



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## **Patto Salute. Lorenzin: "Ho consegnato la mia proposta alle Regioni. Dobbiamo vararlo entro 15 giorni, non 15 anni. Basta chiacchiere"**

*"Basta chiacchiere. Vedremo chi vuole riformare veramente la nostra sanità". Così il ministro della Salute, intervenuta ad un incontro con Federanziani. Per mantenere universalità Ssn, occorre lavorare subito. Tra 20 anni, gli over 65 saranno il 60% della popolazione e i costi aumenteranno. Sui farmaci innovativi, importante la lotta agli sprechi, "perché un euro sprecato in sanità crea morti"*



"Incentivare la prevenzione in Italia è molto importante, non solo per migliorare la salute delle persone, ma anche per rendere sostenibile il Sistema sanitario nazionale. Bisogna far star bene le persone il più a lungo possibile. Non dimentichiamo che l'accesso per tutti gratuitamente alle cure, insieme al sistema pensionistico, è stata la più grande conquista del '900. Queste conquiste, ora, rischiano di essere in pericolo. Tra 20 anni gli over 65 saranno il 60% della popolazione e si dovrà riuscire a garantire comunque un'assistenza sanitaria di qualità. Bisogna pensarci ora, però, non tra 20 anni. Si deve garantire ora la sicurezza sociale a voi, ai vostri figli e ai vostri nipoti". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, si è rivolta alla platea nel corso di un incontro con Federanziani.

**"Nella salute si sono sprecati troppi euro**, la gente ha rubato nel sistema sanitario nazionale - ha incalzato il ministro -. I soldi ci sono sempre stati, ci sono anche ora, ma vengono spesi male. Anzi, malissimo. Dobbiamo fare in modo che la politica non entri più nelle questioni tecniche sanitarie e scientifiche: chi vale va avanti, chi non vale va a casa. Perché un euro sprecato nella Pubblica Amministrazione è una cosa immorale, ma un euro sprecato in sanità crea morti. Io, come ministro, non faccio sconti a nessuno: se sbagli in sanità vai a casa".

**"Nei prossimi mesi - ha proseguito Lorenzin - dovrò affrontare una riforma sanitaria volta a rendere trasparente questo settore.** Si deve poter sapere come vengono spesi i soldi, chi li spende, quali risultati si ottengono etc. Si tratta di una cosa normale, ma purtroppo in Italia le cose normali sembrano difficili da realizzare. La riforma del sistema sanitario si chiama Patto della Salute, ho fatto la mia proposta alle Regioni. Il Patto dobbiamo vararlo entro 15 giorni e non 15 anni - ha sottolineato - vedremo cosa verrà fatto e chi avrà voglia di far le cose veramente e non a chiacchiere".

**Infine, Lorenzin ha toccato il tema dei farmaci innovativi.** "Stanno arrivando in Italia nuovi farmaci rivoluzionari che ci permetteranno di guarire da malattie, fino a poco fa, incurabili. Ad esempio, parliamo di quelli per l'epatite C. Il nuovo farmaco in 12 settimane ti fa guarire. E' la più grande scoperta scientifica dai tempi della penicillina. Come ministro dovrò gestire questo medicinale, stiamo trattando il prezzo in maniera più dura rispetto al resto d'Europa. La Germania lo paga 56mila euro a prestazione, la Francia 49mila. Noi - ha concluso - non dobbiamo permettere che accada in Italia quello che sta accadendo in altri Paesi, e cioè che se non hai una lunga prospettiva di vita non ti danno questi farmaci. Questa non è la nostra cultura, non ha nulla a che fare con la nostra storia. Anche per questo è necessario risparmiare sugli sprechi e mettere i soldi dove ce n'è bisogno".

## Incarichi e consulenze nella PA. La relazione di Madia: "Sanità seconda per numero di incarichi e compensi erogati per consulenze"

*Per la Sanità, più nel dettaglio, sono stati 70.391 gli incarichi conferiti a dipendenti (26,83%), e 27.506 quelli conferiti a consulenti (10,04%). Per i consulenti e collaboratori esterni, il 27,07% del totale è stato liquidato dalla Sanità. Quanto alle differenze di genere, in Sanità il 52,86% degli incarichi sono stati conferiti a uomini, mentre il restante 47,14% alle donne.*



Nel biennio 2011-2012 il comparto sanità si è piazzato al secondo posto, subito dopo la scuola, per numero di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi nella Pubblica Amministrazione. C'è da notare che, mentre la scuola, pur confermandosi in testa alla classifica, ha subito una leggera inflessione nel 2012 rispetto al 2011, la sanità è risultata soggetta ad un processo inverso vedendo accrescere, seppur lievemente (2,53%), il numero di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi. In controtendenza rispetto al 2011, i dipendenti appartenenti alla tipologia istituzionale Ministeri, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Agenzie

fiscali e quelli appartenenti alla Sanità, hanno poi subito una variazione negativa rispettivamente del 32,08% e del 26,20% nei compensi erogati per incarichi.

Passando ai consulenti e collaboratori esterni cui sono stati affidati incarichi, si è registrato in questo caso un netto calo nel comparto Sanità che ha segnato un -19,63%. In particolare, le amministrazioni appartenenti alla tipologia Università, Sanità e Ricerca hanno diminuito i compensi erogati per un valore pari rispettivamente del 37,04%, del 34,44%, del 19,85%. Questi alcuni dati presenti nel rapporto del ministero per la Semplificazione **Marianna Madia** relativo al 2012, appena trasmesso al Parlamento.

Nel 2012, prosegue la relazione, esclusivamente con riguardo al conferimento di incarichi a dipendenti, tra le 10.275 **amministrazioni che hanno inviato comunicazioni in formato telematico**, 7.082 amministrazioni (68,92%) hanno comunicato di aver conferito incarichi, contro le 3.193 amministrazioni (31,08%) che hanno comunicato di non averne conferito alcuno. In particolare, quasi tutte le amministrazioni della Sanità, che hanno ottemperato all'obbligo, hanno comunicato la presenza di incarichi conferiti ai dipendenti (95,85%).

Confrontando poi le categorie dei soggetti ai quali sono stati conferiti incarichi da parte delle amministrazioni pubbliche nel corso del 2012, nel documento viene rilevato che il totale dei **consulenti e collaboratori esterni** è pari a 156.931, mentre quello relativo ai dipendenti pubblici è pari a 138.407. Costituiscono un'eccezione le amministrazioni di Sanità, Scuola, Ministeri, Presidenza del Consiglio dei Ministri e Agenzie fiscali, in quanto il numero dei dipendenti incaricati è superiore a quello relativo al personale esterno. Per la Sanità, più nel dettaglio, sono stati 70.391 gli incarichi conferiti a dipendenti (26,83%), e 27.506 quelli conferiti a consulenti (10,04%).

Come per gli anni precedenti, la relazione evidenzia che il più alto numero di **dipendenti che hanno ricevuto incarichi** da parte delle amministrazioni pubbliche continua ad essere nella scuola (30,65%), al secondo posto troviamo la Sanità (24,20%) e al terzo le Regioni (20,19%). Facendo una distinzione per genere, in Sanità, si evidenzia come il 52,86% degli incarichi sono stati conferiti a uomini, mentre il restante 47,14% alle donne. Il 62,6% dei dipendenti risulta essere "monoincarico", ma nell'ultimo anno sono cresciuti quelli che di incarichi ne hanno più d'uno: nel 2012 sono aumentati del 9,31% i dipendenti con oltre 5 incarichi e del 7,49% quelli con 5 incarichi.

In tutta la Pa le **consulenze** sono costate 825 milioni, a cui si aggiungono altri 239 milioni di incarichi ai dipendenti, soprattutto dirigenti: in tutto sono 1,05 miliardi. Cifre che hanno riguardato nel 2012, sempre in tutta la Pa, 138mila dipendenti con incarichi e 157mila consulenti. Scuola e sanità, insieme, cumulano oltre 300 milioni di spesa per consulenze, poi enti locali e Regioni con altri 221 milioni e a seguire le università con 105 milioni di euro.

Prendono sempre in esame i **compensi liquidati ai dipendenti**, scendendo nel particolare, la Sanità fa registrare un 22,60%. Per i consulenti e collaboratori esterni, una parte cospicua dei compensi (27,07% del totale) è stato liquidato dalla Sanità, seguita dall'Università con il 12,82% del totale.

Infine, le amministrazioni incluse nella Sanità, sono quelle che hanno registrato la quota più elevata di incarichi liquidati a dipendenti con importi fino a 500 euro (26,58% di tutti gli incarichi affidati a dipendenti nel 2012), seguiti da Scuola (25,08%) e dai Ministeri, Presidenza del Consiglio dei Ministri e Agenzie fiscali (20,03%). Invece, gli incarichi con importi oltre i 15.000 euro, per la maggior parte, sono stati liquidati dalle Regioni (27,91%) e dalla Sanità (23,13%).

## Madia: «Basta esperti, i dirigenti Pa dovranno essere manager»

**La scarsa mobilità dei dirigenti ha contribuito a costruire figure esperte per materia, piuttosto che professionisti in grado di gestire risorse umane ed economiche. La riforma cambierà questo sistema ingessato. Così il ministro Madia in una lettera a Il Messaggero.**

### LA LETTERA

**A** distanza di alcune settimane dall'inizio della consultazione pubblica e dopo circa 20.000 mail vorrei approfondire il tema della riforma della dirigenza pubblica. La grande partecipazione all'iniziativa mette in luce la novità della fase storica che viviamo e la necessità di nuove e articolate forme di costruzione delle decisioni politiche.

Dal buon esito degli interventi sulla dirigenza pubblica, ci giochiamo il successo dell'efficacia futura dell'intera riforma della pubblica amministrazione. E' dalla testa che si deve partire valorizzando il prestigio di chi è chiamato a guidare la più complessa e importante "azienda" del paese. Oggi non è così. E non

per colpa esclusiva delle persone, ma per i meccanismi di funzionamento.

Pensare alla riforma della dirigenza pubblica, significa interrogarsi anzitutto su quale modello si vuole costruire: un modello basato su una dirigenza di ruolo, formata negli anni con importanti investimenti pubblici, oppure un modello "spoil system" che affida alla politica la responsabilità di individuare le professionalità migliori per ricoprire gli incarichi.

Noi abbiamo deciso di investire sulla dirigenza di ruolo selezionata per concorso perché crediamo che, a determinate condizioni, possa garantire la migliore gestione della cosa pubblica. Che non significa rinunciare a creare un "mercato del lavoro" della dirigenza.

La nostra proposta si articola su cinque punti: una grande scuola di formazione pubblica; un ruolo unico della dirigenza; percorsi di carriera basati su incarichi a tempo determinato; positiva osmosi con il settore privato; omogeneità delle regole della dirigenza statale e locale.

In primo luogo, abbiamo deciso di investire su una grande e

unica scuola di formazione per i dirigenti, che accorpi tutte quelle attualmente esistenti, pur garantendo i doveri e specifici percorsi professionali, in particolare riguardo ad alcune specializzazioni.

In secondo luogo, e fortemente connessa con la fase formativa, riteniamo fondamentale l'introduzione del ruolo unico della dirigenza. In questi anni, la parcellizzazione dei concorsi e delle selezioni, insieme alla scarsa mobilità del personale, ha determinato la tendenza a costruire figure professionali eccessivamente specializzate, "esperti" per materia o per area, più che dirigenti idonei a gestire, in modo trasversale, risorse umane ed economiche. Vogliamo professionisti che siano dirigenti di tutta la Pubblica Amministrazione.

Al rilancio della formazione e al ruolo unico, intendiamo affiancare un cambiamento radicale

nei percorsi di carriera che passa per il superamento dell'attuale sistema delle fasce (dirigenti di I e II livello). L'attuale sistema ingessa la carriera di un dirigente e la rende indipendente dai risultati effettivamente prodotti. Pensiamo invece che la carriera di un dirigente debba essere sempre "mobile", sia verso l'alto che verso il basso, con l'assunzione di incarichi per un tempo determinato anche con l'inevitabile risoluzione del rapporto per quei dirigenti che rimangono per molto tempo privi di incarico. Questa ci pare la strada migliore anche per dare finalmente un effettivo peso alla valutazione, che in un sistema per l'appunto "mobile" diventa elemento determinante per la concreta progressione di carriera di un dirigente.

A una solida ossatura di dirigenti di ruolo, va integrata una positiva osmosi con il settore privato: chi rimane senza incarico può cercare un lavoro nel settore privato, mantenendo il "diritto" a rientrare nel pubblico ove nuovamente chiamato. Siamo anche coscienti che sia importante conservare, pur correggendo alcune attuali distorsioni, una apertura qualificata al mondo delle professioni esterne alla Pubblica Amministrazione.

Chiudo con un concetto che ritengo di prospettiva. Dobbiamo tornare a considerare la PA nel suo complesso, superando inutili steccati che attualmente dividono amministrazioni locali e centrali. Vorremmo affermare che tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con la PA sono dipendenti della Repubblica, incardinati temporaneamente presso un singolo ente. Si tratta di un auspicio importante che speriamo possa concretizzarsi all'esito del percorso di confronto già avviato con Regioni e Comuni.

**Marianna Madia**  
Ministro Funzione Pubblica



**«CHI NON AVRÀ ASSEGNATA UNA FUNZIONE POTRÀ ANDARE NEL PRIVATO, POI PERÒ POTRÀ ANCHE RITORNARE»**



**«LE CARRIERE SARANNO NON SOLO VERSO L'ALTO SI POTRÀ ANCHE SCENDERE. CHI RESTERÀ A LUNGO SENZA INCARICO SARÀ LICENZIATO»**



## Ministero Salute, Fism e Cergas a convegno. Quale futuro per l'accreditamento in sanità?

*L'iniziativa in programma domani a Roma presso il Ministero della salute si propone di affrontare i seguenti temi: finalità e caratteristiche delle linee guida nazionali e internazionali, sistemi di accreditamento delle strutture e dei processi assistenziali, proporre linee operative.*



Domani presso la sede del Dicastero della Salute di Lungotevere Ripa, si svolgerà una Consensus Conference con i Presidenti delle Società Medico-Scientifiche, organizzate dallo stesso Ministero della Salute insieme alla Fism e al Cergas dell'Università Bocconi. L'iniziativa si propone di affrontare tre rilevanti temi che sono al centro del dibattito nel sistema di tutela della salute:

- la sostenibilità del sistema;
- la valorizzazione del ruolo dei professionisti e, in particolare, dei medici;
- l'applicazione dei sistemi di accreditamento delle strutture e dei processi assistenziali.

I tre temi sono "interdipendenti", in quanto senza la valorizzazione e il coinvolgimento dei medici, e più in generale delle altre professioni sanitarie, nessuno strumento di management, razionalizzazione organizzativa, spending review può essere efficace o può essere attuato senza una riduzione dei livelli assistenziali. A sua volta la valorizzazione e il coinvolgimento dei medici sono fortemente condizionati dalla normativa, dalle problematiche di responsabilità, dai comportamenti dei pazienti, dai criteri applicati dai giudici sulla "responsabilità professionale" che può essere più chiaramente precisata in presenza di linee guida. Esse consentono di definire a priori il confine tra assenza di colpa del professionista, colpa lieve, colpa grave.

L'iniziativa ha l'obiettivo di affrontare in modo sistemico i seguenti temi con i Presidenti delle Società Medico-Scientifiche che aderiscono a Fism e non:

- finalità e caratteristiche delle linee guida nazionali e internazionali;
- sistemi di accreditamento delle strutture, dei processi assistenziali e requisiti minimi;
- proporre linee operative in grado di evitare che medici, direzione strategica delle Asl, pazienti, compagnie di assicurazioni, giudici, affrontino il problema su fronti separati e spesso contrapposti e conflittuali.

**LAVORO**

Agevolazioni. L'Inps sta contattando le aziende invitandole a sanare la situazione per non perdere i benefici contributivi

# Primi avvisi per il Durc interno

Da chiarire le regole con cui l'istituto individua le irregolarità contestate

**Nevio Bianchi**  
**Barbara Massara**

È ufficialmente partito il nuovo sistema del **Durc interno**, attraverso cui l'**Inps** accerta la regolarità contributiva delle aziende ai fini della fruizione dei benefici contributivi.

Le aziende, infatti, in questi giorni hanno iniziato a ricevere attraverso la Pec dell'istituto, la comunicazione (a fianco un fac simile) contenente l'invito a regolarizzare entro 15 giorni dalla ricezione le irregolarità riscontrate fino alla data di emissione dell'invito stesso, cioè il cosiddetto preavviso di Durc (documento unico di regolarità contributiva) interno negativo.

In conformità a quanto previsto nel messaggio 2889 del 17 febbraio 2014, nella comunicazione l'Inps ricorda che la mancata regolarizzazione comporterà l'emissione di un Durc interno negativo per il mese di maggio 2014, con accensione del relativo semaforo rosso, nonché il consolidamento degli altri semafori rossi già accesi per i mesi pregressi.

La conseguenza dell'emissione del documento negativo, e quindi dell'accensione dei semafori rossi con lucchetto (che indica l'impossibilità di apportare correzioni), sarà il disconoscimento definitivo dei benefici contributivi non solo per il mese in corso, ma anche per tutti i periodi pregressi già contraddistinti dalla luce rossa.

Per comprendere la dimensione del problema, le aziende destinatarie di questi avvisi dovranno immediatamente verificare la propria situazione sul sito internet all'interno del cassetto previdenziale, nella sezione "regolarità contributiva", dove oggi troveranno il semaforo giallo in corrispondenza del mese di maggio 2014 (in quanto in attesa di regolarizza-

zione) e gli eventuali semafori rossi (da consolidare o annullare) per i mesi antecedenti.

Il vero problema è che non è facile comprendere quali sono le regole sulla base delle quali l'Inps procede all'accensione dei semafori rossi, soprattutto per i periodi pregressi. Infatti, esaminando un caso concreto, e quindi entrando nel portale, abbiamo riscontrato la presenza di un'irregolarità riferita a un mese diverso rispetto a quello in corrispondenza del quale il semaforo è acceso.

Ad esempio, a fronte di un semaforo rosso acceso per febbraio 2013, entrando nelle informazioni di dettaglio si scopre che l'irregolarità con-

testata afferisce a dicembre 2012. E questa stessa irregolarità di dicembre 2012 viene altresì riportata nella stessa schermata come la causa dell'accensione dei semafori rossi afferenti ad altri periodi quali quelli compresi tra marzo 2013 e aprile 2014.

Il dubbio che sorge, esaminando una situazione come quella esemplificata, è che nonostante vengano segnalati molti mesi come irregolari (con relativo semaforo rosso) in realtà il problema, e quindi l'irregolarità, sia da riferire a un solo mese.

Probabilmente sfuggono agli utenti, aziende e consulenti, le logiche che l'istituto segue nella gestione del Durc interno e soprattutto nel darne evidenza attraverso il sito. Ecco perché sarebbe auspicabile che l'Inps illustri nel dettaglio, anche attraverso casi concreti, e quindi mediante un manuale operativo, come debbano essere lette le schermate del sito dedicate alla regolarità contributiva.

Affinché il sistema funzioni, e non rischi di far perdere alle aziende gli sgravi effettivamente spettanti, è altresì indispensabile la fattiva e soprattutto tempestiva collaborazione da parte dell'istituto, che deve prontamente rispondere alle richieste di chiarimenti presentate dalle aziende al fine di comprendere l'errore rilevato e sanarlo ovvero contestarlo nel limitato tempo a disposizione.

A tale fine, nell'invito alla regolarizzazione si fa menzione di un servizio appositamente creato all'interno del cassetto previdenziale, sotto la voce Durc interno, nel menu "assunzioni agevolate", attraverso cui le aziende potranno inviare qualsiasi comunicazione afferente all'invito ricevuto.

## PUNTO CRITICO

Le aziende hanno 15 giorni per rimediare, ma questo presuppone la possibilità di ricevere chiarimenti in tempi rapidi



Durc interno

Il Durc interno è il documento unico di regolarità contributiva richiesto ai datori di lavoro per fruire di benefici normativi e contributivi. Viene definito «interno» perché viene gestito completamente dall'Inps in riferimento a benefici di competenza dell'Istituto stesso e non viene emessa alcuna documentazione. Il suo avvio, con relativo invio delle prime comunicazioni di irregolarità, inizialmente previsto per la metà di aprile, è stato rinviato al 15 maggio

## La lettera



**Oggetto: Invito a regolarizzare, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, del Decreto Ministeriale 24 ottobre 2007, per i benefici del mese di Maggio 2014 e progressi.**

Dalle informazioni presenti nei nostri archivi risultano le irregolarità indicate nell'elenco allegato, il cui dettaglio è disponibile all'interno del Cassetto previdenziale aziende con dipendenti.

La invitiamo a sanare le irregolarità indicate entro **15 giorni** dal ricevimento della presente comunicazione. La mancata regolarizzazione nei termini indicati comporterà la definizione di un DURC interno negativo (che sarà rappresentato - all'interno del cassetto previdenziale - dall'accensione di un semaforo rosso, contrassegnato con il simbolo di un lucchetto chiuso) e non potranno essere fruiti i benefici per il mese di Maggio 2014 (art. 7, co. 3, dm Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 24 ottobre 2007; art. 1, co. 1175, legge 27 dicembre 2006 n. 296).

### BENEFICI PREGRESSI

Le rappresentiamo che, in osservanza del messaggio INPS n. 2889 del 27.02.2014, paragrafo 2, la mancata regolarizzazione nei termini indicati consoliderà inoltre i DURC interni negativi attualmente presenti (semafori rossi attualmente accesi) per i mesi progressi; per tali mensilità Le saranno, pertanto, disconosciuti i benefici.

Qualora invece, nel termine di 15 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, effettui la regolarizzazione, sarà definito un Dure interno positivo (rappresentato - all'interno del cassetto previdenziale - dall'accensione di un semaforo verde) per tutti i mesi sopra indicati e verranno automaticamente annullate le note di rettifica con causale addebito art 1 e. 1175 L. n. 296/2006", attualmente presenti all'interno del Cassetto previdenziale.

Siamo a sua disposizione per ogni chiarimento di cui abbia bisogno, nonché per gestire le irregolarità riportate nell'elenco allegato, che dovessero risultare insussistenti. Per ogni comunicazione riguardante questo invito potrà avvalersi della funzionalità contatti del Cassetto previdenziale, selezionando la voce "**Durc interno (regolarità contributiva)**" nell'ambito del menu "Assunzioni agevolate e sgravi".

Cordiali saluti  
IL DIRETTORE DI SEDE

## Fino a luglio

# Prorogati i contributi con Rid arretrati

**Arturo Rossi**

\*\*\* A causa della complessità dell'operazione e dei tempi ristretti con i quali è stata realizzata la procedura di aggiornamento tramite **pagamento Rid** dei contributi da **riscatto e ricongiunzione**, viene consentito di pagare entro il 31 luglio 2014 le rate arretrate da dicembre 2013 a maggio 2014.

Lo precisa l'Inps con messaggio 4786 di ieri, ricordando che con precedenti istruzioni erano state rese note le modalità per consentire agli utenti la modifica delle deleghe Rid già attive presso i propri istituti bancari ma sprovviste della sottoscrizione della clausola in deroga relativa all'importo fisso predeterminato, indispensabile per le banche e grazie alla quale il contribuente non può rifiutare l'addebito nei tempi stabiliti dalla payment services directive.

Quindi, date le conseguenze derivanti dal tardivo o mancato pagamento degli oneri di riscatto e ricongiunzione, viene consentito agli assicurati, ai quali sia stata disattivata d'ufficio la delega Rid a dicembre 2013 di provvedere al pagamento delle rate non oltre il 31 luglio 2014. Apposito avviso sarà pubblicato sul portale dei pagamenti sul sito internet dell'istituto.

A PAG. 8-9

*Fragilità*

**Stop alla deriva delle cure mentali: premiare la qualità delle strutture accreditate**

*Gare al ribasso sulla psichiatria extraospedaliera tra maltrattamenti e neo-manicomi*

# Cure mentali, stop alla deriva

**Serve una svolta: premiare qualità e competenza delle strutture accreditate**

DI EMILIO ROBOTTI

**I** campanelli d'allarme iniziano a sommersi e a diventare assordanti: il Servizio sanitario nazionale, diviso in 21 Servizi sanitari regionali, deve cambiare direzione e davvero, prima che sia troppo tardi, uscendo dal vicolo cieco dei tagli e degli slogan riproposti per anni da ogni Governo. Al campanello d'allarme dei cittadini e degli operatori del settore (professionisti, lavoratori dipendenti, imprenditori profit e non profit) si aggiungono quelli dell'Ocse sulla non sostenibilità di ulteriori tagli di risorse al servizio sanitario universalistico, ai dati sul danno causato da inefficienze e truffe ai danni del Ssn. Questo è ancora più vero per il settore dell'assistenza sociosanitaria extra ospedaliera ai pazienti psichiatrici, e anche ai disabili e agli anziani.

## **L'ultimo caso dei maltrattamenti in Liguria**

Partiamo dal caso della Liguria sull'onda delle notizie di cronaca, non perché il quadro sia più grave che altrove, solo prendendo spunto dalla recentissima cronaca: ma il quadro generale nazionale non è diverso. È di pochi giorni fa infatti la notizia di 15 arresti di operatori sociosanitari a Vado Ligure, per gravi maltrattamenti a pazienti disabili e psichiatrici, nella struttura "Vada Sabatia", della quale è titolare un importante gruppo della Sanità non solo italiana, a quanto si apprende sempre dalla stampa, oggetto di altro processo penale per fatti incresciosi accaduti anche in un'altra struttura milanese della stessa proprietà.

Sulla vicenda di Vado Ligure in sé,

giudicherà la magistratura, ed è certamente giusto osservare anche in questo caso il principio costituzionale di non colpevolezza, nonostante dai video girati dagli inquirenti e diffusi dai mezzi di informazione sia francamente difficile avere dubbi che i fatti contestati non si siano effettivamente verificati, così come, dalle indiscrezioni sulle modalità delle violenze e dal numero degli operatori coinvolti, sembra impossibile che tutto ciò possa essere sfuggito ai responsabili sanitari e amministrativi della struttura di Vado, dei quali anche l'assessore e vicepresidente della Giunta regionale e il governatore Montaldo ha già pubblicamente chiesto la sostituzione.

## **L'onda lunga dei manicomi**

Ma in attesa che la giustizia faccia il suo corso, punendo i colpevoli e risarcendo le vittime al termine di un processo, se quanto contestato verrà confermato, certamente si possono e anzi si devono fare delle considerazioni e prendere dei provvedimenti affinché fatti del genere non si possano verificare più; a maggior ragione perché non è la prima volta che questi accadono e, anzi, la frequenza è allarmante.

Episodi di violenza simili a quelli contestati agli operatori di Vado Ligure avvenivano nei manicomi, talvolta in una situazione di perversa "normalità", prima della legge 180/1978. Nei manicomi si sa che si poteva addirittura compiere l'arco completo della vita, ovvero nascere da una ricoverata e morire nel manicomio stesso, che ospitava centinaia e centinaia di ospiti, psichiatrici, disabili, a volte semplicemente persone "sgradite" o ritenute - spesso a torto - pericolose. Grazie alla legge

180/1978 e ancor più alla norma di una Finanziaria che prevedeva una forte decurtazione per i trasferimenti economici alle Regioni che non avessero adempiuto, nel 1998 si sono chiusi gli ultimi ospedali psichiatrici (in Liguria, Quarto e Cogoleto); strada che avrebbe potuto essere seguita anche per gli ospedali psichiatrici giudiziari, che invece continuano a rimanere aperti con un termine per la loro chiusura spostato in avanti già più volte, esattamente come è avvenuto nei fatti fino al 1998 per gli ultimi manicomi.

## **I rischi delle grandi strutture**

Per evitare nuovi fenomeni di manicomializzazione, le attuali normative nazionali e regionali prevedono limiti alle dimensioni delle strutture (soprattutto per quanto riguarda i pazienti psichiatrici, con il Dpr 14 gennaio 1997 e i vari Progetti Obiettivo di cui l'ultimo trasfuso nei vigenti Lea), tendenzialmente massimo 20 posti per le strutture psichiatriche. Questo limite, però, non vale per altre tipologie come gli anziani, i disabili, e comunque anche per le strutture psichiatriche viene spesso superato a livello regionale tramite il meccanismo dei "moduli" per autorizzare e accreditare strutture come la Vada Sabatia, di 250 posti; la compresenza di così tanti pazienti, così assortiti (anziani, disabili, psichiatrici), non può che

richiamare alla mente il manicomio, e nei fatti non può che favorire processi di istituzionalizzazione che riguardano sia i pazienti (le vittime), sia gli operatori (gli oppressori); non c'è rapporto diretto di causa ed effetto tra istituzionalizzazione e numero degli ospiti di una struttura, ma è indubbiamente più facile che un fenomeno "neomanicomiale" si realizzi in strutture più grandi e con pazienti (magari pure male) assortiti: quello che è successo a Vado, è successo in effetti, sempre in Liguria, anche in strutture più piccole come il Borea, l'ex "I Cedri" a Reppia, in una struttura per anziani a Genova, tutto questo solo negli ultimi tre anni.

#### **Il pregiudizio della psichiatria "figlia di un dio minore"**

Indipendentemente dal numero eccessivo di pazienti concentrati nelle strutture, una forma di istituzione neomanicomiale non può che tendere a rinascere anche in strutture con numero limitato di posti, a causa della gestione che il Ssn fa della sanità extraospedaliera in molte Regioni. Nei fatti, la psichiatria viene considerata una sezione minore della medicina, solo perché necessariamente cura, ma spesso (non sempre) non guarisce; esattamente come avviene per la geriatria che cura l'anziano, ma non può guarire la vecchiaia, e per la maggior parte dei disabili ospitati in strutture extra ospedaliere, per i quali possono essere recuperate o mantenute delle abilità senza sconfiggere completamente la disabilità. Considerare in tale modo la psichiatria (specie extra ospedaliera) e più in generale l'assistenza socio sanitaria residenziale extraospedaliera porta quindi a farla diventare una sorta di "figlio di un dio minore" della medicina e a rendere i cittadini in essa curati dei pazienti di categoria inferiore, esattamente come accadeva nei manicomi.

#### **L'integrazione? Una formula burocratica**

Il pregiudizio trasforma l'integrazione socio sanitaria in una formula burocratica nella quale poco contano la specializzazione e la formazione degli operatori, o la "vocazione" degli imprenditori profit e no profit, i quali, piccoli gestori o grandi multinazionali come nel caso della struttura di Vado Ligure, sono spinti a diversificare gli investimenti in tutti i settori (anziani, psichiatrici, disabili, dipendenze) come se si potesse passare dall'uno all'altro indifferentemente, come se lavorare con un paziente psichiatrico fosse la stessa cosa che lavorare con un paziente geriatrico o disabile. E allora, tanto vale risparmiare concentrando pazienti in una unica struttura, nello stesso modulo o in moduli diversi, ma contigui e dello stesso gestore: la struttura "Vada Sabatia", dove sarebbero avvenute le violenze conta centinaia di posti divisi in Rsa e Residenza protetta anziani, Centro riabilitativo disabili, Rsa psichiatrica, Unità

Stati vegetativi, eppure, il modulo dove sarebbero avvenute le violenze non arriva a venti posti letto, quindi in linea almeno formalmente con quanto previsto dalla normativa a livello di standard strutturali.

#### **La miopia della spending e dell'esternalizzazione**

La miopia della politica della spending review e dei tagli indiscriminati su tutto, attuata in alternativa a una ormai non più rinviabile politica per eliminare gli sprechi e le inefficienze, porta a scaricare i tagli proprio sul settore dei servizi extra ospedalieri accreditati, settore nel quale però contemporaneamente aumentano i posti letto, anche perché le Asl, senza risorse a sufficienza, con il tum over bloccato delle assunzioni, e forse con poca voglia di incrementare la propria efficienza, non possono che esternalizzare sempre più. Ed esternalizzano con sempre meno denari, subendo le sirene di chi afferma di voler risparmiare sulle tariffe vigenti, già inferiori ai costi della gestione diretta da parte della Asl, scaricando le conseguenze sui pazienti e sui cittadini per mantenere i margini di utile. È accaduto in Liguria, ancora a gennaio 2012 a esempio, dove i vertici dell'amministrazione regionale, di fronte alle proteste dei gestori e dei pazienti per l'annunciato taglio del 5% sui budget delle strutture residenziali socio sanitarie (psichiatrici, anziani, disabili, dipendenze) hanno pubblicamente giustificato tale intenzione (poi attuata e accettata dalle associazioni dei gestori accreditati e tuttora in essere) con la spending review, ma anche con il fatto che altri gestori si proponevano per rendere prestazioni a minor costo ancora.

#### **Si risparmia sulla qualità delle cure**

Se di fronte a una spending review che sembra ormai perpetua e rinasce con nomi diversi la Pubblica amministrazione (Regione e Asl) ascolta solo le sirene del risparmio economico, senza considerarne le conseguenze, che non sono solo minori ricavi o margini per i gestori, ma minore qualità della cura per i cittadini e minore (o più precaria) occupazione e salari, arrivano davvero sul mercato nuovi operatori che si propongono a costo inferiore; nascono nuovi contratti collettivi di lavoro meno costosi per i datori, siglati dalle stesse organizzazioni sindacali che hanno sottoscritto quelli già vigenti e più onerosi: a esempio il Cnl per la psichiatria extra ospedaliera Fenascop, da poco rinnovato, si trova a concorrere con nuovi Ccnl a costo minore, non riferibili alla psichiatria extra ospedaliera, ma al mare magnum dell'assistenza socio sanitaria e sociale; le tariffe regionali per le strutture accreditate diminuiscono nei fatti alla firma del contratto con la Asl; se le tariffe non diminuisco-

no, rimangono ferme negli anni, mentre aumentano i costi, e a cascata le Regioni e le Asl tagliano anche il budget alle strutture accreditate e contrattate; si creano infine, liste di attesa che hanno lo scopo di non inserire i pazienti nelle strutture e quindi calmierare il livello delle prestazioni e così limitare i costi, come accaduto in modo più esplicito, in Piemonte dove il Tar ha censurato la Giunta regionale in materia di assistenza ad anziani non autosufficienti.

#### **La farsa del "niente tagli alla Sanità"**

Tutto questo è già accaduto negli ultimi anni e continua ad accadere. In Italia, dove il Governo annuncia trionfante che non ci saranno tagli alla Sanità ma chiede alle Regioni di risparmiare sul loro budget di spesa (che per l'80% è costituito dalla Sanità) 700 milioni complessivamente. E in Liguria, dove in alcune Asl si vuole tagliare ulteriormente il budget alle strutture socio sanitarie accreditate (dal 5% ormai storico calcolato sul budget "mummificato" del 2010, ora si parla di ulteriore -2%). Dove un disegno di legge regionale all'esame della Giunta prevede inoltre che nei contratti con le strutture socio sanitarie non siano fissati i volumi di erogazione delle prestazioni, rendendo così impossibile la sopravvivenza delle strutture accreditate. Dove si è tentato di esternalizzare al massimo ribasso i pazienti psichiatrici ospitati nelle strutture dell'ex manicomio di Quarto, e non vi si è riusciti solo grazie al ricorso al Tar promosso da Fenascop e alla mobilitazione dei cittadini indignati da tale squallido mercato della salute mentale; dove si prosegue, anche dopo l'annullamento della gara di Quarto, ad acquistare prestazioni socio sanitarie con gare al massimo ribasso. Sarebbe a questo punto facile dire: in Liguria, proprio dove si sono verificate negli ultimi tre anni le violenze al Borea, agli ex Cedri, alla Vada Sabatia. Non sarebbe certamente giusto né corretto dirlo, perché si tratta di concause e non di cause dirette e da sole necessarie e sufficienti; ma sempre di concause si tratta, che come tali vanno eliminate perché in sanità non devono esserci spazi per episodi inaccettabili come quello di Vado, per il quale è troppo facile una archiviazione come singola mela marcia: casi simili, "sistemici" e diversi dall'iniziativa sconsiderata di un singolo, non devono essere possibili, punto e basta.

#### **Il sistema dell'assistenza extraospedaliera va ripensato**



A TORINO IL PUNTO DELL'ORDINE DEI MEDICI

## «Sanare le disomogeneità tra le Regioni»

**N**on è facile stimare esattamente il numero dei pazienti affetti da malattie rare: secondo stime dell'Oms, in Italia sarebbero fra i 400 e i 650mila, di cui però solo 300mila con patologie riconosciute come rare dalla legislazione corrente, e tra i 27 e i 36 milioni nell'Ue (circa il 6-8% del totale).

L'ampiezza del range della stima dipende dal fatto che il numero effettivo di malattie rare varia in funzione dell'affinamento degli strumenti diagnostici e dell'evoluzione delle classificazioni in uso.

Le analisi genetiche hanno dimostrato l'eterogeneità di molte malattie, per cui condizioni di per sé non rare, se considerate solo a livello del loro meccanismo molecolare, potrebbero rientrare nel novero della rarità. Si tratta di patologie di differente complessità, spesso gravi e degenerative, cronicamente invalidanti: circa un terzo di esse riduce le attese di vita a meno di cinque anni, mentre molte altre non incidono significativamente sulla durata della vita, se vengono diagnosticate in tempo e trattate appropriatamente.

La complessità del quadro rende particolarmente importante una diffusione capillare di informazioni sulla natura e sul trattamento di queste patologie, non solo fra gli specialisti ospedalieri, ma anche fra medici di base/pediatri di libera scelta che devono diagnosticare tempestivamente i nuovi casi e indirizzarli

correttamente verso il percorso terapeutico e i centri più adatti, e tra i farmacisti, a cui spetta la distribuzione dei farmaci appropriati.

È stato questo lo scopo del convegno nazionale «Bisogni assistenziali e sostenibilità nelle malattie rare», organizzato a Torino sabato 10 maggio dalla Commissione malattie rare dell'Ordine dei medici. Il Convegno ha fatto anche il punto sul Piano nazionale sulle malattie rare, che punta a uniformare legislazione, codifica e trattamenti sul territorio nazionale.

In questo senso è fondamentale la condivisione delle informazioni disponibili fra tutti i professionisti coinvolti nel percorso diagnostico e terapeutico: sono numerosi i trattamenti sintomatici, di supporto, riabilitativi, educativi, palliativi, comprese alcune prestazioni attualmente non erogate dal Ssn, che possono cambiare notevolmente il decorso clinico e l'attesa di vita, il grado di autonomia e la qualità della vita delle persone affette e dei loro familiari. L'accesso a questi trattamenti già disponibili e i loro aspetti innovativi costituiscono elementi chiave nelle politiche per l'assistenza ai malati rari.

La necessità di dare uniformità al trattamento delle malattie rare sul territorio nazionale è necessaria per garantire a tutti i cittadini affetti l'accesso a un'assistenza qualitativamente elevata e va nella direzione indicata dalla Comunità

europea, che ha identificato le malattie rare come uno dei settori della sanità pubblica per i quali è fondamentale la collaborazione tra gli Stati membri. Oggi in Italia le attività, i servizi e le prestazioni destinate alle persone affette dalle malattie rare sono parte integrante dei Livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire ai propri assistiti, in relazione alle condizioni cliniche individuali e per tutte le patologie.

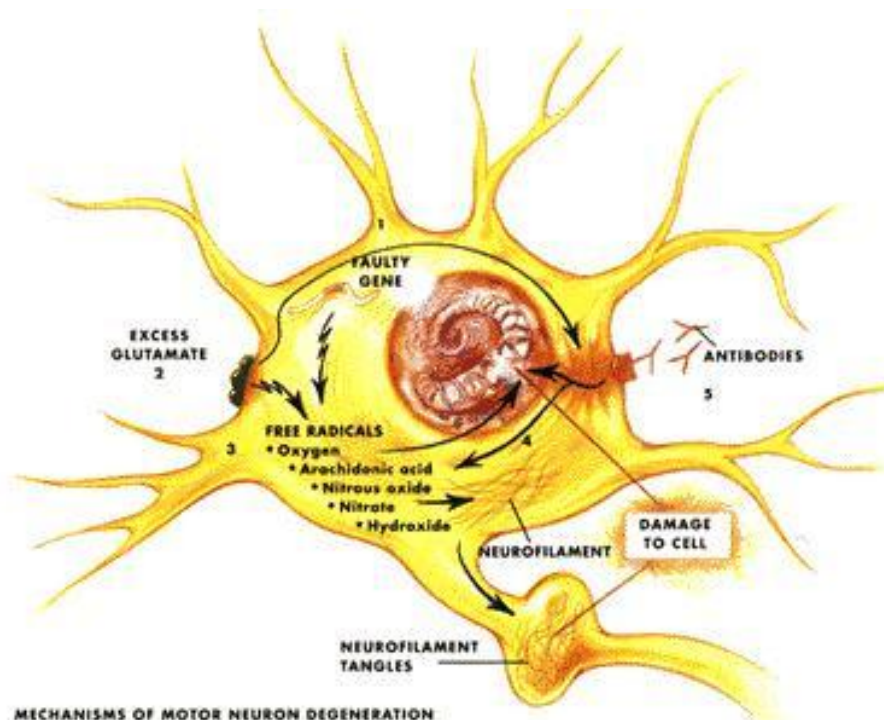
Per questo, il Ssn deve assicurare anche in questo campo standard quantitativi e qualitativi dei servizi e delle prestazioni. Oggi, il decreto ministeriale che elenca le malattie rare per le quali è prevista l'esenzione (Dm 279/2001), lascia fuori molte patologie tra cui alcune che sono riconosciute come rare ed esentate esclusivamente in alcune Regioni italiane, creando una grave disparità fra Regione e Regione tra pazienti affetti dalle stesse patologie.

**Silvia Alparone**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



segui [quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it)



## Tumore al seno. Congresso SIRM. Dalle nuove frontiere diagnostiche alla sostenibilità

*Dalla mammografia 3D alle nuove tecniche di imaging, le possibilità di diagnosi precoce migliorano del 30%. Di questo ed altro gli esperti discuteranno, durante il 46° Congresso della Società Italiana di Radiologia Medica, da domani al 25 maggio a Firenze*



Nel tumore alla mammella, come in molte altre malattie, la diagnosi precoce aumenta le possibilità di una guarigione completa: tali possibilità ormai superano il 90% dei casi in questo tumore, secondo una ricerca della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), ma è essenziale che la malattia sia diagnosticata in tempo. Ma come? Attraverso diversi strumenti preventivi e, oggi, mediante nuove metodiche diagnostiche, tra cui la tomosintesi mammaria, la palpazione elettronica e tecniche di imaging: di questo ed altro si parlerà durante il 46° Congresso della Società Italiana di Radiologia Medica, da domani 22 maggio al 25

maggio, a Firenze (Fortezza da Basso, Viale Filippo Strozzi, 1).

Al Congresso, presieduto dal Prof. **Carlo Bartolozzi**, Direttore del Dipartimento di Radiologia Diagnostica ed Interventistica dell'Università di Pisa, saranno presenti circa 5000 medici radiologi, 7000 partecipanti e oltre 100 aziende del settore. Un altro focus riguarderà l'innovazione, l'etica e la sostenibilità delle nuove tecniche diagnostiche radiologiche, basate sui raggi X, finalizzate alla creazione di un sistema di medicina personalizzata e 'slow', cioè che ripristini il giusto equilibrio tra la tecnologia e il rispetto della persona e dei suoi bisogni.

Uno degli obiettivi del Congresso è quello di fornire "una visione evoluta dell'operato del Radiologo, basata sui "needs" che il radiologo stesso saprà individuare nella relazione con il paziente", ha dichiarato il Professor **Carlo Bartolozzi**, Presidente del Congresso. "Un approccio orientato, quindi, più all'efficacia che alla quantità degli esami effettuati". A tal proposito, la scelta dei concetti chiave innovazione, etica e sostenibilità non è casuale: essi rappresentano i "tre cardini [...] per raggiungere il miglior risultato in termini professionali", ha sottolineato il Dottor **Carlo Faletti**, Presidente della SIRM.

### Ecco alcune novità della diagnostica

Mentre la Mammografia Digitale tradizionale (FFDM-2D) fornisce immagini in due dimensioni, tomosintesi mammaria (DBT-3D), una mammografia digitale ad alta definizione, permette di ottenere immagini in tre dimensioni, cogliendo eventuali particolari che altrimenti sarebbero potuti sfuggire, riferiscono gli esperti, che illustrano che la dose è la stessa di quella di una mammografia tradizionale; invece la dose di un'indagine 2D+3D è doppia di quella di una singola indagine, ma questo limite può essere superato attraverso la possibilità di ottenere immagini 2D ricostruite da un'unica esposizione 3D.

“Oltre ad aumentare del 30% la possibilità di diagnosi precoce e assicurare un elevato livello di sensibilità”, spiega la Dott.ssa **Stefania Montemezzi**, Direttore U.O.C. di Radiologia d.O., Coordinatore Dipartimento Interaziendale di Radiologia, “aumenta anche la specificità e, rispetto alla Mammografia Digitale, permette un migliore riconoscimento di lesioni aggiuntive e focolai multipli”.

I tumori maligni possono presentare una rigidità fino a 10 volte superiore rispetto a quella dei tessuti circostanti. Per misurare questo parametro, una metodica ad alta tecnologia è la palpazione elettronica (elastasonografia), che fornisce informazioni riguardo all’elasticità dei tessuti e consente di evidenziare alterazioni patologiche caratterizzate da ridotta elasticità, spiegano gli esperti.

### **Gli esami in numeri**

“Secondo lo United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, nell’ultimo decennio il numero di esami radiologici è cresciuto del 10% l’anno. Nei paesi industrializzati ogni anno vengono eseguiti dai 200 ai 2.000 esami ogni 1.000 abitanti. In Italia, oltre 100 milioni di esami all’anno, di cui 40 milioni ambulatoriali. Sono circa 10.000 gli esami all’anno per medico radiologo: 60% radiologia tradizionale, 20% ecografia, 10% TCe 10% RM (OECD HealthStatistics)”, riferiscono gli esperti. La razionalizzazione e la riduzione della spesa sanitaria, mediante la limitazione degli sprechi e rendendo più efficaci i controlli, è uno dei presupposti di una radiologia medica sostenibile.

## “Una cura per il tumore al seno c'è, nel tuo armadietto” Provocazione di due ricercatori Usa: si ignorano volutamente gli effetti dell'aspirina

### ONCOLOGIA

PAOLO MASTROLILLI

**L**a cura più semplice per il tumore al seno sta già negli armadietti dei nostri bagni e costa pochi euro all'anno. Però non lo sappiamo o non vogliamo saperlo. E' la denuncia che hanno lanciato sul «New York Times» Michelle Holmes e Wendy Chen dell'Harvard Medical School, secondo cui l'aspirina è efficace per trattare questo genere di cancro, ma nessuno ha condotto studi seri per dimostrarlo, perché non conviene dal punto di vista economico.

### M. Holmes W. Chen Oncologi

**RUOLO:** SONO PROFESSORI  
DI MEDICINA  
ALL'HARVARD MEDICAL SCHOOL  
DI CAMBRIDGE (USA)  
**IL SITO:** WWW.DFHCC.HARVARD.  
EDU/HOME/

Holmes e Chen sanno di cosa parlano e l'hanno scritto sulla pagina degli editoriali. Nel 2010 avevano pubblicato una ricerca sul «Journal of Clinical Oncology», in cui dimostravano che le donne malate di tumore al seno che prendevano l'aspirina almeno una volta alla settimana per varie ragioni avevano il 50% in meno di probabilità di morire per que-

sta malattia. Nel 2012, poi, alcuni ricercatori britannici che studiavano l'impatto di questo farmaco nella riduzione delle patologie cardiache avevano confermato la sua associazione ad una riduzione significativa dei decessi per tumore.

Studi approfonditi non sono ancora stati condotti, ma per Holmes e Chen le ipotesi sono tre: l'aspirina allevia le infiammazioni e quindi può avere un ruolo nell'inibire la crescita del cancro, rallentando lo sviluppo dei vasi sanguigni che lo alimentano; combatte le vecchie cellule che dovrebbero morire e invece continuano a crescere; frena la produzione degli estrogeni, che favoriscono lo sviluppo della maggior parte dei tumori al seno.

La risposta definitiva non si conosce, perché nessuno ha condotto un vero «trial». Lo sta facendo ora una società non profit britannica, ma non è specifico e non sarà pronto prima del 2025. Il motivo, secondo Holmes e Chen, è economico. Per fare uno studio su 3 mila donne malate di cancro al secondo o terzo stadio servirebbero 10 milioni di dollari: non è una cifra enorme, ma nessuno vuole spenderla perché non c'è molto da guadagnarci. Le aspirine sono già disponibili ovunque e non c'è interesse da parte delle industrie farmaceutiche a finanziare queste ricerche, magari a scapito di altre medicine più costose e profittevoli.

Uno scandalo, perché Holmes e Chen stimano che, se l'utilità di questa semplice pillola fosse confermata, si salverebbero 10 mila vite all'anno negli Usa, 75 mila nei Paesi in via di sviluppo e chissà quante in Europa.



RSALUTE/MEDICINA

## Cuore. Cresce la conoscenza delle differenze di genere.

Fino alla menopausa l'organo protetto dagli estrogeni. Il tema riproposto al congresso mondiale dei cardiologi di Melbourne

# Lo scudo invisibile che protegge le donne

**Il rischio di infarto è inferiore prima dei 65 anni di età. Ma dopo aumenta sino a superare quello del sesso forte**

**MARIARITA MONTEBELLI**

INO a pochi decenni fa, le donne andavano dal cardiologo solo per "accompagnare" il marito, perché le malattie cardiovascolari erano ritenute roba da maschi. Una falsa credenza smentita poi dai numeri e dal "sorpasso" dell'84, quando negli Usa le donne superarono gli uomini in mortalità cardiovascolare. Eppure, nonostante oggi la metà dei 17,3 milioni di decessi annuali per malattie cardiovascolari sia nelle donne, il gentil sesso è ancora discriminato sul fronte della ricerca, diagnosi e del trattamento, come è stato di recente ricordato in occasione del congresso mondiale di cardiologia di Melbourne. Intanto si aprono nuovi capitoli delle patologie dei cuori "rosa", come i danni cardiaci da cure oncologiche nelle sopravvissute al cancro della mammella.

Il pregiudizio sul gentil sesso indenne dalle malattie di cuore affonda le sue radici nelle profonde differenze tra il cuore delle donne e quello dei maschi. E ancora oggi, ciò che si sa su funzionamento del cuore, sintomi, malattie e risposta ai trattamenti, deriva da studi sulla popolazione maschile. Ma i maschi hanno cuori e coronarie più grandi delle donne, mentre i cuori "rosa" hanno un ritmo più accelerato e un tratto Q-T più lungo all'elettrocardiogramma.

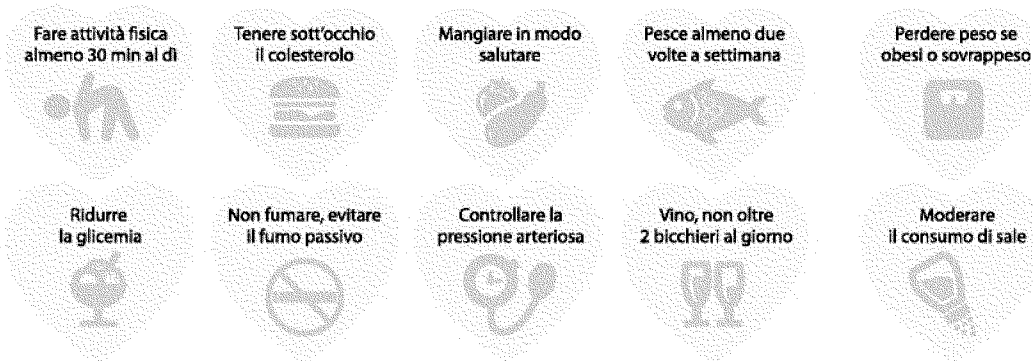
Gli estrogeni proteggono il cuore delle donne con uno scudo invisibile, almeno fino alla menopausa e per questo si ammala in genere una decina d'anni dopo rispetto a quello maschile. Ma dopo i 65 anni può addirittura superare gli uomini nel rischio di cardiopatia ischemica. I cuori "rosa" sono diversi sia nei sintomi che nel

modo di ammalarsi. La classica descrizione dell'infarto (dolore oppressivo toracico, irradiato al braccio sinistro, al dorso o alla mandibola) è tipica dell'uomo; nella donna l'infarto si manifesta spesso con sintomi "atipici", quali un dolore dietro lo sterno, o un mal di pancia, la nausea, una stanchezza inspiegabile, la difficoltà a respirare, le vertigini o uno svenimento. Dopo gli 80 anni, nelle donne il sintomo più comune di infarto è un affanno da soffocare, più che il dolore toracico. Per questo spesso nella donna la diagnosi di infarto è tardiva.

Anche gli esami per la diagnosi di cardiopatia ischemica, sono stati concepiti e validati sugli uomini e il loro risultato può non essere veritiero nelle donne; un elettrocardiogramma sotto sforzo ad esempio può dare un "falso positivo" (un falso allarme) in una donna giovane, e peggio ancora, un "falso negativo" (non scopre il problema) in una donna anziana con danni in una sola coronaria. Per la diagnosi di ischemia, nelle donne è più adatto un eco-stress o una scintigrafia miocardica e, tra gli esami di livello avanzato, PET e risonanza magnetica, sono più idonei a rilevare il danno aterosclerotico diffuso a carico dei microvasi, tipico delle donne. Negli uomini l'aterosclerosi invece attacca più le coronarie. Un cuore di donna, colpito da un dolore grande può addirittura cambiare di forma, diventando simile alla nassa per la pesca dei polipi, usata dai pescatori giapponesi, la tako-tsubo. In generale comunque alle donne vengono chiesti meno esami funzionali e coronarografie, rispetto agli uomini e di conseguenza sono meno trattate con angioplastica o bypass e con risultati meno brillanti che nell'uomo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA PREVENZIONE

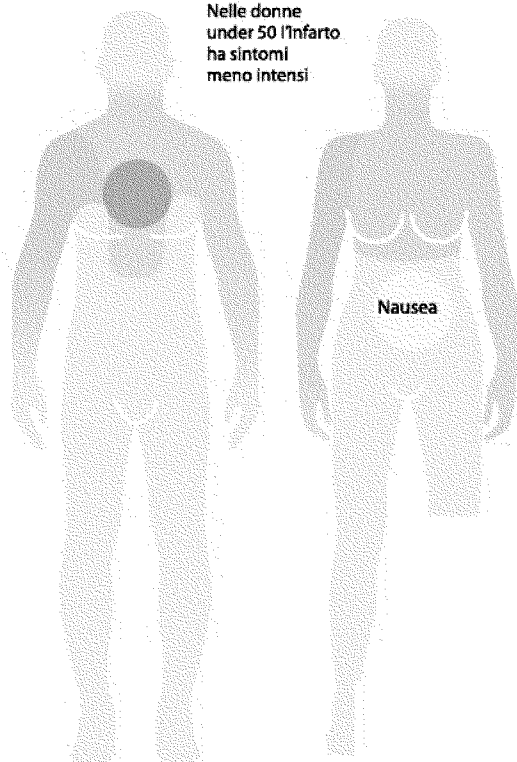


## I SINTOMI

Le sedi più tipiche del dolore cardiaco

**NEGLI UOMINI**

**NELLE DONNE**



### LEGENDA

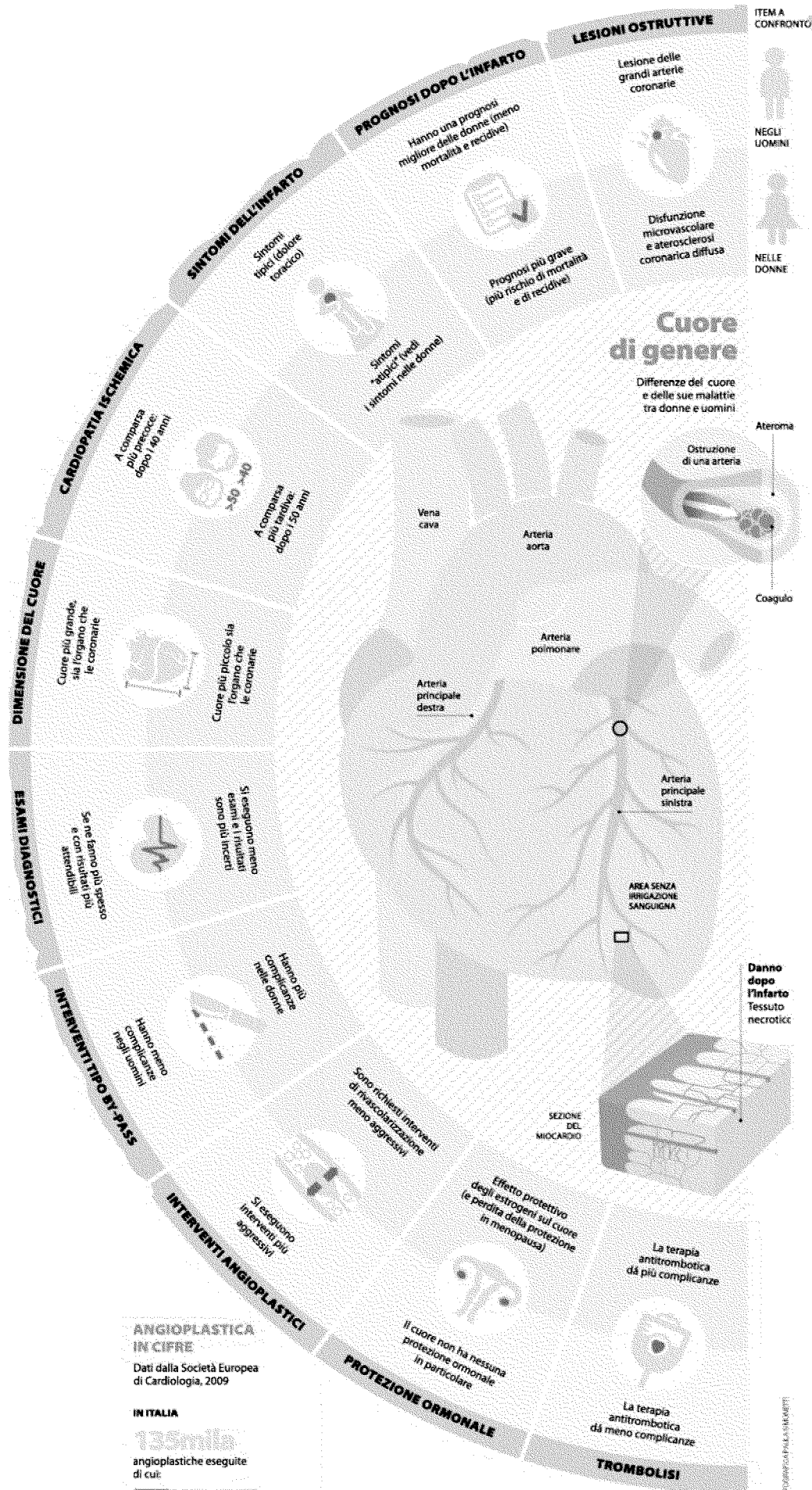
● Dolore oppressivo

● Dolore meno intenso

● Dolore meno frequente

### Altri sintomi

- (uomini e donne)
- Fatica
  - Sudorazione
  - Cefalea
  - Respiro affannoso



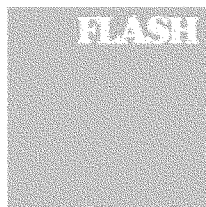
### ANGIOPLASTICA IN CIFRE

Dati dalla Società Europea di Cardiologia, 2009

IN ITALIA

**135mila**  
angioplastiche eseguite di cui

20% in corso di infarto acuto



### **Aneurisma**

Campagna di prevenzione sull'aneurisma dell'aorta ascendente promossa da Cardioteam Foundation Onlus per diagnosi precoce: per un anno a partire da giugno 2014 screening a 20.000 soggetti a rischio (55/75 anni).  
[www.cardioteamfoundation.org](http://www.cardioteamfoundation.org)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**RSALUTE/**

**PREVENZIONE.**

**Fumo, obesità e stress dannosi per tutti mentre il matrimonio per la coppia è un beneficio**

NA certa par condicio tra uomo e donna si raggiunge solo sui fattori di rischio: fumo, ipertensione, colesterolo alto, stress, diabete, obesità, vita sedentaria, familiarità per cardiopatia ischemica colpiscono senza distinzione di sesso, anche se con qualche differenza di età e di intensità. Il fumo, ad esempio, è più pericoloso nelle giovani; l'obesità centrale, quella più dannosa per il cuore, è più frequente nelle donne dopo la menopausa; il diabete "morde" di più i cuori "rosa". Le differenze tra i due sessi tuttavia riemergono quando si affronta la correzione dei fattori di rischio.

«Negli uomini basta abbassare la pressione a 130/80 - spiega Leda Galiuto, cardiologa presso il Policlinico Gemelli di Roma e autrice del libro *Difendere il cuore delle donne* - nelle donne bisogna riportare la pressione 120/80 mmHg, valore a cui, si è scoperto, il rischio cardiovascolare si riduce significativamente. Per quanto riguarda il colesterolo, mentre nell'uomo bisogna focalizzarsi soprattutto sulla correzione del colesterolo "cattivo" LDL, per proteg-

gere il cuore delle donne è più importante mantenere alto l'HDL, il cosiddetto colesterolo "buono". Il diabete da solo è in grado di incrementare moltissimo il rischio cardiovascolare nelle donne. Una riprova indiretta di questo, è l'uso dell'aspirina, un farmaco che in prevenzione primaria (cioè per prevenire la comparsa di un infarto del miocardio) viene utilizzato con successo solo negli uomini, mentre nelle donne non funziona; a meno che appunto non siano diabetiche. Il fumo, che nelle donne andrebbe completamente abolito (mentre le statistiche ci dicono che l'abitudine è in aumento), soprattutto tra le giovani, rappresenta un fattore di rischio di maggior impatto che negli uomini».

Infine lo stress e il rapporto con la psiche. Gli uomini reagiscono agli stimoli stressanti con aggressività, cioè buttando verso l'esterno la negatività; le donne, al contrario, reagiscono spesso allo stress cadendo in depressione, che può aver un effetto lesivo sugli organi, in particolare sul cuore. «Ecco perché - spiega Galiuto - alle

donne va consigliato di avere il più possibile un approccio positivo con la vita: mantenere il rapporto con gli altri, coltivare una vita sociale, fare proprie insomma tutte quelle attività che possono dare benessere, positività, reazione di vitalità, piuttosto che di depressione».

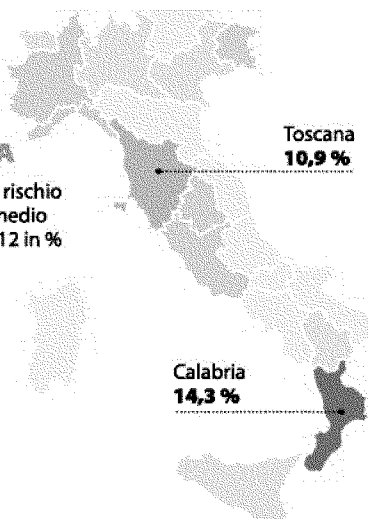
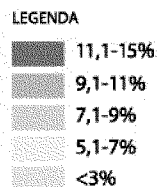
Infine, secondo una recente ricerca del Langone Medical Center della New York University (Usa) il matrimonio fa bene al cuore: le coppie sposate sono a minor rischio di problemi cardiovascolari, secondo quanto risultata da un'indagine condotta su 3,5 milioni di americani, la più grande mai effettuata finora. A prescindere da età, sesso e presenza o meno di fattori di rischio, le coppie sposate hanno meno problemi di cuore dei single, ma anche di divorziati e vedovi; le coppie si controllano a vicenda (anche solo per ricordarsi di prendere le medicine), si accompagnano dal medico, mangiano in maniera più salutare. L'anello al dito insomma, sarebbe un fattore di protezione per il cuore. E non solo nelle vignette di Peynet.

(mr. m.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL RISCHIO CV IN ITALIA**

Distribuzione del rischio cardiovascolare medio a 10 anni, dati 2012 in %



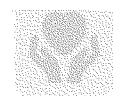
**RISCHIO MEDIO PER GENERE**



**Lipidi**  
Gli estrogeni proteggono il cuore femminile stimolando l'aumento del colesterolo "buono".



**Sangue**  
Gli estrogeni frenano i processi di infiammazione e di coagulazione con minore rischio di trombotici.



**Vasi**  
Gli estrogeni facilitano la dilatazione delle arterie migliorando l'afflusso di sangue al muscolo cardiaco.

RSALUTE/ CHIRURGIA

# La miscela che riapre le arterie

**Staminali.** Un mix di cellule del midollo osseo piastrine e altri fattori di crescita rigenera i vasi ed evita l'amputazione degli arti. Sperimentazione a Campobasso

**Una procedura indicata per pazienti che non possono avvalersi di altre terapie**

**GIUSEPPE DEL BELLO**

VITARE l'amputazione degli arti grazie alle cellule staminali del midollo osseo. L'innovativa terapia che potrebbe contrastare la cosiddetta ischemia critica, spesso conseguenza di diabete, aterosclerosi e, più raramente, di tromboangioite obliterante, è stata sperimentata con successo su 20 pazienti nel dipartimento di Malattie cardiovascolari della Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso.

La ricerca clinica, condotta da Eugenio Caradonna, Pietro Modugno e Carlo Maria de Filippo, si basa sull'autotrapianto di cellule staminali, prelevate dal midollo osseo autologo e poi impiantate nel territorio sede dell'ischemia. I risultati della ricerca sono stati recentemente pubblicati sul *Journal of Vascular and Endovascular Surgery*.

«L'arteriopatia obliterante degli arti inferiori si inquadra in una sindrome associata a una storia naturale sfavorevole, con elevata mortalità e morbidità - premette de Filippo - il 25 per cento dei pazienti subisce l'amputazione di un arto e il 25 per cento muore entro un anno dall'esordio».

I ricoveri per amputazione di un arto nei diabetici colpiti da arteriopatia grave, secondo i dati del ministero della Salute, hanno raggiunto il 13,22% nel 2009 e il 13,17% nel 2010, mentre nello stesso anno sono state effettuate ben

7261 amputazioni, di cui oltre 1600 nella sola Lombardia. «La procedura, indicata per i pazienti che non possono essere sottoposti ad altre terapie di rivascularizzazione chirurgica o endovascolare, prevede il prelievo di midollo osseo - aggiunge Caradonna - le cellule si ottengono attraverso un processo di centrifugazione che le mantiene vitali e nel loro ambiente naturale, il plasma, assieme alle piastrine e alle citochine, componenti essenziali per la neoangiogenesi, cioè per la formazione di nuovi vasi. Il successivo passaggio è rappresentato dal reimpianto del concentrato nell'area rimasta priva di irrorazione sanguigna attraverso iniezioni per via intramuscolare. L'autotrapianto di staminali evita l'amputazione nel 60-70 per cento dei casi grazie a una metodica che non ha bisogno di anestesia generale e che permette al paziente di tornare a casa dopo due, tre giorni». I primi casi realizzati dall'équipe di de Filippo a Campobasso e presentati alla Conferenza internazionale sulle staminali tenutasi a New York nel 2009, hanno indotto la Società italiana di Chirurgia vascolare ed Endovascolare presieduta da Flavio Peinetti a organizzare un registro osservazionale che coinvolge circa 30 centri italiani.

«Nel periodo di follow up, solo in un caso si è resa necessaria l'amputazione - conclude Caradonna - probabilmente conseguenza del prelievo successivo di vena safena in altro centro per intervento di rivascularizzazione miocardica. Gli esami di controllo hanno dimostrato sempre una migliore riperfusione dell'arto. E in particolare, l'angiografia eseguita a sei mesi dall'impianto, ha rivelato la presenza di neoangiogenesi».

## L'ARTERIOPATIA

Malattia arteriosa periferica, colpisce in particolare le arterie di gambe e piedi



Osso compatto

Osso spugnoso

Midollo osseo rosso

Cellule staminali

1 Si esegue un prelievo di cellule staminali dal midollo osseo del paziente (nel bacino)

2 Le cellule reimpiantate nell'area danneggiata stimolano la rigenerazione delle ferite

SOURCE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / ISS

## LA TERAPIA CON LE STAMINALI

Ulcera con tessuto necrotico

1 Area da trattare, priva di irrorazione sanguigna

PAZIENTE

BACINO  
DETTAGLIO

SEZIONE DELLA PELLE

PAZIENTE

## RSALUTE/PRIMO PIANO

### GOMITO.

# Dolori e infiammazioni Intervenire al più presto per evitare peggioramenti e il ricorso alla chirurgia

UNO dei punti più deboli, da qui il famoso gomito del tennista. L'epicondilita è un'infiammazione dei tendini molto comune negli sportivi che colpisce l'inserzione dei tendini estensori del polso e della mano alla sporgenza ossea laterale del gomito. Quando si infiamma violentemente, non solo è gravemente compromessa la presa sulla racchetta e ogni colpo scatenava un dolore vivo sulla parte, ma anche le comuni attività quotidiane, come girare una chiave nella toppa, possono risultare penalizzate. Il riposo immediato appena il disturbo esordisce è la cura più efficace per una remissione dei sintomi. Ignorare il problema spiana la strada alla cronicizzazione, resistente alla fisioterapia e alle comuni cure con antinfiammatori.

La cosiddetta presa della racchetta all'orientale ha invece incrementato l'epitrocleeite, l'infiammazione dei tendini flessori alla loro inserzione sulla sporgenza mediale del gomito. Una volta appannaggio soprattutto dei tennisti professionisti, adesso si osserva con frequenza anche tra gli amatori. Il riposo precoce fino a risoluzione dei sintomi resta la più efficace terapia. Da evitare, se non in casi selezionati, le infiltrazioni locali di cortisone, che annullano dolore e infiammazione fintanto che dura l'effetto del farmaco, ma in una percentuale molto elevata il problema si ripresenta a distanza di qualche mese. Non solo: il cortisone, se ripetuto, finisce per danneggiare ulteriormente il tessuto tendineo.

Per epicondilita ed epitrocleeite cronicizzate e resistenti ai comuni trattamenti, si sono mostrate efficaci le infiltrazioni locali con fattori di crescita piastrinici. Un trattamento locale a base di citochine (antinfiammatori) estratte dallo stesso sangue venoso dello sportivo infortuna-

to, della durata di circa venti minuti. Il sangue viene prelevato e sottoposto a trattamento in centrifuga per separare la frazione che contiene le piastrine. Questo plasma, a base di concentrato di piastrine, viene a sua volta aspirato sterilmente in una siringa ed infiltrato in profondità nel tendine infiammato. Le piastrine immediatamente degranulano rilasciando potenti inibitori dell'infiammazione e fattori che riattivano i processi di riparazione biologica dei tessuti. Il trattamento, ripetuto tre volte a distanza di una settimana, ottiene buoni risultati anche nelle forme cronicizzate. Ottimi risultati sui tendini infiammati del gomito, specie se complicati da calcificazioni del tessuto, si ottengono anche con le onde d'urto, ultrasuoni ad alta energia cinetica tanto potenti che frantumano le calcificazioni e sollecitano il tendine alla riparazione. Le applicazioni sono ambulatoriali, da tre a cinque a seconda dei casi, e sono sufficienti pochi minuti di trattamento, a volte così doloroso da richiedere una piccola anestesia locale, ma capace di risolvere anche i casi più difficili. Non sempre: in una piccola percentuale è necessario ricorrere alla chirurgia. Innovativa la chirurgia miniminvasiva con radiofrequenze. Con un mini accesso cutaneo si espone l'espansione tendinea del condilo infiammato e con un terminale munito di un emettitore ad ago di radiofrequenze si praticano multipli forellini nella zona degenerata del tendine. Tanto basta a riavviare i processi di riparazione e guarigione.

(f. lod.)



## Tendini & co. i danni si evitano così

**Tennis.** L'impatto sui muscoli di spalla e braccio. Gli effetti di una cattiva impugnatura o di impostazioni sbagliate nel giocare, anche negli sportivi dilettanti con una usura precoce della cartilagine

**Il rischio di tecnopatie  
a causa di passaggi veloci  
e allenamenti intensi**

**FABIO LODISPOTO \***

ATERIALI e incordature più reattive, impugnature all'orientale e messa a punto di battute e rovesci capaci di trasformare il braccio e la colonna vertebrale di un professionista del tennis in un unico arco muscolare pronto a scattare, allenamenti intensi e mirati possono imprimere alla palla da tennis velocità anche superiori ai 200km/h. Un'ottimizzazione del gioco che ha però un prezzo da scontare per la salute: le tecnopatie, infiammazioni e lesioni a carico soprattutto di muscoli e tendini della spalla e dell'arto superiore, ma anche della parte inferiore della schiena (rachide lombare). Si potrebbe pensare che questi problemi siano appannaggio dei tennisti professionisti. Sbagliato. In realtà i tennisti amatori, proprio perché non sono seguiti da una équipe di alto livello, possono più facilmente cadere in errori di preparazione

muscolare, sbagliare il gesto atletico e l'impugnatura e accumulare nel tempo i piccoli continui traumatismi su tendini e articolazioni.

SPALLA. L'usura della spalla colpisce soprattutto i tendini (tendini della cuffia dei rotatori, in particolare il sovraspinato e il tendine lungo del bicipite). In maniera diretta, a causa delle vibrazioni e delle tensioni che la potenza dei colpi vibrati con la racchetta trasferiscono alle strutture articolari, e indiretta, nella fase di iper-angolazione della spalla con braccio elevato, come per caricare e schiacciare la palla nella battuta, perché i tendini possono essere «pizzicati» internamente dai margini ossei articolari. Esiste anche un terzo meccanismo: i micro traumatismi ispessiscono un arco osseo e ligamentoso (arco coracoacromiale) teso davanti alla spalla a protezione e a contenimento della stessa. Un meccanismo di adattamento allo sport quindi, valido fin quando non si calcifica riducendo lo spazio a disposizione dei tendini con una frizione sui tendini, soprattutto nei movimenti della spalla con il braccio in alto (dritti e battute) che prima infiamma la parte, creando una borsite e una tendinite, e infine la progressiva

rottura dei tendini.

La prevenzione di questi problemi, che nella maggior parte dei casi richiede la chirurgia, parte dall'impostazione di un corretto gesto atletico già dalle prime volte che si afferra una racchetta. Diventa infatti sempre più difficile resettare la impostazione delle cinetiche muscolari una volta acquisiti gli automatismi di gioco. Un gesto atletico corretto invece risulta bio meccanicamente più efficace (con più precisione e forza), e riduce gli stress sull'anatomia dell'arto

superiore. Quindi, evitare il tennis «fai da te» e richiedere periodicamente la supervisione di un maestro o un preparatore atletico.

Poco nota, ma molto invalidante, se sviluppa l'artrosi, l'articolazione acromion-claveare. Si tratta di una piccola articolazione accessoria della spalla, l'unica che unisce l'arto superiore al tronco. È molto piccola, ma partecipa a tutti i movimenti compiuti con la racchetta per colpire la pallina da tennis. La si può individuare facilmente, perché molto superficiale e palpabile sotto cute, all'apice superiore della spalla, dove si percepisce una piccola salienza. Proprio a causa delle sue ridotte dimensioni e del suo ruolo cruciale di ponte tra spalla e tronco, le sue superfici spesso non reggono gli elevati stress meccanici e diventano artrosiche. Di qui il dolore, in quasi tutti i movimenti compiuti stringendo in mano la racchetta.

**MANO.** La rizoartrosi penalizza la capacità di opporre il pollice alle altre dita, compresa quella di stringere la racchetta in mano. È un'artrosi che colpisce selettivamente una piccola articolazione (trapezio-metacarpale) alla base del pollice. Tra le cause l'impugnatura scorretta della racchetta e il manico troppo piccolo o troppo grosso che costringono il pollice ad un superlavoro. In realtà c'è anche e soprattutto il contributo di una condizione predisponente dell'articolazione, che risulta instabile, con usura precoce della cartilagine. Tutori e taping possono inizialmente aiutare a sfiammare l'articolazione proteggendola dall'eccessiva fatica meccanica. Tuttavia quando l'articolazione è affetta da artrosi troppo avanzata non resta che l'intervento. Tre le tecniche più valide e comuni: artrodesi, artroplastica e protesi articolari.

*\* Specialista in Ortopedia, Traumatologia e Medicina dello Sport, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## PRINCIPALI LESIONI DA TENNIS

**L'epicondilitè** è la lesione per eccellenza dei tennisti. Seguono altre lesioni che colpiscono mani, spalle, piedi e ginocchia

**Spalla**  
Sindrome da conflitto, lesioni ai tendini

**Caviglia**  
Tendine di Achille

**Schiena**

**Polso**

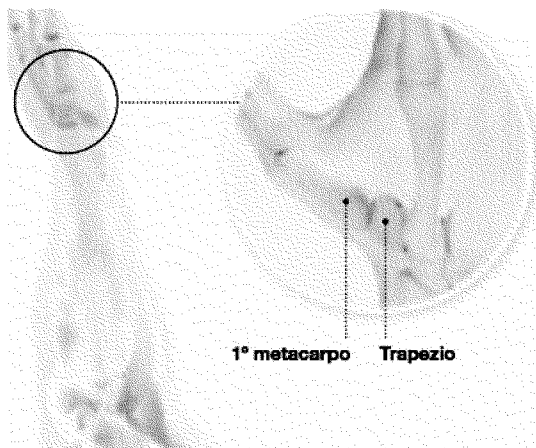
**Epitroclea**  
Infiammazione della sporgenza del gomito

**Mano**  
Il pollice può perdere la presa (rizoartrosi)

**Gomito**  
Infiammazione conosciuta come "gomito del tennista"

**Ginocchia**  
Lesione a menischi e cartilagini

**Piede**  
Lesione della fascia plantare (tallonite)



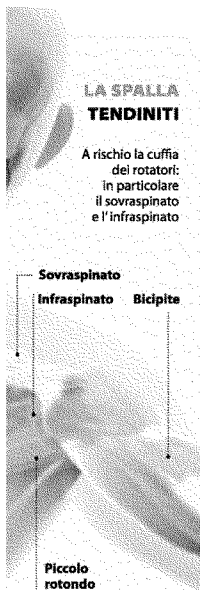
## LA MANO

### RIZOARTROSI

È l'artrosi della base del pollice, interessa l'articolazione trapezio-metacarpale

Le principali cause sono la impugnatura scorretta della racchetta e il manico troppo piccolo o troppo grosso





## LA SPALLA TENDINITI

A rischio la cuffia dei rotatori: in particolare il sovraspinato e l'infraspinato

## LE CAUSE DELLE LESIONI

Impostazione di un gesto atletico scorretto che induce lo stress sull'arto

Frizione dei margini ossei articolari spesso nella fase di iperangolazione della spalla

Le vibrazioni e la tensione dei colpi si trasferiscono alle strutture articolari

## BORSITE E ARTROSI

Borsite e tendinite all'arco coracoclavicolare

Artrosi sull'articolazione acromion clavicolare

Acromion  
Clavicola

VISTA POSTERIORE

VISTA ANTERIORE

## Diagnosi e trattamento base Eseguiti dallo specialista



Radiografia

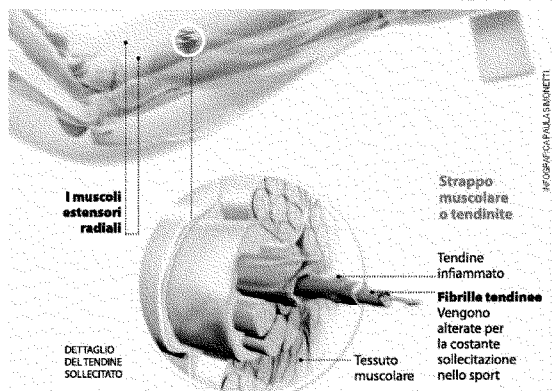


Ecografia



Riposo

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE/ NONSOLOFITNESS.IT / LODISPOTO.IT



I muscoli estensori radiali

DETTAGLIO DEL TENDINE SOLLECITATO

Strappo muscolare o tendinite

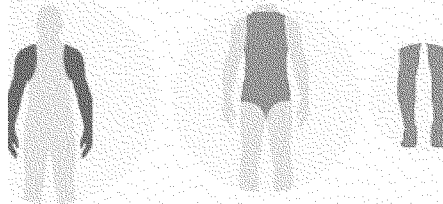
Tendine infiammato

Fibrille tendinee  
Vengono alterate per la costante sollecitazione nello sport

Tessuto muscolare

## Gli infortuni agli arti superiori

Le tendinopatie colpiscono maggiormente gli arti superiori dei tennisti:



75%  
Arti superiori

67%  
Tronco

39%  
Arti inferiori

## IL GOMITO

L'epicondilite, conosciuta anche come gomito del tennista, è un'infiammazione dei tendini dei muscoli estensori radiali



**IL DOLORE**  
Colpisce nella parte interna ed esterna del gomito e si estende fino alla mano

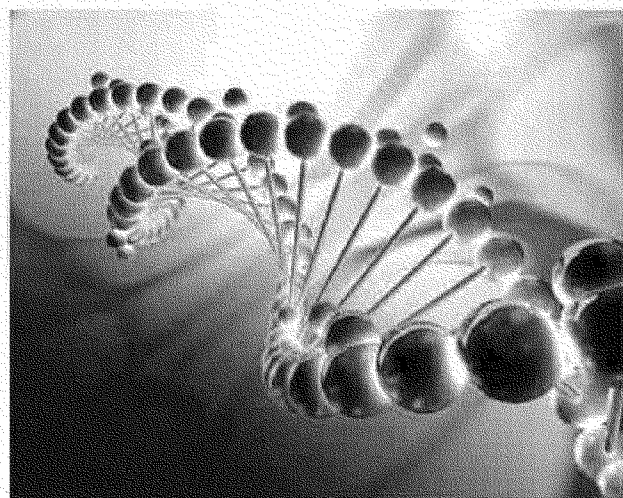


GENETICA

ANTONELLA SURBONE  
NEW YORK UNIVERSITY

Poche settimane fa è stata annunciata un'importante scoperta per chi è affetto da sclerosi laterale amiotrofica, la Sla: l'identificazione del gene «Matr3» da parte del team dell'Università degli Studi di Torino diretto da Adriano Chiò, in collaborazione con il consorzio Italsgen, che include 16 centri italiani di ricerca, e alcuni studiosi stranieri. Anche se la genetica della Sla appare sempre più complessa, questa scoperta chiarisce uno dei meccanismi fondamentali alla base del processo degenerativo: l'alterazione del metabolismo dell'Rna messaggero, una molecola che permette la traduzione del codice genetico nei costituenti fondamentali della cellula, cioè le proteine. Le nuove scoperte, tuttavia, costringono i clinici ad avventurarsi su un nuovo e accidentato terreno, quello della comunicazione ai pazienti e alle loro famiglie del rischio genetico della malattia.

Accanto all'intenso lavoro per identificare nuovi geni ci si è resi conto della necessità di discutere e stilare una serie di linee-guida per i neurologi clinici che devono affrontare nuove conoscenze genetiche e decidere se, come e quando parlarne con i pazienti ammalati di Sla e i loro familiari. Le linee-guida, disponibili online dal luglio 2013 e accolte favorevolmente nel mondo anglo-americano, sono state pubblicate sul «Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry» insieme con due editoriali che ne sottolineano la necessità in questa fase di «rivoluzione genetica», che richiede una particolare attenzione dei medici alla comunicazione. La stesura delle linee-guida è nata essa stessa dalla comunicazione aperta e onesta tra oltre



20 esperti di neurologia, genetica, psicologia e bioetica in due giorni di intensi scambi di esperienze e opinioni. Ma cosa rende questo tema tanto complesso e controverso rispetto a ogni altra comunicazione in medicina clinica?

Come ha rivelato il caso di Angelina Jolie, portatrice di una mutazione del gene «Brca» che espone ad alto rischio di tumori al seno e all'ovaia, essere a conoscenza di una predisposizione genetica induce in ciascuno di noi profondi cambiamenti per tutta la vita: incertezza e preoccupazione sul futuro proprio e dei con-

sanguinei, disagio psicologico e relazionale, medicalizzazione dell'esistenza, scandita da test, visite, eventuali misure preventive o terapeutiche, oltre a potenziali ripercussioni sociali, fino alla discriminazione.

L'informazione genetica, infatti, ci fornisce un dato indelebile su qualcosa che potrebbe accadere nel futuro, senza certezze riguardo al fatto se, quando e con quale gravità svilupperemo mai la malattia che ha già causato sofferenza o morte tra i nostri familiari. Ognuno di noi la può percepire come strumento di maggiore controllo sulla propria salute e

## Il dilemma Sla: scoperto il gene come parlarne?

Le nuove indagini del Dna spalancano problemi sia etici sia di metodo per i medici

sulla vita futura oppure come una forma inquietante di predestinazione. Tutto questo è ancora più rilevante in malattie inevitabilmente progressive, come la Sla, per la quale l'informazione genetica è disponibile prima che ci siano efficaci misure preventive, di monitoraggio precoce e terapeutiche.

L'informazione genetica, poi, non riguarda mai solo chi si sottopone al test genetico, ma i consanguinei che potrebbero un giorno ammalarsi della stessa malattia, creando particolari responsabilità di comunicazione verso i familiari. Eppure si possono anche provare delle esitazioni nel rivelare il risultato di un test genetico per salvaguardare la privacy, proteggere i propri cari da brutte notizie o perché non ci si frequenta tra familiari. Secondo la deontologia internazionale, il medico deve riuscire a creare un dialogo progressivo, nel tempo, così da spiegare al paziente le implicazioni familiari della mutazione genetica, ma non può e non deve mai scavalcare la volontà e il diritto alla privacy del paziente.

**Adriano Chiò**  
Neurologo

**RUOLO:** È PROFESSORE DI NEUROLOGIA ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO E RESPONSABILE DEL CENTRO SLA DEL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE DELLA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

Quasi tutti i pazienti, dopo averci riflettuto, informano i loro familiari. Ma se loro, invece, non volessero sapere nulla dei propri geni? O ancora: se il medico, avendo in cura sia il paziente sia altri familiari, ritenesse di fornire loro l'informazione genetica per dovere professionale? Su questo punto la deontologia non è chiara. Le decisioni sulla comunicazione in genetica sono tra le più laceranti, soprattutto quando non esistono ancora terapie efficaci.

Perché, allora, comunicare a pazienti e familiari la presenza di un "gene della Sla"? Nelle nostre linee-guida proponiamo di farlo per rispettare intelligenza, dignità e diritto alla scelta di ogni individuo e per offrire a tutti un giusto contatto con il mondo della ricerca, che a sua volta si impegna nella diagnostica, prevenzione e terapia. Ma anche perché attraverso la comunicazione costante è possibile demistificare la diversità genetica e fare sì che non si trasformi in svantaggio sociale.

La maggior parte delle malattie ha origine dall'interazione tra geni e ambiente e questo noi possiamo e dobbiamo controllarlo. I geni non definiscono chi siamo in sentimenti, emozioni, esperienze, reazioni e scelte. Siamo tutti diversi e unici: per questo ci apprezziamo e sosteniamo a vicenda attraverso valori come rispetto, solidarietà e comunicazione.

Come coautore delle linee-guida con Chiò, infine, ho la convinzione che ogni medico debba prendersi cura dei pazienti e dei familiari in ogni aspetto: dalla ricerca su geni e farmaci all'accompagnamento medico e psico-sociale fino alla comunicazione.

## «Un legame tra i batteri intestinali e l'autismo»

I bambini affetti da disordini dello spettro autistico hanno concentrazioni significativamente differenti di determinati metaboliti chimici prodotti dai batteri intestinali nelle feci rispetto ai bambini che non soffrono di autismo. «La maggior parte dei batteri intestinali è benefica - ha sottolineato Dae-Wook Kang dell'Arizona State University -. Tuttavia, se lasciati senza controllo, possono alterare delicati equilibri in grado di danneggiare l'intestino stesso oppure il resto del corpo, incluso il cervello».