

Salute Esultano associazioni e sindacati: la colpa è della carenza di personale negli ospedali

I medici stressati dai turni lunghi

La Commissione Ue contro l'Italia

Il caso sottoposto alla Corte di Giustizia. «Rischi per i malati»

ROMA — I medici in Italia lavorano troppo. A lamentarsi non sono i sindacati, ma l'accusa è lanciata dalla Commissione europea che ha deciso di deferire il nostro Paese alla Corte di Giustizia dell'Ue appunto per non aver applicato correttamente la direttiva sull'orario di lavoro ai camici bianchi operanti nel servizio sanitario pubblico. Secondo l'istituzione comunitaria la normativa nazionale priva gli specialisti del loro diritto a un limite nell'orario lavorativo settimanale e a un minimo di periodi di riposo giornalieri. La direttiva prevede, in particolare, il limite di 48 ore per l'orario lavorativo settimanale medio e il diritto a periodi minimi giornalieri di riposo di 11 ore consecutive. Secondo le norme italiane, però, tali limiti non si applicano ai «dirigenti» operanti nel Servizio sanitario nazionale. Una anomalia per la quale la Commissione Ue ha inviato nel maggio 2013 all'Italia un parere motivato in cui si chiedeva di adottare le misure necessarie per assicurare che la

legislazione nazionale ottemperasse alle regole già applicate nel resto dei Paesi membri.

Ieri, infine, è arrivato il deferimento alla Corte Ue. Soddisfazione dalle associazioni dei medici e dai sindacati, che denunciano come il mancato rispetto dei limiti degli orari di lavoro «sia in vari casi dovuto alla carenza di personale», che obbliga i medici ad «allungare i turni». Il problema è che questa non è una questione «formale, poiché in gioco è la sicurezza stessa dei pazienti», rileva il presidente del Collegio italiano dei chirurghi, Nicola Surico: «Medici e chirurghi spesso sono costretti a prolungare il proprio orario perché manca il personale, ma è ovvio che così aumenta il rischio degli specialisti di incorrere in errori».

Un rischio confermato pure da Costantino Troise, segretario del maggiore sindacato dei medici dirigenti, l'Anao-Assomed: «Le statistiche dimostrano che la maggior parte degli errori medici avviene proprio al cambio turni o a fine

turno — rivela il sindacalista —. Il che vuol dire che il periodo di riposo, per l'attività specifica del medico, non è indifferente ai fini della sicurezza». È stato fatto dunque «un abuso — commenta Troise — escludendo i nostri medici dirigenti dall'applicazione della direttiva». Quindi un annuncio: «Stiamo valutando un mega ricorso per gli eventuali danni subiti dai medici». Per Massimo Cozza, segretario della Fp-Cgil Medici, «è imbarazzante dover aspettare che sia la Corte di Giustizia Ue a difendere il diritto anche per i medici italiani al limite di 48 ore per l'orario lavorativo». Ad esempio «un medico del pronto soccorso, in quanto dirigente, non ha forse diritto ai riposi? — domanda polemicamente Cozza —. È impensabile che siano i turni massacranti di medici e operatori a sopperire alle mancanze del sistema». Per questo il sindacalista si chiede: «Vi fareste operare da un chirurgo stanco?». Parole condivise da Roberto Lala, presidente dell'Ordine dei medici di Roma (che

ne vanta 41 mila) che ammette: «Non sono sorpreso: anzi. Sono grato all'Ue che ci viene in soccorso. Siamo trattati come dei "paria", siamo quasi ai lavori forzati». Il sovraccarico di straordinari e la carenza di organici «li abbiamo segnalati tante volte anche noi, ma sempre inutilmente — ricorda Lala —. I risparmi, purtroppo, le Regioni li fanno sulle spalle dei lavoratori. Sono molto preoccupato per gli enormi rischi professionali e la carente copertura assicurativa».

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sull'obbligo dei tempi di riposo per i medici aveva notato: «Noi siamo in infrazione europea», ma «se applicassimo la direttiva Ue dovremmo chiudere il pronto soccorso». Amara era stata la conclusione del ministro: «In questo momento ci sono lavoratori pubblici che fanno grandissimi sacrifici. Il sistema si regge grazie a una grande responsabilità da parte di tutti».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Europa

In Europa il limite è di 48 ore di lavoro alla settimana con riposi di 11 ore



Sanità. La Commissione europea contesta il mancato rispetto della normativa comunitaria

Orari dei medici, Italia deferita alla Corte Ue

Paolo Del Bufalo

Orario di lavoro dei **medici del Servizio sanitario nazionale**: la Commissione Ue ha deciso ieri di deferire l'Italia alla Corte europea di giustizia per il mancato rispetto della normativa comunitaria.

La direttiva sull'**orario di lavoro** prevede che, per motivi di salute e sicurezza, si lavori in media un massimo di 48 ore a settimana, straordinari compresi. I lavoratori hanno inoltre diritto a un minimo di 11 ore ininterrotte di riposo al giorno e di un ulteriore riposo settimanale ininterrotto di 24 ore.

Una norma che si applica in Italia, ma non per i dirigenti tra cui i medici sono stati classifica-

ti. In realtà però lo sono solo di nome e non (tutti) di fatto secondo la Commissione: «Le leggi italiane li classificano formalmente come tali ma non necessariamente godono delle prerogative o dell'autonomia dirigenziali durante l'orario di lavoro». Per questo la direttiva va applicata anche a loro e dopo aver ricevuto diverse denunce da parte dei sindacati medici, la Commissione ha inviato a maggio 2013 all'Italia un "parere motivato" in cui le chiedeva di adottare le misure necessarie per assicurare che la legislazione nazionale si adegua alle regole Ue. Ma, evidentemente, questo non è bastato, e Bruxelles ha deciso di passare alla fase successiva della procedura d'infrazione, ricorrendo

alla Corte di giustizia.

La Commissione ha anche precisato che oggi solo per gli specializzandi la limitazione dell'orario di lavoro è stata introdotta, sulla base di regole speciali, nel periodo 2000-2009. Dal 1° agosto 2009, puntualizza ancora l'Ue, il limite di 48 ore si applica anche a loro, mentre i periodi minimi di riposo si applicavano anche a questi medici in tutti gli Stati membri fin dal primo agosto 2004.

Immediati i commenti dei sindacati. «Oggi in Europa - ha detto Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anao, il maggior sindacato degli ospedalieri - l'orario di lavoro dei medici è variabile nei singoli stati, ma le nostre 38 ore sono tra gli orari più

lungi. E soprattutto in Europa sono più attenti ai carichi di lavoro, mentre in Italia per colpa di scelte politiche fatte in passato abbiamo colleghi di 68 anni che fanno ancora turni di notte e riposano poco. Si rischiano troppi errori: stiamo valutando un megaricorso per gli eventuali danni subiti dai medici».

«Vi fareste operare da un chirurgo stanco?», domanda provocatoriamente Massimo Cozza, segretario della Cgil medici, sottolineando che «è impensabile che siano i turni massacranti di medici e operatori sanitari a sopperire alle mancanze del sistema, al blocco del turn over che riduce il personale e ai pesanti tagli economici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA MOTIVAZIONE

Secondo l'accusa, i dottori italiani del servizio sanitario sono inquadrati come dirigenti ma in realtà non hanno autonomia



Grosseto, la battaglia di Daniela. «Ai dipendenti 18 mesi di indennità, a me solo due: non è giusto». E dal suo blog parte una petizione per i diritti dei liberi professionisti

“Io, lavoratrice autonoma col tumore, trattata da malato di serie B”

CRISTIANA SALVAGNI

ROMA — Come consulente era lanciata in una carriera brillante nella formazione aziendale. Tra i suoi clienti Telecom, **Unireciti** e altre grandi società che le chiedono di viaggiare tanto, su e giù per l'Italia. Poi per Daniela Fregosi, 46 anni, spunta un tumore al seno che cancella tutto, trasferite di lavoro e vita privata. Il suo compagno lascia il casale di campagna vicino **Grosseto**, in Maremma, dove vivono insieme. Le trasferite di lavoro sono azzerate. Lei, da sola, sostenuta dal fratello e dai genitori, la mamma già tre volte ha combattuto lo stesso male, affronta due interventi, poi le complicazioni che per mesi le infliggono dolori lancinanti. E la brutta scoperta, come lavoratrice autonoma, di avere pochissime tutele.

«Mi sentivo devastata, calpestate nella mia dignità di malata oncologica, completamente abbandonata» racconta con la voce squillante di chi non si arrende. «Cercavo di continuo informazioni per capire quali erano i miei diritti e non trovavo nulla, se non aiuti ridicoli. Le entrate crollavano, le spese aumentavano e intanto sembrava che lo Stato dicesse: “Tu esisti solo se devi pagare le tasse ma come persona, come malato, tu non ci sei”».

Lei però non ci sta. La sofferenza la sprona a combattere, la trasforma in un'eroina. «I lavoratori autonomi non hanno il diritto di ammalarsi... Vallo a spiegare al mio cancro al seno» diventa il suo slogan. «A metà novembre ho aperto il blog tumoreseno.blogspot.it, per condividere le informazioni sui diritti che andavo racimolando». Qui Daniela si presenta con la foto di una superdonna “dalle tette bioniche”: Afrodite K, come carcinoma. «Il sito ha scoperchiato il vaso di Pandora, un mondo sommerso vastissimo di storie simili alla mia», dice. Centinaia di persone la ringraziano, incoraggiano, si sfogano o fanno donazioni.

Da qui il 10 febbraio lancia insieme all'Associazione consulenti del lavoro terziario una petizione al ministro del Lavoro, per dare assistenza agli autonomi: in dieci giorni raccoglie 9mi-

la firme. «Tutte queste adesioni mi fanno stare bene, mi fanno venire la voglia di guarire, di andare a Roma per bussare alle porte del governo: non è solo la mia battaglia, è di una intera categoria» riflette. «Perché se un dipendente colpito da un tumore può stare a casa fino a 18 mesi in tre anni, a me spettano due mesi l'anno e non è neanche detto». Per protesta Daniela è anche in disobbedienza fiscale: si è rifiutata di pagare un acconto Inps di tremila euro. «Spiegherò che non ho saldato perché sono malata, che paura volete che mi faccia ormai l'Inps? Invece c'è una cosa che mi rende felice: comunque vadano le cose, un senso a questo tumore gliel'ho dato. A qualcosa sarà servito».



LA PROTESTA

Daniela Fregosi, 46 anni, consulente di Grosseto. Il suo slogan: “I lavoratori autonomi non hanno il diritto di ammalarsi, vallo a spiegare al mio cancro al seno”



Pani (Aifa): “L'obiettivo futuro è sviluppare farmaci più efficaci e meno costosi”

19 FEB - Proviamo a immaginare la mole di lavoro che precede il lancio di un'automobile, dalla ricerca delle migliori soluzioni aerodinamiche alla costruzione di un motore nuovo ed efficiente, sino alla scoperta di nuovi materiali, con la definizione delle diverse cilindrate e del prezzo con cui verrà offerta al pubblico. Adesso, solo per ipotesi, consideriamo una nuova serie di variabili. Il tempo medio per portare il nuovo modello di automobile dal tavolo del progettista al concessionario oscilla tra i 12 e i 13 anni; solo 1 o 2 prototipi ogni 10.000 superano con successo i necessari test; gli investimenti che servono a far sì che la ricerca si traduca in un mezzo di trasporto sfiorano i cinque miliardi di dollari (per singolo modello). Sulla base di questi elementi, che valore darestes ad un'automobile costruita così?



Questi numeri, in realtà, non si riferiscono all'industria automobilistica ma a quella farmaceutica nella scoperta di nuove molecole e al complesso processo che permette di portare nuovi farmaci efficaci e sicuri ai pazienti. Ashutosh Jogalekar, dalle pagine di Scientific American, ha ripercorso in una serie di articoli, la strada lunga e impervia che collega la scoperta di una molecola attiva alla commercializzazione di un farmaco. I farmaci sono costosi, secondo Jogalekar, perché arrivare alla scoperta di un nuovo medicinale dal punto di vista scientifico è enormemente difficile e richiede molti anni di applicazione.

Si tratta di un'attività ad altissimo coefficiente di difficoltà in cui il tasso di fallimento si aggira intorno al 95% e tutto per la difficoltà di scovare e influenzare, ad esempio, il comportamento della proteina “giusta”.

Numerose malattie sono causate dall'alterata produzione di proteine coinvolte in varie funzioni cellulari e i farmaci agiscono anche legandosi alle proteine, modificandone la funzione, ma è difficile scoprire esattamente quali proteine siano coinvolte direttamente in una determinata malattia. Servono numerose indagini e sperimentazioni per verificare se una proteina è tra le principali cause di una patologia. Nel caso in cui una di esse venga individuata, non è poi scontato che possa effettivamente legarsi a una piccola molecola sintetica o magari di origine biotecnologica ed essere modulata e controllata dal farmaco.

È arduo individuare una proteina anche dopo aver passato al vaglio milioni di molecole, naturali o artificiali e, una volta superata questa fase, bisogna poi procedere per tentativi al fine di trasformarla in un farmaco efficace, che abbia il giusto rapporto idrofobia/idrofilia per entrare nelle cellule e che sia in grado di contrastare l'attività di quei sistemi, sempre proteici, che lavorano nella parete cellulare specificatamente per tenere lontani composti estranei.

Insomma, potremmo dire che il principale ostacolo, nel campo della ricerca farmaceutica è la complessità della biologia umana, risultato di milioni di anni di evoluzione. Anche se nell'ultimo secolo abbiamo assistito a grandi progressi nel campo della biologia, della chimica e della medicina, la strada da percorrere per garantire ai pazienti farmaci sempre efficaci che abbiano pochi effetti collaterali è ancora lunga.

Chiariamo però che gli investimenti dell'industria farmaceutica in R&S non sono l'unico fattore a determinare il prezzo finale, a cui contribuiscono molti altri, tra cui le spesso citate attività promozionali e, in genere, il marketing. Abbiamo l'obiettivo di ricordare quell'incognita di rischio industriale troppo spesso dimenticata quando si ha a che fare con la ricerca e sviluppo dei farmaci e del loro impatto economico ancora troppo legato a vecchi modelli aziendali. Infatti, con ogni probabilità, sarà la stessa comunità scientifica indipendente a generare delle risposte all'enigma costituito dagli enormi costi legati allo sviluppo dei farmaci.

Un esempio molto chiaro è quello di James Bradner, oncologo del Dana-Farber Cancer Institute, che nel 2010 ha deciso di testare un modo assolutamente innovativo per accelerare la scoperta di nuovi farmaci per il cancro. Bradner e il suo team hanno individuato nel 2010 una molecola, JQ1, con il potenziale per curare una rara forma di cancro. La caratteristica principale di questa molecola, un inibitore del bromodominio, è la capacità di disattivare i geni di crescita di una cellula tumorale di fare in modo che le cellule "dimentichino" di essere cellule tumorali e tornino ad agire come cellule normali.

Invece di brevettare la scoperta e tenerne segreti i dettagli sino allo sviluppo commerciale, il team di Bradner ha optato per il "crowd-sourcing", inviando ad altri laboratori interessati in tutto il mondo i campioni del composto e rendendo disponibile la formula dopo aver pubblicato i propri risultati iniziali su Nature. JQ1 è stato inviato a circa 300 laboratori, 6 case farmaceutiche concorrenti e 4 governi, con una media di 2-3 richieste al giorno. Il potenziale dato dalla collaborazione libera degli scienziati è tutto da dimostrare, ma è una prospettiva stimolante e potenzialmente rivoluzionaria.

In un progetto di ricerca che ha unito un lato e l'altro dell'Atlantico, Stati Uniti e Regno Unito, i ricercatori guidati dal Prof. Peter Coveney hanno dimostrato che è possibile acquisire la sequenza genomica di un paziente, usarla per costruire la struttura tridimensionale di una sua proteina e farla "combaciare" con il miglior farmaco disponibile tra quelli relativi a una specifica patologia. In altre parole, poche ore di calcoli effettuati dai "supercomputer" potrebbero sostituire anni di esperimenti in laboratorio, consentendoci, in un futuro non troppo lontano di rendere disponibili farmaci ancora più efficaci e - perché no? - meno costosi.

Luca Pani

Direttore generale Aifa - Agenzia italiana del farmaco

(Fonte: www.agenziafarmaco.gov.it)

19 febbraio 2014

© Riproduzione riservata

Cannabis, l'appello di Veronesi divide l'Italia

Manconi (Pd): giusto legalizzarla. No di Forza Italia e Ncd. Anche le comunità spaccate

VLADIMIRO POLCHI

ROMA — «Proibire non serve a niente». «Al contrario, senza divieti dilaga consumo e malavita». Il conflitto è aperto: da un lato i supporter della legalizzazione, dall'altro i proibizionisti duri e puri. In mezzo, lui: lo spinello. Riaccende la miccia l'appello di Umberto Veronesi: «Riapriamo il dibattito sulla liberalizzazione delle droghe leggere».

A bocciare l'equiparazione tra droghe pesanti e leggere ci ha già pensato la Consulta, che il 12 febbraio scorso ha dichiarato incostituzionale la legge Fini-Giovanardi. Sulla scia dei giudici della Suprema Corte, si muove l'appello di Veronesi pubblicato ieri da *Repubblica*: «È arrivato il momento di superare le barriere ideologiche e ammettere che proibire non serve a ridurre il consumo». Una posizione, questa, sostenuta più volte in passato anche da Roberto Saviano, perché «la legalizzazione non è un inno al consumo, anzi, è l'unico modo per sottrarre mercato ai narcotrafficanti che, da sempre, sostengono il proibizionismo».

Di un appello «perfetto» parla Luigi Manconi (Pd), presidente della commissione diritti umani al Senato, che ha presentato un ddl per la coltivazione e la cessione della cannabis: «Non condivido solo quel maledetto termine "liberalizzazione", che in 40 anni non siamo riusciti a mettere da parte a favore di quello giusto "legalizzazione". Non è una disputa linguistica — precisa il senatore — sostengo infatti che il regime oggi vigente in Italia sia proprio la liberalizzazione. Chiunque, a qualunque ora e in qualunque città può acquistare qualunque droga nell'estesa rete di esercizi commerciali illegali, cioè gli spacciatori. All'opposto, vorrei un regime di legalizzazione uguale a quello a cui sono sottoposte sostanze oggi legali e il cui abuso produce più danni di quanti produca l'abuso dei derivati della cannabis. Dunque sì alla produzione e commercializzazione a carico dello Stato, con adeguata tassazione, limiti e vin-

coli».

«Aumento dei consumatori, moltiplicazione dei rischi per la salute, crescita del fatturato delle mafie, carcerazioni di massa. Sono questi — secondo Mario Staderini dei Radicali italiani — i risultati fallimentari delle politiche proibizioniste. A dettare legge è la criminalità organizzata che ci guadagna oltre 30 miliardi di euro l'anno. Con la legalizzazione, sarebbe lo Stato a dettare le regole». Anche per Leopoldo Grosso, vicepresidente del Gruppo Abele, «è giusto riaprire il dibattito perché il proibizionismo ha portato all'aumento del consumo soprattutto di cannabis. Noi siamo per una legalizzazione controllata, non per una liberalizzazione indiscriminata, che rischi di coinvolgere anche i minori. La legalizzazione consente di dare un colpo alle mafie e di fare uscire dalla illegalità centinaia di migliaia di giovani. Le droghe leggere non sono l'anticamera di quelle pesanti. Il dato di realtà è diverso: solo il 10% dei consumatori di cannabis diventa consumatore problematico di quella stessa sostanza».

A guidare il fronte opposto è il senatore Ncd, Carlo Giovanardi: «Paolo Borsellino, prima di essere assassinato dalla mafia, spiegava ai ragazzi che la liberalizzazione o la legalizzazione della droga sarebbe stato il più grande regalo fatto alla criminalità organizzata. Due settimane fa il procuratore nazionale antimafia Franco Roberti ha ribadito che la liberalizzazione della cannabis non toglie spazio alle mafie». Netta la posizione della presidente del Gruppo tossicologi forensi italiani, Elisabetta Bertol: la cannabis è «una droga pericolosa tutt'altro che leggera». Analoga la linea della comunità di recupero di San Patrignano: «Ovvio che non tutte le persone che usano cannabis poi passino a droghe più pesanti — sostiene Antonio Boschini, responsabile terapeutico della comunità — ma è vero il contrario, tutte le persone che usano droghe pesanti sono partite da quelle leggere. Che restano, dunque, un fattore

di rischio. E poi, per togliere ossigeno alle mafie, dovrete legalizzare tutte le droghe senza distinzione».



Il dibattito

Vorrei che si riaprisse in Italia il dibattito sulla liberalizzazione delle droghe leggere

MARIO STADERINI
Radicali italiani



Le altre sostanze

Vorrei un regime uguale a quello che vige oggi su sostanze legali ma più dannose

LUIGI MANCONI
Senatore Pd



Contro le mafie



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Siamo per una
legalizzazione
controllata che dia
un colpo alle mafie

LEOPOLDO GROSSO
Vicepres. Gruppo Abele



La criminalità

Come diceva Borsellino
la liberalizzazione
o la legalizzazione è un
regalo alla criminalità

CARLO GIOVANARDI
Senatore Ncd

L'intervista

Battiato: proibire porta alla trasgressione, la marijuana non deve essere un tabù
“Non fumo neanche sigarette ma dico sì alla liberalizzazione”

EMANUELE LAURIA

PALERMO — «Sì, me lo faccia dire subito: sono assolutamente d'accordo con Veronesi». Franco Battiato aderisce con convinzione all'appello dello scienziato per liberalizzare la cannabis.

Da cosa nasce tanta sicurezza?

«Da una considerazione di ordine psicologico. Proibire implica il concetto di trasgredire. Legalizzare significa far scegliere liberamente».

Veronesi cita le esperienze di altri Paesi europei.

«Posso dirle che nel 1985, ad Amsterdam, mi stupii di un silenzio assoluto durante un mio concerto. "Dove ho sbagliato?", mi chiesi. Poi vidi che il pubblico, nelle prime file, fumava davanti ai poliziotti. E apprezzava la musica».

Lei ha mai fatto uso di droghe leggere?

«Certo che sì. E da ragazzo ho assunto anche acidi. Mi ricordo una volta, a Milano, feci una grande salita per poi tornare in questo miserabile corpo. Oggi non fumo neanche sigarette. E non invoglio nessuno a drogarsi. Ma non rendiamo la cannabis un tabù. La marijuana viene usata anche per scopi terapeutici...».



Franco
Battiato

Malattie cardiovascolari

Dottore, mi sente?

Bruno ha rischiato di finire in ospedale. Da poco compiuti 75 anni, vive solo e soffre di diabete e pressione alta. Ma il suo medico lo osserva a distanza. Nei fatti, lo ha inserito nel primo studio realizzato in Europa per valutare se il controllo in remoto aiuta i pazienti a gestire la malattia e ne migliora la qualità di vita. Così tutti i giorni Bruno si misura glicemia, pressione, peso e altri parametri importanti per la sua salute e li invia, grazie all'apparecchio Doctor Plus, a un'equipe medica che li controlla. Così, quando i sanitari hanno visto i suoi livelli di glicemia salire oltre il limite hanno chiamato un'ambulanza e gli hanno telefonato scoprendo che da due giorni non prendeva le medicine. Inutile portarlo in ospedale. L'infermiere ha così chiamato l'operatore del 118 a bordo dell'ambulanza, che nel frattempo era arrivata a casa di Bruno, spiegando quanto era successo: insieme hanno deciso di non portarlo in ospedale, ma di monitorarlo attentamente nei giorni successivi.

Due piccioni con una fava: l'anziano è stato ben contento di restare a casa e in ospedale è stato lasciato un posto per chi è più grave di lui. Lo studio Re.mo.te, quello a cui Bruno ha partecipato, ha dimostrato proprio questo: «Se seguiti da casa con Doctor Plus, i pazienti con diabete di tipo 2 affetti anche da altre patologie evitano ricoveri o visite specialistiche inutili, e soprattutto gestiscono meglio la loro condizione di salute», spiega Antonio Nicolucci, della Fondazione Mario Negri Sud, che ha coordinato lo studio durato 12 mesi. I cui risultati indicano una riduzione del 21 per cento di ricoveri, del 39 di visite e del 35 di risorse. Il confronto, che ha coinvolto più di 300 pazienti



delle Asl Roma D e Firenze 10, ha mostrato anche che i malati monitorati a distanza hanno potuto mantenere costante il dosaggio di insulina, mentre gli altri pazienti l'hanno dovuto aumentare. «La soluzione che abbiamo messo a punto è pensata per un paziente complesso, perché questo è il futuro dell'assistenza, ma è scalabile secondo le esigenze delle Asl», spiega Gianluca Gala, direttore di Vree Health, lo spin off di Msd che ha sviluppato Doctor Plus: «Con l'uso di questo sistema, a fronte di una spesa di quattro euro al giorno per il servizio, si possono risparmiare milioni di euro».

Letizia Gabaglio

Italia/contraccezione

Pillola del giorno dopo non è più un abortivo

La pillola del giorno dopo non è più considerata un farmaco abortivo, neanche dai medici obiettori di coscienza. Il farmaco è ora classificato ufficialmente come contraccettivo. Ne dà conto la Gazzetta Ufficiale, che riferisce la revisione decisa dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e riportata sulla scheda tecnica del contraccettivo d'emergenza. Il foglietto illustrativo del farmaco a base di levonorgestrel verrà ora modificato con la dicitura "inibisce o ritarda l'ovulazione" in sostituzio-

ne di "il farmaco potrebbe anche impedire l'impianto". La decisione dell'Aifa corregge l'iniziale e prolungata fase di contrasto alla diffusione del farmaco, definito abortivo a dispetto dell'orientamento negli altri paesi in cui è utilizzato. E si allinea al pronunciamento dell'Organizzazione mondiale della sanità, che nel 2010, ripercorsa la letteratura scientifica esistente, aveva concluso che la pillola del giorno dopo non interferisce in alcun modo su un'ipotetica gravidanza già in atto.



Scienze **CHIRURGIA**

Processo ai BISTURI DOLCE

DI FEDERICO MERETA

Il menisco? Prima di togliere questo cuscinetto così importante per l'articolazione del ginocchio, pensateci bene. Quando esiste una degenerazione, quindi non ci sono stati traumi o infiammazioni, sottoporsi ad un'artroscopia può essere del tutto inutile e rappresentare solamente una spesa, oltre che un grande stress. È del tutto probabile, infatti, che togliere o meno il menisco non cambi la realtà dei fatti e che il dolore possa passare solo per un effetto placebo; insomma, dal fatto che ci siamo convinti di averne eliminato la causa. A far riflettere gli specialisti è uno studio condotto dagli ortopedici dell'Università di Helsinki, pubblicato sul "New England Journal of Medicine". I medici finlandesi hanno seguito le sorti di centosessanta persone che avevano male al ginocchio per colpa di una degenerazione del menisco: ottanta di loro sono stati realmente operati, mentre gli altri solamente anestetizzati e convinti di essere stati sottoposti alla stessa operazione, in realtà mai effettuata. Un anno dopo, l'amara conclusione. L'89 per cento delle persone operate stava effettivamente meglio, così come l'83 per cento di chi, invece, aveva ancora il menisco degenerato al suo posto.

Ovvio che visto il numero di persone che scelgono questo intervento, e i denari che muove, la sorte dei 160 finlandesi ha fatto il giro del mondo. E sono oggi in molti a chiedersi se non sia meglio smetterla col bisturi facile e cominciare a chiedersi se e quando non si debba pro-

vare a contrastare il dolore in altro modo. «Questo studio conferma la necessità di fare molta attenzione a rimuovere menischi affetti da lesioni di tipo degenerativo e non traumatico», concorda Giancarlo Coari, presidente della Società Italiana di Artroscopia: «Queste lesioni sono spesso legate all'età o a fenomeni di usura. È compito dello specialista prendere le decisioni ottimali per ogni singolo paziente, ricordando che nel trattamento di lesioni degenerative del menisco la chirurgia va riservata a casi molto selezionati».

L'affaire menisco non mette però in

Staminali ad hoc

La maggior parte delle lesioni al menisco, il cuscinetto che separa femore e tibia, si risolvono spesso in sala operatoria, dove tutto o una parte del menisco danneggiato viene eliminato. E poi c'è la riabilitazione, non sempre facile. Oggi però uno studio pubblicato su "Journal of Bone and Joint Surgery" mostra come un aiuto nel periodo post-operatorio possa venire dalle cellule staminali mesenchimali. I ricercatori hanno infatti mostrato che somministrare una singola dose di mesenchimali nell'articolazione del ginocchio dopo l'artroscopia può favorire la rigenerazione del menisco. Rispetto al gruppo dei pazienti che non avevano ricevuto le staminali, quelli trattati con le mesenchimali avevano avuto un aumento di volume del menisco a un anno del trattamento pari al 24 per cento senza che si osservassero formazioni anomale di tessuto. Inoltre, nei pazienti con osteoartrite e trattati con staminali la sensazione di dolore era notevolmente ridotta.

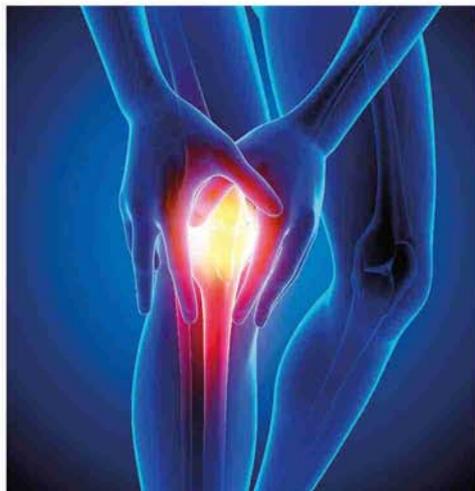
Anna Lisa Bonfranceschi

discussione il valore dell'artroscopia, ovvero dell'operazione che agisce direttamente dentro le articolazioni danneggiate senza lo stress e gli effetti collaterali della chirurgia convenzionale. Ma ha ricordato agli ortopedici che l'intervento artroscopico rappresenta spesso il termine di un percorso che prevede prima altri tentativi. In caso di problemi minimi, si può cominciare con la somministrazione di farmaci capaci di ricostruire il tessuto danneggiato. Poi c'è l'opzione acido ialuronico: nel caso di dolori al ginocchio o alle anche si può tentare di iniettare la sostanza direttamente nell'articolazione. Infine, per alcuni pazienti può essere possibile rigenerare il tessuto irrorandolo (direttamente dentro l'articolazione) con plasma ricco in piastrine e di fattori di crescita, ottenuto in laboratorio a partire dal sangue dello stesso malato.

Insomma, esercizio fisico, riabilitazione, farmaci e rigenerazione locale del tessuto sono tutte opzioni sul piatto dell'ortopedico. E se nulla funziona, il dolore persiste e le condizioni cliniche del malato indicano che la chirurgia servirà sul serio, allora è tempo di bisturi. E meglio: di artroscopia. Oltre agli interventi più classici, come l'asportazione del menisco, e ai trattamenti mirati a contrastare l'artrosi, recentemente i trattamenti artroscopici si sono molto evoluti e consentono di trattare con successo numerose patologie. Ecco come.

GINOCCHIO. È l'articolazione più colpita in assoluto da traumi sportivi, domestici o stradali. A partire dalla rottura del legamento crociato: le tecniche chirurgiche disponibili consentono di scegliere il giusto tipo di trapianto per le caratteristiche del paziente, le sue aspettative ed il ▶

COMPUTER ART WORK PER RAPPRESENTARE
IL DOLORE AL GINOCCHIO



Scienze

Guarda che business

In Italia si sta assistendo ad un vero e proprio boom dei trattamenti artroscopici. Secondo i dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera, tra centri pubblici e privati convenzionati nel 2012 sono stati circa 380 mila i trattamenti "senza bisturi", cui si debbono aggiungere quelli fatti privatamente. «La maggior parte delle artroscopie è stata sul ginocchio, con circa 220 mila interventi. Oltre 80 mila, poi, sono stati quelli sulla spalla», spiega Ferdinando Priano, chirurgo ortopedico già presidente della Società Italiana di Artroscopia: «E poi sono in aumento anche quelli su polso, anca e su altre articolazioni, come il gomito». E il giro di affari è enorme. A una struttura pubblica un intervento in artroscopia costa da 1.200 a 2.000 euro. Per chi invece decide di pagarselo da se, le tariffe medie sono molto più alte. «Per ricostruire un legamento di ginocchio si possono spendere dai 5.000 ai 10 mila euro, comprendendo ovviamente tutte le componenti del trattamento», precisa Priano. Costi simili deve affrontare chi ha bisogno di intervenire sulla spalla, mentre in caso di asportazione del menisco o interventi standard sulla caviglia si spende meno.

Va comunque ricordato che questo tipo di intervento è il più delle volte opportuno se si devono ricostruire legamenti e tendini, ma potrebbe essere inutile o non appropriato se l'articolazione è molto lesionata. Attenersi scrupolosamente alle indicazioni, ovvero operare solo quando è utile e indispensabile è l'unico modo per non sprecare denaro. E, precisa Priano: «Per la sue caratteristiche l'artroscopia offre i migliori risultati in caso di lesioni molto localizzate, ad esempio in caso di artrosi o di gravi forme di artrite». Se il danno è diffuso invece questo approccio può risultare addirittura controproducente.

F.M.

tipo di infortunio subito. Gli ortopedici, tuttavia, prediligono trapianti con legamenti di tipo biologico (tendine rotulee o dei flessori della coscia) perché sono più sicuri, non comportando problemi di rigetto. Per quanto riguarda i tempi di recupero dopo un intervento a questo legamento, il consiglio è di attendere circa 5-6 mesi per permettere un corretto recupero biologico.

Molto spesso all'origine del dolore c'è una lesione della cartilagine. Che può essere riparata con un intervento di artroscopia, intervenendo direttamente all'interno del ginocchio. Bastano ei piccoli forellini attraverso cui il medico inserisce una fonte di luce e gli strumenti che gli servono per per "cesellare" la cartilagine come uno scultore o per iniettare sostanze riparatrici del tessuto sofferente. L'operazione è indicata per aiutare gli anziani che soffrono di artrosi - e ritardare l'eventuale posizionamento di una protesi - ma anche per ridare fiato all'articolazione dei tanti che fanno regolarmente attività fisica e impegnano specificamente il ginocchio, come accade ad esempio nel calcio, nel tennis o nel rugby. Secondo gli studi più recenti, una percentuale che va dal 36 al 50 per cento di questi atleti soffre di lesioni della cartilagine articolare, e per questo rischia di logorare lentamente il tessuto senza esserne consapevole (il 15-20 per cento dei casi). «La cartilagine ha una capacità di autoriparazione

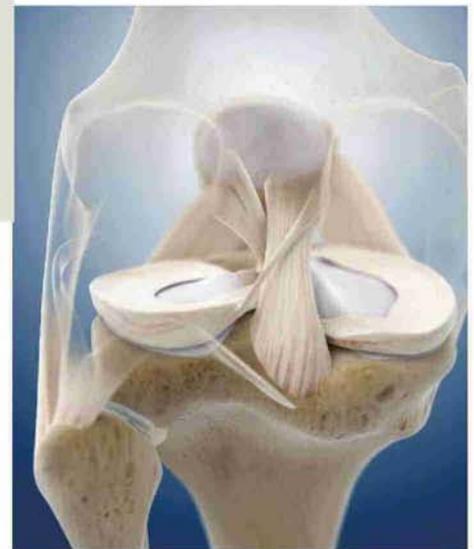
limitatissima, ma oggi si può assicurare in quattro casi su cinque un ritorno completo all'attività sportiva» spiega Giancarlo Coari, Presidente della Società Italiana di Artroscopia.

Anche grazie al biotech. L'intervento più avanzato permette, infatti, di porre dentro il ginocchio un'impalcatura, biologica o sintetica, su cui iniettare una vera e propria "overdose" di cellule della cartilagine. Oltre a dare la conformazione della porzione di cartilagine da sostituire, il basamento ha poi anche lo scopo di stimolare le cellule stesse a formare nuova cartilagine. «I risultati sono buoni e la tecnica risulta efficace in più di quattro casi su cinque», fa sapere Coari: «Ma sono necessari due diversi interventi, in tempi diversi, e i costi del trattamento sono ancora molto elevati».

Più semplice è invece l'utilizzo di cellule staminali mesenchimali prelevate dal midollo osseo, dal sangue o dal tessuto adiposo dello stesso paziente e introdotte su un supporto immesso nel ginocchio perché formino nuova cartilagine. Per chi, invece, soffre di difetti dell'osso, gli ortopedici utilizzano una nuova tecnica ricostruttiva che «punta direttamente a ricostruire il difetto attraverso piccolissimi cilindri di osso ricoperti di cartilagine» precisa Coari.

CAVIGLIA. Dal 2003, grazie al lavoro di un'equipe di ricercatori italiani che ne ha dimostrato la validità, è possibile operare per via artroscopica. E alcuni centri di eccellenza sono in grado di in-

**BUONI I RISULTATI
SULLE CAVIGLIE.
DOPO DISTORSIONI
O FRATTURE.
ANCORA TROPPO
COSTOSE INVECE LE
RICOSTRUZIONI
BIOTECNOLOGICHE**



RICOSTRUZIONE DELL'ANATOMIA DEL GINOCCHIO.
A DESTRA: INTERVENTO

tervenire con efficacia anche su quel punto dell'articolazione che comanda i movimenti laterali. Gli infortuni che finiscono con l'impedire questo tipo di funzione sono frequentissimi e la chirurgia artroscopica può permettere un pieno ritorno alla funzionalità per tutte quelle persone che sono soggette a ripetute distorsioni.

Più in generale la maggioranza delle lesioni della cartilagine della caviglia, che rimangono entro 1-1,5 centimetri la pulizia artroscopica della lesione è ancora il trattamento migliore, perché i risultati si confermano buoni nel tempo, fino ad 8-10 anni di distanza. Questi tipi di lesioni sono molto comuni e possono essere sia post-traumatiche sia spontanee. Più in generale in caso di distorsioni o fratture l'artroscopia ha contribuito a

Foto: Corbis, Visum/Luz

■ SELPRESS ■
www.selpress.com



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

migliorare sia la diagnosi che la terapia della maggior parte di queste patologie, potendo portare a risultati clinici di benessere in tempi più rapidi e con complicanze minori rispetto alla chirurgia tradizionale.

SPALLA. L'ultima novità si chiama tecnica dei "transfer tendinei", messa a punto in Italia e ormai impiegata in tutto il mondo. Questo intervento si propone in particolare quando ci sono lesioni non riparabili della cuffia dei rotatori che si riscontrano prevalentemente in persone di mezza età, ancora attive, negli sportivi e in molti lavoratori manuali esposti in maniera prolungata a sollecitazioni. Oggi questi pazienti possono recuperare una buona funzionalità dell'articolazione sottoponendosi ad un intervento mini invasivo con dei tempi di ripresa relativamente brevi. Il più ricorrente tra questi interventi è il transfer tendineo del gran dorsale (un

muscolo della schiena) che prevede l'utilizzo del tendine posteriore del dorso trasferito per assolvere alla funzionalità della cuffia dei rotatori compromessa dalla lesione. Oltre ai danni alla cuffia dei rotatori, oggi si può intervenire con successo anche in caso di lesioni con distacco dell'inserzione del tendine del bicipite, le lesioni cartilaginee e le lesioni della capsula. Infine, anche in caso di lesioni traumatiche come lussazioni della spalla o fratture, l'artroscopia risulta avere un ruolo fondamentale nella diagnosi e nel loro trattamento.

ANCA. La patologia dell'anca più frequente, che viene trattata in artroscopia, è il cosiddetto "impingement femoro-acetabolare". Si tratta di una serie di progressive patologie micro-traumatiche che intervengono in un'anca con minime alterazioni morfologiche congenite, a livello della testa femorale o del bordo dell'acetabolo, la cavità in cui

questa si inserisce. Questa condizione determina progressivamente danni da usura come rottura del labbro acetabolare e lesioni della cartilagine dell'acetabolo e della testa del femore, che possono evolvere verso una grave artrosi.

Lapatologia generalmente si presenta con un dolore all'anca subdolo ed insistente, spesso interpretato erroneamente come un'inflamazione nella zona del pube, e con una progressiva limitazione funzionale dell'anca. Se diagnosticata e trattata precocemente invece questa patologia, altrimenti destinata a portare negli anni ad un intervento di protesi di anca, può essere curata con successo. L'artroscopia rappresenta un valido trattamento precoce e mini-invasivo che permette il rimodellamento delle superfici articolari, eliminando gli attriti tra testa femorale e cavità acetabolare e prevenendo l'evoluzione degenerativa dell'articolazione. ■

Ecco cosa succede nella testa di un jazzista

Osservate le aree del cervello di alcuni musicisti attivate durante un'improvvisazione. La parte cerebrale interessata è la stessa che sovrintende al linguaggio parlato e alla sintassi

NOTIZIE CORRELATE

Che cosa succede dentro il cervello di un jazzista, quando questi lancia a briglie sciolte la propria creatività e la propria tecnica nel corso di un'improvvisazione? Hanno provato a rispondere gli specialisti della John Hopkins University di Baltimora, monitorando grazie all'imaging a risonanza magnetica l'attività cerebrale di alcuni musicisti coinvolti in una sperimentazione.

TRADING FOURS - Il cosiddetto *trading fours* (o *chase*) è una tecnica jazzistica di improvvisazione che prevede una sorta di botta e risposta, generalmente tra il pianista e il batterista, nel corso del quale ogni strumentista ha a disposizione quattro battute per replicare alla melodia proposta dall'altro. Ed è stato proprio durante un *trading fours* che gli scienziati americani hanno osservato quali aree cerebrali dei musicisti fossero maggiormente coinvolte. Allestendo sessioni di improvvisazione di dieci minuti ciascuna, hanno sottoposto a turno ciascuno degli undici jazzisti volontari (tutti esperti pianisti jazz di età compresa tra i 25 e i 56 anni) alla risonanza magnetica. L'esaminato si sedeva all'interno dell'apparecchiatura per la risonanza con una tastiera elettronica (costruita appositamente senza parti metalliche che potessero inficiare l'attendibilità dell'esame) appoggiata sulle cosce, tenute sollevate da un cuscino. Dinanzi al volto del musicista venivano poi piazzati alcuni specchi, in modo che l'artista potesse controllare visivamente il posizionamento delle proprie dita sulla tastiera.

PAROLE E MUSICA - I risultati della ricerca americana, pubblicati su *Plos One*, indicano nelle aree deputate alla gestione del linguaggio parlato e della sintassi (il giro frontale inferiore e il giro postero-superiore temporale) quelle maggiormente attive durante le improvvisazioni. Risultano invece "disattivate" quelle porzioni del cervello (giro angolare e giro sopramarginale) normalmente dedite alle elaborazioni semantiche, vale a dire quella parte del nostro pensiero che guarda al significato delle parole e non alla fonetica o alla grammatica. «Quando uno dei due musicisti attende il suo turno durante un'improvvisazione - sottolinea Charles Limb della John Hopkins University - sembra avvolto nei propri pensieri, ma in realtà sta utilizzando le proprie aree sintattiche per elaborare ciò che sta ascoltando e preparare la propria risposta suonando una serie di note inedite e mai provate prima».