

LA VITA VERA

Prevedere il tumore: con i nuovi test genetici sarà più facile



2

Dal campione vengono estratti liquidi biologici dai quali si ricava il dna del paziente.

1

Il paziente si sottopone al prelievo di un campione di sangue o di saliva.

Sono ragionevolmente sicuro che nei prossimi anni saranno disponibili in Italia test genetici per valutare il rischio di contrarre il cancro alla mammella, alle ovaie e alla prostata». Così Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, dopo l'uscita di una serie di studi su *Nature Genetics* e su *Nature* che hanno tutta l'aria di essere una pietra miliare nella storia della medicina predittiva. Più di 1.000 scienziati di diversa provenienza, guidati da un gruppo di ricercatori dell'Università di Cambridge e dell'Institute of cancer research di Londra, hanno scoperto 74 varianti genetiche (geni o sequenze di dna in un cromosoma) che costituiscono un indizio di vari tumori aggres-

sivi. Queste varianti genetiche si aggiungono alle decine già conosciute fornendo così un quadro molto più chiaro sui rischi di cancro di quello che avevamo in precedenza.

Non è un caso che giornali britannici come *The Times* e *The Guardian* prevedano che entro cinque anni sarà possibile eseguire test genetici a carico del sistema sanitario nazionale inglese con meno di 30 sterline (35 euro) per scoprire la probabilità di ammalarsi di tumore. Pierotti è più cauto, ma non esclude questa possibilità in Italia anche se con cifre dell'ordine di centinaia di euro piuttosto che di decine. «Grazie a queste ricerche adesso conosciamo una serie di nuove varianti che sono causa di tumori» dice Pierotti. «Come questi si sviluppino non è sempre del tutto chiaro: alcune delle anomalie non possono essere identificate con geni ben precisi ma soltanto con una sequenza di dna. I marker identificati costituiscono quindi un indizio,

3

Il dna del paziente viene amplificato con l'obiettivo di avere materiale sufficiente per le diverse analisi necessarie. Ogni analisi si concentra su diverse porzioni del dna.



4

Ogni porzione del dna viene sequenziata: vengono identificate tutte le varianti rispetto a un modello statistico. Se si immagina il dna come una sequenza di lettere, si può dire che il test individua le anomalie di questa struttura e le lettere differenti dal modello.

5

In base ai risultati della sequenza e alle comparazioni genetiche viene stabilita la probabilità di ammalarsi per ogni tipo di tumore.

quantificabile in termini di probabilità, di ammalarsi di tumore». In effetti, il cancro è frutto di un'interazione tra geni e ambiente e quindi esistono fattori contingenti che ne determinano la sua insorgenza; da qui il carattere probabilistico di possibili test genetici basati sulle conoscenze stabilite da queste ricerche.

Prima di queste scoperte si sapeva già che circa il 5 per cento dei tumori era dovuto a una ventina di geni ben identificati per i quali erano già stati effettuati test all'Istituto dei tumori di Milano con il supporto della Fondazione italiana per la ricerca sul cancro. Uno dei coautori degli articoli su *Nature Genetics*, Bernardo Bonanni, direttore della divisione di prevenzione e genetica oncologica dell'Istituto europeo di oncologia, precisa: «C'è una fascia della popolazione ad alto rischio di mutazioni genetiche ereditarie correlate all'insorgenza di tumori molto aggressivi. Per questa fascia è possibile già eseguire test genetici e finora si sa che circa l'8 per cento dei tumori alla mammella e il 10 per cento dei tumori ovarici sono legati alle mutazioni dei geni *Brcal* e *Brc2*».

La novità delle ricerche su *Nature* è questa: «Saranno possibili nel prossimo futuro test genetici che potranno aiutarci a valutare il rischio di tumore per un'altra fascia di po-

polazione di cui sapevamo ancora molto poco. Si tratta del 60-65 per cento di coloro che vengono sottoposti agli attuali test genetici e che risultano non avere mutazioni nei geni finora noti come *Brcal* e *2*» aggiunge Bonanni. Nel futuro prossimo è quindi prevedibile che si possano prelevare campioni di saliva o sangue, estrarre il dna e quantificare un rischio: «Una volta effettuate comparazioni tra geni o porzioni di dna di quel paziente (o anche di una persona sana) con un modello di genoma "intatto", si potranno stabilire meglio le probabilità di contrarre vari tipi di tumore nell'arco della vita».

Queste probabilità, precisa Bonanni, dipenderanno da persona a persona: non solo dalla sua storia familiare, ma anche dallo stile

di vita, dalle sue caratteristiche endocrine e metaboliche, dalla sua interazione con l'ambiente. Non bisogna mai dimenticare che il cancro dipende da molti fattori variabili e deve essere quindi studiato caso per caso.

La possibilità di individuare varianti genetiche su larga scala che indicano una probabilità di contrarre tumori avrà implicazioni sociali ed etiche enormi, forse inimmaginabili. Sarà così soprattutto nel caso in cui i test saranno accessibili a tutti e a prezzi abbordabili, come sia Pierotti sia Bonanni prevedono. «Avremo davvero bisogno di una riflessione seria su come ridisegnare la medicina predittiva e personalizzata. Gli effetti sul paziente dei risultati di un test andranno sempre valutati e discussi col medico esperto di genetica e prevenzione, con la massima meticolosità» raccomanda Bonanni. «Una volta fatto questo sarà necessario un piano di prevenzione ben definito e specifico per il singolo paziente o persona sana ad alto rischio, da seguire nell'arco della sua vita, e da estendere laddove opportuno agli altri membri della sua famiglia».

Non sono insomma problemi da poco quelli che ci attendono, sebbene sul piano strettamente scientifico l'umanità abbia fatto un enorme salto in avanti. (Luca Sciortino)

Sanità

IL CDM VARA IL DDL SULLA LEGGE EUROPEA 2013

Esclusiva, per i medici Ue non vale l'anzianità

Leggi comunitarie arenate al parlamento (Senato) dalle elezioni. E la possibilità di ripresentarle nella stessa forma al nuovo Parlamento non c'è più dopo l'entrata in vigore della legge 234/2012 «Norme generali sulla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione europea», che ha sostituito alla legge comunitaria annuale i due strumenti della «legge di delegazione europea» e della «legge europea».

I Ddl relativi a queste due nuove tipologie di legge sono stati approvati dal Consiglio dei ministri della scorsa settimana.

Tra le materie trattate ci sono una serie di direttive da recepire sull'in-

roduzione di sostanze e alcune misure per evitare procedure di infrazione all'Italia: con l'approvazione della legge europea si potrebbero chiudere 20 procedure d'infrazione e 10 casi Eu pilot (il progetto operativo dall'aprile 2008 per fornire risposte più rapide e complete a quesiti riguardanti l'applicazione del diritto dell'Ue), si darebbe attuazione a una decisione della Commissione europea per la quale i termini dalla stessa dati sono già scaduti, si eviterebbe l'apertura di due procedure d'infrazione derivanti da casi non trattati dalla Commissione europea nell'ambito del sistema Eu pilot e si attuerebbero due regolamenti Ue.

Tra le norme ci sono anche quelle che avevano cercato spazio a fine 2012 nel decreto legge salva-infrazioni, ma che non erano state introdotte nella legge di stabilità che ne aveva raccolto ampi stralci come la regolamentazione delle galline ovaiole, dei biocidi e della sicurezza alimentare.

E c'è anche una modifica alla legge 101/2008 («Disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi comunitari e l'esecuzione di sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee») che risponde alla procedura di infrazione 2009/4686, avviata nei confronti dell'Italia per la «ritenuta discriminazione indiretta

nei confronti dei cittadini degli altri Stati membri» che deriva dalla normativa contenuta nei contratti collettivi dell'area della dirigenza medica e veterinaria.

In questi è prevista, per l'ottenimento dell'indennità di esclusività e degli altri trattamenti economici, un'anzianità di servizio di un certo numero di anni, da maturare senza soluzione di continuità. Questa clausola di continuità del servizio prestato, anche se si applica ai cittadini italiani, provocherebbe, secondo la Commissione europea, un'indiretta discriminazione nei confronti dei cittadini degli altri Stati membri dell'Unione europea che intendano

esercitare la propria attività professionale presso strutture sanitarie pubbliche in Italia, perché il trasferimento dal loro Stato di provenienza determina inevitabilmente l'interruzione del rapporto di lavoro.

Per questi motivi, l'articolo chiarisce che, nei casi in cui l'ordinamento interno preveda una clausola di continuità per il calcolo dell'anzianità di servizio richiesta per il riconoscimento di vantaggi economici o professionali, questa condizione non si applica se l'interruzione della continuità dipende dal passaggio dell'interessato da una pubblica amministrazione di uno Stato membro a quella di un altro Stato membro.

È stato accertato in Germania. Esse infatti soffrirebbero di minori pregiudizi clinici

Le donne medico sono più brave L'infarto? Maschile. Osteoporosi? Femminile. Non è vero

da Berlino
ROBERTO GIARDINA

Il tema è serio, quindi conviene cominciare in modo poco serio. Uno dei miei problemi da siculo in Prussia è tagliarmi i capelli. Se non voglio avere l'aspetto di un marine, devo andare da un coiffeur doublesex, per uomo e per donna. Cioè, a Berlino, in un posto dove si trovano molte signore e pochi maschi. Si deve prendere un appuntamento con molto anticipo, e ci si ritrova tra parrucchiere e clienti che ti guardano male perché rovini l'atmosfera complice e femminile.

Ecco, ci vorrebbero medici anche doublesex. Le donne soffrono diversamente, gli uomini anche, è il titolo ironico della *Süddeutsche Zeitung*. I sintomi sono diversi nei maschi e nelle femmine, e anche le terapie hanno un diverso effetto. Il problema è già noto, ma non si cerca di affrontarlo e i dottori si lasciano guidare dai loro pregiudizi, non stanno abbastanza attenti con conseguenze a volte

fatali. Al tema è stato dedicato un congresso nei giorni scorsi a Berlino.

Frau Doktor Natascha Hess ha salvato la vita a una signora che finalmente si è rivolta a lei dopo aver sofferto per sei mesi, senza che nessun medico riuscisse a curarla. Lamentava un dolore acuto alla spalla destra, gli ortopedici non riuscivano a scoprirne la causa. Qualcuno, come avviene in questi casi, voleva inviarla da uno psicologo. Infine, ha avuto l'intuizione di andare da un cardiologo, dalla Hess che ha infine scoperto che soffriva di angina pectoris, a rischio infarto. I sintomi sono diversi, ha spiegato Frau Hess, negli uomini l'infarto si annuncia con dolori alla spalla sinistra, nelle donne con un senso di nausea. E dato che si tratta di un male tipicamente maschile, i signori dottori trascurano le loro pazienti. E si perde tempo prezioso.

«Gli uomini al minimo sospetto vengono ricoverati», ha detto Frau Doktor Vera Reritz-Zagrosek, che lavora alla

Charité, l'ospedale di Berlino, probabilmente il più grande al mondo. «Per le donne non ci si preoccupa, eppure muoiono d'infarto più degli uomini, se hanno meno di 60 anni, semplicemente perché non si sospetta che siano in pericolo».



E ricevono metà dei trapianti di cuore, anche se corrono gli stessi rischi.

Per quanto riguarda il cuore, la diversità tra uomini e donne è già stata indagata, ma ci sono molte altre malattie che vengono trascurate, anche a scapito del cosiddetto sesso forte: si pensa che gli uomini non soffrono di osteoporosi, di depressione, o di anoressia. Non è vero. E' più raro, ma quando

accade ne sono affetti in modo grave. Le donne soffrono di asma più degli uomini, e i medici non se ne accorgono. Il cancro alla vescica viene scambiato per un'infezione, tipico fastidio femminile. Gli uomini con sclerosi multipla vengono inviati dall'ortopedico.

Siamo geneticamente diversi, ma sulla diversità influisce anche il ruolo nella società. Per gli uomini è un segno di debolezza andare troppo spesso dal medico, e poi seguono la terapia consigliata con minor attenzione, dimenticando le pillole e rimandando gli appuntamenti dal dottore. Al congresso, però, si è esaminata anche la diversità sessuale in chi cura. Se non trova subito la causa di un male, l'Herr Doktor pensa subito che si tratti di una manifestazione psicosomatica. Le colleghe sono più disposte a indagare, e soprattutto ad ascoltare il paziente.

«Le dottoresse reagiscono meglio alle differenze tra i sessi», ha detto Anita Rapp-Engels,

presidente dell'associazione medica femminile. Un'impresione? E' suffragata anche da dati. Secondo uno studio dell'Università di Colonia, sono le donne dottore a ottenere i risultati migliori per i pazienti diabetici, riescono a convincerli a seguire una dieta con rigore, e a compiere controlli continui. Un'attenzione psicologica che manca spesso nei colleghi. Questi, se la cura si prolunga, di solito si limitano a prescrivere dosi sempre più forti di medicinali, mentre le dottoresse indagano sul paziente, e si rendono conto che non «esiste un malato tipo», ma ognuno è diverso dall'altro. In sintesi, le donne sanno curare meglio degli uomini? Io l'avevo già intuito da tempo, senza statistiche. La mia Frau Doktor mi sta a sentire. L'Herr Doktor che avevo prima pretendeva che fossi in perfetta sintonia con le tabelle del computer. Lui era sempre puntuale, lei è sempre in ritardo perché non sa mai quanto tempo le costerà un paziente. Ma che importa?

In Senato

È saltata la norma sulle staminali

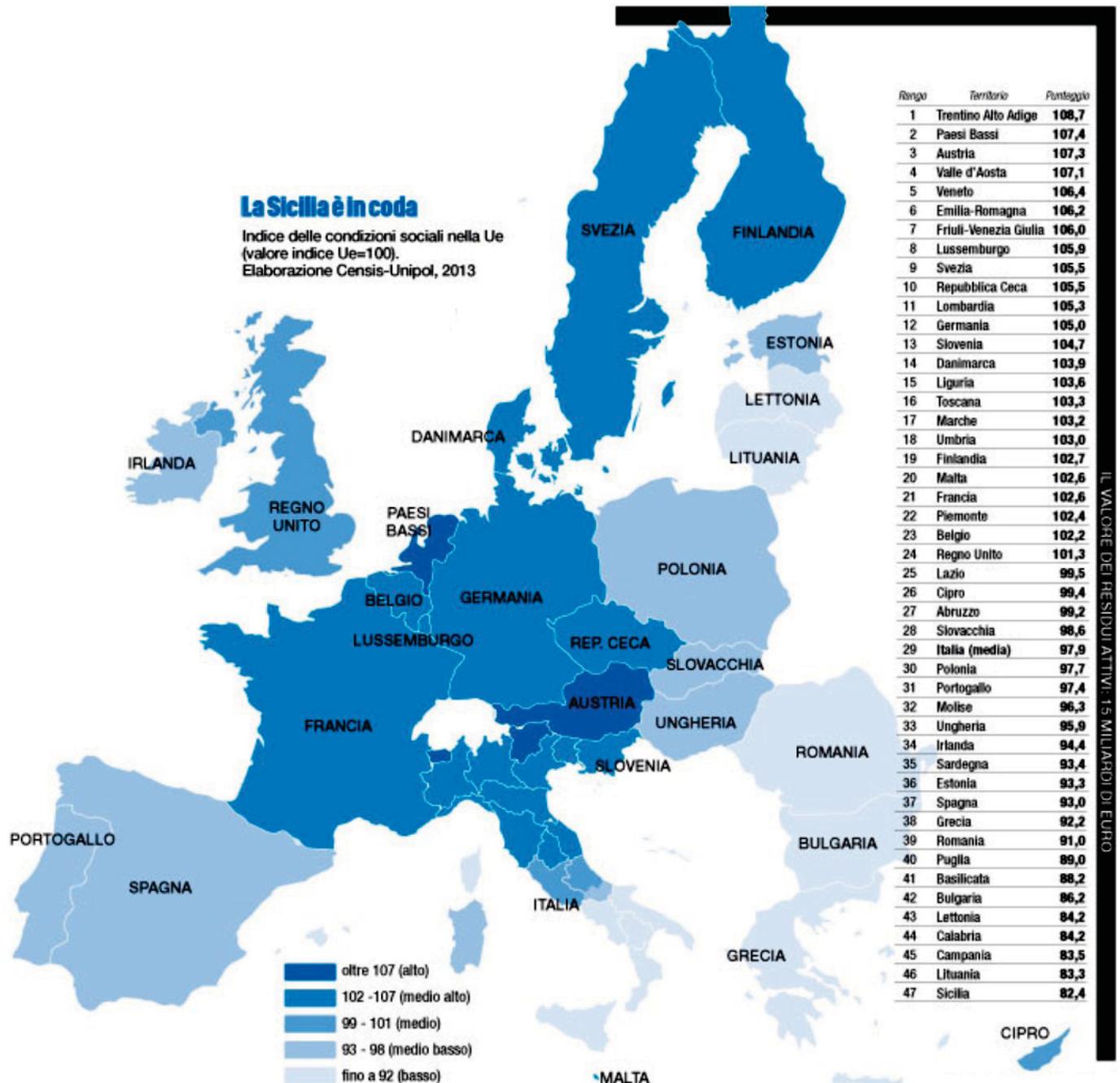
Niente deleghe in bianco, tanto più a un governo dimissionario. Perché è il Parlamento che deve occuparsi di una materia tanto delicata come quella delle terapie avanzate con le cellule staminali. È su questi presupposti che l'assemblea del Senato, tutti d'accordo tranne i senatori di Scelta Civica, ha stralciato dal decreto Balduzzi sulle staminali un comma che demandava a un successivo regolamento ministeriale la disciplina dell'intera materia. Il provvedimento (che prevede anche la proroga per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari) andrà al vaglio, rapido, della commissione speciale di Palazzo Madama perché entro mercoledì 10 aprile dovrà arrivare in Aula. Per il ministro della Salute, Renato Balduzzi: «Il Parlamento è sovrano, ma il governo ora farà la sua parte» perché si arrivi comunque «in forma compatibile» con la decisione del Senato, «a dare regole certe sull'utilizzo delle terapie avanzate personalizzate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TASSO DI DISOCCUPAZIONE: 18,4 PER CENTO

IL NOSTRO WELFARE HA TRE VELOCITÀ



di Giuseppe Roma*

Per un paese a elevata longevità demografica e scarse opportunità lavorative, com'è l'Italia, le politiche pubbliche di protezione sociale hanno sempre rappresentato una rassicurazione collettiva molto sentita. Certo, siamo cresciuti grazie all'iniziativa di milioni di soggetti, ma una tale vitalità privata ha potuto usufruire di politiche volte a coprire, con le risorse pubbliche, molti dei bisogni individuali. Ancora oggi, dopo tagli e restrizioni, la nostra welfare society registra performance positive, anche se con forti disuguaglianze settoriali e territoriali. Il Censis e il gruppo Unipol, nell'ambito

del programma Welfare Italia, misurano, attraverso decine di variabili, i livelli del benessere sociale, comparandolo a livello globale ed europeo. La più recente elaborazione dell'indicatore sintetico colloca l'Italia, con Francia e Germania, nella fascia europea medio-alta, non molto distanziata dai paesi che costituiscono i riferimenti d'eccellenza come Svezia, Danimarca e Paesi Bassi. Una tale valutazione potrebbe contrastare con la percezione corrente dell'opinione pubblica. Eppure da noi registrano performance invidiabili alcuni dei fattori ritenuti decisivi a livello globale, come un buon servizio sanitario aperto a tutti. Anche il sistema pensionistico per lungo tempo

ha garantito prestazioni d'estremo favore, la cassa integrazione ha aiutato lavoratori e imprese, mentre opera l'assistenza al disagio sociale con il decisivo contributo delle reti di solidarietà associative, cooperative e volontarie. Tuttavia, innegabili sono le molte disparità che dividono l'Italia in tre tronconi: sono scandinave le piccole regioni settentrionali a statuto speciale, europee le altre regioni del Centro-Nord, mentre il welfare meridionale non riesce a emergere dalla fascia mediterranea. L'altra distorsione del nostro sistema di protezione sociale riguarda la gamma delle prestazioni, centrate sui fattori primari di sopravvivenza, ma ancora troppo debole nel sostegno allo sviluppo umano integrale. Siamo, infatti, molto indietro quanto a livelli d'istruzione (55 per cento della popolazione adulta con al più la licenza media), un'alta dispersione scolastica e universitaria, bassi tassi d'occupazione giovanile e femminile, politiche abitative inesistenti, mentre poco significativo è l'aiuto alle fasce di povertà e disagio familiare. Questa nostra welfare society è a rischio perché le domande d'intervento crescono mentre la disponibilità di risorse pubbliche diminuisce. Siamo un Paese che già destina alla protezione sociale risorse pubbliche pari al 28 per cento del pil, solo la Francia spende di più tra i grandi paesi europei. Ma negli anni della crisi abbiamo perso ben 114 miliardi quanto a capacità di produrre, 7 per cento di pil in meno dal 2007. Come potremo fare a mantenere gli attuali livelli di prestazioni sanitarie e pensionistiche? Per le nuove generazioni la pensione sarà un miraggio, ma già oggi l'assistenza dei non autosufficienti è a rischio, come molte prestazioni sanitarie gratuite. La pressione fiscale è già insopportabile e il debito nazionale ancora al di sopra dei parametri di sicurezza. La soluzione non potrà che ritrovarsi in un uso più razionale delle risorse. Per la spesa sanitaria e assistenziale è necessaria una razionalizzazione che eviti gli sprechi. Ma anche le famiglie devono dimostrare una maggiore preveggenza impiegando i risparmi per integrare quelle prestazioni che il pubblico sta riducendo, e che sempre più verranno ridotte. La spesa privata volontaria in Italia rappresenta solo il 2,2 per cento dell'ammontare destinato al welfare, in Germania è il 6,3, in Francia il 7,8 e nel Regno Unito il 17,5. Solo la responsabilizzazione familiare può consentire di guardare con maggiore serenità alla copertura dei rischi sociali che ci riserva il prossimo futuro.

** direttore del Censis*

A DOMANDA RISPONDO

Furio Colombo

Quella
medicina
salvavita

CARO COLOMBO, in India la Corte Suprema ha appena ordinato che una medicina essenziale per la cura del cancro e importata perché prodotta dalla Novartis, non sarà più venduta al prezzo imposto di oltre 2.000 dollari per dose. Ha stabilito il prezzo indiano per la riproduzione generica della stessa medicina (175 dollari). Domando: in casi così gravi non dovrebbe arrivare la politica prima delle sentenze?

Gennaro

IL CASO, infatti, sembra uno strano e stridente grido di allarme. Quanti altri casi ci sono di situazioni come queste? E perché, con la competenza degli scienziati, i governi non intervengono per proteggere i cittadini? Di solito quella parte di opinione o di persuasione politica che sceglie di schierarsi contro il potere dell'industria farmaceutica, fa di ogni erba un fascio, come se si trattasse dell'industria delle armi. Invece siamo di fronte a una doppia realtà che non è mai veramente stata affrontata. Una è che i laboratori di ricerca sono luoghi da cui dipendono alcune delle più importanti svolte di civiltà del mondo. L'altra è che i titolari dei brevetti ottenuti in questi laboratori si sentono liberi di imporre prezzi da furto che tagliano fuori da cure salvavita intere popolazioni. La giustificazione, suona come

un ricatto. Se si tagliano i prezzi, si taglia la ricerca. Non ho mai sentito medici e scienziati credibili per fama e prestigio sostenere questa motivazione. Anche logicamente qualcosa non va. Se 2.000 dollari compensano adeguatamente il medicamento che cura un tipo di malattia, allora cinquemila, diecimila, cinquantamila dollari dovrebbero garantire tutte le altre cure che non abbiamo. Inoltre sappiamo che mentre i profitti farmaceutici restano intatti, gli organici di ricercatori e scienziati sono stati tagliati come dovunque dalle maggiori imprese del settore. Poi c'è la responsabilità politica. Come può, ad esempio, un Paese porsi il problema delle spese militari o dell'Alta velocità, se la quantità di fondi disponibili è direttamente proporzionale alla disponibilità di nuove cure, della possibilità di salvare più vite senza imporre prezzi pazzeschi? L'esempio indiano potrebbe essere prezioso se i governi dei vari Stati di quella federazione entrassero subito al posto dei tribunali rendendo possibili per i cittadini, anche i poveri, cure finora non accessibili. Se accadrà, sarà un segnale e un esempio prezioso. Potranno gli altri governi fare finta di niente?

Furio Colombo - Il Fatto Quotidiano
00193 Roma, via Valadier n. 42
lettere@ilfattoquotidiano.it



Pillola 5 giorni dopo: vendute 11mila scatole

Trenta confezioni acquistate al giorno, vale a dire oltre 11mila in un anno. A dodici mesi dall'avvio della vendita nelle farmacie italiane, ecco un primo bilancio per la pillola dei cinque giorni dopo, formula per la contraccezione d'emergenza. Dal suo debutto nelle farmacie, il 2 aprile 2012, il nuovo farmaco a base di Ulipristal acetato - più efficace delle vecchie preparazioni se utilizzato già entro le prime 24 ore dal rapporto - comincia a farsi strada.



Il Governo: proseguire gli approfondimenti, ok entro lunedì - Grilli: nessun aumento di imposte - Tajani: troppe remore, l'Italia può pagare tutto

Debiti della Pa, slitta il decreto

Squinzi: imprese disperate, serve un segnale forte - No a manovra correttiva

Il Dl che sblocca i primi 40 miliardi dei debiti Pa alle imprese sarà varato entro lunedì: lo slittamento del via libera, atteso ieri, è stato deciso dal Governo per «proseguire gli approfondimenti» sul testo. Ancora da ultimare modalità e coperture: non vi sarà l'anticipo al 2013 dell'aumento dell'addizionale regionale Irpef, giudicato «non percorribile» dal ministro Grilli. Ieri il premier Monti ha illustrato in una telefonata

a Olli Rehn il provvedimento: «Sarà rispettato il limite del 3% del deficit/Pil». Il commissario Ue ha chiesto di «esaminare immediatamente il decreto». Il vicepresidente della Commissione Ue Tajani: troppe remore, l'Italia può pagare tutto. Il presidente di Confindustria Squinzi chiede un «segnale forte»: le imprese sono disperate. No a una manovra correttiva.

Servizi ► pagine 2-5

Slitta il decreto sui debiti della Pa

Grilli e Passera: proseguire gli approfondimenti - Approvazione entro lunedì

Dalla Commissione Ue

Ok allo sblocco di una prima tranche di restituzioni: per Bruxelles l'impatto sul debito pubblico sarà notevole

Niente misteri

Nessun contrasto tra i titolari dell'Economia e dello Sviluppo Grilli: non abbiamo bisogno di coperture. Spiragli sull'Iva

LA TELEFONATA

Monti ha illustrato i dettagli a Rehn: sarà rispettato il limite del 3% del rapporto deficit/Pil. Pagamenti sospesi in caso di avvicinamento

Dino Pesole

ROMA

Una lunga telefonata, circa un'ora secondo fonti di Bruxelles, per chiarire aspetti e compatibilità finanziarie dell'operazione che, dopo il rinvio disposto ieri, dovrebbe consentire di varare il decreto entro lunedì. È stato il presidente del Consiglio, Mario Monti, a chiamare il commissario agli Affari economici, Olli Rehn per assicurare in primo luogo che, anche con lo sblocco di 40 miliardi di crediti commerciali delle amministrazioni pubbliche sarà rispettato il limite massimo del 3% nel rapporto deficit/Pil. Rassicurazione richiesta da Bruxelles, ritenuta fondamentale per chiudere in maggio la procedura per disavanzo eccessivo aperta nel 2011 nei confronti del nostro Paese. Al tempo stesso, preconditione essenziale per poter fruire dei «margini di flessibilità» utili a rendere operativa l'iniezione di liquidità a beneficio del sistema produttivo, e per rientrare nel cosiddetto «braccio preventivo» del Patto di stabilità anche in riferimento alla partita degli

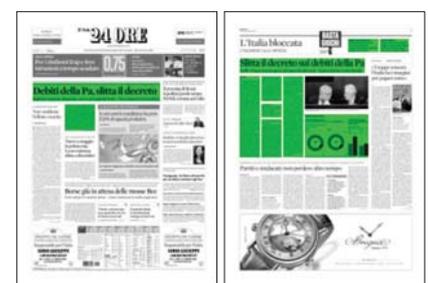
investimenti produttivi.

Monti ha illustrato a Rehn i contenuti salienti del provvedimento. Il commissario ha preso nota di questo «avanzamento positivo» e ha chiesto ai suoi uffici di «esaminare immediatamente i termini del decreto». Si tratta di misure che a parere della Commissione consentiranno di onorare «una parte importante delle fatture, rispettando al tempo stesso l'impegno dell'Italia a mantenere il suo deficit sotto la soglia del 3% del Pil». Del resto la stessa Commissione si dice «molto ben informata del problema», avendo già indicato in diverse occasioni che il mancato pagamento dei debiti pregressi della Pa «presenta un rischio per la crescita in generale e per il sistema delle piccole e medie imprese in particolare». La rassicurazione di Monti ha spiegato il portavoce della Commissione, Olivier Bailly - è che il decreto «conterrà una clausola di sospensione dei pagamenti, se si arrivasse a ridosso del 3% nel rapporto deficit/Pil». Disco verde anche alla decisione del governo di procedere allo sblocco di una prima tranche, «anche perché l'impatto sul debito pubblico sarebbe notevole».

Erano stati in particolare i ministri dell'Economia, Vittorio Grilli e dello Sviluppo economico, Corrado Passera a manifestare al presidente del Consiglio la necessità di «proseguire gli approfondimenti» sul testo del decreto, an-

che alla luce della risoluzione con cui Camera e Senato hanno dato il via libera alla modifica dei saldi di finanza pubblica. Il Consiglio dei ministri, prima convocato alle 10 poi slittato alle 19, è stato rinviato ai prossimi giorni, il tempo per definire nel dettaglio modalità e coperture, e avviare un nuovo tavolo di confronto con le organizzazioni imprenditoriali e l'Ance. Decisione che ha dato origine a una raffica di prese di posizione critiche in sede politica, soprattutto da Pd e Pdl. Nel testo definitivo non vi sarà l'anticipo al 2013 dell'aumento dell'addizionale regionale Irpef, giudicata «non percorribile» dall'Economia. È stato in particolare il presidente dell'Ance, Graziano Delrio, ad annunciare che nel decreto saranno «immediatamente disponibili 7 miliardi per le imprese».

«Nessun mistero» sul rinvio del Consiglio dei ministri, e «nessuna contrapposizione con Passera, chiarisce Grilli in serata a «Porta a Porta». Slittamento di alcuni giorni per un



provvedimento che - ribadisce - «non contiene alcun aumento di imposte». È un decreto «importantissimo sia per l'impatto sull'economia con l'immissione di 40 miliardi di liquidità nel sistema, sia perché penso debba essere una svolta nei comportamenti della pubblica amministrazione nei rapporti con le imprese private». E ancora: «Non abbiamo bisogno di coperture o soldi perché paghiamo spese già fatte». Quanto all'aumento di un punto dell'Iva in programma il prossimo 1° luglio, vi sono margini per evitarlo «ma occorre una strategia economica di medio periodo, perché bisogna trovare le risorse, e la volontà politica di farlo». L'aumento del deficit 2013 dello 0,5% deriva dal fatto che le spese «sono state contabilizzate nei bilanci dei comuni ma non a livello aggregato di paese ai fini europei». Resta la difficoltà a stimare con precisione l'ammontare dei debiti: «Non c'è ad oggi la possibilità di avere una puntuale ed istantanea fotografia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

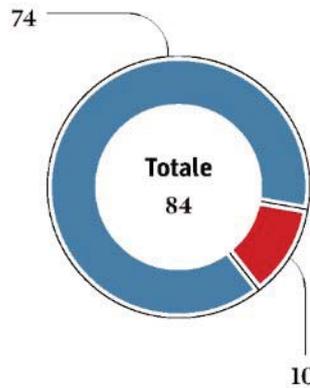
Il quadro e le previsioni

LO STOCK DEL DEBITO DELLA PA

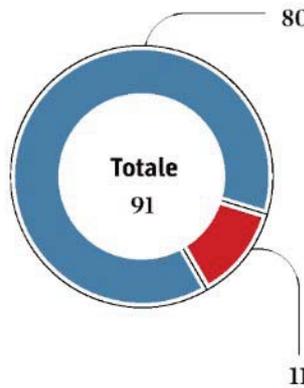
Stima del totale dei debiti commerciali della Pa. In miliardi di euro

- Iscritti nei bilanci delle imprese
- Ceduti pro soluto

2010



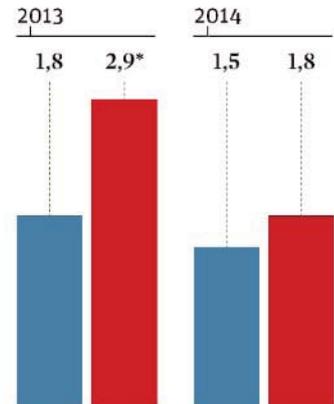
2011



L'ANDAMENTO DEL DEFICIT

Stime a confronto. Indebitamento netto in % sul Pil

- Nota al Def 2012
- Relazione al Parlamento 2013



*Include l'aumento del pagamento di una quota dei debiti relativa alle spese in conto capitale (0,5% del Pil)

Fonte: Banca d'Italia