

Cronache

Famiglia Una sentenza simile anche dai giudici tedeschi

Sì della Corte europea all'adozione dei figli del convivente gay

«Tutte le coppie hanno gli stessi diritti»

Due sentenze importanti, entrambe in favore dell'omogenitorialità, pronunciate lo stesso giorno. La prima è della Corte europea per i diritti umani, la seconda è della Corte costituzionale tedesca. Tutte e due stabiliscono un principio importante sul tema adozioni, pur partendo da casi diversi: posto che al centro deve esserci sempre il bene del bambino, le coppie omosessuali non possono essere discriminate in quanto tali rispetto alle eterosessuali.

La decisione della Grande camera della corte di Strasburgo ha un impatto maggiore, poiché fissa un assunto che resta valido per i 47 Stati membri del Consiglio d'Europa, e non solo per l'Austria, dove era nato il caso. Lì i giudici avevano negato alla «co-madre» di adottare il figlio biologico della sua compagna. Il paradosso è che in base all'articolo

182.2 del codice civile di quel Paese l'adozione sarebbe stata possibile solo togliendo la genitorialità alla mamma naturale e «rimpiazzandola» con un genitore dello stesso sesso. Anziché crearsi un nuovo legame, veniva reciso il precedente.

I giudici di Strasburgo hanno deliberato a maggioranza (dieci voti a favore, sette contro) che, malgrado la tutela della famiglia tradizionale e del benessere del bambino siano fini legittimi, non si giustifica la disparità di trattamento dei magistrati austriaci tra coppie omosessuali ed eterosessuali: queste ultime, infatti, possono tranquillamente accedere all'adozione dei figli avuti precedentemente dai loro partner. Gli altri Stati membri non sono tenuti a riconoscere il diritto all'adozione alle coppie non sposate, ma certamen-

te sono tenuti a non discriminare le persone e quindi a non violare l'articolo 8 (rispetto della vita privata e familiare) e l'articolo 14 (divieto di discriminazione) della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

La sentenza tedesca, invece, riguarda un'altra coppia lesbica, legata da un'unione solida. Qui a una delle due donne era stata negata l'adozione della figlia bulgara adottata in passato dall'altra partner. Fino a ieri questa possibilità era garantita solo nel caso di figli naturali. La discriminazione messa in evidenza dalla Corte costituzionale tedesca è doppia: una nei confronti del bambino, una nei confronti dell'aspirante genitore. E ancora una volta è stato messo in primo piano l'interesse del più piccolo.

Le due decisioni non sono state ignorate dai candidati in corsa elettorale. Il segretario del Pd Pier Luigi Bersani ha

commentato: «Io prendo la legislazione tedesca tale e quale». Silvio Berlusconi a Radio 105 ha ammesso: «Non ho un mio parere definitivo sui diritti di adozione del partner». Tuttavia si è sbilanciato: «Non ci piace pensare a matrimoni ufficiali tra gay, ma riconosciamo la tutela dei diritti di chi è in questa situazione». Asciutto il leader dell'Udc Pier Ferdinando Casini: «Nell'adozione dei figli io sto dalla parte dei bambini che hanno diritto a una paternità e a una maternità».

Entusiaste le associazioni gay. Franco Grillini (Gaynet): «L'omogenitorialità diventa un dato acquisito». La deputata Pd Anna Paola Concia come sempre resta pragmatica: «È giunto il momento di smetterla di rincorrere le sentenze dei tribunali, è l'ora di fare una legge».

Le linee guida

Secondo i giudici europei gli Stati non sono tenuti a riconoscere il diritto di adozione se non riconoscono il matrimonio omosessuale

Elvira Serra
@elvira_serra

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La voce favorevole

Lo sviluppo sereno esula dal sesso dei genitori

di **Paolo Legrenzi**

Gli orientamenti sessuali dei genitori influenzano lo sviluppo dei bambini e, se sì, come? La domanda è stata discussa in Italia nell'ambito delle procedure legali per le adozioni e per l'affidamento dei figli (questione che ha innescato le problematiche sfociate nella decisione della Corte europea dei diritti umani). Cercherò di rispondere a una questione più psicologica: uno sviluppo umano sano ed equilibrato richiede necessariamente che un bambino sia allevato e educato da genitori di sesso diverso? Le ricerche sui bambini con genitori dello stesso sesso sono iniziate con l'esame dei casi di figli che erano nati in famiglie eterosessuali, poi divenute omosessuali in seguito a divorzio dei genitori. Le ricerche, riassunte da Stacey e Biblarz (American Sociological Review, 2001), non hanno trovato differenze rilevanti tra i bambini allevati nei due tipi di famiglie confrontando diverse variabili (che qui devo omettere). E tuttavia queste ricerche non potevano escludere che l'assenza di differenze fosse attribuibile all'influenza positiva della famiglia originaria, quella in seguito divorziata. È quindi cruciale la situazione in cui genitori dello stesso sesso educano figli fin dalla nascita. Una prima ricerca, con visite e colloqui realizzati su un lungo arco temporale, ha studiato bambini, allevati fin dalla più tenera età, da coppie lesbiche. Sono state esaminate le auto-rappresentazioni dei bambini e le preferenze per i giochi di ruolo. Di nuovo, non si riscontrarono differenze. Questo tipo di ricerche, in seguito, è stato perfezionato con campioni estratti a caso da ampie banche dati. I risultati

replicarono i precedenti (non ho qui lo spazio per il dettaglio delle tecniche di misurazione, comunque i bambini non erano trattati da "cavie", come molti lettori potrebbero temere). Si presero anche in considerazione analisi comparate della possibile influenza dei diversi scenari culturali, più variegati negli Stati Uniti che in Italia. Solo a questo punto, l'Associazione degli psicologi americani ha fatto suoi i risultati di queste ricerche. A loro volta le categorie professionali dei pediatri, dei medici e degli avvocati statunitensi tennero conto di queste conclusioni nelle loro scelte operative (cfr. Legrenzi, *Le famiglie arcobaleno*, Il Sole 24 Ore, 4 ottobre 2009).

Non so se la Corte di Strasburgo ha esaminato questa consolidata tradizione di ricerche. Probabilmente ha impostato la questione soprattutto vagliando i diritti di ciascuno dei due genitori. E tuttavia, almeno per uno psicologo, è ancora più rilevante la questione dei diritti dei figli a una crescita serena e armoniosa. E allora non sono sufficienti i risultati emersi studiando i diversi tipi di famiglie. È cruciale anche l'esame degli ambienti di vita in cui le famiglie sono inserite. In altre parole, non basta accertarsi che il benessere dei figli dipenda dall'armonia della coppia, indipendentemente dal sesso di chi la compone, ma bisogna anche prendere in considerazione il ruolo dei pre-giudizi a scuola e negli altri ambienti di vita extra-familiari (anche il pregiudizio è, purtroppo, un giudizio). Qui entra in gioco l'auspicabile tolleranza, il rispetto per gli altri di tutta la società, considerata nel suo complesso. Forse questa saggia sentenza aiuterà.

Paolo Legrenzi è docente di Psicologia all'Università Ca' Foscari di Venezia

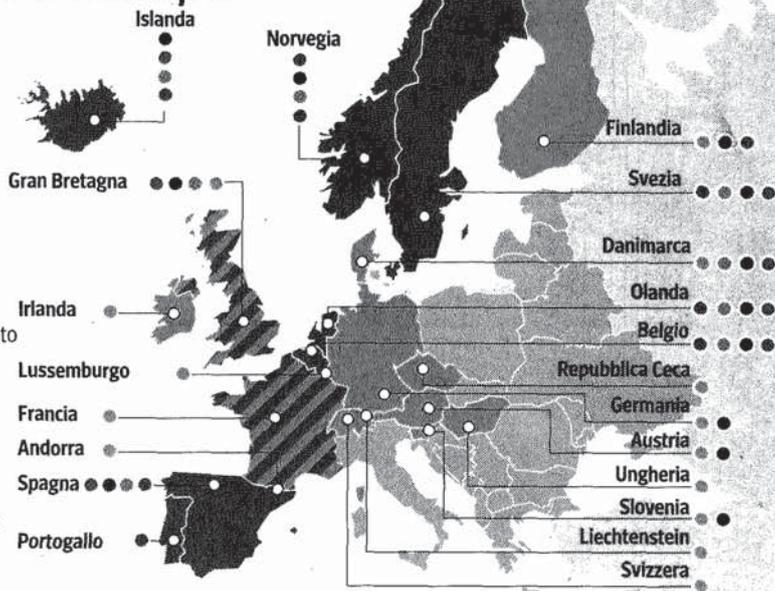
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le regole in Europa

LEGENDA

- Paesi che contemplano i matrimoni di coppie dello stesso sesso
- Paesi che contemplano le unioni civili
- Paesi che hanno annunciato l'introduzione del matrimonio gay
- Adozione congiunta
- Adozione del figlio del partner
- Fecondazione assistita



MATRIMONIO GAY
Il rito civile viene esteso anche alle coppie dello stesso sesso



UNIONE CIVILE
Forme di riconoscimento della coppia diverse dalle nozze



ADOZIONE CONGIUNTA
Le coppie gay possono adottare bambini come quelle eterosessuali



ADOZIONE DEL FIGLIO DEL PARTNER
Il figlio nato da uno dei partner viene riconosciuto anche come figlio dell'altro (il genitore «sociale»)



FECONDAZIONE ASSISTITA
Le coppie omosessuali possono ricorrere alla fecondazione assistita

Fonte: Ilga

D'ARCO

» Il giurista

«La decisione non ha effetti in Italia»

Effetti pratici per l'Italia. «Nessuno, per adesso». E poi? «Ci sono molti margini per far fruttare il principio della non discriminazione e del diritto al rispetto della vita privata e familiare». Dove lo immagina applicato? «Penso al riconoscimento del nucleo familiare, a certi diritti in ambito locatizio, alla tutela dei rapporti con il genitore non riconosciuto dallo Stato, ma con cui si è creato un legame affettivo». Alexander Schuster, docente all'Università di Trento, esperto di biodiritto e libertà fondamentali, è ottimista. È il componente italiano della Commissione giuristi europei sulla discriminazione per orientamento sessuale. È il primo a mettere in evidenza che «la Corte per i diritti umani ha mantenuto fermo il timone sul fatto che il matrimonio non è comparabile agli altri tipi di unione». Però mostra il potenziale della scelta di Strasburgo: «Ha consolidato nel massimo consenso che i legami basati sul ruolo sociale affettivo dei genitori hanno diritto di tutela. Lo Stato non può più disinteressarsi e dire che non c'è legame tra quelle coppie gay e i figli».

El. Ser.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tumori: seno, no aumento rischi da fecondazione in vitro

Tumori: seno, no aumento rischi da fecondazione in vitro

(ANSA) - WASHINGTON, 19 FEB - Le donne che si sottopongono a tecniche per la fecondazione artificiale in vitro non correrebbero rischi piu' alti di sviluppare tumori del seno o dell'endometrio: e' quanto emerge da un vasto nuovo studio americano, che lascia pero' ancora aperto il dubbio sull'influenza di questi trattamenti sul cancro delle ovaie.

Condotta dalla divisione di epidemiologia riproduttiva del National Institute of Health americano, l'indagine ha studiato 67.609 donne che tra il 1994 ed il 2011 avevano avuto le procedure di fecondazione in vitro ed altre 19.795 donne che non avevano seguito alcuna terapia di concepimento assistito.

Secondo il rapporto pubblicato sulla rivista Fertility & Sterility, 'nessun fattore di rischio di tumore e' risultato significativamente elevato tra le donne che avevano fatto la fecondazione in vitro'.

Tra tutte le donne esaminate, solo a 1.509 e' stato successivamente diagnosticato un tumore, ma non e' risultata alcuna differenza in termini di incidenza delle neoplasie del seno o dell'endometrio tra le volontarie che avevano avuto la procedura in vitro e quelle che non l'avevano seguita.

Per quanto riguarda il tumore delle ovaie il dubbio sulla possibile influenza dei trattamenti per la fecondazione invece rimane: lo studio ha infatti riscontrato un lieve possibile legame con l'aumento dei rischi. Ma i dati non sono sufficienti a stabilire un rapporto causa ed effetto. (ANSA)

Cassazione. Le conseguenze civilistiche

La responsabilità medica sopravvive alle linee guida

IL PRINCIPIO

La depenalizzazione introdotta dal Dl 158 non cancella gli effetti dei danni provocati anche da colpa lieve

MILANO

■ La **responsabilità civile del medico chirurgo** per un intervento finito male non è esclusa anche se sono state applicate scrupolosamente le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Il decreto legge 158/2012, convertito nella legge 8 novembre 2012, che depenalizza la responsabilità dei sanitari per fatti in sostanza imprevedibili, non tocca minimamente le conseguenze civilistiche per i danni colposi, anche da colpa lieve, provocati al paziente.

La Terza sezione civile della Cassazione (sentenza 4030/13, depositata ieri) torna sul tema sempre caldissimo del rapporto tra medico e paziente, intervenendo su un territorio molto prossimo alla medicina difensiva. Il caso nasceva dall'odissea, non solo giudiziaria, di una donna emiliana operata nel 1993 per un sospetto tumore - in realtà inesistente - e che a causa dell'intervento aveva poi riportato una invalidità permanente

quantificata in dieci punti.

Secondo la difesa dei responsabili civili - cioè la compagnia di assicurazione e la Asl locale - la depenalizzazione dello scorso anno, almeno nei limiti definiti dall'articolo 3, renderebbe improcedibile anche ogni azione di risarcimento civilistico. Una interpretazione, questa, smentita dallo stesso tenore letterale della norma - argomenta la Cassazione - visto che nel dl 158 è fatta esplicitamente salva la clausola generale del *neminem laedere* (articolo 2043 del Codice civile) tantopiù in un ambito che «riguarda diritti umani inviolabili quale è la salute».

Non solo. Anche se i medici provassero una propria colpa lieve - affievolita appunto dall'aver fatto "il meglio" stabilito dalla comunità scientifica in quel momento storico - questa prova «non esime dalla responsabilità civile, che considera la colpa in una dimensione lata, inclusiva del dolo e della diligenza professionale, e nel caso di specie i medici e la struttura non hanno dato la prova della esimente della complicità non prevedibile e non prevenibile, prova che incombe alla parte che assume l'obbligo di garanzia della salute».

A. Gal.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici ancora soggetti al risarcimento del danno

Il decreto Balduzzi ha eliminato la responsabilità penale del medico per colpa lieve, ma resta fermo il risarcimento del danno. Infatti è tenuto al ristoro di tutti i danni il sanitario che diagnostica erroneamente un cancro e opera il paziente senza che fosse necessario. Lo precisa la sentenza 4030/13, pubblicata il 19 febbraio dalla terza sezione civile della Cassazione. Accolto il ricorso della paziente dopo una doppia sconfitta in sede di merito. La donna cita in giudizio l'azienda ospedaliera e due chirurghi, chiedendo la condanna al pagamento dei danni patrimoniali e non, per l'operazione che le ha provocato un'invalidità permanente: è stata infatti sottoposta a un intervento di laparoisterectomia dopo la diagnosi sbagliata di carcinoma. I giudici di piazza Cavour chiariscono che il consenso informato del paziente costituisce un «diritto inviolabile della persona». Il caso specifico è caratterizzato «da un contestuale errore di informazione e di assenso all'atto chirurgico». Ma attenzione: stavolta «l'errore diagnostico non deriva da colpa lieve, ma da una gravissima negligenza». E la condotta antidoverosa si configura appunto per avere operato la paziente prima di avere la certezza di un tumore conclamato e diffuso. Quanto al decreto Balduzzi, la Suprema corte sottolinea come la novella ha depenalizzato la responsabilità del medico per colpa lieve, ma osserva anche che «la prova della colpa lieve non esime dalla responsabilità civile». Nella controversia esaminata dai giudici «i medici e la struttura non hanno dato la prova esimente della complicità non prevedibile o non prevenibile» dell'intervento, mentre la prova «incombe alla parte che assume l'obbligo di garanzia della salute». E attenzione: Piazza Cavour non manca di sottolineare come la novella ha destato non poche perplessità di ordine costituzionale, in relazione al comma secondo dell'articolo 77 della Costituzione: il testo originario del decreto legge, infatti, non recava alcuna previsione di carattere penale e neppure circoscriveva il novero delle azioni risarcitorie esperibili da parte dei danneggiati. Giusto un anno fa, peraltro, la Corte costituzionale ha di nuovo detto no agli emendamenti su temi estranei all'originario decreto-legge approvati in sede di conversione.

Debora Alberici

©Riproduzione riservata

La sentenza
sul sito www.italiaoggi.it/documenti

ItaliaOggi

Diritto
& FISCO

2013 2012

Arrivano i nuovi indicatori di coerenza per l'accesso

Il regime premiale si allarga

Medici ancora soggetti al risarcimento del danno

Consulenza legale gratuita per i cittadini

SCOPRI SU ITALIANGOLTY
SOLOFISCO

MILANO - ANTONIO DI NINO

COLLEGIO ITALIANO DEI CHIRURGHI

Una chirurgia "leggera" non taglia i costi

Da un anno le Regioni - su indicazione centrale - hanno deliberato il passaggio di alcune tipologie di intervento come a esempio cataratta e tunnel carpale alla chirurgia ambulatoriale.

Di fatto si tratta solo di un cambio di denominazione in quanto, per ora, i percorsi sono rimasti uguali ma le società scientifiche desiderano intervenire, esprimendo il loro disappunto, affinché non si verifichi il passaggio di altre patologie al regime ambulatoriale. Il passaggio infatti può rivelarsi a scapito del paziente nel momento in cui rischia di essere svolto non rispettando le condizioni di sicurezza.

Già nel corso del 111° congresso annuale di Chirurgia promosso dalla Sic a Rimini nel 2009, alla fine di una consensus conference per la chirurgia dell'emia inguinale il parere degli esperti fu contrario al passaggio al regime ambulatoriale, in ampio anticipo quindi rispetto alle attuali delibere.

I chirurghi, in regime di spending review, comprendono quanto sia necessario diminuire i ricoveri inappropriati, ma le aspettative del cittadino nei confronti della chirurgia sono altissime e non possono accettare di declassare la chirurgia da day surgery a chirurgia ambulatoriale. Infatti se i pochi regolamenti deliberati dalle Re-

gioni si riferiscono al classico percorso della day surgery l'unico vantaggio, oltre al ticket, sarebbe quello di diminuire in modo falso e artificioso i letti accreditati chiamandoli

letti tecnici e non utilizzando per il computo della dotazione letti per 1.000 abitanti. Ma entrando più

nel merito tecnico non si intuisce il beneficio nel portare la chirurgia che si svolge in sala operatoria in ambulatorio.

Mancano regole su documentazione clinica, sicurezza, accreditamento dei percorsi, ma non solo. Cambiando i flussi informativi da Sdo a 24 San, potremmo avere difficoltà nel reperire quei dati di out che ci proponiamo di mettere sotto controllo con il programma Agenas esiti.

Queste nuove regole prevedono che la chirurgia ambulatoriale, quale chirurgia minore, possa essere eseguita da un solo chirurgo aiutato da uno strumentista ma allora ci chiediamo:

a) esiste in Italia la figura dello strumentista e della nurse anestesiologicala come in altri Paesi Ue ed extra Ue o esiste solo la figura dell'infermiere professionale?

b) perché il legislatore che ben conosce le problematiche della formazione in campo chirurgico non ha deciso di prevedere "un chirurgo strutturato e uno in formazione", mentre si fa cenno a un solo infermiere in sala operatoria. Un solo chirurgo è insufficiente così come l'anestesista non deve essere a disposizione ma presente per molte procedure e idem darsi per il ferrista.

Nella realtà non esiste differenza di percorso fra day surgery e chirurgia ambulatoriale in quanto la day surgery ha già snellito al massimo il superfluo e ridondante nel campo della piccola e media chirurgia. Togliere altri segmenti, a esempio prevedere le dimissioni del paziente senza visita chirurgica e anestesiologicala come potrebbe ipotizzarsi per la chirurgia ambulatoriale, non è nell'ottica della sicurezza delle cure e la chirurgia ambulatoriale appare come un taglio lineare di risorse (letti-personale) allungando le mani nelle tasche dei cittadini con i ticket.

Quanto esposto evidenzia una confusione nei termini di day surgery e chirurgia ambulatoriale che è quella identificata nei Paesi anglosassoni come "office based surgery".

La priorità in questo momento, se vogliamo contenere i costi, è avere una chirurgia sicura minimizzando complicanze e richieste di risarcimento.

Cosa vogliono i professionisti? Avere un percorso sicuro in camera operatoria e con il numero di professionisti dotati dei corretti profili professionali.

Da sottolineare che è stato iniziato un percorso in chirurgia sugli esiti, organizzato sulle degenze. Portare migliaia di procedure sull'ambulatoriale escluderebbe questa attività dal programma, bloccando lo studio sugli esiti relativi a complicanze e infezioni e non è desiderio né dei medici né del cittadino.

Per abbattere i letti per mille abitanti possono esserci altre soluzioni, basta che professionisti e istituzioni comincino a colloquiare.

A chi tutti i giorni vive in prima linea la vita e il percorso chirurgico le scelte fatte appaiono in contrasto con buone prassi ed evidenze mediche. Ci chiediamo perché chi ha le competenze in merito, ovvero le società scientifiche, non sia stato interpellato.

Marco d'Imporzano
Presidente Collegio italiano Chirurghi

**La day surgery non si fa in ambulatorio
Buone pratiche dimenticate**



Scarsa attenzione nel dibattito pre-elettorale sulle tematiche cruciali per il settore

La salute delle politiche 2013

Intramontabile la sirena dell'universalità - Tagli e federalismo banco di prova

È la voce di spesa più massacrata delle manovre degli ultimi 5-10 anni. È il capitolo d'intervento più stressante per i governi di tutte le taglie, dal centrale ai locali. È la madre di tutte le spese, la Sanità che (ancora, non si sa per quanto) molti ci invidiano e pochi (quasi nessuno) promettono di poterci mantenere per il futuro. Argomento spinoso, la Sanità. In due mesi pieni di campagna elettorale se ne è parlato poco o pochissimo. Meno ancora se ne è scritto.

Nei programmi faticosamente messi assieme da coalizioni e schieramenti spesso il tema viene liquidato in poche righe.

Nel menu di partiti e raggruppamenti, il principale elemento unificante è la difesa dell'universalità del Ssn, ma declinata in tutte le sue possibili sfumature. Il Pd - con Sel e Psi - si schiera sui principi attuali del Ssn dichiarando guerra a sprechi e inefficienze, con un deciso stop ai tagli e, anzi, il rilancio degli investimenti.

Il Pdl punta tutto sulla sussidiarietà e sulla par condicio tra pubblico e privato, rilanciando alla potestà regionale il grosso delle grane organizzative. La Lega usa i costi standard come viatico e scommette - come sempre - su quel federalismo da cui

il programma della coalizione Mon-

ti, almeno in campo sanitario, sta ben attenta a prendere le distanze.

Universalismo in pole position anche per Scelta civica (con Udc e Fli), che frena sulla potestà delle Regioni, rilancia il ruolo centrale per la tutela della salute, e chiede regole chiare per il rapporto pubblico-privato.

Devolution e ruolo del privato nel mirino del Movimento 5 stelle, che rivendica la gratuità per le prestazioni essenziali e i ticket proporzionali a reddito per gli extra-Lea. Operazione che piacerebbe anche al Pd, conscio della delicatezza del problema e orientato a maneggiare con cura le ricadute esplosive della spending review.

Spending che in un modo o nell'altro si rivela come il secondo elemento unificante dello scarno pensiero della Sanità prossima ventura: tutti (genericamente) contro i tagli. Monti non li cita. Anzi rilancia. Dice che per la Sanità ci saranno più soldi. Che ci dovremmo allineare alla media Osee. Media che - va detto - comprende anche la spesa privata.

Voce che - di sottofondo - tutti i protagonisti hanno ben presente. Anche Monti, che invita tutti a fare la propria parte, anche i cittadini cui vengono riproposti il moloch dei fondi integrativi e la necessità di condividere l'onere del finanziamento dei

pubblici servizi.

La questione, del resto, compare con delicatezza anche in coda al capitolato sul Welfare stilato dal Pdl, che glissa però sulle ricadute operative della questione.

Affettiva e iper-universalista la versione Ingroia: Rivoluzione civile punta sulla non autosufficienza, su maggiori prestazioni gratuite per gli anziani (anche alcuni farmaci di fascia C) e sull'eliminazione di tutto ciò che ha favorito la Sanità privata.

Toni diversi, poche soluzioni. Del resto, si sa, stavolta più che programmi ai cittadini sono stati somministrati manifesti sui valori.

Di pratica poco o nulla. Forse per questo, ancora una volta, una promessa accomuna tutte le coalizioni: fuori la politica dalle nomine dei manager. Che questa possa essere la volta buona.

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Rosanna Magnano
Sara Todaro**

I programmi in pillole

Pd, Sel, Psi	Investimenti e guerra a sprechi e inefficienze. Per i nuovi ticket soluzioni alternative, anche tarate sui redditi familiari e stop ai tagli lineari. Ruolo trainante per l'industria del farmaco, partiti fuori dalle nomine e obiettivo prevenzione per generare risparmi. Riquilibrare le cure sul territorio, rivedere il ruolo degli ospedali, tutela assicurativa per i medici, ruolo cruciale degli operatori
Pdl	Sussidiarietà e libera scelta nei servizi del Welfare. Riforma della Salute mentale. Modifiche alla spending review e tutela dei medici dai rischi clinici. Legge sul biotestamento. Rapporto pubblico-privato da riequilibrare con par condicio
Lega	Federalismo e costi standard per il diritto alla salute. Attuare e aggiornare i Lea. Rete integrata di servizi per i malati cronici e disabili. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture
Scelta civica	Universalità delle cure. Definire prestazioni Lea e quelle dei fondi integrativi. Ticket sostituiti da una franchigia legata all'Isee. Rafforzare il ruolo del ministero. Nuove regole di riparto. Via i partiti e stop alla medicina difensiva. Regole chiare nel rapporto pubblico-privato. Riconoscere il volano dell'industria della salute come creatrice di ricchezza e di occupazione
5 Stelle	Universalità e gratuità per le prestazioni essenziali. Ticket proporzionali al reddito per le prestazioni non essenziali. Monitorare e correggere gli effetti della devolution sull'equità d'accesso. Promuovere l'uso di farmaci generici e fuori brevetto, equivalenti e meno costosi. Prescrizione medica dei principi attivi invece delle marche delle singole specialità
Rivoluzione civile	Universalità delle cure con attenzione alla non autosufficienza. Gratuità per alcuni farmaci di fascia C senza analoghi in fascia A per pensionati e bassi redditi. No a tagli lineari. Eliminare le misure che hanno favorito la Sanità privata. Investire in prevenzione. Ospedali con meno tagli di posti letto e più cure e servizi territoriali. No al doppio lavoro nel pubblico e nel privato e nomine dei manager senza politica



GOVERNATORI

Personale: i limiti ai tagli di spesa

Risorse residue da un anno all'altro per la retribuzione accessoria non devono esistere: i contratti prevedono che «l'integrale utilizzo delle risorse certificate nei tre fondi per la retribuzione accessoria» sia realizzato anche con il finanziamento del fondo di produttività dello stesso anno a cui fanno riferimento gli importi. Ci sono però alcune eccezioni come i casi di forza maggiore, documentati e riferiti a risorse «rese eccezionalmente disponibili» dopo la chiusura dei bilanci o a clausole degli accordi integrativi che vietano di erogare trattamenti economici accessori «che non corrispondano a prestazioni effettivamente rese» e destinano al fondo di produttività e a programmi e progetti dell'anno successivo le somme. Ma tutte queste risorse non devono rientrare nel computo del tetto 2010 a cui fare riferimento, in base alla legge 122/2010, per calcolare i risparmi di spesa sul personale, né il loro utilizzo configura un aumento della spesa per il personale.

A chiarirlo è un documento approvato dalle Regioni a integrazione di quello di fine 2011 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 41/2011), in base a una recente circolare (16/2012) della Funzione pubblica che afferma che «al fine del rispetto del limite 2010, non rilevano eventuali risorse non utilizzate del fondo dell'anno precedente e rinviate all'anno successivo, in quanto le stesse non rappresentano un incremento del fondo ma un mero trasferimento temporale di spesa di somme già certifi-

cate».

Secondo lo stesso documento delle Regioni, però, il «contenimento di spesa» sul personale si applica invece alle progressioni orizzontali (fasce economiche) di carriera, i cui valori «devono rimanere cristallizzati al 2010». Niente aumenti quindi ed eventuali scatti in questo senso valgono solo dal punto di vista giuridico. Le risorse eventualmente stanziati per il 2011-2013 - chiarisce il documento - si trasformano in economia di bilancio così come quelle che derivano dalla cessazione di personale.



RAPPORTO OCSE

Liste d'attesa, Italia in coda

Ricetta sulla carta, esiti disomogenei - Confronto a 13

In Italia, il problema dei tempi d'attesa in Sanità resta «cronico» nonostante sia considerato un'importante priorità politica. Negli ultimi 10 anni non sono mancate iniziative valide, ma le problematiche emergono soprattutto dall'applicazione a livello locale e dalla disomogeneità dei dati. È quanto emerge

per più di 4 mesi è il 25% dei pazienti in Canada, il 22% in Svezia, il 21% in Norvegia e nel Regno Unito.

A PAG. 8-9

da uno studio dell'Ocse sui tempi d'attesa in 13 Paesi. Il fenomeno non è solo made in Italy: ad attendere un intervento di chirurgia elettiva

Rapporto sulle strategie messe in campo in 13 Paesi per contrastare le code in Sanità

Liste d'attesa sotto la lente Ocse

Italia: buone policies dal Ssn ma risultati disomogenei a livello locale

In Italia, il sistema sanitario è «maturo» per un governo più efficiente dei tempi d'attesa, un problema «cronico» considerato un'importante priorità politica e che riguarda le cure specialistiche e la diagnostica più che i ricoveri. Basti notare che per una radiografia si possono aspettare mediamente 61 giorni in un ospedale pubblico e 36 in ambulatorio, per un'ecografia si rilevano 66 giorni di attesa in un ambulatorio pubblico e per un esame endoscopico ci vogliono fino a 78 giorni in una clinica privata convenzionata con l'Ssn. Le iniziative per migliorare la situazione non sono mancate, ma le problematiche emergono soprattutto dall'applicazione a livello locale e dalla disomogeneità dei dati raccolti. È questo il quadro sull'Italia tracciato da uno studio dell'Ocse sui tempi d'attesa in 13 paesi negli ultimi dieci anni: «Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works?».

Le lunghe code in Sanità non sono certo un'esclusiva nazionale. Ad attendere un intervento di chi-

rurgia elettiva per un tempo superiore a quattro mesi è infatti il 25% dei pazienti in Canada, il 22% in Svezia, il 21% in Norvegia e nel Regno Unito, il 18% in Australia. Svetta invece la Germania che dal 5% del 2007 è passata allo 0% del 2010 e ci sono buone performance anche in Olanda, dove nell'ultimo anno ad aspettare tanto è solo il 5 per cento.

«Questo rapporto - spiega **Lui-gi Siciliani**, professore ordinario di Economia e direttore del Master in Economia sanitaria presso l'Università di York, Inghilterra, tra gli editori e autori dello studio - offre una rassegna e una valutazione delle politiche sanitarie rivolte alla riduzione dei tempi di attesa. Le esperienze sono molteplici e possono offrire spunti interessanti ai governi interessati a sviluppare politiche sui tempi di attesa».

Diversi paesi hanno introdotto politiche che funzionano, con risultati di rilievo. «Uno strumento comune - continua Siciliani - è l'utilizzo di tempi di attesa massimi, a volte sotto il nome di "garanzie" per il paziente. L'Inghilterra e la Finlandia hanno introdotto tempi di attesa massimi (targets) con sanzioni per gli ospedali che non li rispettavano. Il Portogallo ha introdotto un sistema

informativo unificato che offre libera scelta ai pazienti che hanno aspettano più del 75% del tempo massimo raccomandato e permette al paziente di recarsi in un altro ospedale con tempi più brevi, anche nel settore privato. L'Olanda ha introdotto una combinazione di pagamento ospedaliero a tariffa (tipo Drg), maggiore scelta per il paziente, e tempi di attesa massimi (chiamate "norme"). La Nuova Zelanda ha introdotto un sistema di controllo della domanda basato su una migliore prioritizzazione dei pazienti. La Svezia e la Norvegia hanno sperimentato diverse forme di garanzie sui tempi di attesa massima e hanno differenziato tale tempo di attesa massimo sulla base della gravità del paziente».

E in Italia? Secondo l'Ocse - il capitolo sull'Italia è stato scritto da **Giovanni Fattore, Giuliano Mariotti e Vincenzo Rebba** - nel complesso, la revisione delle politiche dell'ultimo decennio offre



un quadro ricco, ma poco chiaro. A livello nazionale e nella maggior parte delle Regioni sono state attuate misure specifiche per gestire meglio il tempo di attesa. Ma data la struttura istituzionale del Ssn italiano, l'attuazione di queste iniziative, spiega lo studio, dipende dalle Regioni, con grande disomogeneità nei risultati. La maggior parte delle amministrazioni ha comunque facilitato l'accesso dei pazienti con una migliore informazione sui tempi di attesa (sui siti web delle Asl), reingegnerizzazione dei processi e con la creazione di centri di prenotazione unificati.

Inoltre, sono stati individuati criteri di priorità importanti per gestire i tempi di attesa su base clinica, come la positiva esperienza dei Raggruppamenti di attesa omogenei (Rao), paragonabile, per modalità di definizione dei limiti di priorità, al modello neozelandese «Cpac/Aca». Men-

tre le politiche specifiche e dirette possono ridurre i tempi di attesa e migliorare l'appropriatezza, secondo l'Ocse dovrebbe essere chiaro che un vero cambiamento può risultare solo dalla combinazione di una serie di policies applicate simultaneamente a offerta e domanda. Nella ricetta italiana l'Ocse sottolinea tre aspetti salienti: il co-payment, la pratica intramoenia e l'assicurazione volontaria. Il co-payment di fatto scoraggia l'uso dei servizi e, in alcuni casi, rende più conveniente per i pazienti pagare il prezzo complessivo del servizio nel settore privato.

Questo ha probabilmente ridotto i tempi di attesa attraverso la riduzione della domanda di servizi coperti dal Ssn, tuttavia, criteri di esenzione abbastanza ampi hanno finora limitato l'uso di copayments nella parte più ricca e più sana della popolazione. Gli altri due esempi di politiche sanitarie, vale a dire l'assicurazione volontaria e l'intramoenia, hanno anch'es-

si importanti effetti indiretti sui tempi di attesa. L'espansione della pratica intramoenia e la promozione dell'assicurazione sanitaria privata potrebbero tuttavia compromettere l'accesso alle cure sanitarie previste dai Lea. E su questo l'Ocse sottolinea la necessità di un'attenta riflessione: l'intramoenia può incoraggiare i medici a mantenere liste d'attesa insostenibili nel pubblico per garantire un elevato ricorso alla prestazione a pagamento, mentre il sistema assicurativo potrebbe mettere a rischio l'equità di accesso ai servizi del Ssn.

a cura di
Rosanna Magnano

Durata della lista di attesa per la prestazione diagnostica per rip. geografica

Quanto ha dovuto aspettare in lista di attesa prima di poter fare il suo accertamento?

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Meno di 1 settimana	20,1%	19,4%	20,0%	27,8%	22,3%
Tra 7 e 15 giorni	19,6%	22,2%	21,3%	15,3%	18,9%
Tra 16 giorni e 1 mese	22,3%	25,0%	22,7%	26,4%	24,0%
Tra 1 e 3 mesi	24,6%	20,8%	20,0%	17,4%	21,1%
Oltre 3 mesi	13,4%	12,5%	16,0%	13,2%	13,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Media giorni	51	46	54	48	50
Media mesi	1,7	1,5	1,8	1,6	1,6

Fonte: indagine Censis-Ccm, 2009

Durata media della lista di attesa per accertamento e struttura erogatrice

	Ospedale pubblico	Poliamb. pubblico	Struttura privata convenz.ta	Totale
Rx (radiografia tradizionale)	61	36	7	41
Esame radiografico complesso (1)	89	72	73	83
Ecg (elettrocardiogramma) (2)	48	20	10	31
Eeg (elettroencefalogramma) (2)	24	-	10	18
Ecografia (3)	44	66	25	42
Esame endoscopico (gastroscopia, colonscopia, broncoscopia ecc.)	46	73	78	54
TC (tomografia computerizzata)	46	73	49	53
RM (risonanza magnetica) (4)	65	91	15	52
PET (tomografia a emissioni di positroni) o scintigrafia (5)	40	122	-	48
Altro esame strumentale	95	185	28	100
Totale	57	57	27	50

(1) Si intendono le radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto (angiografie, coronarografie ecc.)

(2) Si intendono anche Holter (esame nelle 24 ore)

(3) Si intendono anche eco-doppler, ecocardiografie ecc.

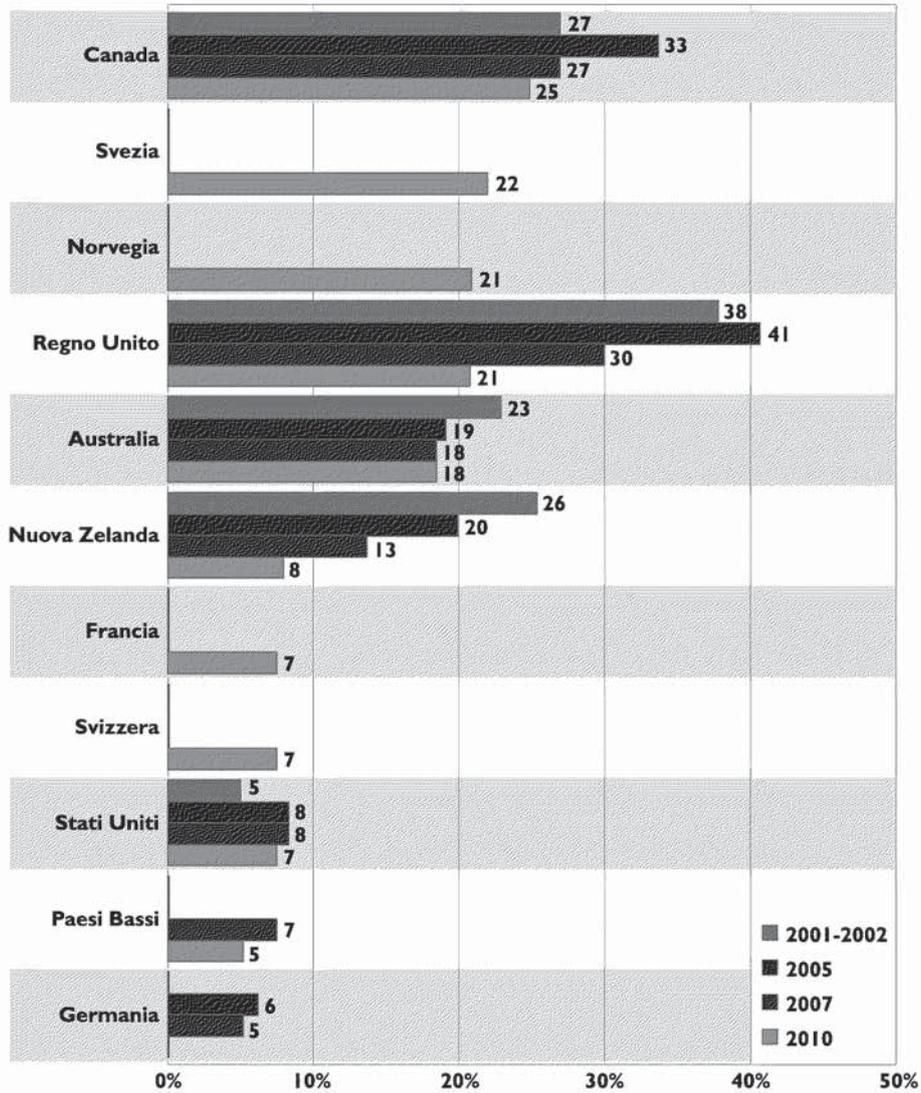
(4) Si intendono anche Rm con mezzo di contrasto

(5) Si intendono anche altre tecniche diagnostiche di medicina nucleare

Fonte: indagine Censis-Ccm, 2009



Le percentuali di pazienti che aspettano più di 4 mesi per la chirurgia elettiva



Fonte: Oecd (2011), Health at a Glance 2011 - Oecd indicators, Oecd publishing, Paris, based on the Commonwealth fund survey (Schoen et al., 2010)



Formazione. Il dossier Almalaurea

Laurea in calo di attrattività

Claudio Tucci
 ROMA

È un altro effetto tangibile della crisi. Tanti giovani che terminata la scuola si mettono alla ricerca di un lavoro per aiutare i bilanci familiari, piuttosto che proseguire all'università.

E così a un anno dal diploma, ha evidenziato il nuovo rapporto 2013 sulla condizione occupazionale e formativa dei diplomati targato AlmaDiploma-AlmaLaurea, quasi un giovane su cinque (il 19%, per l'esattezza) sceglie di "snobbare" gli studi per inserirsi direttamente nel mercato del lavoro. Un altro 14,5% decide di mettersi alla ricerca attiva di un impiego, e c'è anche un ulteriore 5% che, per vari motivi, non cerca lavoro. Mentre poco più del 61% prosegue la propria formazione (ma di questi il 12% frequenta l'università lavorando).

A un anno dal diploma - poi - risultano occupati 31 diplomati su 100: si sale al 41% in corrispondenza di chi esce dai professionali e al 36,5% dai tecnici. Si tocca il minimo tra i liceali (21%). Ma la disoccupazione coinvolge il 33% dei diplomati. E tra chi lavora a tempo pieno (senza essere contemporaneamente impegnato nello studio universitario) il guadagno medio, a un anno dal diploma, è di 925 euro mensili netti. A tre anni dal titolo, si sale a 1.084 euro (1.146 per i diplomati professionali); e a cinque anni dal diploma, la retribuzione arriva ad appena 1.169 euro.

Una situazione «su cui riflettere», ha sottolineato il direttore di AlmaLaurea, Andrea Cammelli, che richiama l'attenzione del futuro Governo «a investire di più e meglio sui giovani. Anche in tempo di crisi - ha aggiunto Cammelli - si può tagliare su tutto. Ma non sul capitale umano».

Del resto, dall'indagine - che ha riguardato un campione di oltre 48mila diplomati del 2011, 2009 e 2007 intervistati a uno,

tre e cinque anni dal conseguimento del titolo - è emerso come, se da un lato sia elevata la domanda di lavoro da parte dei diplomati, dall'altro, le condizioni offerte sono molto spesso precarie. Tra i diplomati 2011 (impegnati esclusivamente in un'attività lavorativa), per esempio, la tipologia contrattuale più diffusa è il contratto a tempo determinato, e la quota di lavoro non stabile interessa il 31% degli occupati. All'opposto, il lavoro stabile riguarda 19 diplomati occupati su 100: 15 impegnati con contratti a tempo indeterminato, e la restante quota in attività autonoma. Elevata è la percentuale di chi non ha un contratto regolare: il 13% dei diplomati (19% tra i liceali). A tre anni dal di-

LA MAPPA

A un anno dal diploma un giovane su cinque sceglie di «snobbare» gli studi per trovare un lavoro: 925 euro il salario medio

ploma, invece, tra gli occupati, è il contratto formativo a risultare il più diffuso (34,5% dei diplomati). Aumenta la quota di lavoratori stabili, che raggiunge il 32,5%; si riduce l'area del precariato (18%) e diminuiscono, pure, coloro che lavorano senza alcun contratto (4%). A cinque anni, il quadro generale migliora ulteriormente.

Nel settore pubblico, lo sbocco professionale dei diplomati è molto basso (dichiarano di lavorare solo 6 su 100, a cinque anni dal diploma). Circa 3 occupati su quattro, a un anno dal titolo, sono inseriti in un'azienda del settore dei servizi (in particolare del commercio, 32%). Ben 18 su 100 lavorano invece nell'industria (il 6% nella meccanica). Mentre è decisamente contenuta la quota di chi lavora nell'agricoltura: sono circa il 3 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scommesse Tra i concessionari Mondadori e Sisal, guidata dall'ex ministro Fantozzi

Il record italiano dell'azzardo Giocate online per 15 miliardi

Abbiamo il 22 per cento del mercato globale ma dal comparto il Fisco incassa solo lo 0,6%

ROMA — Non ascoltate le Cassandra che vedono la ripresa sempre più lontana. Non date retta ai menagrami secondo cui la recessione sta strozzando la nostra economia. C'è in Italia un settore che tira, e tira da matti: quello delle bische online. Ovvero, la nuova frontiera del gioco d'azzardo. «Abbiamo meno dell'uno per cento della popolazione mondiale e il 22 per cento del mercato globale dei giochi online», garrisce un comunicato stampa diffuso lunedì da Netmediacom, riportando i risultati di uno studio del portale *Netbetcasino.it*. Per nulla intimoriti dal rischio che «il gioco può causare dipendenza», né ispirati dal suggerimento di «giocare con moderazione» che accompagna il diluvio di pubblicità televisive, nel 2012 i nostri connazionali hanno speso 15 miliardi e 406 milioni. Una cifra colossale, che fa impallidire perfino la somma pure enorme investita dai francesi: 9 miliardi 408 milioni. E gli inglesi, inventori delle scommesse? Si sono fermati a 3 miliardi appena, a poca distanza dagli spagnoli: 2 miliardi 354 milioni.

«È un settore economico in cui il nostro Paese fa da traino al resto d'Europa», esultano gli autori dello studio, sottolineando come il fatturato del gioco d'azzardo abbia surclassato in un solo anno quello di 12 miliardi dei viaggi online, e proceda spedito nel 2013 verso i 18 miliardi.

Ma è un record mondiale che fa venire letteralmente i brividi. Perché è difficile non mettere tale primato in relazione con l'impoverimento degli italiani. Fra il 2001 e il 2011 il Prodotto interno lordo pro capite a prezzi costanti, considerando cioè anche l'inflazione, è diminuito in Italia del 3,8%. In valore, 946 euro. Nell'area dell'euro è stato il peggiore risultato in assoluto. Solo in un altro

Paese la ricchezza reale prodotta da ciascuno è calata: il Portogallo, dove però è scesa dello 0,9 per cento. La Germania ha messo a segno un +12,3%. La Francia e la Spagna, +4,7. L'Austria, +13,1. Perfino la Grecia, nell'arco di quegli undici anni, ha visto crescere la ricchezza individuale dell'8%.

E dopo l'impoverimento materiale, come non cogliere in quel record dei biscazzieri online anche un segno di impoverimento culturale? Lo dicono chiaramente anche i dati sull'aumento degli abbandoni scolastici e la diminuzione delle iscrizioni all'università, in un'Italia che ha metà dei laureati rispetto alla media europea.

Ancora: quel primato l'ha raggiunto un Paese, dice Eurostat, con la minore propensione in Europa all'uso dell'informatica. Gli italiani fra i 16 e i 74 anni che non hanno mai aperto una pagina Internet sono il 37%. Peggio di noi soltanto Cipro (36), Bulgaria (42), Grecia (42) e Romania (48). Idem per la diffusione dei collegamenti Internet nelle abitazioni: siamo al 63%, contro una media del 76% dell'Unione europea, appena un soffio sopra Portogallo (61), Cipro e Lituania (62). Per non parlare delle carenze oggettive della nostra infrastruttura informatica. Che però non hanno scoraggiato, qui dove ancora le pubbliche amministrazioni hanno difficoltà a dotarsi dello sportello unico per le imprese e ci sono soltanto (fonte Confartigianato) 541 Comuni su 8.092 in grado di far svolgere ai propri cittadini tutte le pratiche via web senza recarsi materialmente in municipio, la concessione di un numero sorprendente di autorizzazioni per le bische elettroniche.

Direte: l'Erario ci fa un sacco di soldi. Fosse anche così, sarebbe già alquanto discutibile che lo Stato incentivasse un'attività per la quale è necessario dare un avvertimento del ti-

po «drogatevi pure, ma con moderazione». Senza considerare le drammatiche conseguenze sociali del gioco d'azzardo, diventata un'autentica malattia nazionale con la sua catena di usure e suicidi. Ma il fatto è, come ha già avuto modo di ricordare il *Corriere* un paio di mesi fa, che il Fisco incassa dalle giocate online un miserissimo 0,6%: il che ha fatto precipitare la tassazione effettiva su tutto il gioco d'azzardo «legale» dal 30 al 10%.

E sapete quanti sono oggi i siti Internet operativi? Trecentonovantuno. Intestati a una quantità incredibile di società. Molte sono controllate da soggetti con base a Cipro e Malta. O Gibilterra, come la Bwin sponsor del Milan. Ma anche in Olanda, Gran Bretagna e Austria. E San Marino. Alcuni sono schermati dietro fiduciarie: è il caso della società di Antonio Porsia. Ex assistente, ha documentato un'inchiesta di Sigfrido Ranucci per *Report* di Milena Gabanelli, degli ex ministri Francesco D'Onofrio e Tiziano Treu, è presidente e azionista della Hbg gaming, la cui maggioranza è custodita nella Fiduciaria Finnat della famiglia Nattino.

Di altri si sono occupati le cronache: per esempio la Atlantis B plus, finita al centro di un'inchiesta che ha coinvolto l'ex presidente della Banca popolare di Milano Massimo Ponzellini rivelando rapporti con politici del centrodestra. Ma la febbre ha contagiato anche i Comuni di Venezia e Sanremo, proprietari dei rispettivi casinò che sono titolari anch'essi di concessioni per il gioco online.

In un mondo nel quale girano tanti soldi, non poteva poi mancare l'ombra delle organizzazioni criminali. Il 16 aprile 2009 i magistrati hanno sequestrato le azioni di una delle tante società concessionarie, poi messa in liquidazione: i suoi proprietari erano accusati di riciclaggio.

E le banche? Come facevano a re-

stare fuori? Ecco allora che la Mpvventure, posseduta in maggioranza dal Monte dei Paschi di Siena, controlla il 40% di Neomobile spa, proprietaria di Neomobile gaming (www.casino-planet.it). Mentre Intesa Sanpaolo è presente in forma indiretta (insieme con Generali e Palladio finanziaria) nel capitale della Snai.

Un consigliere di amministrazione di Unicredit è invece presidente della Cogetech (www.maxipoker.it, www.virginpoker.it, www.runneropoker.it) e altri sei siti. Risponde al nome di Giovanni Quaglia: ex presidente margheritino della Provincia di Cuneo e vicepresidente della Fondazione Cassa di risparmio di Torino. Non è l'unico personaggio di spicco, in un settore nel quale si sono buttati a pesce colossi come la De Agostini, azionista di Lottomatica, e la Sisal: presieduta, quest'ultima, dall'ex ministro ed ex commissario dell'Alitalia Augusto Fantozzi. Ed è impossibile non ricordare che della partita è anche la Mondadori di Silvio Berlusconi attraverso la Glaming (www.glaming.it). Ha ottenuto dai monopoli di Stato la concessione quando il Cavaliere era premier e alla presidenza della società sedeva nientemeno che Aldo Ricci, collocato per ben due volte dal governo del patron di Mediaset a capo della Sogei, azienda pubblica che gestisce l'anagrafe tributaria.

Potremo andare avanti chissà quanto, raccontando storie e personaggi. Merita però di essere menzionata la marcia indietro di Poste italiane, che dopo aver chiesto e ottenuto la concessione per i giochi online (le Poste, ci pensate!) si è ravveduta. E ha per fortuna deciso di non renderla operativa. Meglio tenersi alla larga...

Sergio Rizzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Monte dei Paschi

Mpvventure posseduta in maggioranza da Monte Paschi controlla il 40% della proprietà di Neomobile gaming

I siti sono 391

Ci sono 391 siti, intestati a società controllate da soggetti di tutta Europa: Cipro e Malta, Gibilterra, Austria e San Marino



La ricerca

La vitamina C funziona ma se si fa attività fisica

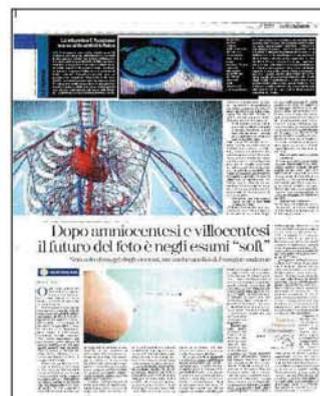
— Promossa la vitamina C: riduce davvero il rischio di prendersi un raffreddore (come vuole la saggezza popolare), ma questo «effetto scudo» vale soltanto per chi attività fisica in modo regolare. A suggerirlo è una ricerca finlandese, secondo la quale nelle persone attive la celebre sostanza è in grado di dimezzare il pericolo di finire «ko» per starnuti e naso che cola. Un gruppo di scienziati dell'Università di Helsinki, infatti, ha condotto una serie di studi su oltre 11 mila persone allo scopo di verificare gli effetti sull'organismo della vitamina che è presente soprattutto nelle arance, nei kiwi e nelle fragole. I ricercatori ne hanno somministrato una do-

se a vari gruppi di volontari, dai bambini delle scuole ai maratoneti, dagli adolescenti che fanno nuoto fino ai soldati canadesi. Grazie a questa varietà di «cavie» il team ha scoperto che la vitamina C dimezza il pericolo di prendersi un raffreddore in chi si sottopone a uno «stress fisico» di breve durata, come, appunto, l'esercizio fisico. E non soltanto. I teenager nuotatori che si erano raffreddati e sono stati trattati con la vitamina sono guariti nella metà del tempo rispetto ai coetanei che non l'avevano presa. I bambini, inoltre, hanno dimostrato di rispondere meglio alla sostanza rispetto alla media degli adulti. Conclusione: «La vitamina C può essere molto utile a tutti quegli individui che evitano una vita sedentaria», hanno dichiarato gli autori diretti da Harri Hemild, illustrando i risultati dello studio.



In primo piano

Il team dell'Università di Helsinki ha condotto una serie di studi su oltre 11 mila persone allo scopo di verificare gli effetti prodotti dalla vitamina C sull'organismo



“Riparerò i danni dell'infarto”

Ricerca italiana: “Una terapia rivoluzionaria che parte dalle proprietà dell'Rna”

CARDIOLOGIA

SIMONA REGINA

Come riparare un cuore infranto? Se lo chiedevano i Bee Gees, gruppo cult della disco music, che nel 1971 incise il famoso brano «How can you mend a broken heart». E se l'è chiesto un team di ricercatori del Centro Internazionale di Ingegneria Genetica e Biotecnologie, l'Icgeb, che in collaborazione con un team di cardiologi dell'Università di Trieste è al lavoro per identificare nuovi farmaci utili in caso di infarto del miocardio e scompenso cardiaco. Ora, i risultati del loro studio, coordinato da Mauro Giacca e pubblicato su «Nature», aprono nuove prospettive, potenzialmente rivoluzionarie, per la cura delle malattie cardiovascolari: è stata identificata, infatti, una possibile chiave per stimolare la riparazione del cuore e rimettere in moto le cellule cardiache danneggiate da infarto.

«Cercare di riparare i cuori danneggiati da patologie cardiache o dall'età - spiega Giacca, direttore dell'Icgeb di Trieste - rappresenta oggi uno degli obiettivi più importanti della ricerca medica. Infatti, l'infarto del miocardio e lo scompenso cardiaco stanno assumendo dimensioni epidemiche a livello planetario: sono la causa di 17 milioni di morti ogni anno. Basta pensare che una persona su tre nel mondo muore a causa di una patologia cardiovascolare, con spese sanitarie non indifferenti: la terapia e l'ospedalizzazione dei pazienti costa il 2% del pil dei Paesi industrializzati. Ma i farmaci disponibili sono essenzialmente ancora quelli sviluppati una ventina di anni fa. Ora per la prima volta - aggiunge - siamo riusciti a dimostrare

che si può stimolare la rigenerazione del cuore infartuato, agendo direttamente sulle cellule cardiache grazie ai microRna. Si apre così la strada a nuove bioterapie».

Professor Giacca, la chiave di volta è custodita in piccole porzioni di Rna, coinvolte nei meccanismi di regolazione dell'espressione dei geni: come riescono a indurre la rigenerazione cardiaca nei pazienti con infarto o insufficienza cardiaca?

«Abbiamo identificato 40 piccole molecole di Rna (microRna): sono capaci di stimolare la riparazione cardiaca favorendo la replicazione delle cellule del cuore stesso. I microRna sono regolatori fondamentali di tutte le funzioni cellulari: controllano cioè il destino di tutte le cellule dell'organismo. Nei laboratori dell'Icgeb, grazie a uno screening robotizzato, abbiamo analizzato la funzione di tutti i microRna codificati dal Genoma, scoprendo

che proprio 40 di questi sono in grado di stimolare la proliferazione delle cellule adulte del cuore, esattamente come quelli normalmente attivi durante lo sviluppo embrionale, quando il cuore si sta formando».

Ma facciamo un passo indietro: cosa succede a un cuore colpito da infarto?

«Il cuore ha una scarsissima, se non nulla, capacità rigenerativa: nasciamo con un certo numero di cellule cardiache che pulsano miliardi di volte per tutta la vita. Quando si occlude un'arteria coronaria a causa di un infarto o le cellule cardiache si danneggiano a causa della pressione alta o perché infettate da un virus, come nel caso della miocardite, il cuore va incontro a una progressiva morte cellulare e le cellule perse non si rinnovano. Il cuore, dunque, non pompa più bene e il paziente va incontro alla condizione clinica nota come scompenso cardiaco. Più del 50% dei pazienti a

cui viene diagnosticato muore entro quattro anni dalla comparsa dei sintomi. Si tratta, perciò, di una prognosi addirittura peggiore dei tumori».

Se il problema-chiave delle patologie cardiache è legato all'incapacità delle cellule del cuore di rigenerarsi, come si può applicare una terapia a partire dai microRna?

«Nel corso dei nostri esperimenti, anche su cellule umane derivate da staminali embrionali, abbiamo osservato che, quando questi microRna vengono somministrati a un cuore che ha subito un infarto, sono in grado di rimettere in moto la replicazione dei cardiomiociti, le cellule contrattili che danno al cuore la sua funzione di pompa e, quindi, riescono a stimolare la riparazione del danno non attraverso la formazione di una cicatrice, come avviene normalmente, ma promuovendo la formazione di nuove cellule».

L'obiettivo, ora, è sviluppare nuovi farmaci a base delle molecole di Rna?

«Stiamo lavorando per trasformare i microRna in farmaci da iniettare nel cuore. Oggi i farmaci utilizzati per il trattamento e la cura di infarto e scompenso cardiaco non agiscono sulla rigenerazione cellulare, ma cercano di aumentare la capacità di contrazione del cuore residuo, cioè la funzione di pompa del tessuto rimasto intatto. Il nostro obiettivo, invece, è sviluppare farmaci biologici che rimettano in moto le cellule cardiache: farmaci che possano risvegliare le cellule dormienti della parte danneggiata, portando così alla guarigione senza lasciare cicatrici».

Quanto siete vicini a questo obiettivo?

«Prima di avviare la sperimentazione clinica sull'uomo dobbiamo rendere le molecole più stabili, capire come iniettarle nelle arterie coronarie, perché la procedura sia meno invasiva possibile, e con quali sostanze

mescolarle per favorirne l'ingresso nelle cellule, verificando che stimolino solo la proliferazione dei cardiomiociti e non, per esempio, di cellule tumorali».

Quanto tempo ci vorrà?
«Contiamo di arrivare entro tre anni ai trial clinici, grazie a collaborazioni accademiche in Italia e negli Usa».



Mauro Giacca
Microbiologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL CENTRO INTERNAZIONALE DI INGEGNERIA GENETICA E BIOTECNOLOGIE DI TRIESTE