



## Meno polizze per gli ospedali, le regioni si 'autoassicurano'

✎ ROMA

**PER** fronteggiare il fenomeno degli errori sanitari, le Regioni preferiscono 'fare da sé'. Scende la quota di quelle che decidono di affidarsi a un'assicurazione e aumenta il numero di chi preferisce autoassicurarsi.

L'istantanea è stata elaborata dall'**Ania** (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) in un dossier dal titolo 'Malpractice, il grande caos'. «In Toscana, Liguria, Puglia, Basilicata — si evidenzia — e ora anche in Sicilia le compagnie sono uscite di scena, sostituite da forme di autoassicurazione o non assicurazione. Nelle altre regioni prevale un sistema misto in cui si ricorre a una polizza soltanto per coprire i sinistri di importo maggiore (superiori ai 250-500mila euro)».

Ma questo sistema, secondo le imprese, nasconde insidie. Il pericolo per l'Ania è che scaricando senza controllo i rischi sui bilanci futuri si possa produrre un effetto simile alla bolla dei «derivati». E il trend si riflette anche nei numeri. Nel 2012 la stima dei premi nelle coperture assicurative degli ospedali è calata (-4,3%, a 288 milioni).



**TRIBUNALE DI MILANO**  
**Danni da fumo:**  
**sì al risarcimento**

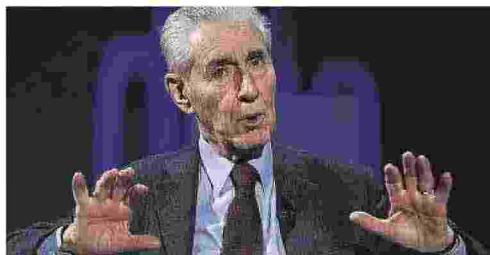
Maxi risarcimento dalla multinazionale del tabacco ai familiari del fumatore che nella sua vita ha "spento" quasi un milione di sigarette. Il giudice civile di Milano ha condannato una casa produttrice di sigarette a poco meno di un milione di multa avendo stabilito il collegamento tra il tumore ai polmoni che ha portato alla morte un impiegato e il suo fatale vizio del fumo che gli faceva consumare in media un pacchetto e mezzo di sigarette al giorno. La sentenza arriva sulla scia della Cassazione secondo la quale è pericolosa l'attività di commercializzazione e vendita delle sigarette.



## Eterologa, Rodotà firma manifesto contro Lorenzin

**NON ESISTE** vuoto normativo sull'eterologa, la sentenza della Consulta è immediatamente applicabile": così recita il manifesto di giuristi pubblicato sul sito online dell'associazione Luca Coscioni, elaborato dal presidente Filomena Gallo e dal giurista Stefano Rodotà. La decisione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin di confezionare nuove linee guida (dopo

che la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo il divieto della fecondazione eterologa) sul metodo dell'eterologa, che verranno presentate il 28 luglio, non sarebbe necessaria per le decine di giuristi che hanno firmato l'appello. Anzi, a parere degli esperti, sarebbe un modo "con ingiustificati deterrenti di ritardare l'applicazione del dispositivo costituzionale".



**Garanzia Giovani.** Siglato accordo strategico tra ministro del Lavoro e Farindustria

# Opportunità per 2mila nel settore

Lo scivolo della garanzia giovani arriva anche nella farmaceutica. Ieri è stato siglato un protocollo d'intesa per favorire il concreto e urgente inserimento dei giovani nel mondo del lavoro dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Giuliano Poletti e dal presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi. Obiettivo: promuovere l'occupazione, attraverso il piano nazionale "Garanzia per i Giovani".

L'intesa, raggiunta grazie alla volontà condivisa del ministro Poletti e dell'industria farmaceutica, offre risposte alle difficoltà che vi-

vonno le nuove generazioni. In particolare è stato rafforzato l'impegno che nasce dalla produzione di eccellenza e dall'attività di ricerca delle imprese del farmaco. E da un miliardo e cinquecento milioni di euro di nuovi investimenti in tre anni, con 2.000 opportunità di la-

## FATTORE STRATEGICO

Scaccabarozzi: «Siamo il secondo Paese europeo dopo la Germania. La qualità delle risorse umane è un fattore rilevante»

voro per i giovani nei prossimi 12 mesi. La stabilità delle regole garantita dal Governo Renzi è la premessa fondamentale per mantenere gli investimenti e per realizzare di nuovi.

L'accordo riguarda 174 "fabbriche" su tutto il territorio che hanno un giro d'affari di 28 miliardi con un export di 19 miliardi (71%), 2,3 miliardi di investimenti in produzione e ricerca e 62 mila addetti qualificati: dati che per Farindustria dimostrano come l'Italia possa rimettersi in moto, puntando anche sulla leva della farmaceutica.

L'Italia, come ricorda Scaccaba-

rozzi «è il secondo Paese produttore di farmaci nella Ue, dopo la Germania. E la qualità delle risorse umane è il fattore più rilevante per l'attrazione degli investimenti esteri». Con questo Protocollo, in un contesto di stabilità di regole, le industrie farmaceutiche intendono mantenere l'impegno di dare opportunità di esperienze e di lavoro ai giovani. Contribuendo così anche con futuri investimenti, di aziende nazionali e di multinazionali, alla crescita del settore e alla ripresa economica.

**R.I.T.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





But must make a treatment decision now

Accedi

VANTAGGI PER L' ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...



multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza

Home > In Parlamento

IN PARLAMENTO

## Ricciardi (neo-commissario): «metteremo in sicurezza l'Istituto superiore di Sanità». Audizione alla Affari sociali della Camera

24 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 0

Recommend 1

+1 0



«Se l'Italia in 10 anni ha perso il 10% del Pil, il finanziamento all'Istituto superiore di sanità si è ridotto il triplo, in alcuni casi anche il quadruplo», quindi circa del 30% nello stesso periodo, «pur dovendo continuare a gestire una serie di funzioni importantissime per la vita del Paese. Ma vogliamo tranquillizzare: l'Istituto è in una condizione di completa solvibilità fino a tutto il 2014, però non agire significherebbe avere problemi seri nel futuro». A sottolinearlo è stato il neo-commissario straordinario dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, in audizione oggi alla commissione Affari sociali della Camera per l'indagine conoscitiva sul ruolo e sull'assetto

organizzativo dell'Iss, dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e sulle prospettive di riforma.

Ricciardi ha precisato di poter riferire delle attività della sua prima settimana da commissario, «essendo arrivato il decreto di nomina solo lo scorso 15 luglio. Ieri - ha spiegato - ho incontrato tutti i direttori dei dipartimenti e dei centri nazionali e oggi le organizzazioni sindacali».

Il commissario ha tenuto a precisare che è in fase di elaborazione «uno statement formale perché «vogliamo tranquillizzare le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale che siamo in una condizione di assoluta solvibilità e sostenibilità ma - ha ribadito - che c'è bisogno di agire perché non farlo significherebbe avere problemi seri in futuro».

L'Istituto ha una serie di rapporti internazionali molto importanti - ha ricordato tanto che anche su Science è uscita una breaking news che chiarisce che il commissariamento è dovuto a problemi di carattere finanziario.

Quanto ai tempi del commissariamento, Ricciardi ha spiegato che «il decreto di commissariamento prevede sei mesi di tempo, con la possibilità di prorogare le attività per altri sei mesi, al massimo un anno. Noi contiamo, se possibile - ha assicurato - di finire entro sei mesi, dunque entro la fine del 2014. Agiremo contemporaneamente sul fronte dei costi e su quello dei ricavi, cercheremo di razionalizzare il razionalizzabile a livello di costi e di aumentare i ricavi, sia chiedendo l'intervento dei finanziatori pubblici (provinciali autonomi, regionali e nazionale) che rivedendo tariffe e accordi contrattuali, per mettere in sicurezza l'Istituto. C'è poi una discussione, che sta portando avanti il ministro della Salute, sul riordino degli enti vigilati che è correlato al Patto

### NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)



### Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 28  
22-28 lug. 2014

[Sfoggia PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

### Uscite precedenti:

nr. 2715-21 lug. 2014

nr. 268-14 lug. 2014

[Consulta l'archivio >](#)  
[Gestisci abbonamento >](#)

### Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

della Salute. Quest'ultimo infatti prevede di poter essere realizzato solo se ha le tre tecno-strutture perfettamente funzionanti».

Ricciardi infine ha precisato che da un primo esame dei documenti, è emerso che il «96% del finanziamento dell'Iss è pubblico e solo il 4% viene da altre fonti» e che «sono praticamente nulli gli investimenti in quota capitale, pari a circa 20mila euro».

«All'interno dell'Iss - ha poi perseguito Ricciardi - abbiamo trovato un grande patrimonio di donne uomini, scienziati e tecnici fortemente penalizzati dal decremento delle risorse. Ma non vogliamo ottenere economie di gestione a scapito del buon lavoro. Correzioni sull'organizzazione le faremo, ma il nostro obiettivo è mantenere e, se possibile, potenziare le funzioni dell'Istituto».

All'Iss, ha fatto notare Ricciardi, «abbiamo trovato due situazioni critiche: una relativa al personale, che consta di oltre 2 mila unità ma con circa 600 a tempo determinato o a collaborazione a progetto».

Per questi lavoratori, l'annuncio del commissariamento ha rappresentato un elemento di allarme, che ha generato tensioni all'interno dell'organizzazione. «Sicuramente noi siamo in grado di pagare gli stipendi fino a tutto il 2014, però dobbiamo lavorare perché la situazione sia stabilizzata nel tempo».

«L'Istituto non è in situazione di default, ma di commissariamento. È quindi perfettamente in grado di pagare regolarmente gli stipendi», ha confermato in audizione il direttore generale dell'Iss, Angelo Del Favero, ricordando che l'Istituto è interessato da un riordino, fermo dal 2010 perché subordinato all'approvazione del nuovo Statuto, «che già contiene linee di ammodernamento dell'ente che consentiranno un utilizzo ottimale delle finanze». Molti i cambiamenti in vista anche dal punto di vista della struttura e dei macchinari. «Abbiamo 45.000 mq di superficie utilizzata, pensata per 700-800 persone, mentre oggi ci lavorano in 2200», ha spiegato Del Favero. «Va ripensata anche logistica e sicurezza. Perché l'obsolescenza di impianti comporta maggiori costi di manutenzione».

«L'altra questione - ha spiegato ancora Ricciardi - è relativa all'investimento in quota capitale, pari a 20.000 euro e quindi di fatto nullo, per cui ci si trova nella situazione di dover certificare tecnologie avanzate con apparecchiature obsolete, ed è una sfida che dobbiamo affrontare perché l'Iss non ha solo la responsabilità del Paese, ma dell'Unione europea intera».

«Se per esempio arrivasse un'ispezione comunitaria e trovasse laboratori non adeguati - ha spiegato Ricciardi - potremmo correre un rischio, ma faremo di tutto perché all'Italia non venga tolta questa importante prerogativa».

«Infine, con lo stesso patrimonio di personale umano dell'Iss, adeguatamente organizzato, si potrebbero acquisire nuovi finanziamenti a livello europeo. Chiederemo al finanziatore pubblico di contribuire, ma rivedremo anche le nostre tariffe e rivedremo una serie di accordi contrattuali. Metteremo in "sicurezza" l'Iss, e poi c'è una discussione sul riordino degli enti correlato al Patto della Salute. Si tratta di evitare sovrapposizione e far funzionare le strutture».

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

**Commenta la notizia**

**Leggi e scrivi**

## ANNUNCI GOOGLE

### **Manager Sanitario**

Impiego nel Settore Sanitario? Scegli il Master eCampus. Info ora!  
[www.uniecampus.it/master](http://www.uniecampus.it/master)

### **Corso Receptionist Hotel**

Scegli il Master in Hospitality con Stage in Albergo. Chiedi info ora!  
[uplevel.it/HotelManagement](http://uplevel.it/HotelManagement)

### **AeroMed Service Italia**

La prima aeroambulanza Italiana con proprio personale medico -no broker



## le cifre del nonprescription

[Sfogliala PDF »](#)

## Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

### Ultimi quesiti:

#### ▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DI di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

#### ▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

## **Speciale. Il Patto per la sanità digitale: costruire un nuovo modello di governance**

***L'obiettivo è innescare un circolo virtuoso che, se correttamente canalizzato e governato, può autoalimentare un sempre più significativo trasferimento da “soldi spesi male” a “efficientamento e potenziamento del Ssn”. Speciale a cura di Teresa Bonacci***

**24 LUG** - L'intuizione alla base del “Patto per la Sanità Digitale” è semplice, come lo sono tutte le idee potenzialmente capaci di introdurre forti e positivi elementi di discontinuità all'interno di scenari consolidati: “proviamo a mettere insieme idee, energie e risorse finalizzate a supportare un modello di Ssn. universale, equo e sostenibile”. Costruendo un nuovo modello di governance dell'innovazione in sanità, capace di coinvolgere imprenditori e capitali privati in un disegno complessivo (“di sistema”, per usare un'espressione trendy) finalizzato a condividere onori e oneri, costi e benefici, rischi e vantaggi.

L'obiettivo a tendere è ambizioso ma realizzabile: 7 miliardi l'anno di “cattiva spesa” recuperati e messi a disposizione di nuovi investimenti finalizzati a incrementare quantità e qualità di prestazioni rese agli assistiti. Un circolo virtuoso che, se correttamente canalizzato e governato, può autoalimentare un sempre più significativo trasferimento da “soldi spesi male” a “efficientamento e potenziamento del Ssn”.

L'innescò del circuito viene reso possibile attraverso il conferimento di risorse pubbliche e private: fondi strutturali, statali, regionali; capitali privati (iniziative di project financing) e investimenti anticipati da operatori ICT a fronte di iniziative di “performance based contracting”.

Netics, nei mesi scorsi, ha prodotto uno studio il cui risultato principale è la determinazione del fabbisogno ottimale di risorse atte a garantire l'attuazione di un “master plan” focalizzato sull'innovazione di processo in ambiti ritenuti prioritari e coerenti con gli obiettivi generali del SSN.

Innovazione di processo da attuarsi anche (soprattutto) attraverso il ricorso intensivo alle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni.

Occorrono fra i 3,5 e i 4 miliardi di Euro in tre anni: una cifra non impossibile

da raggiungere, se mettiamo insieme il pubblico e il privato.

Entro 30 giorni dalla stipula del Patto per la Salute, Stato e Regioni dovranno siglare l'intesa specifica sul Patto per la Sanità Digitale. L'obiettivo di partenza è quello di poter avviare già a inizio autunno una prima serie di consultazioni con tutti gli stakeholder e giungere alla definizione del "Master Plan", in modo da avviare i primi progetti già a inizio 2015.

I tempi sono stretti, ma ce la si può fare. Anche questo è e deve essere un segnale di forte discontinuità: la fine dei tempi lunghi di gestazione e dell'eccesso di "barocco" sui tavoli di confronto. La posta in gioco è rilevante: la sanità digitale può essere uno dei driver capaci di coniugare sostenibilità e universalità del SSN. A tutti gli stakeholder, pubblici e privati, il compito e la responsabilità di alimentare il Patto con idee, proposte, risorse.

**Paolo Colli Franzone**

*Approfondimenti:*

■ **Cavagnaro:** ["Fondi per sanità digitale derivino da risparmi di Regioni e Aziende" di Fonda, Bettanini](#)

■ **Desideri:** ["Servono investimenti e idee organizzative" di Fonda, Bettanini](#)

■ **Panella:** ["Coinvolgere anche i privati, ma con regole chiare" di Fonda, Bettanini](#)

■ **Catania:** ["Tecnologie sono chiave per superare frammentazione della sanità pubblica" di Fonda, Bettanini](#)

■ **Rossi:** ["Serve governance dal centro per processi di digitalizzazione" di Fonda, Bettanini](#)

© Riproduzione riservata

**LSD: LA RICERCA LO "RISCOFRE"**

Albert Hofmann, il chimico svizzero che scoprì l'Lsd e la psilocibina, credeva che queste droghe psichedeliche sarebbero state utili nel trattamento delle malattie mentali. L'azienda farmaceutica per cui lavorava, la Sandoz, inviò alcuni prototipi di farmaco a medici di tutto il mondo per la sperimentazione negli Anni 50 e 60. In seguito, però, l'uso farmacologico di queste droghe venne abbandonato e la maggior parte delle ricerche è stata fermata. La rivista scientifica *Science* rivela ora che neuroscienziati e ricercatori stanno riscoprendo le droghe psichedeliche per la loro capacità ineguagliata di modificare il modo in cui il cervello elabora le informazioni, e li stanno studiando come possibili trattamenti per depressione, dipendenza, ansia, ~~come a gruppo~~, e altri disturbi. «Ma questo», conclude *Science* «rimane un settore controverso, e gli scienziati che studiano questi farmaci devono affrontare molte questioni problematiche».

## CHIRURGIA

**Il pacemaker biologico**

I ricercatori del Cedars-Sinai heart institute, in California, hanno creato un pacemaker biologico iniettando il gene Tbx18 nel cuore di maiali colpiti da arresto cardiaco completo. La terapia genica ha trasformato le cellule cardiache in cellule specializzate a mantenere stabile il ritmo del cuore. Il pacemaker biologico ha funzionato per due settimane. "Siamo stati i primi a riprogrammare le cellule cardiache in un animale vivo a scopo terapeutico", spiegano i ricercatori sulla rivista **Science Translational Medicine**. L'obiettivo è applicare questo sistema miniminvasivo come terapia ponte nei pazienti in attesa di sostituire il pacemaker elettronico o per curare i bambini con blocco cardiaco congenito. La sperimentazione sull'uomo però è ancora lontana.

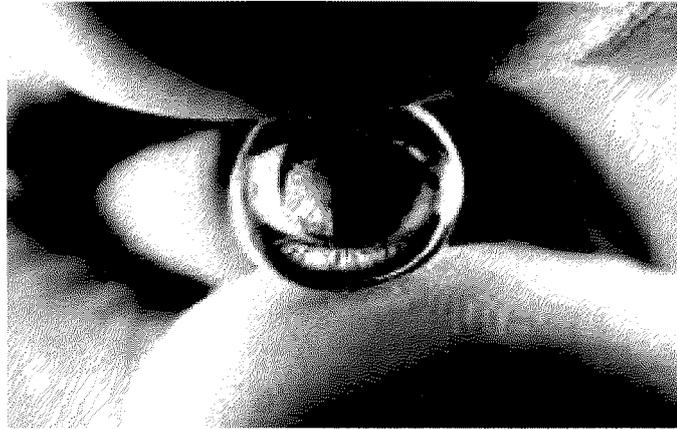
■■ **Salute** Telethon finanzia uno studio su un'innovativa retina artificiale fotovoltaica

# A me gli occhi (bionici)

*Fatta di polimeri, è biocompatibile e si stratifica su ogni superficie*

di Cristina Cimato

**P**rima l'Europa e poi negli Stati Uniti, dove l'anno scorso la Food and drug administration ha approvato un dispositivo impiantabile per le persone vittime di retinite pigmentosa, un gruppo di rare malattie genetiche che conduce alla perdita progressiva della vista. Il device include una piccola videocamera, un trasmettitore montato su un paio di occhiali da vista e un'unità di elaborazione video (Vpu), nonché una retina artificiale che sostituisce la funzione delle cellule ormai degenerate della retina. La strada verso la liberazione dalla cecità è ormai aperta e diversi gruppi di ricerca sono impegnati in tutto il mondo, in attesa di una cura efficace, nella definizione di dispositivi capaci di stimolare elettricamente i circuiti retinici residui. Di recente sono stati selezionati i vincitori del bando Telethon 2014. Uno dei progetti finanziati si propone di proseguire una sperimentazione pre-umana di un nuovo modello di occhio bionico. Il coordinatore dello studio, Fabio Benfenati dell'Istituto Italiano di Tecnologia, dipartimento di neuroscienze e tecnologie del cervello e centro di nanoscienze e tecnologia, in collaborazione con Grazia Pertile, dell'ospedale S. Cuore Don Calabria, dipartimento di Oftalmologia, Negrar (Vr), ha creato una retina artificiale fotovoltaica che, dopo la promettente sperimentazione sui topi, passerà a quella sui maiali per poi giungere, si spera entro tre anni, a quella clinica sull'uomo. «La soluzione che abbiamo messo a punto si basa su polimeri orga-



nic fotovoltaici che generano un campo elettrico se colpiti dalla luce», ha spiegato Fabio Benfenati, «rispetto alle retine in silicio protagoniste di altri studi, queste si possono stratificare su ogni superficie e questo ci consente di adattarle, per esempio, a una membrana di proteine della seta, molto flessibile e sottile, che segue la curvatura dell'occhio». La protesi, inoltre, funziona di per sé, quindi non ha bisogno di cavi o telecamere, non genera calore ed è biocompatibile (anche se i prossimi studi hanno il fine di testare la tollerabilità tissutale). «L'obiettivo del nuovo finanziamento sarà quello di trasferire la ricerca ad animali con un occhio più simile a quello umano, ossia i maiali con degenerazione dei fotorecettori», ha precisato l'esperto, «e quindi servirà l'ingegnerizzazione di una protesi retinica più grande ma soprattutto, in prospettiva, cercheremo di capire se, oltre a manifestare una sensibilità alla luce, questi polimeri abbiano la capacità di ripristinare l'acuità visiva, e quindi rappresentino un miglioramento della qualità della vita per questi pazienti con una degenerazione dei fotorecettori perché colpiti da retinite pigmentosa, che

rappresenta una delle principali cause di cecità completa bilaterale». I test fisiologici e di comportamento finora eseguiti sui topi sono stati molto incoraggianti e questo passo ulteriore rappresenterebbe un traguardo anche tenendo conto che finora, nonostante siano noti numerosi geni che, se mutati, possono essere coinvolti nell'insorgenza della malattia, gli approcci terapeutici (farmacologici o basati su terapia genica) non hanno dato buoni risultati. (riproduzione riservata)



## La moderna biopsia ottica eliminerà la necessità del bisturi

# Tecnica dei big telescopi per vedere dentro il corpo

DI SIMONETTA SCARANE

**D**alle stelle alle cellule. L'astrofisico Sacha Loiseau ha innovato la diagnostica sanitaria per immagini regalando la precisione dei più potenti telescopi. Il fondatore della società Mauna Kea Technologies, quotata dal 2011 al listino di New York e di Parigi, e presto in Giappone, ha creato una tecnologia rivoluzionaria per realizzare biopsie ottiche, archiviando per sempre il bisturi. Si chiama Cellvizio: porta il microscopio nel corpo umano, utilizzando le lenti dei telescopi, ma in maniera differente. In sostanza, Loiseau ha trasferito le tecnologie di osservazione del cosmo alla medicina con l'obiettivo di rendere possibile diagnosticare un cancro con l'aiuto delle immagini, senza necessità di prelevare in maniera invasiva pezzi di tessuto.

Cellvizio è una minisonda microscopio (0,6-2,5 mm al massimo), formata da minuscole fibre ottiche che si adatta ai materiali medicali esistenti. La sonda-telescopio viene inserita nell'endoscopio dotato di macchina fotografica o telecamera che a sua volta viene introdotto nel corpo del paziente per permettere al medico di vedere cosa c'è al suo interno attraverso l'esame delle mucose. I dati vengono trasmessi al compu-



**Sacha Loiseau inventore di Cellvizio, un'apparecchiatura che permette di eseguire biopsie ottiche, non invasive**

ter che li mostra, ingranditi, sullo schermo, permettendo al medico di fare la sua diagnosi, affidabile, in tempo reale. Cellvizio riesce a produrre le immagini delle cellule dentro il corpo in maniera da poter permettere la diagnosi in caso di anomalie. Utilissimo, perché consente le diagnosi precoci per organi difficilmente raggiungibili come le vie biliari, il pancreas. L'obiettivo è limitare la chirurgia e le endoscopie inutili.

Arrivarci non è stato per niente semplice, la ricerca di Loiseau ha seguito un percorso accidentato sul quale soffiava anche il vento dello scetticismo degli astrofisici. Prima di creare, nel 2000, a Parigi, la sua società, che è diventata leader nell'endomicroscopia medica, settore che ha largamente contribuito a far nascere, Loiseau, laureato al Politecnico di Parigi, si è fatto

le ossa al Centro nazionale di studi spaziali di Tolosa e all'Osservatorio di Parigi e alla Nasa. E ha partecipato anche all'ideazione del telescopio spaziale «Gaia», lanciato nella Via Lattea per farne la cartografia.

La nuova strumentazione Cellvizio è stata illustrata anche al presidente francese Hollande. La difficoltà è insegnare ai medici a leggere le immagini. Il sistema è commercializzato in Francia, Cina e Stati Uniti.

—© Riproduzione riservata—

**Le due pagine di «Estero - Le notizie mai lette in Italia» sono a cura di Sabina Rodi**





IL BATTERE DELLA TUBERCOLOSI. A SINISTRA: I CORALLI DI JERVIS ISLAND, UNA DELLE ISOLE DEL NUOVO SANTUARIO DEL PACIFICO

**In Italia**

## La Tbc uccide ogni giorno

Nel nostro paese una persona muore ogni giorno di Tbc, che ogni anno miete in tutto il mondo 1,3 milioni di vite. Eppure il "mal sottile" rimanda alla mente l'immagine di una malattia ottocentesca che non fa più paura. Errore. La Tbc non soltanto fa registrare 8,6 milioni di casi a livello globale. Ma in Italia è in leggero e costante aumento nella classe di età 15-24 anni, più nelle regioni del Nord che in quelle meridionali, e in alcune specifiche popolazioni (gli immigrati hanno un rischio aumentato di contrarre la tubercolosi di 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana). Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme alla European Respiratory Society (Ers) e al ministero della Salute, ha lanciato un programma in otto punti per l'eliminazione della tubercolosi nei paesi a bassa incidenza ma ad alto reddito, come per appunto l'Italia. L'intento è riportare il tasso di nuovi casi di Tbc a meno di dieci persone per milione entro il 2035, per poi conseguire la completa eliminazione entro il 2050, ovvero scendere a meno di un caso per milione di persone ogni anno. Insieme all'Italia vengono chiamati a fare la loro

parte altri 32 paesi, tra cui i grandi dell'economia globale come l'Australia, la Francia e gli Stati Uniti, ma anche realtà meno solide come Giamaica, Portorico, Costa Rica, Cuba, Cisgiordania e Striscia di Gaza. L'obiettivo è quello di agire sulle aree in cui la Tbc ha (quasi) smesso di fare paura innanzitutto perché, spiega Mario Raviglione, direttore del Programma Globale per la Tubercolosi dell'Oms: «È qui che possiamo abbattere l'incidenza della malattia a livelli storicamente bassi». E questo si può fare andando a curare le persone più vulnerabili e difficili da raggiungere (i poveri e senza fissa dimora, chi fa uso di droghe, i carcerati, chi ha il sistema immunitario compromesso come i sieropositivi). Così come prevedendo assistenza speciale ai migranti. Bisogna, secondo l'Oms, effettuare lo screening nei gruppi ad alto rischio, e soprattutto ottimizzare la prevenzione e la cura della tubercolosi multi-resistente, cioè sulla quale i farmaci tradizionali hanno perso efficacia. Un problema sempre più grave, se è vero che nel 2012 ha colpito 450 mila persone nel mondo, facendo 170 mila vittime.

**Elisa Manacorda**

**Medici e infermieri.** Corso di laurea internazionale in medicina e chirurgia e corso di laurea in infermieristica: sono i primi due corsi, attivi con l'anno accademico 2014/2015, di Humanitas University, il nuovo ateneo non statale inaugurato ieri e dedicato alle scienze mediche strettamente legato all'identità dell'ospedale Humanitas di Milano e della sua Fondazione per la ricerca. Gli studenti effettueranno il test di ingresso rispettivamente il 16 e il 15 settembre. A questi due corsi della fase iniziale di attività si aggiungerà nel tempo una più ampia offerta di corsi di laurea, postlaurea, dottorati, scuole di specializzazione e altre opportunità di aggiornamento. A regime Humanitas University potrà accogliere oltre 800 studenti (a partire da 100 all'anno per il corso di medicina e chirurgia in inglese e 40 all'anno per infermieristica).



■ ■ **Ricerca** Progetto sul Monte Bianco di raccolta dati sul lavoro in carenza d'ossigeno

## Studi sul cuore che va in alta quota

di Giulia Silvestri

Una spedizione in alta quota per osservare le reazioni dell'organismo al lavoro a molti metri sopra il livello del mare. Highcare Alps-Mont Blanc, organizzata dall'Università di Milano-Bicocca e dall'Istituto Auxologico Italiano in collaborazione con l'Azienda Usl Valle d'Aosta, ha luogo da oggi fino alla fine di agosto sui cantieri della nuova funivia del Monte Bianco. L'obiettivo è quello di raccogliere dati sull'attività cardiovascolare, respiratoria, ematologica, neurologica e vestibolare, che in seguito si riveleranno utili anche per comprendere in generale i meccanismi della patologie non soltanto in alta quota. Circa 50 operai, di un'età compresa tra 21 e 58 anni, al lavoro ad altitudini variabili da 2.200 metri e 3.500 metri saranno tenuti sotto controllo per valutare le risposte di pressione arteriosa, a riposo, nelle 24 ore e durante lo sforzo e, gli adattamenti cardiorespiratori e dell'apparato dell'orecchio interno (otovestibolare). «A tutt'oggi, sono pochi i lavori in letteratura che si siano occupati di studiare le modificazioni indotte dall'esposizione lavorativa all'alta quota a livello del sistema cardiovascolare, respiratorio e otovestibolare», spiega Gianfranco Parati, primario di cardiologia all'Ospedale San Luca Auxologico di Milano, «questa ricerca sarà utile a comprendere meglio il ruolo della ridotta disponibilità di ossigeno nel determinare le complicanze di molte e gravi malattie sistemiche. Basti pensare ai pazienti con

insufficienza cardiaca: nello scompenso cardiaco, spesso complicato da apnee centrali e ostruttive nel sonno, la ridotta concentrazione di ossigeno nel sangue peggiora la prognosi e aumenta le complicanze».



I CANTIERI DEL FRANCIC  
CRICK INSTITUTE DI LONDRA

RICERCA

# Se 830 milioni vi sembrano pochi

## È il più grande centro d'Europa. Migliaia di studiosi. Per una rivoluzione biomedica

DI GIORGIA SCATURRO DA LONDRA

**N**ascosto dietro la British Library di Londra e la monumentale Stazione Internazionale di St Pancrass, il Francis Crick Institute sta cominciando a farsi spazio. Le gru si allungano verso il cielo, mentre volte a conchiglia vanno via via a ricoprire i 93 mila metri quadri dell'edificio che si prepara a diventare il centro di ricerca biomedica multidisciplinare più grande d'Europa, l'unico istituto scientifico al mondo completamente "open plan". Costerà 650 milioni di sterline (circa 830 milioni di euro), e ci lavoreranno i migliori scienziati che studiano il cancro o la malaria, biologi, chimici, fisici, ingegneri, matematici e computer scientist; tutti insieme in spazi condivisi: niente porte, corridoi o stanze a celare gli strumenti e i risultati delle ricerche.

Ad unire le forze nella ricerca di base in campo medico al Francis Crick Institute è un consorzio di sei enti come il Cancer Research UK, il Medical Research Council, il Wellcome Trust, e le tre maggiori università londinesi, University College of London, King's and Imperial College. E l'istituto avvierà collaborazioni strategiche con industrie farmaceutiche e facilitare lo sviluppo di farmaci e test diagnostici. Di fatto, il Crick farà ricerca di base, al suo interno si trasferiranno due istituti pubblici (il National Institute of Medical Research e il Lon-

don Research Institute) al cui fianco saranno ospitati temporaneamente diversi laboratori satellite. Al Crick, spiega Jim Smith direttore del National Institute of Medical Research, nominato direttore della ricerca al Francis Crick Institute: «I principali benefici verranno dalle interazioni e dalle attività multidisciplinari con le tre università partner. E questo modello consentirà grandi progressi in particolare in immunologia cellulare, staminali, medicina rigenerativa».

Intanto il miglior esempio di quanto questa interazione possa valere sono gli oltre 10 milioni di euro ottenuti entrando a far parte di un consorzio che comprende anche l'Istituto Europeo di Bioinformatica. Il finanziamento al cosiddetto Medical Bioinformatics: Data-Driven Discovery for Personalised Medicine consentirà la creazione di un centro - l'eMedLab - in cui verranno analizzati e condivisi dati sul genoma umano incrociando immagini mediche con i dati fisiologici e clinici dei pazienti sulla strada alla medicina personalizzata.

I primi scienziati dovrebbero cominciare a trasferirsi nel novembre del 2015 e l'apertura ufficiale è prevista per il 2016. «Vogliamo creare i futuri leader della scienza, accelerare il trasferimento della ricerca a vantaggio della salute e dell'economia», dice Jim Smith: «Di fatto stiamo creando un nuovo tipo di centro di ricerca biomedica». ■

# Tumori oggi il 50% dei pazienti guarisce

## IL LIBRO

ROMA Un accordo medici-pazienti-giornalisti: non utilizzare più le parole «male incurabile» quando ci si riferisce al cancro. Per rispetto nei confronti di chi sta male, di chi ha superato la fase acuta ma deve, comunque, convivere con la malattia, di chi, nell'ultimo quarantennio, ha lavorato tanto per dare nuove armi alla battaglia anti-tumore.

## I PAZIENTI

Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% delle persone colpite dal cancro ne usciva vincente. Oggi circa il 50%. Questo non significa che non ci siano nuovi casi. Nel 1990 i malati erano 1,5milioni, nel 2013 3milioni. «Non si può più parlare di male incurabile - spiega Francesco Cognetti, presidente della Fondazione "Insieme per il cancro" - ma avvertiamo, anche nei media, la tendenza ad utilizzare ancora quella espressione allarmistica». Per questo la Fondazione ha raccolto in un libro 15 interviste di direttori di testate, Giulio Anselmi (Ansa), Bianca Berlinguer (Tg3), Mario Calabresi (La Stampa), Virman Cusenza (Il Messaggero), Ferruccio de Bortoli (Corriere della Sera), Roberto Iadicicco (Agi), Bruno Manfellotto (l'Espresso), Giuseppe Marra (AdnKronos), Ezio Mauro (la Repubblica), Mauro Mazza (Rai Sport), Clemente Mimun (Tg5), Andrea Monti (La Gazzetta dello Sport), **Roberto Napolitano** (Il Sole 24 ore), Luciano Onder (Tg2), Alessandro Sallusti (Il Giornale), e racconti in prima persona di pazienti conosciuti come Roberto Gervaso e Nicola Pietrangeli. Il libro, dal titolo "Il male (in)curabile I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione" (Intermedia editore), oltre alle cifre, mette insieme le richieste di medici e pazienti. «Noi che abbiamo combattuto il cancro - ricorda Elisabetta Iannelli, segretario della Fonda-

zione e avvocato - rivendichiamo il diritto di diventare genitori adottivi, o tornare al lavoro senza essere discriminati».



## Tumore: «male incurabile» addio. Oggi sei pazienti su dieci guariscono

*Alla fine degli anni '70 ce la faceva il 30%. Decenni di progressi hanno reso i tumori malattie che si possono sconfiggere. La comunicazione corretta prima medicina*

di Vera Martinella



In realtà c'è sempre stato, ma solo nell'ultimo secolo è diventata una delle malattie più diffuse in tutto il mondo. Per la prima volta nominato «nemsu» in papiri egizi del 1600 avanti Cristo, il cancro compare anche negli scritti del medico greco Ippocrate, il primo a coniare il termine carcinoma. Quando se ne parla oggi, a lasciare sbalorditi molti sono i numeri in costante aumento, tanto che solo in Italia nel 2013 sono stati diagnosticati oltre mille casi ogni giorno. C'è però anche un messaggio positivo che è più difficile far passare: è tempo di abbandonare il concetto di «male incurabile». Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30 per cento delle persone colpite dal cancro sconfiggeva la malattia. Negli anni Novanta quasi il 47 per cento, oggi ce la fanno circa sei pazienti su dieci e in molti casi in cui non si può puntare alla guarigione si riesce però a trasformare il tumore in una malattia cronica, con cui poter convivere per anni. Esistono oggi moltissime terapie, c'è sempre una cura che è possibile fare e se è vero che alcuni tumori restano purtroppo imbattibili è altrettanto vero che le guarigioni sono in crescita da anni. E soprattutto nell'ultimo decennio sono stati fatti progressi impensabili anche solo prima del Duemila. Non solo. Grazie ai passi avanti fatti dai ricercatori di tutto il mondo, oggi il cancro è un nemico più «conosciuto»: in molti casi si può diagnosticare agli esordi, quando le probabilità di sconfiggerlo sono maggiori, oppure addirittura prevenirlo, con vaccini o evitando certi comportamenti o sostanze che si sa che porteranno ad ammalarsi.

### «Espressione fuorviante e allarmistica»

È questo l'obiettivo del libro «Il male incurabile. I progressi nella lotta contro il cancro e il nuovo ruolo della comunicazione», presentato in un convegno al Ministero della Salute, con l'intervento del Ministro Beatrice Lorenzin e realizzato in occasione del primo anno di attività della [Fondazione Insieme contro il Cancro](#). «Sono stati raggiunti risultati importanti - dice Francesco Cognetti, presidente della Fondazione -. Non si può più parlare di male incurabile, un'espressione fuorviante e allarmistica, dovuta a ignoranza. Sta cambiando la percezione della patologia da parte dei cittadini e questo volume (quasi 170 pagine, Intermedia Editore, ndr) si pone l'obiettivo di offrire un'istantanea, il più attuale possibile, sull'argomento cancro nelle sue varie sfaccettature». I primi capitoli affrontano il tumore da un punto di vista scientifico: che cos'è, quanto è diffuso in Italia, come viene diagnosticato e curato, quali sono le principali norme di prevenzione oncologica e quali i progressi compiuti negli ultimi 40 anni. Seguono le testimonianze di cinque pazienti che hanno affrontato l'esperienza della malattia: Roberto Gervaso (giornalista e scrittore), Sebino Nela (ex calciatore e commentatore tecnico in televisione), Nicola Pietrangeli (tennista, vincitore di due edizioni del Roland Garros, 1959-1960), Marina Ripa Di Meana (scrittrice e stilista) ed Elisabetta Iannelli (avvocato, vicepresidente dell'Associazione Italiana Malati di Cancro e Segretario di Insieme contro il Cancro). Mentre la seconda parte del libro è dedicata alle interviste a 15 direttori di testate giornalistiche nazionali: Giulio Anselmi (*Ansa*), Bianca Berlinguer (Tg3), Mario Calabresi (*La Stampa*), Virman Cusenza (*Il Messaggero*), Ferruccio de Bortoli (*Corriere della Sera*), Roberto Iadicicco (*Agf*), Bruno Manfellotto (*Espresso*), Giuseppe Marra (*Adnkronos*), Ezio Mauro (*Repubblica*), Mauro Mazza (Rai Sport), Clemente Mimun (Tg5), Andrea Monti (*Gazzetta dello Sport*), Roberto Napoletano (*Il Sole 24 Ore*), Luciano Onder (Tg2) e Alessandro Sallusti (*Il Giornale*). «Abbiamo voluto capire - sottolinea Cognetti - come i media trattino l'argomento "cancro", come deve essere oggi una corretta comunicazione ai cittadini su questo tema, quali rischi si corrono nel trattare queste notizie e quale ruolo devono svolgere i giornalisti per offrire la giusta lettura. Abbiamo dato la parola ai direttori e abbiamo chiesto loro di assumere un impegno preciso: cancellare l'espressione

“male incurabile” dalle testate di cui sono responsabili. Perché sappiamo che un’informazione corretta può rappresentare la prima medicina».

### ***Secoli di lenti progressi e alcuni «anni d’oro»***

Da quando è nata nel corso del 1700, epoca in cui alcuni scienziati iniziarono a studiare gli effetti cancerogeni di alcune sostanze come il tabacco o la fuliggine, l’oncologia medica ha fatto molta strada. Spesso procedendo lentamente, perché i tempi della ricerca scientifica e delle sue conquiste sono lenti, fatti da piccoli impercettibili progressi molto più che da clamorose e improvvise scoperte. Alcune date, però, restano simboliche. Come il 1973, anno in cui inizia, per opera di Umberto Veronesi, la prima sperimentazione della quadrantectomia per il tumore al seno: una tecnica innovativa che consiste nell’asportazione di un ampio quadrante di tessuto mammario con un margine di tessuto circostante e consente di risparmiare alle donne l’asportazione dell’intera mammella. In quello stesso anno l’oncologo italiano Gianni Bonadonna è il primo a introdurre la chemioterapia, cioè la cura attraverso i farmaci, per il tumore del seno. Sempre in quell’anno cruciale gli scienziati Frederick Sanger, Walter Gilbert e Allan Maxam creano due tecniche per sequenziare il Dna, una scoperta importantissima poiché conoscere il Dna dei tumori può permettere di scegliere la cura più adeguata in base alle mutazioni che hanno causato la neoplasia. Dalla seconda metà degli anni Settanta e per tutti gli anni Ottanta l’informatica fa passi da gigante e permette la messa a punto di nuovi strumenti per la diagnosi precoce. Nel 1981 due epidemiologi (Richard Doll e Richard Peto) pubblicano il primo elenco scientificamente controllato dei principali fattori di rischio che determinano la comparsa di un tumore: ci sono il fumo di sigaretta, l’alimentazione e altre cause come virus, ormoni e radiazioni. Nasce la prevenzione oncologica. In tutto il mondo vengono lanciate campagne informative per sensibilizzare la popolazione a sottoporsi a test di screening e ad adottare stili di vita sani. Nel 1990 prende il via il Progetto Genoma Umano (completato nel 2000): gli scienziati si prefiggono l’obiettivo di determinare la sequenza completa dei geni che compongono il Dna. Dal 2000 si apre l’epoca dei «farmaci intelligenti», progettati sulla base delle nuove e continue conoscenze dell’oncologia molecolare, per colpire target precisi, presenti solo nelle cellule malate. La concomitante rivoluzione genetica contribuisce anche a una migliore determinazione della prognosi del singolo tumore, grazie alla caratterizzazione genetica di ogni paziente. Alla personalizzazione delle terapie biologiche, si accompagna la caratterizzazione bio-molecolare dei tumori grazie all’introduzione dei test genetici, una reale innovazione che permette la selezione dei pazienti e il miglior uso dei farmaci.

### ***Nuove cure, diagnosi precoce e prevenzione***

Statistiche alla mano, negli ultimi decenni si è registrato un incremento costante delle persone con storia di cancro in Italia: erano meno di un milione e mezzo all’inizio degli anni Novanta, due milioni e mezzo nel 2012, circa tre milioni nel 2013. Nel 2020 saranno 4 milioni e mezzo. Lo scenario dell’oncologia è in rapida evoluzione: i tumori sono soprattutto una malattia dell’età avanzata e il numero di nuovi casi cresce in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione. Molti pazienti guariscono o cronicizzano la malattia e il miglioramento delle percentuali di guarigione è evidente in neoplasie frequenti come quelle della prostata (91 per cento), del seno (87) e del colon-retto (64). «Il merito - conclude Cognetti - è da ricondurre a terapie sempre più efficaci e alla diagnosi in fase precoce. Senza dimenticare le campagne di prevenzione: fino al 40 per cento dei tumori può essere prevenuto seguendo uno stile di vita corretto (no al fumo, dieta corretta, attività fisica costante)». Numeri, statistiche, cifre, tabelle, «diventano vita vissuta nelle storie dei pazienti che ce l’hanno fatta - sottolinea Elisabetta Iannelli -. Noi che abbiamo combattuto contro il cancro e che, in alcuni casi, ci misuriamo con gli strascichi terapeutici, gli effetti collaterali a lungo termine e i controlli del follow up, rivendichiamo il diritto a riprenderci la vita tornando a condurre un’esistenza normale. Chiediamo il rispetto di diritti impensabili fino a pochi anni fa, come diventare genitori o tornare al lavoro, lontano da ogni discriminazione».

[http://www.corriere.it/salute/sportello\\_cancro/14\\_luglio\\_24/tumore-male-incurabile-addio-oggi-sei-pazienti-dieci-guariscono-ead34ba6-131a-11e4-bb47-dc581d38d44f.shtml](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_luglio_24/tumore-male-incurabile-addio-oggi-sei-pazienti-dieci-guariscono-ead34ba6-131a-11e4-bb47-dc581d38d44f.shtml)