

# Addio VECCHIO PAP

**Un'analisi del Dna. Scopre il cancro della  
cervice. Sostituirà il test. Ma è polemica**

DI AGNESE CODIGNOLA

**P**er più di sessant'anni è stato l'unico possibile salvavita per migliaia di donne. Un appuntamento, dalle prime visite ginecologiche alla menopausa avanzata. Un tic doloroso ma non più di tanto col quale il ginecologo preleva le cellule della cervice uterina per vedere se c'è qualcosa di anomalo. Qualcosa che segnala, in fase anche molto iniziale, un tumore dell'utero. È il Pap test, un esame citologico capace di rilevare la presenza di cellule trasformate nel collo dell'utero. Un protagonista che sta per uscire di scena, perché la Food and Drug Administration statunitense ha approvato per la prima volta un test alternativo, da utilizzare come esame di screening primario, al posto del Pap test. È l'esame del Dna dei virus del papilloma umano (Hpv) eventualmente presenti. E i sanitari americani lo preferiscono al Pap perché sembra essere molto più accurato e quindi può ridurre i falsi positivi e, di conseguenza, gli accertamenti inutili, l'ansia e anche i costi per la sanità pubblica. Molti medici e

molte associazioni, però, non ci stanno.

Il nuovo test, venduto dalla Roche, è stato convalidato in diversi studi, e può rilevare la presenza di 14 diversi tipi di Hpv (sui circa cento esistenti, non tutti associati a un rischio di tumore), compresi i più temuti, il tipo 16 e il tipo 18. L'ente americano lo raccomanda dopo i 30 anni e prevede, in caso di esito dubbio, un successivo Pap test, per accertare, con l'esame citologico, la presenza o meno di cellule trasformate o ad alto rischio. Ma 17 associazioni di consumatori e donne hanno subito fatto nota-

IL SISTEMA RIPRODUTTIVO FEMMINILE

re che i dati esistenti non sono sufficienti e che il test del Dna va a scalfire un esame che ha garantito la diagnosi precoce per decenni. La Fda, però, ha ribattuto che i numeri ci sono, e che la raccomandazione non è un obbligo: ogni medico, così come ogni donna e ogni ente o centro di salute pubblica, può decidere se seguirla o meno.

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) qualche mese fa ha emanato un apposito documento per mettere in luce i punti più delicati del cambiamento. Tra gli estensori c'è Fabio Parazzini, ginecologo dell'Università di Milano, che evidenzia un'esigenza: «È necessario che vi sia un periodo di transizione, nel quale a tutte le donne che hanno più di 30-35 anni vengano proposti i due test: ciò consentirà ai medici di acquisire familiarità con il nuovo esame, e di abituarsi a mantenere l'approccio alla salute delle pazienti, non limitandosi al solo prelievo di cellule».

Che il test vada eseguito soltanto dopo i 30 anni è una regola su cui nessuna ha dei dubbi: molte giovani entrano in contatto con il papilloma, soprattutto nei primi anni di vita sessuale attiva, ma spessissimo il loro organismo riesce a sconfiggere i virus: eseguire un test per la presenza del Dna virale in ragazze troppo giovani porterebbe inevitabilmente a un enorme numero di falsi positivi.

Resta apertissima la questione dei costi. Per il momento, i due esami hanno prezzi molto diversi: il test del Dna costa tra gli 80 e i 100 euro, mentre il Pap tra i 20 e i 40. Una bella differenza per la sanità pubblica: Ma i molti sostenitori dell'esame genetico sottolineano che ridurre il numero di accertamenti e procedure non giustificate sulla lunga distanza porta a risparmi significativi per la sanità e anche per i cittadini. ■

## Meglio vaccinarsi

**Iniziata su larga scala quattro anni fa, la vaccinazione delle dodicenni italiane contro il papillomavirus, considerata la più efficace prevenzione del tumore della cervice, ha raggiunto una copertura che è stabilmente attorno al 70 per cento.**

**I dati indicano che, per quanto riguarda lo schema completo - tre dosi di vaccino - solo 13 regioni hanno raggiunto la copertura del 70 per cento delle ragazze nate nel 1997. Con una grande varietà da regione a regione.**

**Ma quel 30 per cento che non si sono vaccinate sono tante, e sarà difficile arrivare a immunizzarle. Nonostante l'obiettivo fosse quello di superare il 95 per cento di copertura entro cinque anni dall'avvio, cioè l'anno prossimo.**

**Corte Ue.** Un cittadino può andare oltreconfine se nel proprio Paese le strutture non sono adeguate

# Le cure all'estero sono un diritto

I cittadini dell'Unione europea hanno diritto di recarsi in altri Stati membri e ricevere **cure mediche** se le strutture del Paese di residenza non sono in grado di offrirle per carenza di mezzi. A patto che non si tratti di mancanze strutturali. Sono nel segno della più ampia libertà di ricevere cure mediche senza frontiere nell'Unione europea le conclusioni depositate ieri dall'avvocato generale Cruz Villalón (causa C-268/13, Petru). Si tratta del primo caso di cui è investita la **Corte di giustizia**, che si pronuncerà nei prossimi mesi, sul rapporto tra libera prestazione dei servizi e diritto a cure mediche in uno Stato membro diverso da quello della residenza nei casi di carenza di mezzi nel Paese di origine.

È stato il Tribunale di Sibiu

(Romania) a chiamare in causa, in via pregiudiziale, la Corte Ue. Una cittadina rumena aveva deciso di recarsi in Germania per sottoporsi a un intervento chirurgico necessario per curare la sua malattia. Ad avviso della donna, la struttura sanitaria rumena non aveva materiali sufficienti ad assicurare la buona riuscita di un difficile intervento chirurgico. Tuttavia, le autorità nazionali avevano negato l'autorizzazione a recarsi all'estero. La donna aveva deciso di procedere ugual-

## L'ECCEZIONE

Lo Stato di residenza può negare il rimborso delle spese sostenute solo nei casi di «mancanza strutturale»

mente e aveva chiesto, al rientro in patria, il rimborso delle spese sostenute. I giudici rumeni, prima di decidere nel merito, hanno chiesto alla Corte Ue di fornire alcuni chiarimenti. L'avvocato generale, le cui conclusioni non sono vincolanti per la Corte, parte dalla constatazione che i servizi sanitari rientrano nell'ambito della libera prestazione dei servizi perché hanno carattere economico, anche se impartiti in strutture pubbliche. Questo vuol dire che non solo un medico può recarsi in un altro Stato per svolgere la sua attività, ma che anche un paziente può spostarsi in un altro Paese per ottenere il servizio sanitario. Di conseguenza, un paziente può andare all'estero e porre le spese sostenute a carico del suo sistema sanitario pubblico se il tratta-

mento medico può essere ottenuto, oltre confine, in modo tempestivo. Ora, poiché il diritto Ue non stabilisce una diversità di trattamento in relazione ai motivi invocati dal paziente per valutare se una prestazione possa essere praticata o no in modo tempestivo, anche la carenza occasionale dei mezzi materiali giustifica il diritto di spostarsi in un altro Stato membro e ottenere il rimborso. Questo perché la mancanza di mezzi è da equiparare alla carenza del personale medico: il risultato è lo stesso, ossia un ritardo nella somministrazione delle cure. Detto questo, però, l'avvocato generale innesca la marcia indietro nei casi in cui la carenza di mezzi materiali dipenda da una mancanza strutturale. In questi casi, infatti, lo Stato membro di origine potrà negare l'autorizzazione per gli elevati oneri economici.

**Mar.Ca.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





SALUTE

## Medicina: cambia trend, diminuiscono donne iscritte a Medicina

- 8 punti percentuali in 10 anni

Roma, 19 giu. (Adnkronos Salute) - Cala il fascino del camice bianco tra le donne. In controtendenza rispetto a quanto registrato a cavallo tra gli anni '90 e il 2000, negli ultimi 10 anni (2003-2013) il numero delle donne iscritte alle facoltà di Medicina è sceso di circa 8 punti percentuali. Se nell'anno accademico 2003-2004 la percentuale delle donne iscritte era pari al 61%, nel 2012-2013 è scesa al 53%. Tra gli immatricolati, il sorpasso dei maschi rispetto alle femmine si è registrato nell'anno accademico 2009-2010. E' quanto emerge da un'analisi dei dati del ministero dell'Istruzione, condotta dal gruppo di lavoro Anaa - tutto femminile - politiche di genere in sanità. "I dati emersi dallo studio - spiega Rosella Zerbi, della segretaria nazionale Anaa Asomed, a margine del 23esimo Congresso nazionale dell'Associazione, in corso a Padova - ci inducono a riflettere. Potrebbero essere la conseguenza della combinazione di più elementi, tra cui: lunghezza del corso di studi; rigidità dell'organizzazione del lavoro; difficoltà di conciliazione vita-lavoro". Secondo l'esperta, è però ancora presto per dare giudizi definitivi sul fenomeno. "Dovremmo ancora attendere i prossimi anni - sottolinea - per comprendere se si tratta di un assestamento verso la parità o di un fenomeno passeggero. Malgrado il grande cambio di tendenza però - conclude Zerbi - l'ondata di laureate in Medicina degli ultimi 20 anni, fa sì che il numero dei 'camici rosa' aumenterà in modo consistente, richiedendo quindi un ripensamento dell'organizzazione del lavoro".

i.

Giovedì 19 GIUGNO 2014

## Medicina. Ora si cambia: "Laurea abilitante e scuole di specializzazione per medicina generale". Intervista al presidente del Cun Lenzi

***Tutto prende spunto dalle ultime decisioni del Governo. A partire dall'aumento delle borse di specializzazione in medicina e dalle proposte del Miur e della Salute in materia di formazione pre e post laurea. "Le Università sono pronte al cambiamento", dice Lenzi, "andando anche oltre le proposte del Governo e prevedendo l'accesso diretto all'Esame di Stato dopo la laurea"***

Rivedere gli ordinamenti delle scuole di Specializzazione e innalzare i livelli di formazione post laurea in Medicina generale agli standard universitari. Sono queste le prossime due sfide per la formazione dei medici nei progetti dei ministeri dell'Università e della Salute. I lavori per raggiungerli sono già iniziati e partono, peraltro, da due documenti già approvati lo scorso anno a largo consenso.

Ma non basta, in questa nuova intervista esclusiva ad **Andrea Lenzi**, presidente del Consiglio Universitario Nazionale e della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina, anticipiamo anche alcune novità che potrebbero entrare nei lavori in corso, a partire dalla sua proposta di trasformare la laurea in medicina in "laurea abilitante" per garantire l'accesso diretto all'Esame di Stato. E poi anche il come e il quando saranno attuate le norme che hanno incrementato i posti nelle Scuole di Specializzazione e la proposta del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, di trasformare in Specializzazione anche la formazione in medicina generale.

### **Professor Lenzi, il ministro Giannini ha mantenuto la promessa e incrementato i posti per la Specializzazione. È soddisfatto?**

Sicuramente è stato un piacere constatare la fedeltà del ministro alle promesse fatte. Anzi, l'aumento a 5.000 dei posti per le Specializzazioni è stato un risultato superiore alle aspettative: non solo ha superato di gran lunga i 3.300 previsti per il 2014, ma è andato addirittura oltre i 4.500 posti messi a bando nel 2013. Certo, non possiamo dimenticare che 5.000 resta comunque un numero inferiore alle necessità, dal momento che tra i "residui" degli anni passati e la crescita del numero degli immatricolati sei anni fa e quindi dei laureati nel 2013-14, i candidati alle scuole di specializzazione dovrebbero essere circa 8.000.

L'incremento dei posti è stata comunque una buona notizia e, unito alla [determina Miur](#) per individuare soggetti competenti a cui affidare la predisposizione dei test per l'accesso alle scuole e alla pronuncia definitiva del Consiglio di Stato con le ultime indicazioni sul bando, ha creato tutti i presupposti per effettuare il concorso.

### **Che dovrebbe svolgersi a ottobre, giusto?**

Sì, con grande ritardo rispetto alla data prevista, che era l'inizio del 2014. Ma più che guardare al passato, credo che in questo momento sia importante guardare al presente e al futuro. Speriamo di essere usciti definitivamente dalla fase di emergenza e di poter riprendere a gestire le Scuole di Specializzazione nel modo più corretto.

### **Parliamo del futuro...**

Il ministro Giannini mi ha incaricato di impegnarmi su una attività – richiesta anche dal MEF – per riordinare gli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione, ipotesi di cui si era già parlato in passato e prevista dalla normativa, per la quale si era parlato di ipotesi di accorciamento e accorpamento, ma soprattutto di revisione ordinamentale. Siamo già al lavoro e l'obiettivo è approvare il riordino entro il prossimo ottobre.

### **In che direzione vi muoverete?**

Vi sono tre condizioni fondamentali. La prima è di potere usare come base di lavoro il documento approvato lo scorso anno all'unanimità dalla commissione MIUR che presiedevo e formata dal CUN, da Rettori, da rappresentanti delle Scuole e dagli Specializzandi. Un documento che, per quanto riguarda gli ordinamenti, si muoveva in varie direzioni: revisione di tipologie, classi e aree e durata complessiva, obiettivi formativi, piano didattico, tronco comune, attività professionalizzanti, ma anche rapporti con il SSN, indicatori per la valutazione della attivazione e delle performance delle scuole, scuole per i non laureati in medicina, esame finale nazionale ecc. La seconda necessità è la trasformazione della laurea in Medicina in "Laurea abilitante", che consenta, cioè, di svolgere l'Esame di stato immediatamente dopo la laurea evitando i tempi morti. L'attuale sistema, infatti, prevede che per accedere all'Esame di Stato, il laureato debba, ad integrazione delle attività formative professionalizzanti, acquisire dei crediti anche attraverso alcuni mesi di tirocinio pratico. Alla fine, tra la laurea e l'abilitazione, passano in media 6 mesi. Tempi morti che vogliamo tagliare. La terza imprescindibile condizione è che la rimodulazione degli ordinamenti delle Specializzazioni alla quale stiamo lavorando sia in totale armonia con la normativa europea, così che ai nostri specializzati non siano precluse le opportunità offerte nell'area UE.

### **Che risposta ha ricevuto a queste sue condizioni?**

Ho ricevuto disponibilità da parte del ministro alla quale a questo punto dobbiamo massima collaborazione.

### **Cosa ne pensa, invece, dell'idea del ministro Lorenzin di trasformare la formazione in medicina generale in una vera e propria specializzazione?**

È un'ipotesi che condividiamo. Siamo convinti che gli studi dei medici di medicina generale debbano compiere un passo in avanti migliorando la qualità della preparazione. Questo non significa che i corsi debbano essere svolti presso le università, nessuna sottrazione alle scuole esistenti, ma devono basarsi su standard universitari in termini di obiettivi e numero di crediti formativi. In realtà la proposta del ministro Lorenzin va in linea con quanto già proposto ed approvato al Ministero della Salute da una commissione coordinata dal professor Gianfranco Gensini a cui partecipavo in rappresentanza MIUR e a cui partecipavano i rappresentanti dei MMG e degli ordini dei medici. Allora avevamo approvato all'unanimità un documento che impostava il percorso di studi post laurea in medicina generale su un modello universitario, pur lasciando la gestione delle scuole in medicina generale agli attuali enti regionali. Il modello di Specializzazione proposto dal ministro Lorenzin è un'alternativa interessante e io sono a disposizione come CUN per ogni supporto e da parte nostra non vuole essere una invasione di campo ma solo un supporto dell'università per una formazione migliore.

### **Anche in questo ambito, quindi, dobbiamo aspettarci presto novità?**

Ritengo che ci siano le condizioni per lavorare bene e in fretta, anche grazie alla presenza di due ministre che hanno dimostrato grande spirito di collaborazione e grande pragmatismo.

### **Altre criticità su cui occorrerebbe intervenire?**

Sicuramente il numero di immatricolati dovrebbe essere strettamente legato, per legge, al numero di posti che saranno a disposizione nel Ssn sei anni dopo la data del test di ammissione, cioè a termine del ciclo di studi universitario. Noi laureiamo il 90% degli iscritti, grazie al numero programmato ed alla frequenza obbligatoria, però, come avevamo detto nel corso della [nostra intervista di poche settimane fa](#), è inutile laureare 9mila medici se poi il Ssn non è in grado di assorbirli.

### **Una programmazione che dovrebbe essere scontata, ma che invece sembra impossibile da realizzare...**

Non è vero, perché in realtà fino a qualche anno fa era così: si laureavano 6 mila giovani colleghi per i

quali erano a disposizione circa 1.000 posti nelle scuole di formazione in medicina generale e 5.000 nelle scuole di Specializzazione. Purtroppo, però, successivamente il numero di immatricolati è cresciuto, fino a raggiungere gli oltre 10.000 nel 2014, ma questo incremento non è stato affiancato da un altrettanto consistente incremento delle due alternative post laurea. Le dirò di più, non solo le immatricolazioni dovrebbero essere proporzionate ai posti disponibili nelle scuole di formazione post laurea, ma probabilmente bisognerebbe riproporzionare i posti nelle Scuole di Specializzazione e nelle scuole di Medicina generale, prevedendo, ad esempio, su 9.000 laureati una ripartizione di 5-6.000 nelle Scuole di Specializzazione e 4-3.000 nelle scuole di medicina generale debitamente rafforzate. Se è vero che, per rispondere alla nuova domanda di salute e rendere il sistema sanitario più sostenibile, dobbiamo rafforzare il territorio, questo potenziamento, numerico oltre che qualitativo, della formazione in medicina generale è inevitabile. Di questo però si deve occupare la programmazione sanitaria regionale e nazionale e quindi io qui parlo più da cittadino in quanto altri sono i decisori e gli esperti.

***Lucia Conti***

**NOI&VOI**

OGNI PERSONA HA I PROPRI DIRITTI E DOVERI

19 GIU 2014

**Aifa e Iss commissariato 10 domande a LORENZIN**

[Tweet](#) [Mail](#) [Stampa](#)

Due delle più importanti strutture che tutelano la salute degli italiani, l'Istituto superiore di Sanità e l'Aifa (Agenzia italiana per il farmaco), sono in piena bufera. Sul primo pende il commissariamento annunciato dalla ministra Beatrice **LORENZIN**, a causa dei bilanci in rosso registrati per due anni consecutivi, mentre sull'Agenzia si è abbattuto lo scandalo Roche-Novartis, le multinazionali accusate di un presunto accordo per far pagare un farmaco più costoso contro la maculopatia. Sta di fatto che l'Antitrust ha punito le due aziende con una multa complessiva di 180 milioni di euro e che il ministero chiede un risarcimento danni per 1,2 miliardi di euro. Inoltre la Soi, Società oftalmologica italiana, attacca duramente l'Aifa perché con le sue ultime decisioni metterebbe a rischio la salute di migliaia di persone.

Su queste vicende, ecco dieci domande alla ministra Beatrice **LORENZIN**.

Commissariamento dell'Iss.

- 1) L'Iss ha avuto una perdita di 26 milioni di euro nel 2011 e di poco più di 4 milioni per il 2012: era proprio necessario il commissariamento, cosa mai accaduta in 25 anni?
- 2) Vista l'entità del disavanzo non era meglio ripianare economicamente la situazione, dato che negli anni di difficoltà era stati apportati dei tagli notevoli, come sostiene la Flc CGIL?
- 3) Perché far decadere i vertici dell'Iss a poco più di un anno dal loro incarico? Sono stati incapaci? E quanto durerà il commissariamento?
- 4) I buchi di bilancio registrati dalla Corte dei Conti risentono anche dei cospicui investimenti per la ricerca sul vaccino contro l'Aids, che dopo 16 anni di studi ancora non avrebbe portato risultati? Si tratta di soldi buttati? E chi finanzia ancora le ricerche?
- 5) Beatrice **LORENZIN** dice di voler riorganizzare l'ente. Essendo l'Iss la più preziosa struttura per la ricerca pubblica in Italia, la ministra vuole favorire l'ingresso delle aziende farmaceutiche all'interno dell'Istituto? E se sì, perché?

L'Aifa e il caso Avastin/Lucentis.

- 1) L'Aifa ha sempre detto no all'uso off label (al di fuori delle indicazioni ufficiali) del farmaco Avastin contro la maculopatia. Perché adesso ci ha ripensato facendolo rientrare, anche se limitatamente, tra quelli rimborsabili dal Ssn? L'Aifa smentisce se stessa?
  - 2) Se i farmaci Avastin e Lucentis (della Roche e della Novartis) erano equivalenti dal punto di vista degli eventi avversi e della pericolosità (secondo la Soi), perché è stato favorito quello più costoso?
  - 3) Se l'Aifa ha agito bene, per quale motivo il ministero (da cui dipende l'operato dell'Agenzia) ora chiede 1,2 miliardi di euro di danni alle farmaceutiche?
  - 4) Se invece si sente danneggiato, perché il ministero non ne chiede conto all'Aifa? Lo ha fatto la ministra nei confronti del direttore Pani?
  - 5) Qualcuno pagherà per questo, presunto, danno? Se l'Istituto di sanità viene commissariato per un buco di 30 milioni di euro, cosa ha intenzione di fare la ministra nei confronti dell'Aifa che con le sue decisioni avrebbe permesso un aggravio di spesa di 540 milioni di euro nel 2013 e 615 (presunti) nel 2014?
- (Come potete leggere uso il condizionale e mi riferisco ad un presunto danno: se viene accertato, qualcuno della Sanità pubblica deve renderne conto. Se invece non c'è "cartello", il ministero farà una pessima figura per aver chiesto un risarcimento esorbitante).

Scritto in **Senza categoria** | [Un Commento](#) »

## UN COMMENTO



**fabio2** 19 giugno 2014 alle 18:31

Non sono d'accordo per commissariare ISS per una bazzecola, mentre da commissariare sarebbe AIFA per la sua politica assssservita. Certo che Renzi ha sbagliato a rinominare la **LORENZIN**, troppi casini: Stamina, sperimentazione legiferata a maggioranza e bloccata, nominare comitati di parte bocciati, comitati da nominare in tempi brevi e da mesi ancora evanescenti, Roche-Novartis e non solo. Per una volta sono d'accordo col M5S. <http://www.ilfattoquotidiano.it/2014/06/18/m5s-presenta-mozione-di-sfiducia-per-il-ministro-LORENZIN-incompetente-e-disattenta/1031849/>

Fabio2

LASCIA UN COMMENTO



di Guglielmo Pepe

## RICERCA NEL BLOG

## CALENDARIO

GIUGNO: 2014

L	M	M	G	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						
<a href="#">« mag</a>						

## DIVENTA FAN

## GLI ALTRI BLOG

**Lessico e Nuove**  
di Stefano Barazzaghi

**Storie dell'altro emisfero**  
di Pietro Veronese

**Zig-Zag**  
di Giovanni Scipioni

**Un libro in più**  
di Leopoldo Fabiani

**The view from Rome**  
di Kay Wallace

**Social Party**  
di Tiziano Toniutti

**Primavera Africana**  
di Shukri Said

**Playground**  
di Jaime D'Alessandro

**Pane nostrum**  
di Licia Granello

**Movimenti**  
di Carmine Saviano

**Mondo Sanità**  
di Michele Bocci

**Ma io mi domando e dico**  
di Gioele Dix

**Il pulicione**  
di Angelo Carotenuto

**Il richiamo della foresta**  
di Margherita D'Amico

**Grip**  
di Marco Mensurati

**Per centualmente**  
di Rosaria Amato

**MediaTrek**  
di Ernesto Assante

**Post Teatro**  
di Anna Bandettini

**Libero scambio**  
di A. Bisin & A. De Nicola

**Bloooog!**  
di Fabrizio Bocca

**Europe**  
di Andrea Bonanni

## **ANTEPRIMA Commissariamento Iss, Garaci: «Si guardi il bilancio globale: in realtà c'è un avanzo di 1 e 23 milioni»**

19 giugno 2014

Dopo l'intervento di Monica Bettoni ([VEDI](#)), direttore dell'Istituto di Sanità negli anni esaminati dalla Corte dei conti - 2011 e 2012 - e trovati in disavanzo, risponde all'ipotesi di commissariamento avanzata dal ministro Lorenzin ([VEDI](#)), l'allora presidente dell'Iss, Enrico Garaci.

*Apprendo dalla stampa che in questi giorni è stata avviata la procedura di commissariamento dell'Istituto Superiore di Sanità come conseguenza di un disavanzo di bilancio che sarebbe avvenuto negli anni 2011 e 2012, periodo nel quale ero Presidente. Non viene però evidenziato che quel saldo negativo, rispettivamente di 26 milioni nel 2011 e circa 4 milioni nel 2012 era ampiamente compensato da un avanzo di gestione rispettivamente di 27 milioni e di 27,400 milioni. Quindi se esaminiamo globalmente il bilancio non c'è un conto in "rosso" per i due anni in questione, ma semmai un residuo attivo di 1 milione per il 2011 e di 23,400 milioni per il 2012.*

*E' altrettanto vero che non ci deve essere un disavanzo di competenza, come sottolinea la magistratura contabile, ma quasi tutte le istituzioni utilizzano per i propri bilanci l'avanzo di gestione dell'anno precedente, accertato attraverso l'approvazione del relativo consuntivo.*

*Se ci fosse stato un saldo negativo, infatti, mi chiedo come questo bilancio avrebbe potuto essere approvato, come di fatto è avvenuto, dagli organi di controllo del collegio dei revisori e dai Ministeri vigilanti: Ministero della Salute e Ministero dell'Economia.*

*Si tratta, inoltre, di un bilancio ottenuto a fronte della forte riduzione del finanziamento pubblico avvenuto in quel periodo in cui la "spending review" ha fortemente penalizzato il meccanismo di finanziamento dell'Istituto che, nonostante tutto, non ha smesso mai di tutelare la salute pubblica e non ha fatto mai venir meno la sua funzione di ricerca e di supporto del Ssn.*

*Fin qui una doverosa puntualizzazione sulle cifre. Ma serve anche fare qualche considerazione più ampia.*

*Credo, infatti, che il valore della relazione della magistratura contabile stia nella necessaria riflessione che va fatta per il futuro, nel suo valore di richiamo a una gestione che deve tener conto del nuovo contesto economico*

*in cui si trova il Paese. Ma si tratta anche di una riflessione che rimanda però a una questione fondamentale: il futuro che si vuole assicurare a questo ente e alle sue importanti funzioni.*

*Se, infatti, si riduce ancora il finanziamento pubblico e si annulla o si diminuisce l'avanzo di gestione il bilancio non diventerà più compatibile nei prossimi anni. Da qui l'invito a contenere i costi, tanto è vero che il disavanzo passa dal 2011 al 2012 da 26 milioni a 4 e ad aumentare l'attività convenzionale. Quest'ultima è già ampiamente sviluppata e può essere ancora incrementata ma bisogna vigilare che questa attività non faccia derogare le funzioni istituzionali dell'ISS.*

*Per le funzioni così delicate ed importanti che questo Ente svolge sul tema della salute pubblica e della ricerca Sanitaria il finanziamento pubblico dovrebbe essere più consistente, altrimenti si rischia di svilire la sua natura più profonda e la sua indipendenza grazie alla quale svolge le sue funzioni di tutela della salute pubblica.*

*Ho guidato l'ISS per 12 anni e di ciò ne sono particolarmente orgoglioso. Posso testimoniare che in questo periodo pur a fronte di tante emergenze sanitarie ha sempre assolto in maniera corretta alle sue funzioni istituzionali grazie alla qualità e alla competenza del suo personale tecnico scientifico ed amministrativo di cui non posso che lodare il massimo impegno.*

*Disperdere il patrimonio di questo istituto, che non è solo professionale ma anche umano, costruito da persone e competenze con una vocazione etica e scientifica al bene comune di cui sono stato testimone, invece che rinnovarlo e valorizzarlo, potrebbe essere un'occasione persa per il nostro Paese.*

***Enrico Garaci***  
*già presidente Iss*

## **LANZETTA, NEL NUOVO PATTO 3,7 POSTI LETTO OGNI 1000 ABITANTI**

(ASCA) - Roma, 19 giu 2014 - Il nuovo patto per la salute 2014-2016 contiene l'indicazione programmatoria e organizzativa degli standard dei posti letto ospedalieri, che le Regioni devono attuare per una razionalizzazione strutturale della rete ospedaliera, "con una riduzione del numero di posti letto dall'attuale standard del 4 per 1000 abitanti al 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo, come riferimento, un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni". Lo ha spiegato il ministro per gli Affari regionali, Maria Carmela Lanzetta, rispondendo al question time alla Camera. Lanzetta ha poi evidenziato che il nuovo patto prevede "di realizzare un'azione di programmazione in ambito territoriale, con il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, attraverso cui sarà possibile affrontare efficacemente anche i temi dell'invecchiamento e delle cronicità e così garantire la sostenibilità futura dei sistemi sanitari; aumentare le competenze in ambito clinico ed assistenziale dei servizi residenziali e domiciliari, per affrontare in questi contesti le problematiche di salute ora di competenza degli ospedali". Il nuovo patto, ha concluso Lanzetta, deve "provvedere al riordino delle cure primarie, per sviluppare anche la "sanità di iniziativa", orientata alla promozione attiva della salute, attraverso la prevenzione e l'educazione ai corretti stili di vita".

## **ALL'ONU GLI ESPERTI CERCANO MISURE CONTRO EPIDEMIA OBESITA'**

### **RIUNITO PANEL; CALABRESE, DATI SCIENTIFICI PER SCEGLIERE BENE**

(ANSA) - NEW YORK, 19 GIU - Tasse sulle sigarette, bollini rossi sui cibi per distinguere cio' che e' sano da quello che non lo e'. Se ne e' parlato oggi alle Nazioni Unite dove esponenti di Ong, della societa' civile e del mondo accademico si sono riuniti al capezzale di un Pianeta dove 36 milioni di persone muoiono ogni anno per le cosiddette NCD, le malattie non trasmissibili (obesita', diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, cancro): una vera e propria epidemia che il segretario generale Ban Ki moon ha definito un'emergenza di salute pubblica al rallentatore. "La tendenza di oggi e' in favore della regolamentazione, servono invece dati scientifici precisi, solidi, concreti prima di prendere qualsiasi decisione", ha detto il medico italiano Giorgio Calabrese, professore all'universita' Federico II di Napoli nel corso della riunione convocata in vista di un importante vertice ad alto livello dell'Assemblea Generale a New York il 10 e 11 luglio. Da nutrizionista, Calabrese ha affrontato in particolare la piaga dell'obesita'. Il mondo scientifico - ha osservato - concorda che e' un problema derivato da vari fattori tra cui la genetica, l'eccessiva assunzione i calorie e l'assenza di movimento; negli ultimi anni tuttavia c'e' stata una tendenza crescente a usare indicatori privi di base scientifica e a demonizzare ingredienti individuali come il grasso, il sale o lo zucchero senza considerare che ci sono tecniche di cottura che possono ridurre la qualita' nutritiva di qualsiasi alimento. Il focus dovrebbe essere dunque sull'educazione dei consumatori alla moderazione e all'attivit  fisica e, in parallelo, su uno sforzo da parte del mondo scientifico di definire parametri clinici standard: negli ultimi 15 anni, ha osservato Calabrese, la scienza medica ha modificato i confini tra il sano e il non sano e "milioni di persone nel mondo si sono svegiate un giorno scoprendo di essere diventate a rischio" perche' la soglia per esser considerati sovrappeso era stata abbassata da un indice di massa corporea di 27,8 per gli uomini e 27,3 per le donne a 25 per entrambi i sessi. "Un handicap sociale e' improvvisamente diventato una malattia", ha aggiunto l'esperto italiano secondo cui lo stesso problema di validita' scientifica e' emersa con la bozza di linee guida dell'OMS sulle dosi quotidiane di assunzioni degli zuccheri che dovrebbero essere abbassate ulteriormente al 5%: una raccomandazione che la stessa organizzazione mondiale per la sanita' ha ammesso basata su basi scientifiche "basse" o perfino "molto basse".

# Sulla dieta mediterranea all'Onu si rischia lo scontro

## Malattie non contagiose: si discute sulla prevenzione

PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

**L**e malattie non contagiose sono diventate la prima emergenza sanitaria mondiale, e l'Onu ha deciso di mobilitarsi per combatterle. Questo sforzo positivo, però, rischia di diventare anche un terreno di confronto fra potenti lobby, che ci interessa direttamente perché potrebbe mettere in discussione la validità della dieta mediterranea e la valutazione di molti prodotti della tradizione alimentare italiana.

### STILI DI VITA

I soli interventi possibili su fumo, alimentazione e attività fisica: ma come?

Ieri al Palazzo di Vetro si è svolta una sessione informale per discutere il problema delle «Non-communicable diseases», ossia le malattie non trasmissibili come cancro, diabete, disturbi cardiovascolari, problemi cronici dell'apparato respiratorio e obesità. L'obiettivo della conferenza, guidata dal presidente dell'Assemblea generale John Ashe, era ascoltare gli esperti della società civile, in vista di un incontro ad alto livello che si terrà a metà luglio e dovrà varare invece un documento operativo.

Oleg Chestnov, assistente direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha spiegato le dimensioni dell'emergenza, dicendo che «ogni anno 40 milioni di persone muoiono a causa di queste malattie». L'ambasciatrice americana Sally Cowal ha aggiunto che «il loro costo per la comunità internazionale è stimato in 47 trilioni di dollari nei prossimi due decenni. Le cure mediche non sono sufficienti ad affrontarle, anche perché hanno costi molto ele-



FUCKR/GETTY

### L'emergenza planetaria

Le malattie non trasmissibili sono cancro, diabete, disturbi cardiovascolari, problemi dell'apparato respiratorio e obesità

### LA POLEMICA SUI METODI

Il nutrizionista Calabrese: «Demonizzati gli ingredienti della tradizione italiana»

vati, difficili da sostenere nei Paesi in via di sviluppo che sono più colpiti. Quindi bisogna agire sulla prevenzione», cioè sugli stili di vita, con particolare attenzione dedicata all'uso del tabacco, la dieta e l'attività fisica.

Su queste linee in generale c'è accordo, ma i problemi nascono quando si entra nel dettaglio di come affrontarle. Il professore Giorgio Calabrese, nutrizionista dell'Università di Napoli Federico II, ha avvertito: «Negli ultimi anni c'è stata una tendenza crescente a utilizzare indicatori che non hanno basi scientifiche, e demonizzare specifici ingredienti, come il grasso, il sale o lo zucchero, senza considerare che ci sono tecniche per cucinare che possono ridurre la qualità nutritiva di ogni cibo».

In altre parole, «un conto è mangiare una pasta con la salsa di pomodoro, e un altro

la carbonara; un conto è bollire le pietanze, un altro è friggerle». Il rischio è che si punti il dito contro alcuni ingredienti, senza considerare che una distinzione fondamentale sta nelle quantità e nelle modalità con cui vengono preparati. Questo può portare a sconsigliare di mangiare prodotti della tradizione italiana tipo il parmigiano, e magari dare via libera alla Coca Cola diet, sulla base di valutazioni arbitrarie o discutibili: «La stessa Who riconosce che le prove scientifiche usate per le linee guida sul consumo quotidiano di zucchero sono basse o molto basse».

Un altro problema per Calabrese riguarda «la creazione di una nuova legione di pazienti, abbassando la soglia di cosa è considerato "salutare", così che milioni di persone ora sopportano il peso di una ma-

lattia che in realtà non esiste». Si riferisce ad esempio all'abbassamento della

soglia della pressione da 90-140 a 80-120, del glucosio nel sangue da 150 a 126, del cole-



■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

sterolo da 250 a 220, del body mass index da 27,8 e 27,3 a 25. «Il sospetto - spiega il professore - è che dietro queste scelte ci sia la pressione delle aziende farmaceutiche che producono le medicine per curare queste malattie», ma una prevenzione corretta va fatta solo sulla base di «dati scientifici solidi e affidabili».

## L'infiammazione non sempre vien per nuocere: può anche prevenire le malattie metaboliche

*I ricercatori dell'UT Southwestern Medical Center ritengono che un po' di sana infiammazione nel tessuto grasso, anziché favorire l'obesità e l'insorgenza delle malattie metaboliche può invece prevenirle*



Quando si parla di infiammazione cronica dei tessuti si fa riferimento all'obesità e alle malattie metaboliche come, per esempio, la sindrome del fegato grasso o l'intolleranza al glucosio. Una situazione che pertanto **può mettere in serio pericolo la salute delle persone**.

Un'infiammazione cronica organica è anche stata associata al rischio di cancro.

Ma, forse, l'infiammazione non sempre viene per nuocere; anzi, secondo i ricercatori dell'Università del Texas (UT) Southwestern Medical Center, un po' di "sana" infiammazione potrebbe invero proteggere e prevenire proprio le malattie metaboliche.

«C'è un qualcosa come l'infiammazione "sana", che sta a significare un'infiammazione che **permette al tessuto di crescere** e ha benefici complessivi sul tessuto stesso e tutto il corpo – spiega il dott. Philipp Scherer, direttore del Touchstone Center for Diabetes Research e Professore di Medicina Interna e Biologia Cellulare presso l'UT Southwestern – Lo stesso principio si applica anche al muscolo: l'esercizio fisico causa una qualche infiammazione nel tessuto, ma porta anche ad avere muscoli più forti e, di conseguenza, un organismo sano».

Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Cell Metabolism* e mostra che la soppressione dell'infiammazione nel tessuto grasso causa una riduzione dell'espansione del grasso facendo restare magri i modelli animali, anche quando vengano alimentati con una dieta ricca di grassi. Tuttavia, come scoperto da Scherer, la dott.ssa Ingrid Wernstedt Asterholm e il loro team, la riduzione del tessuto grasso **non ha portato a miglioramenti del metabolismo** e una minore incidenza delle malattie metaboliche ma, inaspettatamente, i topi magri hanno mostrato sintomi proprio di malattie metaboliche, come l'intolleranza al glucosio.

Secondi i ricercatori, questo risultato potrebbe essere una sana conseguenza dell'espansione del tessuto grasso che, quando avviene, **assorbe i lipidi in eccesso**, impedendo a essi di depositarsi in altri tessuti come il fegato. Nei modelli animali che hanno invece mostrato i sintomi della sindrome del fegato grasso, questi erano causati da accumulo di grasso nelle cellule del fegato, e a un intestino permeabile a seguito della rottura della parete intestinale.

«Ciò che la nostra ricerca dimostra è che abbiamo bisogno di una qualche infiammazione localizzata per rimodellare il nostro tessuto adiposo e **per prevenire le malattie metaboliche** come il fegato grasso – sottolinea Asterholm – Questa scoperta potrebbe spiegare in parte perché i farmaci antinfiammatori non hanno finora avuto successo come trattamenti anti-diabetici. Gli effetti di interventi che promuovono l'infiammazione locale di basso livello nel tessuto adiposo restano da determinare».

Altri collaboratori allo studio sono stati i dottori Caroline Tao e Thomas Morley dell'UT; la dott.ssa Qiong Annabel Wang e il dottor Zhao Wang. La ricerca è stata sostenuta dal National Institutes of Health, la Throne-Holst Foundation, il Swedish Research Council, VINNOVA, il NovoNordisk Excellence Project Award, l'American Heart Association e l'American Diabetes Association.

<http://www.lastampa.it/2014/06/20/scienza/benessere/salute/infiammazione-non-sempre-vien-per-nuocere-pu-anche-prevenire-le-malattie-metaboliche-Z0gW4m9yAEtD0jyELumvKL/pagina.html>

In G.U. n. 26 la sentenza n. 162/2014 della Consulta

# L'eterologa è reale

## Sbloccate le prime liste di attesa

DI BEATRICE MIGLIORINI

**L**a fecondazione eterologa diventa tangibile. E crescono le liste di attesa, ponendo un freno al fenomeno di migrazione delle coppie (si veda *ItaliaOggi* del 11 giugno 2014). Da ieri, infatti, è possibile usufruire anche in Italia di tecniche di fecondazione medicalmente assistita di tipo eterologo, a seguito della pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* serie Corte costituzionale n. 26, di mercoledì 18 giugno, della sentenza n. 162/2014 con cui è stato dichiarato illegittimo il divieto, contenuto nella legge n. 40/2004, di ricorrere a tecniche eterologhe. La pubblicazione in *G.U.* era, infatti, l'ultimo passaggio atteso dalle coppie che desideravano ottenere le cure necessarie restando in Italia. Da ieri, dunque, le liste di attesa che, all'indomani della notizia della sentenza, si sono create nei centri di Pma potranno cominciare a essere smaltite e le coppie interessate non saranno più costrette a migrare all'estero per ottenere

l'assistenza necessaria. «Gli esperti di fecondazione medicalmente assistita segnalano che sono migliaia le richieste di accesso alla tecniche da parte di coppie sterili che, pur avendo contattato centri di fecondazione assistita stranieri, hanno deciso di procedere in Italia», ha sottolineato il segretario dell'associazione Luca Coscioni, **Filomena Gallo**, «in alcuni centri, inoltre, tante coppie che hanno già avuto gravidanze sono disposte a donare, con l'anonimato e gratuitamente, i propri gameti al momento crioconservati, per aiutare altre coppie ad avere un bambino». Ci sono già e sono applicabili alla fecondazione eterologa, infatti, le disposizioni sulla donazione ma, in relazione al numero, invece, la Consulta considera possibile un aggiornamento delle linee guida. Ed è questo l'ultimo tassello che manca per completare il quadro. La Consulta, nel dichiarare l'illegittimità del divieto, ha, infatti, evidenziato come la pronuncia non determini un vuoto normativo, poiché la

legge n. 40 contiene specifiche norme che regolamentano i profili più rilevanti conseguenti al ricorso alla fecondazione eterologa, già disposti in previsione di casi di ricorso alle pratiche all'estero da parte di cittadini italiani. Questo è anche il contenuto della richiesta bipartisan inoltrata al governo da parte di alcuni esponenti del senato, secondo cui «è necessario aggiornare le linee guida sulla procreazione medicalmente assistita per consentire in sicurezza e trasparenza la fecondazione eterologa anche in Italia. Deve essere istituito un archivio nazionale che consenta la tracciabilità dei donatori e dei riceventi garantendo così un sistema che assicuri la piena gratuità della donazione. Sono, infine, necessari», ha evidenziato **Laura Puppato** (Pd), «precisi protocolli medico-sanitari che garantiscano la dovuta sicurezza per la salute dei pazienti nell'effettuare le donazioni, in particolare garantendo il rispetto dei requisiti medico-sanitari del donatore di cellule riproduttive».



Il caso

PERSAPERNE DI PIÙ  
 www.salute.gov.it  
 www.ausl.mt

# Fecondazione eterologa al via nel caos

MICHELE BOCCI

**I**CENTRI privati partono con i trattamenti, le Regioni studiano linee guida e deliberano, il ministero della Salute sottolinea di essere l'unico titolato a fare atti sul tema. Ieri è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la sentenza della Corte Costituzionale che ha fatto cadere il divieto all'eterologa e il sistema sanitario si presenta già disunito. Si sta riproponendo lo schema che accompagna da sempre la procreazione medicalmente assistita (pma), con i privati più avanti per quantità di centri attivi e di casi seguiti rispetto al servizio pubblico. Molte Regioni si stanno attivando per capire come regolare la materia e dare disposizioni ai centri pubblici. La Toscana, ad esempio, mira a inserire l'eterologa nei lea, i livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini. Il ministro Beatrice Lorenzin stoppa subito eventuali scatti in avanti sottolineando come si stia parlando di una legge nazionale. «Non è possibile che ognuno faccia quello che gli pare su questo tema. Saremo noi a predisporre gli atti necessari per il rispetto della sentenza». Ci sono da regolare temi come la gratuità degli esami per i donatori, l'eventuale rimborso spese e l'anonimato di chi mette a disposizione ovociti o gameti. In una mozione bipartisan di senatori Pd e Forza Italia si chiede proprio al Governo di «aggiornare subito le linee guida sulla pma per consentire in sicurezza e trasparenza l'e-

**LA GIORNATA**

terologa anche nel nostro Paese. Previo accordo con le Regioni, va inserita nei lea, e deve essere creato un archivio per assicurare la gratuità della donazione».

I privati, sulla base della sentenza immediatamente esecutiva vanno per la loro strada. «Nel giro di un mese partiamo con i primi trattamenti», assicurano dai centri che non rispondono ai sistemi sanitari regionali. È il caso dell'Istituto Hera di Catania. Il direttore dell'unità di medicina della riproduzione, Antonino Guglielmino, spiega che ci sono decine di donne che aspettano di fare l'eterologa in Sicilia e saranno chiamate nei prossimi

giorni. «Intanto contattiamo le donatrici, tra le pazienti del passato che hanno lasciato ovociti in soprannumero nei nostri congelatori». Stessa cosa avviene a Bologna, al centro Simer. «Abbiamo 200 ovociti di ex pazienti da parte — spiega Luca Gianaroli, direttore scientifico — Il 60% delle donne hanno già dato il via libera alla donazione. Il costo sarà inferiore ai 3.800 euro dell'omologa. Cercheremo di riproporre uno schema che facevamo prima della legge 40 e prevede l'incrocio di donazioni tra coppie». Elisabetta Coccia presidente di Cecos, associazione che raccoglie 20 centri privati o convenzionati, spiega che ci sono 7-800 coppie che «avranno consulenze per iniziare il percorso dell'eterologa». Ma c'è anche una realtà pubblica che parte subito. Si tratta del centro di riproduzione dell'ospedale di Cattolica in Emilia-Romagna. «Entro fine mese iniziamo le visite — dice il direttore Carlo Bulletti — Abbiamo due coppie, una ha bisogno di gameti maschili e l'altra dell'ovocita. Faranno donazioni incrociate. Il costo? Quello del ticket, tra 4 e 500 euro».

Lorenzin: «Dopo la Consulta, presto nuove linee guida. No all'anarchia»



# “Noi, figli di una magia nata dalla generosità di due signori spagnoli”

## LA STORIA

CATERINA PASOLINI

«OGNI tanto mi guardo allo specchio con attenzione e penso. Cerco di capire a chi somiglio. Mi immagino quella donna da cui forse ho preso la forma degli occhi e quel signore che magari ha il mio stesso colore di capelli. Poi lascio perdere, non ho tempo, devo studiare per gli esami di terza media. E poi c'è mamma che mi chiama per andare a mangiare e babbo che con mio fratello Felipe già aspetta a tavola. Loro sono la mia famiglia. Io sono figlia del desiderio di chi mi ha cresciuta, una combinazione unica e speciale, se i miei genitori non mi avessero voluta così tanto non sarei qui. Anche perché quelli che hanno aiutato a farmi nascere non si conoscono neppure tra loro, non sanno che esisto».

Sono passati 14 anni da quando Stella è venuta al mondo, 10 da quando è nato Felipe, anche lui

frutto di una doppia eterologa in Spagna, perché i loro genitori, bolognesi sposati da anni, non riuscivano a portare a termine una gravidanza e non volevano trasmettere malattie genetiche che portano alla cecità. Angelo e Patrizia, diversamente dalla maggior parte delle coppie che in Italia mantiene rigorosamente segreto, hanno preferito dire subito la verità ai figli. Consci — lei psichiatra e lui psicologo — che il non detto pesa, che i segreti creano barriere.

«Già da quando ero piccolina la mia mamma, che mi ha tenuto in pancia nove mesi, ha cominciato a raccontarmi dei figli che nascono dal cuore, del medico mago spagnolo che aveva fatto la magia, di una signora e di un signore gentili che avevano regalato un pezzetto di se stessi perché venissi al mondo. Mi sembrava una fiaba, non ci ho dato tanta retta, avevo le bambole con cui giocare».

Da allora sono passati anni e a guardarla assomiglia molto nei gesti, nelle espressioni del viso a chi l'ha tanto voluta. Ma il rapporto con la sua nascita, ora che è adolescente, è cambiato. Il disinteres-

se ha lasciato il posto a mille domande.

«Negli ultimi tempi sono più curiosa delle mie origini. Ho voluto sapere se si conoscevano ed erano sposati i due che hanno regalato uova e seme. Ma no, non si sono mai visti, a mettere insieme i loro regali è stata solo la volontà dei

miei genitori. Più che in passato ora mi viene voglia di sapere come sono fisicamente, se gli somiglio. Ma resterà un desiderio, so che non li potrò mai conoscere, in Spagna il donatore è segreto, e questo a volte mi scoccia ma non è un problema. Forse se non avessi un padre o una madre sentirei qualche mancanza, ma i genitori li ho tutti e due in casa e ben presenti, glielo assicuro. Certo, qualcosa avrò preso da chi mi ha regalato un pezzetto di sé, ma il carattere, quello che sono oggi, credo di doverlo a chi mi ha tenuto in pancia nove mesi, a chi mi ha cresciuto e sgridato. A volte metto il muso come la mamma, ma la grinta l'ho presa tutta da mio padre. Io mi sento figlia di chi mi sveglia la mattina e mi dice di smetterla di stare troppo al telefono con le amiche di scuola, che sanno tutto della mia nascita ma non è un argomento di conversazione. Abbiamo ben altro da dirci».

Anche suo fratello Felipe è nato con un doppio regalo. E lui, più piccolo, bruno dalle ciglia lunghe, un concentrato di energia che schizza da una partita di basket alla batteria, pare ancor meno interessato alle sue origini biologiche. «Si si la storia del mago, il semino, l'uovo, il regalo», ripete annoiato a macchinetta. «Io so solo che il medico che mi ha fatto nascere sono andato a trovarlo a Barcellona, che in Spagna mi trovo bene, che mi abbronzio facile e non mi brucio forse proprio perché io vengo da lì, ma i capelli li ho presi dal mio papà», dice indicando babbo Angelo che se lo guarda intenerito ed esausto dopo aver cercato di fargli fare i compiti.

## IN EDICOLA



### IL MAGAZINE

Gara del secolo tra i capi di Facebook e Google: "Mark contro Larry" è il servizio di "D" in edicola domani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“

Io sono qui per il desiderio dei miei genitori. Fin da piccola sapevo tutto, era come una fiaba. Ora ho 14 anni e somiglio a papà e mamma

”



[News](#) | [Economia](#) | [Mytech](#) | [Scienza](#) | [Società](#) | [Cultura](#) | [Sport](#) | [Foto](#) | [Video](#) | [Blog](#) | [Icon](#) | [Magazine](#)

[Salute](#) | [Dieta](#) | [Spazio](#) | [Animali](#) | [Green](#)

**STORIE** ▶ [Brasile 2014, 100 anni dalla Grande Guerra, PITTI UOMO 86, Panorama Unplugged](#)

**IN EVIDENZA** • [Il Mondo in Primo Piano](#) | [Mobile&App](#) | [Panoramauto](#) | [Giochi](#) | [Oroscopo](#) | [English](#) | [Instant Book](#)

Home - [Scienza](#) - [Salute](#) - **Sanita': Medici su Iss, commissariamento atto dovuto**

## ■ Sanita': Medici su Iss, commissariamento atto dovuto

"Un atto dovuto". Così i rappresentanti dei principali sindacati della dirigenza medica, commentano l'intenzione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, di commissariare l'Istituto superiore di sanità

18-06-2014 16:33



TAG: [ADNKRONOS](#)

di [ADNKRONOS](#)

- Padova, 18 giu. (Adnkronos Salute) - "Un atto dovuto". Così i rappresentanti dei principali sindacati della dirigenza medica, commentano l'intenzione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, di commissariare l'Istituto superiore di sanità (Iss), a seguito dei disavanzi registrati dalla Corte dei conti, relativi agli anni 2011 e 2012: nello specifico, 26 mln nel 2011 e 4 l'anno successivo.

"Lo impone la legge", spiega Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, a margine del 23simo Congresso nazionale dell'Associazione, in corso a Padova. "Di fronte a due bilanci consecutivi in disavanzo, è un atto dovuto". Dello stesso avviso anche Roberto Lala, segretario nazionale Sumai (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana): "Per quanto attiene la normativa vigente, è un atto dovuto. Il ministro non è che ha molte scelte. Si faranno le indagini che si dovranno fare e si vedrà se quello del commissariamento è il percorso giusto da seguire", precisa.

Per il presidente della Cimo Asmd, Riccardo Cassi, la vicenda dell'Iss rappresenta "l'ennesimo buco di questo Paese. Sono d'accordo col ministro Lorenzin sulla necessità di riorganizzare [Aifa](#), Agenas e Iss", aggiunge. Secondo il numero uno di Cimo Asmd, questa "può essere l'occasione per dare un impulso al Paese".

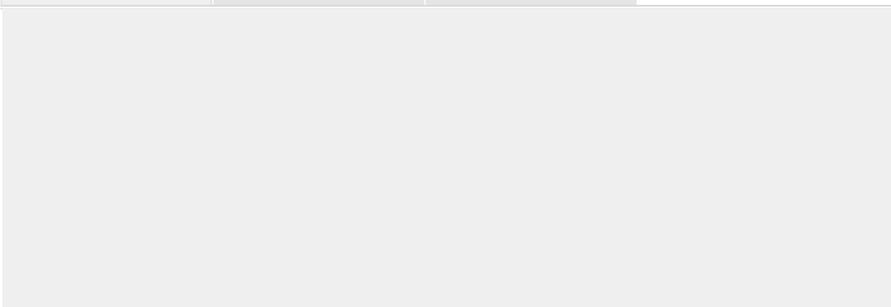
VAI A: [BLOG](#) | [VIDEO](#) | [FOTO](#)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

SCELTI PER TE

ULTIMI ARTICOLI

PIÙ VISTI



[Commenti](#)

## FOTOGALLERY



**Shake: le bellissime foto di Carli Davidson**



Quando in sala operatoria c'è un orso



Bugiardi: come smascherarli in otto m...



Miagola caffè, un'oasi per chi ama i...



La bambina dell'acqua

[Vedi tutte](#) ▶

## IN EVIDENZA



### Il 2014 che ci aspetta

Dall'economia alla tecnologia, qualche previsione



### Il meglio del 2013

Tutto il best of dell'ultimo anno



### L'età? E' solo un numero

■ Uno studio pubblicato su Nature mette in risalto le tante differenze nell'andamento della mortalità e della fertilità di 46 specie viventi tra cui l'uomo



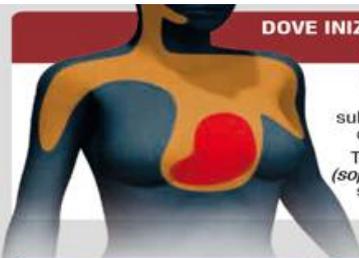
### Oroscopo

Le previsioni da brivido per tutti i 12 segni

## RISCHIO INFARTO, LE DONNE TRASCURANO I SEGNALI DEL CUORE

*Il rischio è uguale a quello degli uomini, ma le donne sono poco pronte a cogliere i sintomi degli attacchi cardiaci*

di Alice Vigna

 <p><b>DOVE INIZIA E DOVE SI IRRADIA IL DOLORE CARDIACO</b></p> <p>Di solito (<i>ma non sempre</i>) inizia dietro allo sterno, sulla parte sinistra del torace o alla bocca dello stomaco</p> <p>Tende a irradiarsi a braccia (<i>soprattutto il sinistro</i>), spalle, schiena, collo e mandibola</p>		<p><b>DITO O MANO APERTA?</b></p>  <p>Se alla domanda «dove sente dolore?» la persona che lo avverte <b>indica un punto esatto con un dito</b>, in genere <b>non c'è da preoccuparsi</b></p>  <p>Se si tocca il petto <b>con la mano aperta</b> è più probabile che ci sia <b>un problema al cuore</b></p>
<p><b>COME VIENE DESCRITTO</b></p> <p>Spesso come <b>un pugno, una morsa che stringe, come un peso, una pietra</b> che opprime</p>	<p><b>CON CHE COSA PEGGIORA?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peggiora con lo sforzo</li> <li>● Non peggiora premendo sul torace</li> <li>● Non peggiora con la respirazione</li> </ul>	
<p><b>SI PUÒ ACCOMPAGNARE A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nausea</li> <li>● Sudorazione</li> <li>● Difficoltà a respirare</li> </ul>	<p><b>QUANTO DURA?</b></p> <p>In caso di angina (<i>ostruzione temporanea delle coronarie</i>) il dolore passa dopo qualche minuto, se c'è un infarto in atto non smette, anzi peggiora</p>	
 <p>Le donne hanno un infarto a un'età media di <b>10 anni maggiore</b> rispetto agli uomini</p>	 <p>L'incidenza dell'infarto nelle donne è cresciuta dall'<b>11,8</b> al <b>25,5</b> negli anni 1995-2010</p>	 <p>Dopo i 60 anni, il <b>30%</b> dei casi di infarto riguarda <b>una donna</b> e la percentuale cresce all'aumentare dell'età</p>

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini (fonte GISE)

Gli uomini e le donne sono uguali. Contrariamente a quanto si è creduto finora, di fronte all'infarto il sesso non è determinante: non sono diversi i meccanismi che lo scatenano, la presenza o meno di aterosclerosi sottostante o la risposta alle terapie, né cambia la tendenza a sottovalutare i primi segnali di sofferenza del cuore. Unica differenza, le donne sono ancor meno consapevoli del loro rischio cardiovascolare, quindi, se possibile, trascurano ancor di più i sintomi. Questi risultati, che cambiano parecchio quanto finora si sapeva in materia di infarto, arrivano dallo studio OCTAVIA della Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE), il primo ad aver confrontato davvero i due sessi per questo problema: per ogni paziente donna, infatti, è stato arruolato un uomo della stessa età, così da poter fare un raffronto realistico fra persone con caratteristiche analoghe. Inoltre, i 140 casi raccolti in 14 Centri di tutta Italia sono stati analizzati con una delle tecniche più avanzate, la Tomografia a Coerenza Ottica (OTC): in sostanza, grazie a piccole sonde che emettono fasci di luce a infrarossi è stato possibile "vedere" l'interno delle coronarie e analizzare i trombi responsabili dell'infarto. I pazienti sono stati sottoposti all'esame subito dopo l'aspirazione dei trombi, per capire anche se ne rimanessero frammenti nel vaso, poi dopo l'impianto di uno stent medicato e, infine, a nove mesi di distanza, per valutare i processi di guarigione nel tempo. Tutti i dati raccolti sono stati analizzati in cieco da ricercatori indipendenti negli Stati Uniti, per avere garanzia di un'interpretazione accurata e senza pregiudizi. Il risultato è perciò un identikit molto dettagliato di quel che succede in caso di infarto, e ha riservato non poche sorprese.

## *Uguaglianza dei meccanismi*

«Il primo dato è la sostanziale uguaglianza dei meccanismi dell'infarto nei due sessi - spiega Giulio Guagliumi, coordinatore della ricerca e cardiologo interventista all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo -. La ragione dell'evento è spesso una placca che si rompe, negli uomini e nelle donne; in un caso su quattro anziché la rottura si ha l'erosione della placca, ma anche in questa evenienza non ci sono differenze di sesso». Pure l'aspetto delle coronarie non è diverso: nelle donne con infarto, soprattutto dopo la menopausa, l'aterosclerosi è presente tanto quanto negli uomini di pari età e ciò confuta l'idea che il problema fosse meno esteso e avesse meccanismi fisiopatologici diversi. «Il trombo aspirato è stato analizzato e qui abbiamo avuto un'altra sorpresa - prosegue Guagliumi -. Abbiamo arruolato tutti casi arrivati entro sei ore dai primi sintomi di infarto, così da concentrarci su chi avrebbe potuto ricevere i maggiori benefici dal trattamento precoce, ma in un terzo dei pazienti i trombi non erano "freschi", avevano cioè iniziato già a "organizzarsi" e aggregarsi nelle 48-72 ore precedenti all'evento: il flusso di sangue magari li aveva parzialmente lavati via ma poi hanno ripreso a formarsi, fino a occludere la coronaria. Questo implica che un paziente su tre ha trascurato segni labili di malessere nei giorni precedenti all'infarto, come hanno confermato i malati stessi quando glielo abbiamo chiesto. Nella maggior parte dei casi si trattava di dolori cardiaci del tutto analoghi a quelli che si hanno in corso di infarto, ma di breve durata: chi, uomo o donna, dovesse avere sintomi simili non deve sottovalutarli perché passano velocemente, ma deve rivolgersi al medico. Intervenire su un vaso solo parzialmente occluso significa salvare una grossa porzione di muscolo cardiaco e verosimilmente non andare neppure incontro all'infarto».

## *Accesso terapie tempestive*

I dati mostrano poi che frazioni del trombo (peraltro più ampie di quelle che si supposeva analizzando i vasi con l'angiografia) restano anche dopo l'aspirazione, a indicare la necessità di migliorare le tecniche; inoltre, non ci sarebbe nessuna differenza fra uomini e donne nella risposta agli stent, neppure a distanza di tempo. È, questo, un dato fondamentale, perché evidenzia l'obbligo di intervenire allo stesso modo su entrambi i sessi, come fa notare Guagliumi: «Le donne hanno vasi più piccoli, per cui si è sempre pensato che gli stent dessero risultati peggiori, fra cui ad esempio un maggior rischio di restenosi (ovvero una successiva "chiusura" o restringimento del vaso per colpa della proliferazione del tessuto attorno sullo stent, ndr ). Non è così, i risultati sono altrettanto buoni e alle donne va garantito l'accesso tempestivo alle stesse terapie. Semmai è importante formare i cardiologi perché sappiano intervenire su vasi di minor calibro. L'unica, reale differenza fra uomini e donne è la tendenza femminile a non pensare che l'infarto possa riguardarle, arrivando così ancora più tardi dai medici: soprattutto dopo la menopausa, quando viene meno la protezione degli estrogeni, il rischio cardiovascolare femminile cresce ed è essenziale saper riconoscere i segnali di un infarto» conclude il cardiologo.

[http://www.corriere.it/salute/cardiologia/14\\_giugno\\_16/ho-60-anni-sono-allenato-perche-non-dovrei-esagerare-lo-sport-6273326a-f549-11e3-ac9a-521682d84f63.shtml](http://www.corriere.it/salute/cardiologia/14_giugno_16/ho-60-anni-sono-allenato-perche-non-dovrei-esagerare-lo-sport-6273326a-f549-11e3-ac9a-521682d84f63.shtml)

**ANZIANI: ORMONE STRESS ASSOCIATO A PERDITA MEMORIA**

(AGI) - Washington, 19 giu. - Un nuovo studio della University of Iowa (Usa) ha scoperto un potenziale collegamento tra gli ormoni dello stress e la perdita della memoria a breve termine negli adulti piu' anziani. La ricerca, pubblicata sul Journal of Neuroscience, rivela che elevati livelli di cortisolo, il cosiddetto ormone dello stress, possono portare a vuoti di memoria con il passare dell'eta'. Gli aumenti rapidi e brevi dei tassi di cortisolo sono importanti per la sopravvivenza perche' promuovono la capacita' di far fronte e rispondere alle sfide della vita. Ma picchi anomali e prolungati di cortisolo sortiscono effetti negativi. Una situazione che emerge, ad esempio, quando siamo sottoposti a lunghi periodi stressanti. Tra i problemi correlati al troppo stress, disturbi alla digestione, ansia, accumulo di peso e pressione sanguigna elevata. Dai dati dello studio statunitense e' emerso che quantita' elevate di cortisolo sono potenzialmente correlate anche alla perdita graduale delle sinapsi nella corteccia prefrontale, la regione del cervello che ospita la memoria a breve termine. Le sinapsi sono le connessioni che ci aiutano a processare, archiviare e recuperare informazioni. Con l'invecchiamento, la ripetuta e durevole esposizione al cortisolo puo' innescare la loro riduzione e distruzione.