



**Sanità**  
**Risparmi di genere**

Il 1.485 è un numero da ricordare. Perché identifica la prima proposta di legge sulla medicina di genere mai presentata al Parlamento italiano. L'iniziativa è del deputato Pierpaolo Vargiu (Scelta civica), medico cagliaritano e oggi presidente della commissione Affari sociali della Camera.

«È chiaro a tutti quanto il nostro sistema di welfare sia in sofferenza», spiega Vargiu:

«La spesa sanitaria cresce per l'aumento delle cronicità e dell'età media della popolazione, mentre il nostro Paese è in recessione.

Dunque dobbiamo trovare delle soluzioni per rendere sostenibile il nostro sistema sanitario». E una di queste è rappresentata proprio dalla medicina di genere, nuovo approccio alla salute che tiene conto delle differenze tra uomini e donne. «È un elemento di grande innovazione che può contribuire, sul medio periodo, alla qualità e all'appropriatezza delle cure, garantendo così un risparmio per il Sistema sanitario nazionale».

È soprattutto una sfida culturale, dice Vargiu, per promuovere la conoscenza di questi temi in tutti gli operatori del sistema salute, creando consapevolezza e consenso.

La legge, recita infatti il testo, promuove e garantisce adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale medico sanitario circa l'impatto delle differenze di genere sulle patologie cliniche e sulle relative cure che si manifestano nell'uomo e nella donna. Non solo. Nella legge c'è anche un paragrafo dedicato al supporto alla ricerca.

Elisa Manacorda



## Lorenzin: entro Natale costi standard della sanità

Entro Natale i costi standard della sanità potrebbero vedere la luce. Lo ha assicurato, parlando a Firenze all'assemblea dell'Anci, il ministro della salute, Beatrice Lorenzin. Secondo il ministro infatti sono già stati accumulati fin troppi ritardi nell'implementazione dei parametri di virtuosità, previsti dal federalismo fiscale, che dovrebbero a regime arginare gli sprechi nella sanità costringendo le regioni a pagare il «prezzo giusto» per le forniture di beni e servizi. «Non c'è più tempo da perdere», ha detto, «il governo sta facendo moral suasion per spingere le regioni a partire con i costi standard entro Natale. Tra l'altro l'applicazione dei costi standard è già parte integrante del patto per la salute che ci dovrà portare a programmare le spese della sanità per i prossimi tre-cinque anni, sfruttando anche il fatto che la legge di Stabilità ha risparmiato la sanità dai tagli». Lorenzin ha anche auspicato un'immediata realizzazione delle centrali uniche di acquisto, «di cui si parla sempre troppo poco ma che consentirebbero di realizzare risparmi tra il 15 e il 30%». Risorse, nell'ordine di diversi miliardi di euro, che secondo il ministro potrebbero essere reinvestite nei settori più bisognosi.

Condizione essenziale perché i costi standard possano partire è, tuttavia, l'individuazione delle regioni benchmark. I governatori però continuano a litigare su quali debbano essere le regioni da inserire nel terzetto di riferimento, tanto che quest'estate (si veda *ItaliaOggi* del 2/8/2013) la riunione del parlamentino dei governatori che avrebbe dovuto partorire la decisione si concluse con un nulla di fatto per l'opposizione del presidente della regione Lombardia, Roberto Maroni, alla classifica del ministro Lorenzin che relegava la Lombardia al quarto posto davanti al Veneto e dietro Umbria, Marche ed Emilia Romagna. «Qualcuno al governo non sa fare bene i conti», aveva detto polemicamente Maroni, «si vuole escludere dalle tre regioni benchmark l'unica con i conti in regola che non ha mai sforato e non ha mai avuto alcun piano di rientro: la Lombardia». E il presidente del Veneto, Luca Zaia, aveva rincarato la dose accusando espressamente il governo di aver escluso volutamente Lombardia e Veneto per non costringere le altre regioni a confrontarsi con parametri di virtuosità troppo elevati. Insomma, una manovra come un'altra per mantenere elevata la spesa pubblica.

Da quel momento poco o nulla si è mosso e questo complica le cose perché senza un accordo tra i presidenti, i costi standard saranno destinati a rimanere congelati. Il ministro della salute, però, resta ottimista. «Non voglio nemmeno prendere in considerazione questa ipotesi», ha detto.

da Firenze Francesco Cerisano



Beatrice Lorenzin



## **SANITA': FEDERSPECIALIZZANDI, BENE RETROMARCIA SU TAGLIO DURATA SPECIALIZZAZIONE**

Roma, 24 ott. (Adnkronos Salute) - FederSpecializzandi accoglie con soddisfazione il passo indietro del Governo sul taglio lineare, contenuto all'interno della legge di stabilità, alla durata delle scuole di specializzazione. "Come era già stato sottolineato nei giorni scorsi tale manovra, che appariva l'ennesimo taglio indiscriminato utilizzato per fare cassa a scapito degli investimenti dedicati alla formazione, avrebbe reso alcuni diplomi di specializzazione non riconoscibili negli altri Paesi dell'Unione Europea", spiega in una nota Federspecializzandi.

FederSpecializzandi, in ogni caso, ribadisce la necessità di rivedere gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione "in termini di aggiornamento delle competenze necessarie per conseguire il diploma di specializzazione, di obiettivi formativi attraverso i quali acquisire queste competenze e, nei casi opportuni, di una riduzione della durata del percorso di specializzazione. Tuttavia, una riduzione generalizzata dei tempi ai livelli minimi previsti dalla direttiva europea rischia di essere un gioco al ribasso che, se mal calibrato e in assenza di un rigoroso percorso di rivisitazione degli ordinamenti, avrebbe come risultato quello di inficiare la qualità della preparazione dei futuri specialisti".

La legge di stabilità, inoltre, secondo Federspecializzandi, "non fornisce risposte adeguate alla necessità di reperire le risorse necessarie a finanziare un adeguato numero di contratti di specializzazione rispetto al numero di laureati in medicina e chirurgia che, in assenza di un finanziamento aggiuntivo, rischiano di essere largamente insufficienti rispetto alla necessità di garantire agli aspiranti specializzandi la possibilità di completare il loro percorso di formazione e creare le condizioni perché possano ambire di lavorare all'interno del nostro Servizio sanitario nazionale". FederSpecializzandi sta studiando emendamenti alla legge di stabilità - che saranno distribuiti nei prossimi giorni - volti a reperire ulteriore risorse per il finanziamento di un numero congruo di nuovi contratti di specializzazione.

# quotidianosanita.it

Venerdì 24 OTTOBRE 2013

## **Legge di stabilità. Iniziato l'esame in Parlamento. Ecco tutte le norme sulla sanità**

***Ridotto il fondo sanitario per 1,150 mld nel 2015/2016. Confermato il blocco della parte economica di contratti e convenzioni fino al 2014. Scuole di specializzazione ridotte a 4 anni e rifinanziati i Fondi per le non autosufficienze e per la violenza sessuale e di genere. Ma anche interventi sull'Iva e sulle tariffe dei certificati. [IL TESTO E LA RELAZIONE TECNICA DEL DDL STABILITA'](#)***

Il [ddl di stabilità](#) varato nel Consiglio dei Ministri dello scorso 15 ottobre non contiene tagli al finanziamento della sanità. Ma solo per il 2014. Nel biennio 2015-2016, infatti, come precisato nell'art. 11 al comma 21, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale verrà ridotto rispettivamente, di 540 milioni di euro per l'anno 2015, e 610 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016.

Questo risparmio è dovuto alla riduzione di 1,150 mld sulla spesa per il personale sanitario: in particolare grazie al blocco dell'indennità di vacanza contrattuale fino al 2017 sui valori in godimento al 31 dicembre 2013 (140 mln nel 2015 e 210 mln nel 2016) e ad una serie di interventi sul trattamento accessorio (400 mln per ognuno dei due anni). Confermato poi il blocco del rinnovo della parte economica del contratto e delle convenzioni fino a tutto il 2014. Il rinnovo di contratti e convenzioni potrà invece essere negoziato ma solo per la parte normativa, senza possibilità di recupero per la parte economica. Tra le altre norme spicca la riduzione di un anno (da 5 a 4) della durata dei corsi delle scuole di specializzazione in medicina, sul quale però è probabile un passo indietro del Governo [come preannunciato](#) dal ministro Lorenzin al fine di mantenere gli stessi standard formativi europei. Per l'anno 2014 è poi incrementata la spesa di 250 milioni per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Riguardo l'iter del provvedimento, nella seduta di ieri al Senato, il vicepresidente Roberto Carderoli (LN) ha deferito alle Commissioni di merito il provvedimento di Stabilità (ddl n. 1120), dando così inizio alla sessione di bilancio. Le Commissioni trasmetteranno i propri rapporti alla Commissione Bilancio entro martedì 29 ottobre.

Ma vediamo in particolare quali sono i punti che interessano la sanità.

### **Art. 3 (Risorse per lo sviluppo)**

Al comma 2 viene spiegato come al fine di assicurare l'efficacia e la sostenibilità nel tempo della strategia nazionale per lo sviluppo delle Aree interne del Paese, in coerenza con l'Accordo di partenariato per l'utilizzo dei Fondi a finalità strutturale assegnati all'Italia per il ciclo di programmazione 2014-2020, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro nel 2014, e 43,5 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, a carico delle disponibilità del Fondo di rotazione.

Al comma 3 viene poi specificato come queste risorse saranno destinate "prioritariamente", tra l'altro, a finanziare i "servizi socio-sanitari".

### **Art. 6 (Misure fiscali per il lavoro e le imprese)**

Al comma 2 si dice che, con effetto dal 1° gennaio 2014, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta dell'Inail, "è stabilita la riduzione dei **premi e contributi per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**, nel limite complessivo di un importo pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2014, 1.100 milioni di euro per l'anno 2015 e 1.200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016". Inoltre, in considerazione dei risultati gestionali dell'ente e dei relativi andamenti prospettici, è riconosciuto allo stesso ente da parte del bilancio dello Stato un trasferimento pari a 500 milioni di euro per l'anno 2014, 600 milioni di euro per l'anno 2015 e 700 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. A decorrere dall'anno 2016, l'Inail dovrà effettuare una verifica di sostenibilità economica. Al comma 23, la disposizione in esame interviene in ordine alle novità fiscali che prevedono l'applicazione dell'aliquota Iva del 10% in luogo del 4%, per le prestazioni di assistenza e sicurezza sociale rese dalle cooperative e dai loro consorzi. In particolare, la norma in oggetto prevede il ripristino dell'**aliquota Iva del 4% per le prestazioni socio sanitarie** per le sole cooperative sociali.

#### **Art. 7 (Misure di carattere sociale)**

Al comma 3 in materia di **Fondo per le non autosufficienze**, inclusi quelli a sostegno della persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, viene autorizzata una spesa di 250 milioni di euro per l'anno 2014.

Al comma 8 viene poi rifinanziato il **Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere** con 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016.

Al comma 9 vengono incrementati di 121 milioni di euro, per l'anno 2014, gli specifici stanziamenti finalizzati ad adempiere agli obblighi di rimborso nei confronti degli Stati dell'Unione europea in materia di **mobilità sanitaria internazionale**.

#### **Art. 9 (Rifinanziamento di esigenze indifferibili e ulteriori finanziamenti)**

Al comma 4 si segnala l'incremento di 150 milioni di euro per il **finanziamento ordinario delle università** per l'anno 2014.

Al comma 12, al fine di garantire la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte, sia a livello nazionale che internazionale, dalla **Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME)**, è autorizzata la spesa di euro 3,5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2014.

Passando poi al comma 21, al fine di garantire la diffusione della pratica sportiva, il **Fondo per lo sviluppo e la capillare diffusione della pratica sportiva** viene rifinanziato di 10 milioni di euro per l'anno 2014, 15 milioni di euro per l'anno 2015 e 20 milioni di euro per l'anno 2016.

#### **Art. 10 (Razionalizzazione della spesa delle amministrazioni pubbliche)**

Al comma 31 viene indicato come, a partire dall'anno accademico 2014/2015, il termine di 5 anni concernente la durata delle **scuole di specializzazione di area sanitaria**, è ridotto a 4 anni. Nei limiti delle risorse disponibili, il Ministero dell'Istruzione di concerto con quello della Salute e dell'Economia, entro il 30 marzo 2014, può stabilire una diversa durata dei corsi di formazione specialistica entro il limite di 5 anni.

Nel comma 33, nelle more della definizione degli interventi correttivi, le dotazioni finanziarie iscritte a legislazione vigente, in termini di competenza e cassa, delle **spese rimodulabili delle missioni di spesa di ciascun Ministero** sono accantonate e rese indisponibili per gli importi di 256 milioni di euro per l'anno 2015 e 622 milioni di euro annui per gli anni 2016 e 2017. Restano escluse dagli accantonamenti le spese iscritte negli stati di previsione dei Ministeri per i beni e le attività culturali e dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché le spese iscritte nell'ambito della Missione "Ricerca e innovazione" e gli stanziamenti relativi al Fondo per lo sviluppo e la coesione e quelli relativi alla realizzazione delle opere e delle attività connesse allo svolgimento del grande evento Expo Milano.

#### **Art. 11 (Razionalizzazione della spesa nel pubblico impiego)**

Nel comma 1 viene spiegato come per gli anni 2015-2017 l'**indennità di vacanza contrattuale** da computare quale anticipazione dei benefici complessivi che saranno attribuiti all'atto del rinnovo contrattuale è quella in godimento al 31 dicembre 2013.

Al comma 2 viene inoltre sottolineato come "si dà luogo alle **procedure contrattuali e negoziali** ricadenti negli anni 2013-2014, per la sola parte normativa senza possibilità di recupero per la parte economica".

Per effetto di queste disposizioni, nel comma 4 viene segnalato come le Regioni non debbano tener conto dell'indennità di vacanza contrattuale riferita al periodo 2015-2017.

Il **blocco della parte economica dei contratti** viene prorogato al 31 dicembre 2014 e, a decorrere dal 1 gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo (comma 5).

Al comma 9 si segnala come nell'anno 2016, le amministrazioni possono procedere ad **assunzioni di personale a tempo indeterminato**, nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa pari al 60% di quella relativa al personale cessato nell'anno precedente. La predetta facoltà assunzionale è fissata nella misura dell'80% nell'anno 2017 e del 100% a decorrere dall'anno 2018.

Passando al comma 17, si evidenzia come la prestazione lavorativa resa nel giorno destinato al riposo settimanale o nel festivo infrasettimanale non dà diritto a retribuzione a titolo di **lavoro straordinario** se non per le ore eccedenti l'ordinario turno di servizio giornaliero. Sono fatti salvi gli effetti delle sentenze passate in giudicato alla data di entrata in vigore della presente legge.

Infine, al comma 21, si segnala come per effetto delle disposizioni precedenti, il **livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale** è ridotto di 540 milioni di euro per l'anno 2015 e 610 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. Questa riduzione dovrà essere ripartita tra le Regioni secondo criteri e modalità proposti in sede di autocoordinamento dalle regioni stesse, da recepire in sede di Conferenza Stato-Regioni entro il 30 giugno 2014. Qualora non intervenga la proposta entro questo termine, la riduzione verrà attribuita secondo gli ordinari criteri di ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard.

#### **Art. 13 (Patto di stabilità interno delle Regioni)**

Al comma 12 si spiega come le Regioni, per l'anno 2014, debbano assicurare un ulteriore **concorso alla finanza pubblica** per un importo complessivo di 560 milioni di euro. Nel caso di mancato versamento entro il 31 marzo 2014, al comma 15 viene spiegato che gli importi dovuti saranno portati in riduzione delle risorse, escluse quelle destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

#### **Art. 18 (Altre disposizioni in materia di entrate)**

In materia di **imposta di bollo**, al comma 6 si precisa che le istanze per via telematica riguardanti le unità sanitarie locali, tendenti ad ottenere l'emanazione di un provvedimento amministrativo o il rilascio di certificati, estratti, copie e simili sarà soggetto ad un importo di 16 euro.

Lo stesso importo sarà dovuto per atti e provvedimenti delle unità sanitarie locali rilasciati per via telematica anche in estratto o in copia dichiarata conforme all'originale (comma 8).

**Giovanni Rodriquez**

## Al via i costi standard Stop alle spese folli del sud per la sanità

CHIARA PELLEGRINI

■ ■ ■ Via libera da parte del ministro della Salute all'applicazione dei costi standard per la razionalizzazione delle spese del comparto sanità. In pratica una garza, una siringa, una visita specialistica o un esame diagnostico, dovranno costare allo stesso modo, dalla Valle D'Aosta alla Sardegna. «Gli sprechi ci sono», ha ammesso il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, intervenuta a "Uno mattina" su Rai 1, «e sono determinati, spesso, da una cattiva governance nei vari territori e nelle varie aziende. E soprattutto da una mancanza di procedure uniformi e controllate», ha aggiunto. Così, per ovviare a potenziali sprechi, la Lorenzin propone di applicare i costi standard che, spiega, «sono già norma nazionale e che verranno presto approvati in Conferenza Stato-Regioni».

Cinque le regioni di riferimento per l'applicazione dei costi standard: Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra queste soltanto tre (selezionate dal ministero

della Salute, di concerto con l'Economia e con il parere degli Affari Regionali), faranno da *benchmark* (indice di riferimento) per il resto del Paese, saranno quindi scelte per l'individuazione dei costi e dei fabbisogni sanitari standard in base.

Altra strada per combattere gli sprechi è quella di realizzare «in ogni territorio le centrali uniche di acquisto». Vale a dire piattaforme comuni attraverso cui le aziende ospedaliere possono acquistare in blocco quello che gli occorre, ottimizzando la spesa. «Si potrebbero fare risparmi dal 15 al 30%», spiega il ministro, «Così non ci sarebbe bisogno di tagli ma il sistema sanitario potrebbe attivare un volano virtuoso per il recupero dei risparmi».

Nel comparto della sanità sarà fatta dunque «una *spending review* all'inglese», ha chiarito la Lorenzin. Niente più tagli con il macete dunque, «ma un recupero delle risorse», chiarisce, «che ammontano a svariati miliardi di euro, che poi verranno reinvestite in servizi, assistenza, ricerca scientifica e nel personale». Un altro passo sarà quello di punta-

re molto sulla medicina del territorio, alleggerendo il Servizio sanitario nazionale (e gli ospedali), investendo quindi sulle Asl e «deospedalizzando il più possibile soprattutto per dare più efficienza e qualità al Servizio sanitario nazionale». Razionalizzazione è la parola d'ordine. «Sprecare le risorse in un momento di crisi è immorale», ha insistito il ministro, «la buona notizia di questi giorni non è solo quella di aver scongiurato i tagli alla Sanità, ma soprattutto quella di aver compreso che il welfare è un elemento di forte tenuta sociale, e la sanità non un bancomat, ma una materia sulla quale investire».

Il ministro ha poi riconosciuto che la carenza di personale è un problema del Ssn, «che sarà affrontato nel Patto per la salute». In questo senso sono Lazio, Campagna e Calabria, le regioni maggiormente colpite, perché investite da Piano di rientro. «Dovremo programmare nei prossimi anni il fabbisogno di medici accanto a una valutazione in relazione ai corsi universitari e di specializzazione», ha concluso.



Il ministro Beatrice Lorenzin [Ftg]



## La piccola di tre anni che ha ingannato il virus dell'Aids

PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

**N**on era un miracchio, dunque. Una bambina di tre anni del Mississippi, che aveva contratto l'Aids dalla madre durante la gravidanza, è davvero guarita e non prende più medicine. O quanto meno è in uno stato di remissione della malattia così profondo che non è più possibile rintracciare la presenza del virus nel suo corpo. Se la guarigione è definitiva, e può essere replicata su altri pazienti, è ancora da vedere, ma secondo il «New England Journal of Medicine» la speranza che questo caso ha acceso è reale.

Nel marzo scorso tutti i media americani aveva riportato con grande attenzione questa storia. Una bambina era nata in Mississippi da una madre che non sapeva di essere sieropositiva e, quindi, non aveva preso alcuna precauzione per prevenire il contagio. Da tempo, ormai, in questi casi si somministrano le medicine retrovirali alle donne incinte, perché è provato che evitano la trasmissione della malattia ai figli. La donna del Mississippi, però, aveva scoperto di essere infetta solo dopo il parto, quando ormai era troppo tardi per fare qualunque cosa che evitasse il contagio.

I medici che avevano fatto nascere la bambina avevano giudicato la situazione così grave che non avevano nemmeno aspettato le analisi di conferma, praticate di norma in tutte queste situazioni. La vita della piccola era a rischio, da subito, e quindi bisognava intervenire. Una équipe congiunta dello University of Mississippi Medical Center e della University of Massachusetts si era incaricata di gestire la terapia e, dopo appena 30 ore dalla nascita, aveva cominciato a somministrare dosi molto forti di tre **farmaci** usati in ge-

nere per contrastare lo sviluppo dell'Aids negli adulti.

La piccola per fortuna aveva risposto bene. Aveva sopportato la cura massiccia, e questo era già stato interpretato come un segnale incoraggiante. Nel giro di un mese la presenza del virus si era indebolita al punto che non risultava quasi rintracciabile attraverso le analisi.

La terapia era proseguita per 18 mesi, ma, proprio quando i medici sentivano di essere sul punto di ottenere un risultato importante, era successo un imprevisto grave e sorprendente: la madre era sparita. I dottori avevano perso i contatti con lei e nessuno sapeva dove fosse andata a finire la piccola paziente. Le cure, ovviamente, erano cessate e i sanitari che pensavano di averla salvata si erano trovati a considerare la possibilità di averla persa.

Oltre un anno dopo, così come era scomparsa, la mamma si era ripresentata in ospedale. Senza dare troppe spiegazioni, aveva confermato che aveva portato via la bambina e aveva smesso di darle qualunque tipo di medicina.

Terrorizzati, i dottori erano tornati sul caso, facendo le analisi per vedere cosa era successo nel frattempo alla piccola paziente. I risultati li avevano stupiti, quasi più della fuga improvvisa della madre: nel corpo della bambina non c'era alcuna traccia rinvenibile del virus. Niente. Aveva passato circa 18 mesi senza alcuna terapia e la situazione era rimasta stabile, esattamente come quando era sparita.

La storia era emersa sui media, però diversi specialisti l'avevano commentata con scetticismo. Il dubbio principale era che la piccola in realtà non aveva mai contratto veramente il virus, ma era risultata sieropositiva per il contatto con l'utero della madre. I medici allora avevano fatto nuove analisi, con l'aiuto del Johns Hopkins Children's Center, che sono state pub-

blicate ora dal «New England Journal of Medicine»: la bambina aveva davvero contratto la malattia e ora risulta davvero guarita.

Il problema ora è ricavare da questa vicenda delle indicazioni trasferibili sugli altri pazienti. Nessuno può dire con certezza se la paziente è definitivamente libera dall'Aids, perché non esistono protocolli sicuri in questo campo: dopo cinque anni senza ricadute, un sopravvissuto al cancro è considerato guarito, ma per il virus dell'Hiv non ci sono conclusioni simili. Finora solo una persona è stata considerata guarita, ma in una situazione molto diversa: si trattava infatti di un adulto della California che aveva subito un trapianto di midollo da un donatore dotato di immunità dalla malattia. Inoltre alcuni esperti sospettano che la paziente potrebbe avere una speciale resistenza al virus o risposta alle cure, che non si può replicare in altri malati.

Secondo Anthony Fauci, direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases e principale autorità americana del settore, «come minimo la bambina è in chiara remissione. E' possibile che sia stata effettivamente curata, ma non abbiamo la certezza del periodo di cinque anni come nei pazienti di cancro».

Dunque ci vorrà ancora qualche tempo prima di avere la risposta definitiva. Di sicuro però la bambina ha riguadagnato la sua vita, come tanti altri sieropositivi, salvati dai **farmaci** che frenano la malattia e la rendono cronica. Poi, magari, sapremo se ha davvero aperto la strada per una cura.



**Istruzione** Le strategie in attesa di ritentare l'ammissione

# Dove vanno a finire i 100 mila esclusi dai test universitari

## Un anno all'estero o facoltà «gemelle»

# 66

**mila** Gli aspiranti universitari che sono rimasti esclusi dalle tre facoltà (medicina, veterinaria e architettura) che adottano il numero chiuso a livello nazionale  
di DARIO DI VICO

Che fine fanno i ragazzi che non superano il test delle facoltà a numero chiuso? La domanda riguarda all'incirca 80-100 mila giovani che hanno cercato di entrare nell'università dalla porta ritenuta principale e che sono costretti a rimodulare le loro strategie formative. Sono tre le facoltà che hanno deciso a livello nazionale di adottare le iscrizioni a numero chiuso e sono medicina, architettura e veterinaria. Anche il corso di professioni sanitarie ha un proprio statuto che di fatto equivale a un numero programmato. Ma in realtà ormai in tutti gli atenei la tendenza è quella di monitorare rigidamente i flussi di altre facoltà (in primis economia ma anche ostetricia e marketing) per tenere in equilibrio numero dei docenti e degli studenti.

Il numero chiuso, dunque, è un trend che fa proseliti, di conseguenza non è sbagliato porsi il problema di dove vada a finire chi resta fuori dai portoni. Dalle tre facoltà chiuse per decisione centrale sono rimasti esclusi circa 66 mila aspiranti universitari ai quali vanno aggiunti quelli che incontrano lo stesso destino nelle altre facoltà e nei singoli atenei.

Chi resta fuori da medicina si iscrive per la maggior parte a facoltà affini, in primo luogo biologia o chimica. L'obiettivo è di ritentare il test l'anno successivo e nel frattempo dare qualche esame che possa essere riconosciuto. Perché questa è la prima conclusione a cui giungere: in tanti non si arrendono dopo il primo flop ma utilizzano l'anno che scorre per preparare la seconda chance. Capita così che in alcune città ad essere ammessi a frequentare medicina nel 2013 siano stati molti ragazzi del '93 che grazie all'anno in più di preparazione sono diventati più «competitivi» di quelli del '94. Qualcuno, invece, pur di diventare medico prende la strada dell'Albania come documentato di recente dal *Corriere*. È chiaro che la strategia di recupero imperniata sul ruolo collaterale di biologia o chimica non potrà andare avanti all'infinito perché il numero chiuso sta già arrivando anche lì.

La seconda pratica ricorrente è quella di scegliere una facoltà-parcheggio che quasi sempre è lettere o giurisprudenza. Durante l'anno il ragazzo e la famiglia decideranno se puntare davvero a quel titolo di studio o utilizzare il periodo come un check sulle strategie future. In qualche sede si segnala quest'anno un aumento abnorme delle iscrizioni a lettere, forse proprio in virtù di questa pratica. È evidente che rispetto alla prima strada questa seconda appare meno strutturata e può anche succedere che molte famiglie cambino in corsa la strategia universitaria che inizialmente prevedeva «una facoltà che ti dia lavoro» e che finisce per contemplare come ripiego «la facoltà che veramente ti piace».

Esiste poi un terzo tipo di

strategia più creativa e meno convenzionale. Le famiglie che possono permetterselo nell'anno «bianco» mandano il figlio in Inghilterra a perfezionare la lingua. Un modo per impiegare utilmente il tempo e integrare funzionalmente quello che sarà l'insegnamento universitario specialistico. È chiaro che si tratta di una scelta minoritaria e non alla portata di tutti i budget. Così come un'altra soluzione, anch'essa minoritaria ma che merita di essere sottolineata è quella di mandare il ragazzo a fare un'esperienza di vita. Si può trattare di una permanenza all'estero presso conoscenti o ancora di un anno di volontariato nei Paesi in via di sviluppo in collaborazione con le organizzazioni del non profit. Quest'ultima soluzione ricalca un po' quello che gli americani scelgono per il loro *gap year*, l'anno che intercorre per molti tra la fine dell'*high school* e l'inizio della vita in college.

Detto delle strategie familiari prevalenti è giusto anche porsi la domanda se questo stock di universitari respinti non possa diventare nel medio periodo un problema di cui occuparsi. Una decisione corretta è stata quella di anticipare dal 2014 il test di ammissione universitaria ad aprile piuttosto che dopo la chiusura delle scuole, in questo modo gli studenti hanno più tempo per calibrare le proprie opzioni e per evitare errori. Eh sì, perché dietro tutta questo movimento un rischio si corre: che una quota di respinti alla fine vada a ingrossare le fila degli ormai famosi «Neet», l'esercito dei giovani italiani che non studiano e non lavorano. E francamente quell'esercito andrebbe soltito, non allargato.



# Chirurgo, due figli «Lotto fino alla fine»

## IL PERSONAGGIO

ROMA Il leone, intrappolato nella gabbia mobile di una carrozzella, continuava a lanciare ruggiti di protesta, lasciando cadere le palpebre giù a scatti sullo sguardo limpido come fosse una mimica impostata per scandire il ritmo del tam tam di guerra, non l'evidenza di un fisico destrutturato, non il riflesso di una cellula cerebrale compromessa dalla Sla. «Speriamo sia l'ultima volta che ci rimbalzano come palline da ping pong... basta promesse e chiacchiere... resteremo qui tutta la notte». Era così, Raffaele Pennacchio. Era malato, inchiodato all'immobilità da quel morbo che gli impediva di tenersi in piedi. Eppure era diritto e fiero, era ferrigno e imbattibile, era un leone.

## FINO ALL'ULTIMO

Così è rimasto fino a poco prima di morire stremato dalla sua stessa protesta, rosso di indignazione di gote e abbigliamento, seduto in piazza sulla sua sedia a rotelle con le tempie strette in una fascia più adatta a reggere le piume di un apache, piuttosto che un attrezzo per reggergli la testa, così che non si afflosciasse come quella di un pupazzo senza fili. Raffaele pugnace e indifeso, condottiero e impegnato di malinconia, traspa-



Raffaele Pennacchio, medico

rente e rifulgente come un cristallo infranto e fragilissimo, ma anche come un diamante indistruttibile. Raffaele, che era meglio la morte della resa. E così è stato. Fine di un capitano abbattuto sul campo dopo aver vinto la sua guerra, fine di un leader, fine del capo di una truppa di diversamente sani da guidare come se la malattia fosse un colore di battaglia, uno slogan, un'energia interiore.

## LA DIGNITA' DEL MALATO

Cinquantacinque anni, da Macerata Campania, in provincia di Caserta, ma viveva a Roma, dove aveva fondato il "Comitato 16 novembre", per difendere i diritti dei malati ad essere assistiti a casa loro. Chirurgo, travolto da una di quelle nemesi crudeli che trasformano in malati i dottori. E allora, se sei uno speciale, può fondere assieme le esperienze, capire tutto quel che va capito da due osservatori, batterti per la dignità del malato, come lui faceva, con un raddoppio di informazioni, sensibilità, energie. Due figli di 20 e 19 anni, e accanto a lui Michela, che ora oscilla tra l'orgoglio e il dolore. «E' morto per un problema legato alla stress del sit in che non aveva voluto abbandonare. Ci eravamo tanto preparati, prima. Non era certo il primo presidio al quale partecipava. Lui s'impegnava molto, non mollava mai». Un volto dalla fisiognomica infantile sotto i capelli grigi, sguardo dolcissimo, sorriso fisso. «Vado a Roma a lottare per due giorni», aveva scritto su Facebook, quasi si trattasse di una gita. Allegro fino all'ultimo. «Scherzava, rideva, poi, all'improvviso...». All'improvviso si è abbattuto su se stesso, sconfitto dall'unico nemico capace di farlo: la morte. «Dobbiamo far presto, non c'è tempo», aveva detto durante l'incontro con i rappresentanti del governo. No, non ce n'era. Non per lui.

Marida Lombardo Pijola

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Scienze** TRAPIANTI

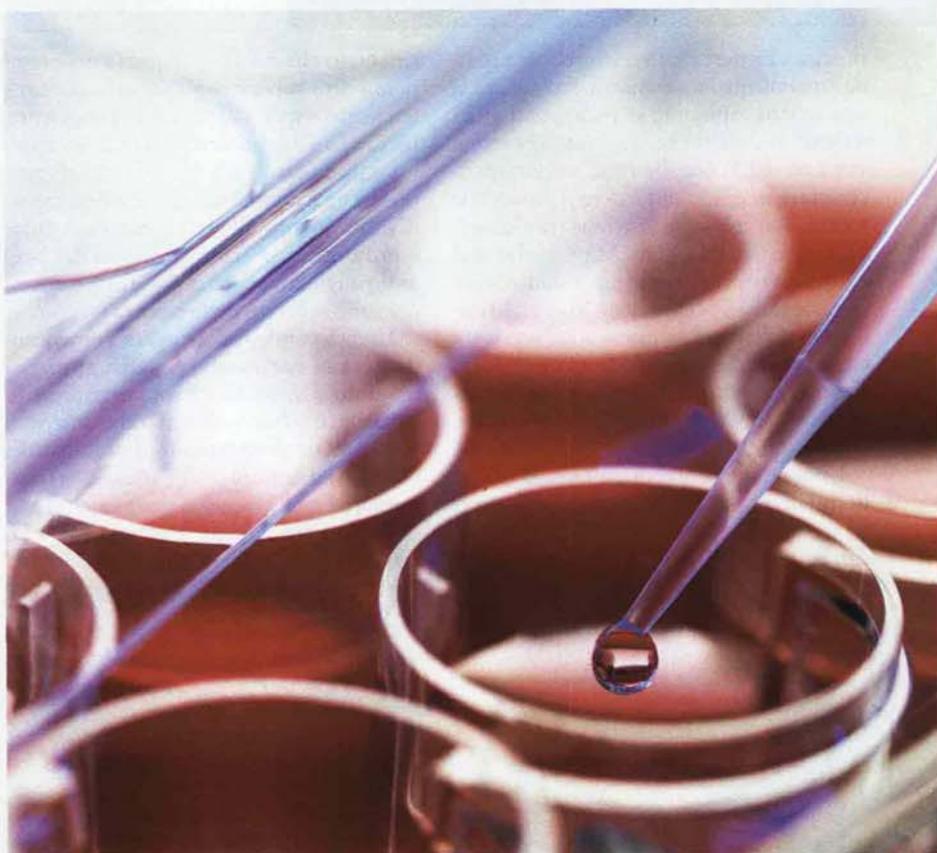
# Dalla cellula all'organo

**Creare delle impalcature biocompatibili su cui far crescere i vari tessuti. È l'obiettivo dell'Iit di Genova**

DI FEDERICO MERETA

**C**reare in laboratorio delle vere e proprie impalcature biologiche che possano ospitare e far crescere cellule e così creare organi da trapiantare. È l'obiettivo degli scienziati dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) di Genova. «In tutto il mondo c'è una sorta di rincorsa alla realizzazione di materiali per costruire strutture biocompatibili e biodegradabili adatte a sostituire un tessuto umano facendo da impalcatura», spiega Roberto Cingolani, direttore scientifico dell'Iit: «E che possano ospitare le cellule che andranno a svilupparsi al loro interno: progressivamente biodegradabili e soprattutto perfettamente compatibili anche sotto l'aspetto immunologico con le cellule del paziente che riceve l'organo».

In prima fila c'è l'équipe guidata da Fernando Brandi, ricercatore del Dipartimento di Nanofisica, che ha trovato il modo di costruire impalcature rigide biodegradabili perfezionatissime grazie a una tecnica che permette di realizzare singoli oggetti tridimensionali a partire da dati digitali, definita "layer-by-layer a 308 nanometri" (il nanometro vale un milionesimo di millimetro). In questo modo Brandi ha ottenuto un'impalcatura porosa fatta di un biopolimero biodegradabile capace da un lato di ottenere le forme e le dimensioni desiderate in 3D, e dall'altro di assicurare al tessu-



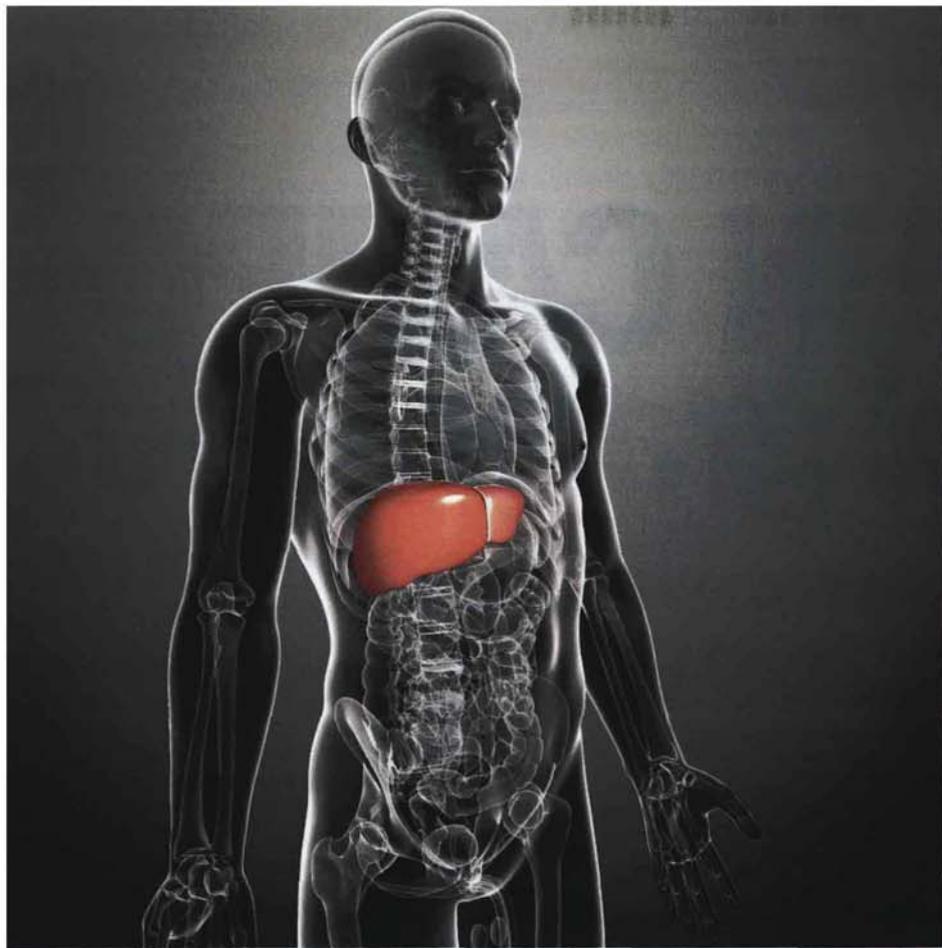
to la massima biocompatibilità. «Questa particolare conformazione strutturale consente alle cellule di popolare le impalcature, crescendo sulla loro superficie e al loro interno», spiega Cingolani.

Una volta costruito il basamento i ricercatori possono passare la palla a medici e biologi perché selezionino la popolazione cellulare da utilizzare e per far sì che all'interno della struttura si possano realizzare le diverse vie di comunicazione - neurologica e vascolare - che consentano il perfetto attecchimento e l'integrazione del biomateriale costruito in laboratorio con l'organismo del paziente.

Questa è la sfida più complessa, e l'Iit ha al suo interno uno dei pochi laboratori di ricerca al mondo in grado di realizzare tessuti umani tridi-

**LA PELLE NANOTECH È GIÀ REALTÀ. PER CURARE USTIONI E TRAUMI. ORA È LA VOLTA DELLA RETINA. SOTTILE E ORGANICA**

mensionali in vitro, controllandone le caratteristiche e l'estensione durante la crescita e consentendo al contempo la "sostenibilità" biologica del tessuto grazie ad un complesso microambiente di sistemi coordinati vascolari e nervosi. È il Center for Advanced Biomaterials for HealthCare, diretto da Paolo Netti. «È ai loro studi che



GRAPHIC DI UN CORPO CON IL FEGATO EVIDENZIATO: SI STA LAVORANDO A RIPRODURLO CON LE NANOTECNOLOGIE

si deve lo sviluppo di uno strato di derma artificiale, del diametro di qualche centimetro, ottenuto a partire da una cultura di cellule umane e attraverso metodi in vitro del tutto originali. Questo tessuto costruito in laboratorio è destinato a diventare fondamentale per il recupero di ampie zone cutanee danneggiate da ustioni o da gravi traumi: basterà semplicemente prelevare una piccola area di cute sana per poter sviluppare sull'impalcatura la quantità di tessuto necessaria, pronta per essere applicata sulla zona distrutta», aggiunge ancora Cingolani.

Se la pelle artificiale si può considerare ormai una realtà, è in pole position la messa a punto di una retina artificiale made in Italy, che andrà a contrastare le malattie genetiche della retina che conducono a cecità e andare in aiuto dei tanti anziani che soffrono di degenerazione maculare. È già stata sperimentata sui topi e sta per partire lo studio sui maiali, la cui struttura oculare è simile a quella dell'uomo. A crearla sono stati i ricer-

catori del Dipartimento di Neuroscienze e Neurotecnologie del Centro di Nanoscienze e Tecnologie dell'Istituto italiano di tecnologia, insieme con i colleghi del Dipartimento di Fisica del Politecnico di Milano. Si

## È nato il fegato in 3D

Un pugno di cellule bambine, un'audace costruzione biologica, fatta di tanti diversi tasselli e il gioco è fatto. Mescolando staminali di diversa origine, un gruppo di studiosi giapponesi guidati da Takanori Takebe, docente di Medicina rigenerativa all'Università di Yokohama è riuscito a creare un fegato tridimensionale. L'organo, realizzato per la prima volta senza un'impalcatura che ne disegnasse la forma e funzionasse da piattaforma per lo sviluppo delle cellule, è stato poi impiantato in animali di laboratorio ed ha iniziato a funzionare, svolgendo le principali attività di quello naturale e arrivando addirittura a metabolizzare correttamente alcuni farmaci. La scoperta, documentata su "Nature", nasce da un cocktail di diversi tipi di staminali, plasmate quantitativamente e qualitativamente in laboratorio fino a ottenere appunto una struttura tridimensionale molto simile al fegato naturale. In particolare cellule pluripotenti sono state indirizzate a dare il là alla produzione del classico tessuto morbido e spongioso del fegato, previa miscela con altre staminali utili per strutturare il tessuto connettivo di sostegno. Poi su questo basamento tridimensionale sono state immerse cellule derivanti da cordone ombelicale umano, cui è stato dato il compito biologico di differenziarsi nelle strutture di base che formano i vasi sanguigni. Alla fine di questo percorso invisibile si è arrivati al vero e proprio fegato, che è stato trapiantato negli animali da esperimento, dove l'organo ha iniziato a funzionare. Ma ci vorranno almeno dieci anni prima che un organo sviluppato con questa tecnica possa essere trapiantato nell'uomo.

tratta di una struttura dello spessore di una sottilissima carta velina, soffice, leggera e flessibile, ed è compatibile sia con i tessuti e le cellule dell'occhio; e quindi permette di superare i problemi legati all'impiego di materiali inorganici come il silicio. Inoltre il polimero semiconduttore che la costituisce trasmette impulsi elettronici e ionici senza una grande dispersione di calore. In più il sistema autorigenera la propria energia: le cellule fotovoltaiche impiantate trasformano infatti l'energia luminosa in impulso elettrico senza bisogno di essere ricaricate dall'esterno. Come hanno spiegato gli scienziati in uno studio pubblicato da "Nature Photonics", che ha visto coinvolte anche le Università dell'Aquila e di Genova e l'Oculistica dell'Ospedale S. Cuore - Don Calabria di Negrar, in provincia di Verona. La ricerca, finanziata dalla Fondazione Telethon, «è fondamentale per procedere verso la realizzazione di una protesi retinica organica per l'uomo», commenta Fabio Benfenati, direttore del Dipartimento Nbt dell'Istituto italiano di tecnologia. Ora, si passa ad animali più grandi come i maiali. E chissà che proprio dall'entroterra genovese non venga una speranza nanotech per vincere la cecità legata a gravi danni dei fotorecettori della retina. ■



GRAPHIC DEL CERVELLO.  
A FIANCO: BAMBINI  
PESCANO NEL LAGO NAPO  
ALL'INTERNO DEL PARCO  
YASUNI

## Adolescenti **TUTTA COLPA DELLA CORTECCIA**

Il cervello umano termina il suo sviluppo ben dopo la nascita. È così complesso e interconnesso che le diverse regioni impiegano molti anni per formarsi. E una delle ultime a maturare è quella localizzata dietro la fronte, la corteccia prefrontale, che si fa completa dopo l'adolescenza. Questa parte del cervello è quella che ci aiuta a pensare prima di compiere azioni, valutando le scelte da prendere per ottenere risultati e obiettivi ottimali. Per poterlo fare, è connessa a svariate altre regioni che controllano le emozioni, la paura e il piacere. È quindi logico che la sua maturazione debba avvenire dopo che le altre regioni abbiano terminato lo sviluppo. Ma questo significa che per un periodo della nostra vita, prima che essa sia efficiente, la nostra capacità di valutazione delle future azioni è in parte compromessa.

Se quando siamo piccoli la mancata maturazione della corteccia prefrontale non comporta grandi problemi comportamentali perché anche molte altre regioni del cervello sono immature, durante l'adolescenza la situazione cambia. Ed ecco i comportamenti spesso irrazionali, impulsivi e pericolosi, che i genitori e gli adulti in generale non capiscono. In un contesto in cui le altre regioni sono ormai sviluppate mentre la corteccia prefrontale non lo è, essa non riesce a impedire ad altre zone del cervello di prendere il sopravvento; e per questo nascono comportamenti irrazionali e impulsivi. Per la prima volta la neuroscienza suggerisce una scappatoia agli adolescenti.

**Luca Colnaghi**



## Non ci resta che la scienza

E se quello degli italiani anti-scientifici fosse solo un luogo comune? E se i giovani non fossero spaventati dalle biotecnologie, anzi volessero praticarle? Forse è così. A dircelo sono i dati di iscrizione ai test in quelle università che hanno messo il numero programmato nei corsi di biotech, ma anche delle ricerche sociologiche. «Nel corso degli ultimi anni l'analfabetismo scientifico italiano è andato diminuendo, e ormai i nostri dati sono nella media europea», dice Massimiano Bucchi, professore di Sociologia della Scienza all'Università di Trento e coordinatore del comitato scientifico di Observa, centro di ricerche che studia il rapporto fra scienza e società: «Dalle nostre indagini, poi, risulta che i giovani sono molto aperti al nuovo, pensano cioè che campi come neuroscienze, ICT, biotecnologie e nanotecnologie avranno un impatto molto positivo sulla vita di tutti. E questo perché dal momento che sono mediamente più istruiti delle generazioni precedenti sentono di avere più mezzi per gestire anche le possibili criticità legate allo sviluppo tecnologico».

E proprio la scelta di studiare biotecnologie sembra piacere a molti: da Padova a Milano, da Bologna a Roma, tutti i corsi fanno registrare un boom di iscrizioni ai test. «I dati su biotecnologia sono interessanti perché è una branca trasversale, che trova applicazione nella ricerca di nuovi farmaci, di nuove cure, nelle applicazioni per l'agricoltura, nel ramo no food, in vari processi industriali: biotech non è una professione, ma un insieme di molteplici prospettive di impresa e di sviluppo», spiega Alessandro Sidoli, presidente Assobiotec. Anche in questo caso i giovani ci vedono lungo: in Italia le imprese biotech sono in crescita, oggi sono circa 400, seconde come numero in Europa solo a quelle che si trovano in Germania e Inghilterra. È vero, si tratta in media di imprese piccole, ma è comunque un settore che in dieci anni è cresciuto molto, nel quale si investe più che in ogni altro, in relazione ai volumi di affari. «Le aziende del settore impiegano un buon 25 per cento del loro fatturato in ricerca e sviluppo, e questo per gli studenti e i ricercatori è un dato molto interessante», conclude Sidoli. Dal punto di vista macroeconomico, ci sono già più di 50 mila addetti, il ramo fattura più di 7 miliardi e ne investe 1,8 in ricerca. E il comparto è in crescita: in Europa, occupa 22 milioni di addetti, rappresenta il 9 per cento del fatturato globale. Come prospettiva di lavoro è certamente una scelta saggia: i dati indicano che per ogni nuovo addetto biotech l'indotto ne guadagna 5, contro l'1,6 dei settori tradizionali.

**Federico Ferrero**

stampa | chiudi

LA POLEMICA

## Vannoni: «Esami indicano miglioramenti con Stamina»

*Il ministro Lorenzin: impossibile proseguire con la sperimentazione. Cattaneo (Univ. Milano): «Sono ciarlatani»*

### NOTIZIE CORRELATE

I benefici ottenuti da 34 pazienti in cura a Brescia con il metodo Stamina sono stati valutati «da uno o più medici per ogni paziente, in tutto una cinquantina, con elettroencefalogrammi, ecografie, elettromiografie e analisi del sangue». Lo ha sottolineato **Davide Vannoni**, presidente di Stamina Foundation, in una conferenza stampa a Roma, sottolineando che gli esami indicano «miglioramenti» e «assenza di effetti collaterali». I pazienti in cura a Brescia sono 34, con otto diverse patologie (tra cui la Sla), ma di due non sono disponibili i dati.

«**NON È PLACEBO**» - «Non si è osservato nei pazienti trattati alcun effetto collaterale e ci sono miglioramenti che sono certificati non da Stamina, bensì da altri centri e da esami strumentali e di vario tipo - ha detto Vannoni -. Non si tratta dunque di un effetto placebo. Le analisi del sangue di alcuni pazienti con malattie che impediscono loro di produrre alcuni enzimi, hanno rivelato che la quantità di questi enzimi nel loro sangue è decuplicata. Certo non possiamo dire di aver curato la Sla, ma 5 pazienti con Sla di cui 4 con la variante bulbare e un paziente con Sla spinale stanno tutti riprendendo le loro funzioni. La malattia si è fermata». Il presidente di Stamina ha inoltre sottolineato: «Ci sono certificazioni che dimostrano i miglioramenti sui pazienti in trattamento con il metodo Stamina redatti da una cinquantina di medici autonomi e di strutture ospedaliere terze; tale documentazione è stata consegnata al Tar del Lazio e sarà consegnata al Tar di Brescia». Purtroppo, ha concluso Vannoni, «credo che al ministro della Salute Lorenzin questo materiale non interessi, altrimenti lo avrebbe già chiesto. Come era pensata, la sperimentazione era comunque sbagliata, e dunque per noi è ora un bene che non si faccia».

**LE REAZIONI** - **Beatrice Lorenzin** aveva già espresso la propria posizione intervenendo a *Unomattina*. «Vannoni non può presentare alcun risultato sulla sperimentazione del metodo Stamina perché non c'è una sperimentazione avviata in Italia. Ma presentare i risultati delle cartelle cliniche dei pazienti è legittimo - ha aggiunto -, anzi penso possa essere un contributo utile». Il ministro ha quindi ribadito l'impossibilità di proseguire con la sperimentazione. Molto duro il commento di **Elena Cattaneo**, docente all'Università degli Studi di Milano e senatrice a vita: «Non bisogna più chiedere parere agli scienziati di quanto sostiene un professore di lettere che parla a sproposito di scienza e

medicina. La comunità scientifica mondiale ha già detto tutto quello che c'era da dire e cioè, con prove ed evidenze alla mano, che si tratta solo di ciarlatani».

«**ILLUSIONE PER I PAZIENTI**» - Per il genetista **Bruno Dallapiccola**, membro del comitato scientifico nominato dal ministro della Salute per la sperimentazione, Il metodo Stamina è un'«illusione per i pazienti». Inoltre - ha precisato rispondendo a Vannoni, che ha accusato gli esperti di non aver osservato i malati - non spettava a noi visitare i pazienti». Dallapiccola ha ribadito ancora una volta che «non si può verificare un metodo che si inserisce in un protocollo che non ha basi scientifiche». Quanto ai miglioramenti riferiti da Vannoni, Dallapiccola rileva come in varie patologie ci siano «andamenti altalenanti».

**IL NEUROLOGO** - Un contributo al dibattito arriva anche dal neurologo **Massimo Sher**, medico legale e consulente del Tribunale di Milano, che ha redatto una relazione di «verifica» sulla sicurezza ed efficacia del metodo Stamina. «Ho visitato i pazienti in trattamento a Brescia e analizzato tutti i dati clinici che evidenziano miglioramenti nel loro stato - ha detto partecipando alla conferenza stampa di Vannoni - . Familiari e pazienti hanno riferito di non essere mai stati sottoposti ad accurate visite di controllo da parte dei medici dell'Ospedale di Brescia né da parte di medici ispettori ministeriali o componenti del comitato scientifico». Sher ha presentato i dati di «miglioramento» relativi ai 34 pazienti (molti bambini) presi in esame, a seconda delle patologie da cui sono affetti: leucodistrofia (4 casi), Niemann-Pick (8), paralisi cerebrale infantile (2), Parkinson (4), sclerosi multipla (1), sindrome Sandhoff (1), Sla (5), Sma 1 e 3 (7). «Emerge spesso - scrive l'esperto nella relazione - un quadro stazionario o con evidenza di ripresa di funzioni vitali autonome come respirazione, nutrizione con deglutizione, comunicazione verbale e gestuale, funzioni che erano state annullate dalla patologia o non erano mai state sviluppate per deficit innati o acquisiti».

**MALATI DI SLA** - Durante la conferenza Vannoni ha anche parlato di Raffaele Pennacchio, il medico malato di Sla morto a Roma dopo due giorni di presidio per chiedere più fondi per l'assistenza domiciliare. Pennacchio era in lista d'attesa per ricevere le infusioni con il metodo Stamina. «Ha combattuto fino alla fine, questa non è più una lotta contro le malattie ma contro una burocrazia ottusa» ha detto Vannoni.

stampa | chiudi