

LAVORO & PROFESSIONE. 2

Borse per specializzandi: nel piatto 25 mln di euro

BORSE di studio per specializzandi in soprannumero rispetto a quelle finanziate dal ministero della Salute. Palazzo Santa Lucia mantiene le promesse e dà il disco verde al finanziamento per 81 contratti di formazione specialistica per l'anno accademico 2011-2012 di cui 41 da attivare presso la facoltà di medicina dell'Ateneo Federico II e 40 alla stessa facoltà della Seconda Università. Nel piatto ci sono 25 milioni di euro da ripartire al 50 per cento tra le due facoltà. Spetta ora al settore Aggiornamento e formazione del personale sanitario dell'assessorato regionale attribuire i finanziamenti dei contratti di formazione sulla scorta della richiesta formulata dai preside delle due Facoltà di Medicina. Secondo la Conferenza Stato-Regioni il fabbisogno di nuovi specializzandi in Italia è di 8.000 unità, ma il mi-

nistero ne copre soltanto 5 mila. Gli altri devono essere anticipati dalle Regioni. Ogni specializzando guadagna 25 mila euro lordi all'anno per cinque anni ed essendo le borse di studio in questione circa un'ottantina la spesa totale per la Regione si aggira sui 12 milioni di euro.

In serata il semaforo verde di Palazzo Santa Lucia con l'annuncio dello sblocco della vertenza. "Nonostante il momento economico difficile e i vincoli imposti dal pieno di rientro l'interesse della Campania e della Giunta regionale a garantire la formazione dei giovani medici non è in discussione" avverte Raffaele Calabrò, consigliere del presidente della Regione per i temi della sanità. "Abbiamo bisogno di arruolare nuovi medici che possano formarsi al meglio e costituire la classe medica del domani per migliorare l'assistenza sanitaria nelle nostre strutture sanitarie

ed affiancare i medici che già operano, per carenza di personale dovuta al blocco del turn-over, in condizioni estremamente difficili. Il diritto alla salute nella nostra Regione passa anche per l'entusiasmo e l'impegno di chi si forma nelle nostre Università, conclude il consigliere alla Sanità". Gli studenti devono provvedere per al-

meno sei anni al pagamento delle tasse universitarie e all'acquisto di libri che quasi sempre hanno prezzi molto elevati.

Arrivati all'agognata laurea c'è la tassa per l'iscrizione all'Ordine, il contributo pensionistico Inps, il contributo ensionistico Enpam e l'assicurazione per il rischio professionale.

Et. Mau.



RICERCA/ I 295 progetti vincitori del bando 2010 per la "finalizzata" e per i giovani

Neuroscienze e oncologia al top

San Raffaele, Iss, Toscana, Emilia e Santa Lucia sul podio per i fondi

PROGETTI D'ECCELLENZA

Della valanga di 2.826 progetti ne sono passati 295 che hanno avuto accesso al "tesoretto" di 83 milioni di euro stanziati dalla Finanziaria per il bando 2010 di ricerca finalizzata e giovani ricercatori del ministero della Salute. Nella miriade di iniziative di eccellenza la parte del leone la fanno i progetti di neuroscienze (55) oncologia (57), servizi sanitari (20), scienze del sistema muscoloscheletrico, veterinaria (16), genetica (15). In minoranza numerica i progetti di biologia cellulare (1), farmacia biologica (1), Aids (2) e neuroscienze cognitive (2).

Il bando 2010 ha inaugurato anche due nuovi filoni di ricerca: i progetti cofinanziati dall'industria (45) e i progetti con un ricercatore italiano all'estero (356). Vale la pena di ricordare che 32 milioni sono stati conquistati da iniziative di ricerca presentati da giovani ricercatori.

Sessantatré su settantadue le istituzioni che hanno avuto accesso ai finanziamenti. Fermi restando i vincoli del bando che per esempio prevedono specifici vincoli di destinazione e tagli in base allo score ottenuto (nel caso dei biomedici stabilisce che ai progetti con score inferiore a cinque vengono assegnati il 90% dei fondi richiesti, da 5,1 a sette l'80% e così via fino al 60% delle risorse richieste), la massa dei finanziamenti per ente richiedente ha visto in testa il San Raffaele Monte Tabor che con 16 progetti finanziati e uno score medio di 6,2 ha ottenuto un monte fondi di

6,5 milioni di euro e una quota del 5,4% dei progetti "vincitori". L'Istituto superiore di Sanità ha ottenuto 5,2 milioni per 14 progetti (4,7% delle iniziative finanziate) con una media di 6,2 di score, la Regione Toscana con 18 progetti (6,1% dei progetti sostenuti) e una media di 7,4 ha portato a casa 4,7 milioni, mentre l'Emilia Romagna con 20 progetti (6,8% dei progetti vincitori) e una media di 8,2 si è aggiudicata 4,6 milioni di euro. Bene anche l'Istituto Santa Lucia: 16 progetti passati all'esame della Commissione di esperti (pari al 5,4% del totale di quelli ammessi al finanziamento) con uno score medio di 7,3 e un pacchetto di fondi pari a 4,3 milioni (si veda tabella in basso).

La classifica per singolo punteggio (che ricordiamo va da un massimo di quattro a un minimo di 36) vede in testa un progetto dell'Istituto Carlo Besta che ha ottenuto circa 223mila euro contro i 351mila richiesti. A seguire, il punteggio immediatamente migliore, con uno score di 4,5 è stato assegnato ad altri otto progetti presentati da Marche, Piemonte, San Martino di Genova, San Raffaele, Maugeri, Iss, Cro Aviano (si veda tabella in alto).

L'esame dei protocolli di studio - ricorda il ministero della Salute - ha coinvolto circa 500 scienziati valutatori dell'Nih-Csr statunitense e quattro Commissioni di "study session" costituite da ricercatori italiani residenti da più di dieci anni all'estero.

Flavia Landolfi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I primi nove progetti finanziati per punteggio

Destinatario	Score	Richiesta (€)	Finanziamento (€)
Roddi - New robotic platform for rehabilitation of children with pervasive developmental disorders and cognitive impairments			
Carlo Besta	4	351.158	222.900
Multipotent stem/progenitor cells in human extrahepatic biliary tree: isolation, culturing, differentiation in vitro and in vivo, identification of intracellular pathways modulating proliferation and differentiation			
Marche	4,5	210.900	195.400
Emilin I in tumor microenvironment: role in neoplastic growth and lymphatic spread			
Cro Aviano	4,5	295.000	272.600
Role of morgana/chp in myeloproliferative disorders			
Piemonte	4,5	300.000	276.700
miR-221&222/miR-126&126* interconnected networks: novel molecular markers and potential therapeutic values in <u>melanoma</u>			
Istituto superiore di Sanità	4,5	365.500	336.600
Role of circulating and tissutal markers of low grade chronic inflammation for defining the clinical phenotype of complicated obesity			
Maugeri	4,5	400.000	254.300
Toward chronic lymphocytic leukemia (CLL): dissecting the role of genetic lesions in Monoclonal B cell Lymphocytosis (Mbl) through a genome wide sequencing approach			
San Raffaele Monte Tabor	4,5	450.000	412.800
Definition of mechanisms controlling processing and secretion of IL-1beta in health and autoinflammatory diseases, search for novel therapeutic strategies			
Irccs Aou S. Martino Ist (Ge)	4,5	600.000	481.700
New genetic lesions characterizing high risk chronic lymphocytic leukemia: clinical and functional implications			
Piemonte	4,5	600.000	500.000

Non solo eternit
Ecco dove sono
i complici
dell'amianto

SUOZZI

SALUTE

Quei primi passi per battere un killer silenzioso e paziente

Amianto

Dopo le recenti condanne al processo Eternit per i tanti decessi, si ritorna a parlare dei rischi legati all'asbesto. Il più temibile è il mesotelioma

Non c'è una soglia limite, ma il pericolo dipende dall'esposizione

B

alangi in piemontese, Balangero in italiano, è un paese in provincia di Torino, all'imbocco della Val di Lanzo che, per circa 80 anni, è stato sede della più grande cava di amianto d'Europa, con una lunga storia di morti e malati. L'amianto, infatti, responsabile di quella infiammazione ai polmoni chiamata asbestosi, è classificato come sostanza che può provocare il cancro negli esseri umani: tumore ai polmoni e mesotelioma. Inoltre alcuni studi hanno suggerito l'associazione tra esposizione ad amianto e tumori gastroenterici e al colon retto, e sembra esserci un elevato rischio di cancro anche per trachea, laringe, reni, esofago e cistifellea.

La respirazione (l'ingestione è ancora controversa) delle fibre di amianto, o asbesto, può infatti determinare gravi malattie, che si manifestano dopo molto tempo in base a una predisposizione individuale. Non esiste una soglia di rischio, può bastare una sola fibra di amianto per ammalarsi ma il rischio aumenta quanto è maggiore il tempo di esposizione e la quantità inalata. E ci sono stati casi di tumore dell'ovaio dovuto ad amianto nelle donne che scuotevano gli abiti da lavoro dei mariti prima di lavarli.

Il mesotelioma è uno dei tumori maligni più pericolosi. Nasce dalle cellule del mesotelio, che è simile a una finissima pellicola, un

sottile tessuto che ricopre la parte interna del torace (pleura), dello spazio attorno al cuore (pericardio) e dell'addome (peritoneo). La comparsa della sintomatologia si può avere dopo lunghissimo tempo, anche 45-50 anni. Il mesotelioma può coinvolgere polmoni, peritoneo, fegato, cistifellea, milza, intestino e tunica vaginale del testicolo. Anche la zeolite, che ha caratteristiche simili all'amianto, sia pur raramente, può provocare il mesotelioma e così il diossido di torio usato in medicina fino agli anni Cinquanta. In uno studio su *Occupational and Environmental Medicine* ricercatori britannici hanno evidenziato come l'amianto possa aumentare ictus, crisi cardiache e infarti.

Ma si ammalano di mesotelioma anche i pastori e i contadini della Lucania e la causa - secondo uno studio dell'Iss - sarebbe da individuare negli ofioliti, rocce ignee utilizzate nel settore delle costruzioni, e nella tremolite, una sostanza fibrosa che rientra negli amianti. E si sono ammalati anche i marittimi, imbarcati su navi civili e militari a rischio amianto. Infine ci sono le discariche abusive (e le zone limitrofe) di rifiuti tossici, velenosi o nocivi. La recente sentenza di Torino, con le condanne sul caso eternit (cemento più amianto), non è la sola. C'è il caso dei marittimi di Palermo, dell'ex Italsider a Taranto, degli ufficiali della Marina militare (processo a Padova), della Pirelli, Enel e Atm a Milano.

A Napoli, dove c'è la più alta incidenza di carcinoma polmonare,

importante è il lavoro scientifico dell'ospedale Monaldi e dell'Istituto Pascale dove i ricercatori, presso il Centro Oncologico di Mercogliano, hanno trovato nuove potenziali sostanze antitumorali (studio su *Oncogene*) che potrebbero risultare utili in questo tipo di tumore. Secondo l'associazione britannica *Cancer Research*, gli uomini che negli anni '60 non avevano trenta anni, hanno maggiori probabilità di ammalarsi di tumore provocato dall'amianto. E dagli Stati Uniti arriva invece un nuovo esame diagnostico, basato su proteine secrete dalle cellule tumorali, per individuare il mesotelioma pleurico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



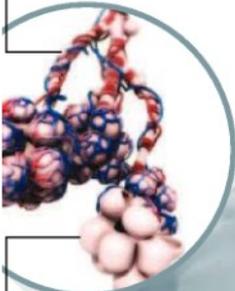
Non esiste una soglia di rischio, può bastare una sola fibra di amianto per ammalarsi ma...

il rischio aumenta quanto è maggiore il tempo di esposizione e la quantità inalata

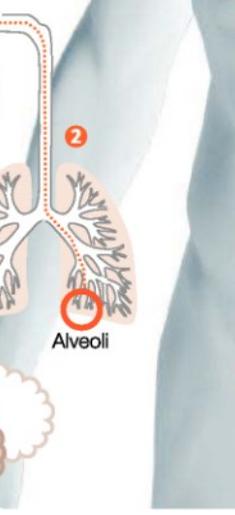
COS'È
L'amianto (o asbesto) è un minerale naturale a struttura microcristallina e di aspetto fibroso

MALATTIE PRINCIPALI

Il **bronchiolo** è la diramazione terminale del bronco



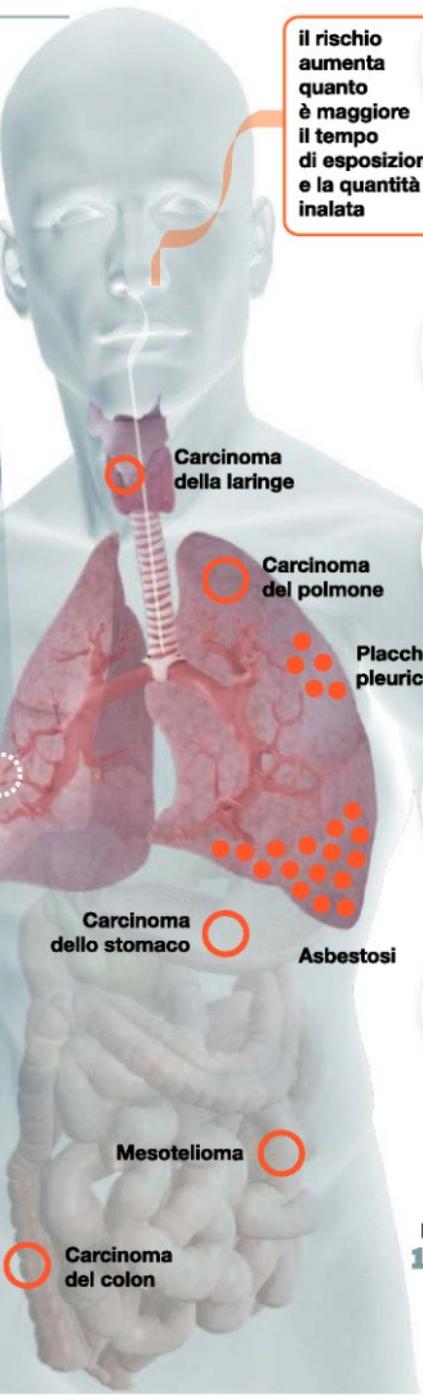
Gli **alveoli** sono piccole cavità in cui il sangue assume ossigeno e cede anidride carbonica all'aria inspirata



1 Le fibre di amianto tendono a sfaldarsi longitudinalmente

2 Penetrano nei polmoni attraverso le vie respiratorie

3 Si degradano difficilmente, possono rimanere inalterate per decenni e penetrare nella pleurae nel peritoneo



Asbestosi
Malattia respiratoria cronica causata dalle fibre di asbesto, che provoca una cicatrizzazione del tessuto polmonare



Carcinoma polmonare
Come per l'asbestosi anche per i carcinomi polmonari è stata riscontrata una stretta relazione con la quantità di asbesto inalata e con l'abitudine al fumo di tabacco



Mesotelioma
Tumore maligno che può colpire le membrane sierose di rivestimento dei polmoni (pleura) e degli organi addominali (peritoneo)

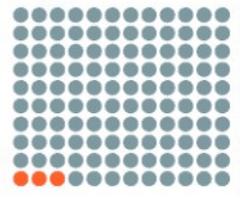


Tumori del tratto gastrointestinale, della laringe e di altre sedi

IN CIFRE

Decessi ogni anno per l'amianto

NEL MONDO
120.000



IN ITALIA
3.000

CHE COS'È**UN MATERIALE IGNIFUGO USATO PER CASE E NAVI**

L'amianto o asbesto è un materiale molto comune, resistente al calore e al fuoco e adatto per indumenti e tessuti da arredamento ignifughi. Tale materiale è costituito da fibrille sottili che possono essere inalate, ed è stato usato per produrre l'etemit (amianto + cemento). L'amianto è stato utilizzato in edilizia per la coibentazione di tetti ed edifici, per navi, treni, aerei e auto. La legge italiana considera "amianto" i seguenti minerali: balangeroite, crisotilo o amianto bianco, tremolite, actinolite ("pietra raggiata"), antofillite (dal greco "garofano"), amosite o amianto bruno, crocidolite (amianto blu) + fluoroedenite.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'AMBIENTE**POLVERI, METALLI & CO. L'INQUINAMENTO È QUI**

Le principali sostanze atmosferiche inquinanti sono le polveri sottili: ozono, monossido di carbonio, biossido di zolfo e di azoto, benzene e idrocarburi policiclici aromatici. Mercurio, piombo, cromo, pesticidi, arsenico (presente anche nell'acqua potabile) cadmio, uranio, radionucleotidi, sono altre sostanze inquinanti trovate sul suolo. Vestiti, blue jeans, ma anche scarpe in alcuni paesi possono essere trattati con cromo esavalente, sostanza che, oltre il cancro, provoca eruzioni cutanee, ulcere, difficoltà respiratorie, alterazione del Dna. Il cadmio, ma anche il selenio, in caso di scariche illegali può contaminare i terreni e cereali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL LINDANO**AL BANDO IN EUROPA ALLARME VICINO A ROMA**

Il lindano (esaclorocicloesano), antiparassitario per animali domestici e d'allevamento, è stato impiegato negli esseri umani in prodotti per la scabbia e la pediculosi, ma anche per trattare alberi da frutto, semi e suoli. Anche se al bando (non nei paesi extraeuropei), lo si può ritrovare in latte e pesce. Il lindano è una neurotossina, è sospettato di cancerogenità e viene considerato un "perturbatore endocrino". L'"effetto cavalletta", o distillazione globale, lo porta a distanze molto grandi. A livelli assai bassi può essere nocivo, per il fegato, il cuore il rene. Il lindano, ultimamente, è comparso a Colferro in provincia di Roma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I TAGLI IL **MINISTRO BALDUZZI**: «FAREMO LA NOSTRA PARTE». LA SOLUZIONE È ANCORA PERÒ ALLO STUDIO

Revisione della spesa, nel mirino la sanità: farmaci e fondo obiettivi

Dal settore si attende almeno un miliardo e mezzo di risparmi

● **ROMA.** La sanità farà la sua parte, ripete il ministro Renato Balduzzi, ma sul come fare una parte che sarà da protagonista nella revisione della spesa pubblica, visto che dal settore si attende almeno un miliardo e mezzo di risparmi da qui a fine anno, ancora si è in alto mare. E la soluzione

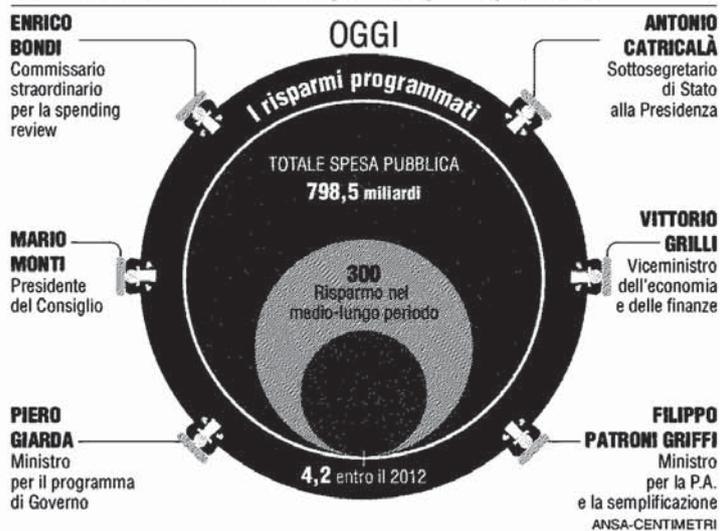
alle malattie rare), che per il 2012 vale giusto il miliardo e mezzo che si sta cercando. Risorse però «fondamentali» per la «qualità del sistema» ha ripetuto più volte il ministro, ribadendo che in sanità non si può procedere con tagli lineari, visto che peraltro, da anni la spending review si sta facendo e con buoni

risultati. Intanto però l'approvazione del riparto del Fondo sanitario nazionale, di cui il fondino è parte, è stata più volte rinviata, mettendo in allarme le Regioni. Anche se gli ultimi rumors darebbero per vicino il via libera, già alla prossima Conferenza Stato-Regioni.

E tra le ipotesi che hanno ovviamente allarmato i destinatari, è circolata anche quella di mettere mano di nuovo alla spesa farmaceutica (o rivedendo al ribasso la remunerazione delle farmacie convenzionate o anticipando le misure previste dalla manovra di luglio targata Tremonti a carico dell'industria del farmaco a partire dal 2013, che varrebbe peraltro circa 1 miliardo).

C'è poi la partita degli acquisti di beni, e soprattutto servizi, una fetta che vale il 30% della spesa sanitaria annua (circa 30 miliardi), della quale Balduzzi ha più volte sottolineato che si possono rivedere nel breve periodo circa 7 miliardi. Anche se il grosso del risparmio, al termine della ricognizione per dare «prezzi di riferimento» avviata dall'autorità di vigilanza sui contratti pubblici insieme all'Agenas, non si potrà che incassare a partire dal nuovo anno.

La riunione del Comitato per la spesa pubblica



potrebbe essere alla fine un mix di più interventi mirati, lasciando così intatto il cosiddetto fondino per gli obiettivi di piano, sempre che la 'moral suasion' del ministro nei confronti del resto del governo, e soprattutto delle forbici del supercommissario Bondi abbia avuto effetto.

Forbici che in primis sembra si fossero orientate appunto verso i fondi vincolati per gli obiettivi di piano (che vengono erogati per progetti specifici, dalle cure palliative



Piano di rientro, spesa in calo del 2%

LA CAMPANIA centra gli obiettivi previsti dal piano di rientro dal debito sanitario. E' quanto emerso nel corso dell'incontro, promosso nei giorni scorsi presso la sede dell'Arsan al Centro direzionale di Napoli.

Presenti il sub-commissario alla Sanità **Mario Morlacco**, il direttore generale dell'Arsan **Lia Bertoli**, il direttore generale della Programmazione sanitaria del

ministero della Salute Francesco Bevere, i manager delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Campania. "Tutte le Regioni non sottoposte a piano di rientro - sottolinea Morlacco - hanno, sia nell'ultimo decennio sia nel periodo 2006-2010, incrementato la spesa. Le regioni virtuose del Nord (Emilia, Toscana, Lombardia e Veneto) hanno au-

mentato la spesa rispettivamente del 27 per cento e del 9 per cento mentre al Sud ad un incremento dell'1 per cento del primo periodo ha fatto seguito una contrazione del 2%.

A PAGINA 11

IL GOVERNO DELLA SALUTE

Piano di rientro dal deficit: spesa in calo del 2 per cento

LA CAMPANIA DAL 2009 AL 2011 RIDUCE IL DISAVANZO DI ASL E OSPEDALI DA 917 A 271 MILIONI. MA LA QUOTA PRO-CAPITE DEL FONDO NAZIONALE RESTA LA PIÙ BASSA

DI ETTORE MAUTONE

LA CAMPANIA centra gli obiettivi previsti dal piano di rientro dal debito sanitario. E' quanto emerso nel corso dell'incontro, promosso nei giorni scorsi presso la sede dell'Arsan al Centro direzionale di Napoli.

Presenti il sub-commissario alla Sanità **Mario Morlacco**, il direttore generale dell'Arsan **Lia Bertoli**, il direttore generale della Programmazione sanitaria del **ministero della Salute Francesco Bevere**, i manager delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Campania.

"Tutte le Regioni non sottoposte a piano di rientro - sottolinea Morlacco - hanno, sia nell'ultimo decennio sia nel periodo 2006-2010, incrementato la spesa. In particolare le regioni virtuose del Nord (Emilia, Toscana, Lombardia e Veneto) hanno aumentato la spesa rispettivamente del 27 per cento e del 9 per cento mentre al Sud ad un incremento dell'1 per cento del primo periodo ha fatto seguito una contrazione della spesa di circa il 2

per cento. "La Campania - continua Morlacco - ha ridotto il suo disavanzo di oltre due terzi passando dai 917 milioni di passività del 2007 agli attuali 271 milioni, nonostante, per la giovane età della popolazione, consegua ancora la quota capitaria più bassa d'Italia: 1.696 euro a fronte, ad esempio, dei 1.868 della Liguria.

I PRIVATI

Sul fronte dell'assistenza erogata dal settore privato accreditato la Regione ha all'attivo accordo con gli ex convenzionati pari a circa un miliardo di euro con il quale sarà ridotto ridurremo consistentemente il debito pregresso. Un cauto ottimismo sulle prospettive, "pur nelle difficoltà che investono l'intero sistema paese e che ancora permangono in regione" è stato espresso proprio da Morlacco che ormai veste anche i panni del capo del neonato dipartimento per la Salute a Palazzo Santa Lucia. "L'azzeramento del contenzioso dà infatti la possibilità di investire lì dove serve - avverte - e resta la necessità dello sblocco del turn-over,

oramai largamente condiviso anche dai tavoli ministeriali, perché altrimenti si rischia di mettere in crisi l'organizzazione stessa del sistema sanitario regionale".

240 DECRETI

Il lavoro della struttura commissariale si sostanzia anche nei numeri: "Basta ricordare, avverte Lia Bertoli, agli oltre 240 decreti licenziati dal 2009 a oggi tra cui le leggi regionali per il Piano sanitario e ospedaliero) che hanno ridisegnato l'intero sistema dell'assistenza in Campania". "La Regione Campania - ha concluso Bevere - ha ottimamente lavorato sul fronte del risanamento dei conti riuscendo a sbloccare risorse che rappresentano il premio per i brillanti risultati conseguiti. Ora si tratta di concludere il più rapidamente possibile il percorso, per evitare che un eccessivo prolungamento dei tempi dei piani di rientro si ripercuotano negativamente sulla stessa organizzazione del sistema assistenziale". "Riconoscimento per un ottimo risultato - commenta il governatore **Stefano Caldoro**. ●●●

Spesa pubblica. Oggi riunione del comitato - I tagli sulle Pa centrali non bastano

Spending review, si valuta la stretta sui dirigenti statali

Marco Rogari

ROMA

■ Stretta sui dirigenti pubblici e sui buoni pasto degli statali. Al momento si tratta solo di ipotesi di lavoro, ma con il trascorrere delle ore la possibilità che un "pacchetto pubblico impiego" venga inserito nel decreto legge di fine giugno sulla spending review sembra prendere quota. Anche perché con i soli interventi di riorganizzazione sui ministeri e il piano del supercommissario Enrico Bondi sugli acquisti di beni e servizi sarebbe difficile centrare l'obiettivo dei 4-5 miliardi di risparmi necessari per evitare il previsto aumento autunnale dell'Iva e garantire una mini-tranche di risorse aggiuntive alla popolazione colpita dal sisma in Emilia Romagna.

Già oggi alla fine della nuova riunione del Comitato interministeriale, guidato dal premier Mario Monti e del quale fanno parte i ministri Piero Giarda e Filippo Patroni Griffi e il viceministro Vittorio Grilli, si dovrebbe capire se il "pacchetto pubblico impiego" sarà inserito già nel decreto di giugno o se sarà rimandato alla seconda fase della spending review (biennio 2013-2014). Una fase due che scatterà in autunno con provvedimenti collegati alla legge di stabilità.

Tra le ipotesi al vaglio dei tecnici spicca l'intervento per ridurre il numero dei dirigenti pubblici e favorirne, al tempo stesso, il ricambio generazionale. Due le opzioni: esonero dal servizio (ma non interruzione del rapporto di lavoro) per i dirigenti possesso di 40 anni di contribuzione che man-

terebbero l'80% dello stipendio (non del trattamento economico complessivo) fino al raggiungimento dei requisiti per il pensionamento ora in vigore; interruzione secca del rapporto di lavoro dopo 40 anni di servizio con il ricorso ad un ammortizzatore ad hoc fino al pensionamento. Sempre per i dirigenti si sta valutando una riparametrazione verso il basso (in media) delle retribuizio-

NELLE MANI DI BONDI

Il cuore della prima fase è la potatura degli acquisti di beni e servizi dalla quale si attendono non meno di 2,5-3 miliardi

LE CIFRE IN GIOCO

4-5 miliardi

I risparmi

Quelli previsti dal governo per evitare l'aumento dell'Iva e garantire una mini-tranche di risorse aggiuntive ai terremotati dell'Emilia-Romagna. Si parte dalla riorganizzazione dei ministeri e dai tagli agli acquisti di beni e servizi

40

Gli anni di contribuzione

Sono quelli dopo i quali, in base a un'ipotesi di risparmi ulteriori al vaglio dei tecnici, i dirigenti pubblici potrebbero essere esonerati dal servizio (ma non dal rapporto di lavoro) mantenendo l'80% dello stipendio

ni. Un intervento che sarebbe tra l'altro potenzialmente estendibile a tutto il pubblico impiego. Nel menù degli interventi all'esame dei tecnici anche misure restrittive sugli statali. Prima fra tutte un giro di vite sull'utilizzazione dei buoni pasto e un ricorso più massiccio alla mobilità per effetto della definizione delle nuove piante organiche.

Il cuore del piano della prima fase di spending review resta comunque la potatura del variegato pianeta degli acquisti di beni e servizi al quale sta lavorando Bondi. Un'operazione dalla quale sono attesi non meno di 2,5-3 miliardi, che dovrebbe vedere protagonista la sanità: il ministro Renato Balduzzi starebbe valutando una riduzione complessiva di spesa per 1-1,5 miliardi. Oggi il super-commissario dovrebbe presentare al Comitato ministeriale un programma già abbastanza definito di interventi sulla falsariga del cronoprogramma messo a punto all'inizio del mese.

La riunione del Comitato interministeriale servirà anche a fare il punto sulle proposte di tagli arrivate dai ministeri, che in più di un caso appaiono al di sotto delle aspettative. Nella prima fase dovrebbero essere eliminati soprattutto gli sprechi, a cominciare dalle spese per gli affitti degli immobili, mentre in autunno dovrebbe prendere corpo il piano strutturale sul dimagrimento della Pa: riduzione di dipartimenti e direzioni ministeriali e soppressione di enti pubblici e strutture periferiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

ITALIA LONGEVA, NONNI "DOMOTICI"

I nuovi nonni, quelli del 2050, saranno "domotici", utilizzatori del web, efficienti: la conseguenza sarà una migliore qualità di vita, ma servirà ripensare e riorganizzare la sanità. Questa la proposta di Italia Longeva, il network dedicato all'invecchiamento creato da ministero della Salute, Regione Marche e Inrca (Istituto Ricovero e Cura degli Anziani). L'appuntamento iniziale è ad Ancona il 14 e 15 giugno. Casa automatica e informatizzata, bagni e cucine pensate ad hoc, senza barriere architettoniche, sensori per l'emergenza e pericolo, elettrodomestici intelligenti. Miglior controllo sanitario con l'utilizzo della telemedicina e anche magliette con sensori per un continuo check-up. Tra i promotori del grande progetto, Roberto Bernabei, direttore del Dipartimento Scienze Gerontologiche, Geriatriche al policlinico Gemelli di Roma e Niccolò Marchionni, presidente Società Cardiologia Geriatrica, università di Firenze. Info: www.italialongeva.it



«Sforbiciata da 5 miliardi» Ministeri nel mirino di Bondi

A dieta Interni e Difesa. Stretta sulla spesa farmaceutica

Matteo Palo

✽ ROMA

ALTRI TRE miliardi di euro. Tanto dovrà trovare il commissario alla spending review, Enrico Bondi, tra le pieghe dei bilanci delle amministrazioni pubbliche per scongiurare l'ipotesi di aumento dell'Iva a ottobre. Una partita delicata, che si giocherà a partire da oggi, quando il Comitato governativo sulla spending si riunirà per imprimere una brusca accelerazione alla procedura. «Nella nostra società l'unica cosa che crea fiducia è l'esempio concreto, ora dobbiamo avere il coraggio di ridurre gli sprechi». Il ministro per lo Sviluppo economico, Corrado Passera, con questa battuta ieri ha quasi tirato la volata al lavoro che si svolgerà in giornata. Il riferimento era ai costi della politica e alla macchina pubblica. Il messaggio finale risultava oltremodo chiaro: il governo taglierà tutto il possibile. Arriviamo così alla riunione di oggi del Comitato. Che prevede una presenza folta: il premier Mario Monti, il ministro per i Rapporti con il parlamento Piero Giarda, quello della Funzione pubblica Filippo Patroni Griffi, il viceministro dell'Economia Vittorio Grilli, il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Antonio Catricalà e, soprattutto, il commissario Enrico Bondi. Proprio Bondi sarà l'interlocutore principale. L'obiettivo dell'incontro sarà, in sostanza, cominciare a individuare quei cinque miliardi di tagli che saranno oggetto di un decreto dell'esecutivo entro fine giugno. E qui c'è la prima novità. I risparmi, all'inizio, dovevano essere pari a 4,2 miliardi; sono diventati cinque per recuperare i danni portati dal terremoto.

DA DOVE arriveranno tutti questi soldi? In parte dai ministeri: le indiscrezioni parlano

di circa due miliardi pescati nei diversi dicasteri, frutto di sforbiciate e accorpamenti, soprattutto presso quelli a più alta intensità di spesa. Di sicuro un ruolo decisivo lo avrà il ministero dell'Interno, che dovrebbe recuperare qualcosa dalla riorganizzazione delle prefetture. Ma anche al ministero della Difesa, che spende 17 miliardi per il suo funzionamento, sarà chiesto un dimagrimento robusto. Stesso discorso per la Giustizia. Ma questa è solo una parte

del lavoro. Il resto sarà compito di Bondi, che nelle pubbliche amministrazioni rimanenti dovrà andare a pescare altri tre miliardi. Nel mirino, in sostanza, finiranno enti locali, autorità, agenzie, società a totale partecipazione pubblica. Per tutti loro scatterà la mannaia del commissario.

Si cercherà di centralizzare e uniformare le spese, in modo da evitare il paradosso che, ad esempio per la sanità, vede il valore degli acquisti variare spesso di parecchie decine di punti da regione a regione. E proprio dal comparto salute sono attesi risparmi per 1,5 miliardi da qui alla fine dell'anno. Tra le ipotesi di tagli, oltre a quella degli acquisti di beni e servizi, si punta a rivedere anche la spesa farmaceutica.

IL FOCUS

La cifra

Sarà la sanità a svolgere la parte da protagonista nella revisione della spesa pubblica: dal settore sono attesi, da qui a fine anno, un miliardo e mezzo di euro di risparmi

Il fondino

Non dovrebbe essere intaccato il fondino, che per il 2012 vale un miliardo e mezzo, e che finanzia progetti specifici, dalle cure palliative alle malattie rare

Le medicine

Circola l'ipotesi che si possa mettere mano alla spesa farmaceutica: rivedendo al ribasso la remunerazione degli esercizi convenzionati o anticipando le misure sull'industria del farmaco

Soluzioni dalla spesa all'assicurazione Star bene in tempi di crisi

Non poteva mancare tra gli appuntamenti, vista la profondità con la quale il Sanit affronta determinate tematiche, una sezione dedicata alla salute in tempi di crisi. Questo pomeriggio infatti, nella Sala 6 alle 15, ha inizio il convegno organizzato dall'Università Europea di Roma in collaborazione con l'Associazione Italiana Medici Cattolici, dal titolo "Umanizzazione, etica e prestazioni sanitarie in periodo di crisi". Inoltre, di estremo interesse e importanza è l'appuntamento di mercoledì, voluto e organizzato dall'Ospedale Sant'Andrea di Roma. Il convegno, che prevede anche l'accREDITAMENTO ECM per chi lo segue, ha come tema principe: "Prevenzione del suicidio in tempi di crisi". Quattro ore in cui gli esperti del Servizio per la Prevenzione del Suicidio del Sant'Andrea spiegheranno come affrontare l'argomento. Per maggiori info www.prevenireilsuicidio.it. E, sempre per analizzare in maniera lucida e competente ciò che accade intorno a noi e nel nostro ambiente lavorativo, il Mediatore Sanitario iscritto presso il Registro degli Organismi di Mediazione presso il Ministero della Giustizia - Pdg 206, organizza, giovedì alle 10 nella Sala 10, il convegno "Le assicurazioni in sanità: la mediazione ad un anno dall'entrata in vigore del Dlgs. 28/2010". Contemporaneamente, nella

sala 11, si affronterà anche l'argomento dei "Disagi socio sanitari". Fa specie vedere quanti organismi internazionali hanno voluto e partecipato alla creazione di quest'ultimo evento. Tra loro anche Aich Neuromed Ass. Corea di Humington, Ela Italia, Ist. Leonarda Vaccari, Parent Project Duchenne, Aiw Sindrome di Williams, Fshd Italia. Non bisogna tralasciare l'aspetto critico che vivono in questo momento le persone impiegate nel campo sanitario, motivo per il quale è prevista un'ampia affluenza al convegno che giovedì si terrà nella sala 9 alle ore 8, della durata di 10 ore, voluto dal Collegio Ipsavi di Roma, su "La libera professione infermieristica". E, se la crisi è al centro di numerosi appuntamenti, di certo non poteva mancare il lato economico che lega cittadini e salute. Così l'Anaste ha predisposto il convegno sulla "Spesa sociale e spesa sanitaria: quale destino per la non auto sufficienza? Il ruolo dei privati e del terzo settore". Uno spazio è stato dedicato anche alle istituzioni e al loro punto di vista sulla crisi economica e la salute. Appuntamento domani in sala 6 alle 9.45 per il convegno dal titolo "Nutrirsi con prodotti tipici locali: una scelta di economia e salute", organizzato dall'Assessorato alle Politiche agricole e valorizzazione prodotti locali della Regione Lazio - Coldiretti.



Test e ricerche per una sfida che sembra quasi impossibile
 Un nuovo studio analizza le cellule endoteliali per individuare
 specifici biomarcatori. Ma per ora non resta che affidarsi
 a una seria prevenzione, esami specifici e farmaci protettivi

Cuore

Lavori in corso per prevedere gli infarti

GIUSEPPE DEL BELLO

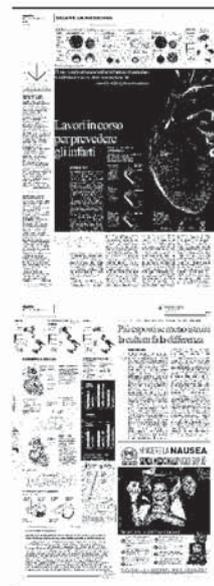
Saperlo prima, per evitare che accada. Finora neanche il più affermato degli indovini ci è riuscito, ma i ricercatori ci provano comunque. Tentano di predire un attacco di cuore per intervenire in tempo. Tra i test in elaborazione, un ruolo fondamentale ce l'hanno i biomarcatori. Uno degli ultimi studi, pubblicato su *Science translational medicine*, ha evidenziato che le cellule endoteliali circolanti nei pazienti colpiti da infarto miocardico sono più grandi e deformi e, spesso, con nuclei multipli. In questo caso, il biomarcatore rivela che è in atto (o c'è stato) un accidente cardiaco, ma non lo predice. «Diagnosticare un imminente infarto è da sempre considerato il Santo Graal della medicina cardiovascolare», osserva Eric Topol, principale autore dello studio e direttore dello *Scripps Translational Science Institute*. «Tra i biomarcatori più utilizzati, le troponine T oppure I», chiarisce Francesco Bovenzi, direttore dipartimento Cardiorespiratorio dell'ospedale

Campo di Marte di Lucca e presidente eletto Anmco, «sono proteine presenti nelle cellule del cuore che servono per la contrazione: la loro presenza nel siero testimonia un danno delle cellule. Recentemente, alcuni metodi di laboratorio riescono a rilevare queste troponine ultrasensibili dopo un episodio di dolore toracico e anche in minime quantità, agevolando così la diagnosi precoce di in-

farto».

Ma perché una malattia acuta delle arterie del cuore è imprevedibile? «Per il fatto che evolve in maniera im-

prevedibile», semplifica Francesco Prati, direttore di Cardiologia interventistica al San Giovanni di Roma, «alcuni pazienti soffrono solo di angina pectoris per molto tempo, mentre altri, meno fortunati, vengono colpiti dall'infarto come prima manifestazione clinica. Non c'è dubbio che l'aver individuato negli anni 50, i fattori di rischio cardiovascolare, rappresenta un traguardo per la cardiologia». Per ora, dunque, non resta che affidarsi alle tecniche diagnostiche che rivelano la salute (o la malattia) delle arterie. L'elettrocardiogramma è il primo esame, ma fornisce solo informazioni generiche del cuore da cui resta escluso lo studio dei vasi. L'imaging invece, cioè la diagnostica per immagini, fa la parte del leone. Si parte da quella non invasiva che consente attraverso l'ecocolordoppler carotideo di "vedere" se ci sono placche nel distretto non coronarico. Da questo momento, può iniziare il primo protocollo di prevenzione che può prevedere anche l'uso di aspirina. Il secondo step di valutazione è rappresentato dalla tac cardiaca, esame che comporta un carico di radiazioni e che in questa fase è meglio prescrivere a pazienti a rischio, come i portatori di placche carotidiche. «L'Oct è invece la tecnica che studia l'aterosclerosi ad altissima risoluzione arrivando ad analizzare persino le componenti

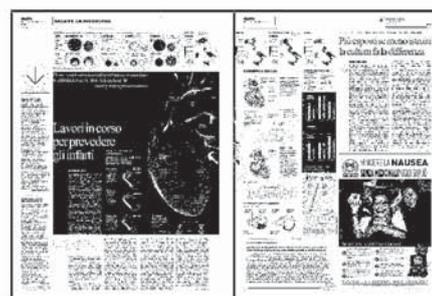
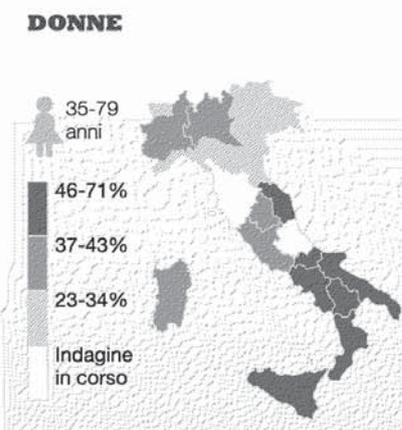
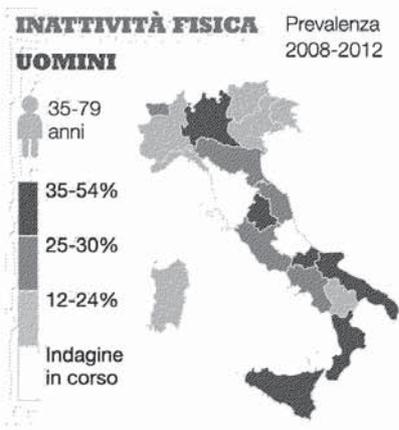
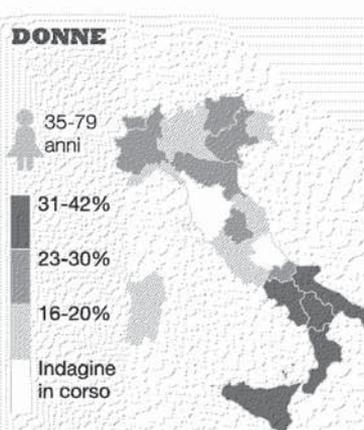
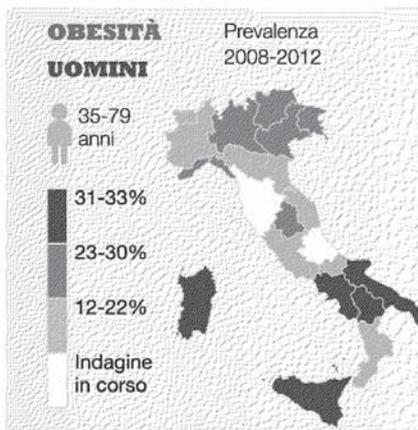
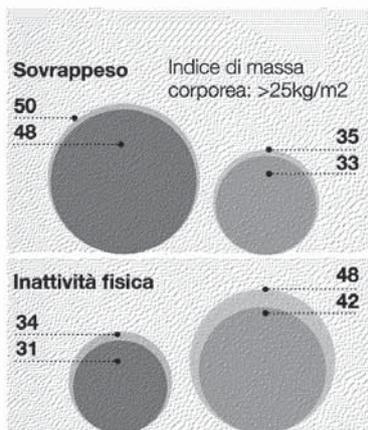
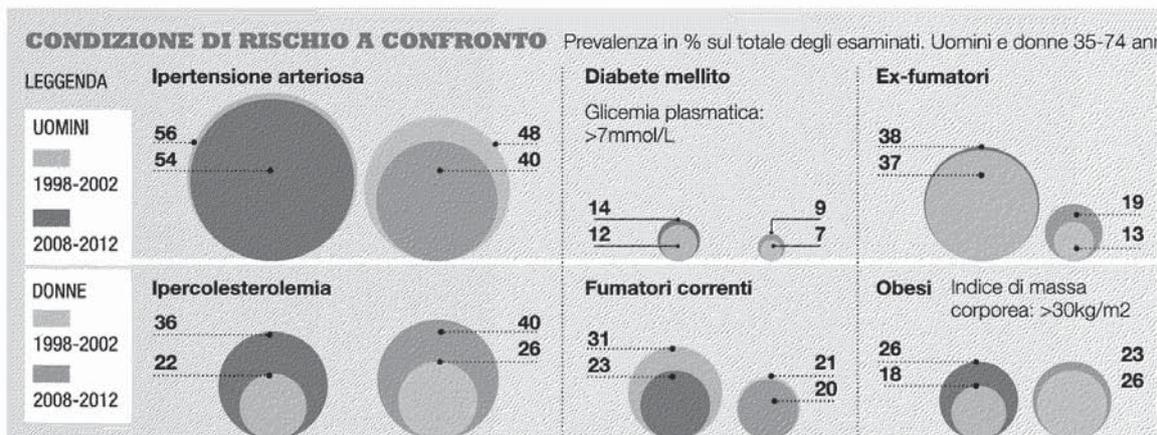


della placche aterosclerotiche responsabili dell'infarto». «La coesistenza di più fattori di rischio aumenta ulteriormente la possibilità di andare incontro all'infarto», aggiunge il docente, «per il ruolo sinergico che possono generare». Eppure, paradossalmente, la loro assenza non azzerava il pericolo-infarto: «Se ci sono, indicano unicamente la probabilità statistica di eventi, ma accade

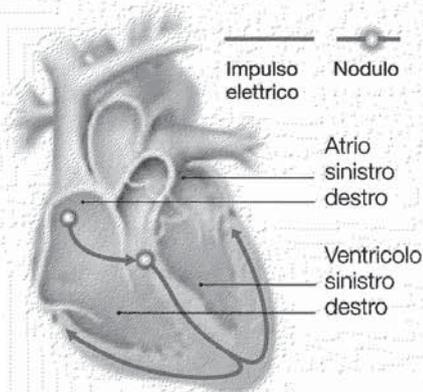
anche che il 30% degli individui colpiti da infarto abbia un solo fattore di rischio. Secondo una teoria che trova molti consensi, sono le placche aterosclerotiche con depositi superficiali di colesterolo quelle più pericolose, in grado di causare l'infarto.

Intanto l'Anmco, l'associazione cardiologi ospedalieri ha presentato la radiografia della salute cardiovascolare degli italiani emersa da

un'indagine svolta con l'Istituto Superiore di Sanità: negli ultimi dieci anni il rischio globale è invariato e si concentra nei ceti sociali meno istruiti (vedi pezzo a fianco, ndr): il colesterolo oltre 240mg/dl è diffusissimo e aumentato in entrambi i sessi, visto che riguarda il 38% della popolazione contro il 24% del 1998-2002.



L'ARRESTO CARDIACO

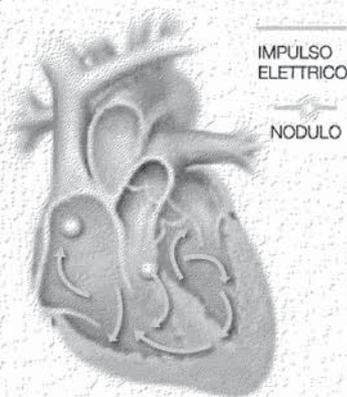
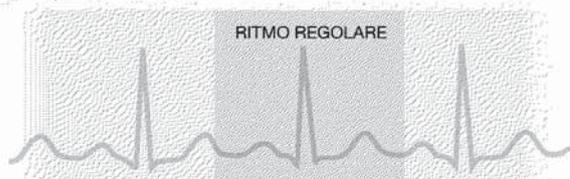
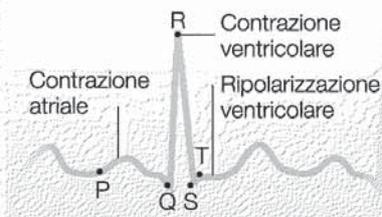


CUORE NORMALE

Genera impulsi elettrici che stimolano atri e ventricoli per pompare sangue in tutto il corpo. Questi impulsi fanno contrarre e rilassare il muscolo cardiaco in modo ritmico

ECG NORMALE

Il ritmo sinusoidale normale, come si vede nell'ECG (elettrocardiogramma), è tra 60 e 100 battiti al minuto



CUORE CON FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE

Le fibre muscolari ventricolari si contraggono in modo irregolari, invece di farlo simultaneamente, quindi il ventricolo non pompa il sangue nelle arterie e nella circolazione sistemica. Può avvenire a causa di un infarto

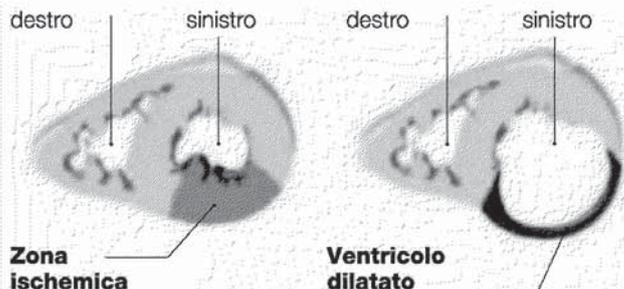
ECG ANORMALE



IL DANNO DOPO L'INFARTO

SEZIONE DEL CUORE

Ventricolo Ventricolo Ventricolo Ventricolo



ISTRUZIONE E FATTORI DI RISCHIO

Elementari/ media inferiore

Media superiore/ laurea

1998-2002

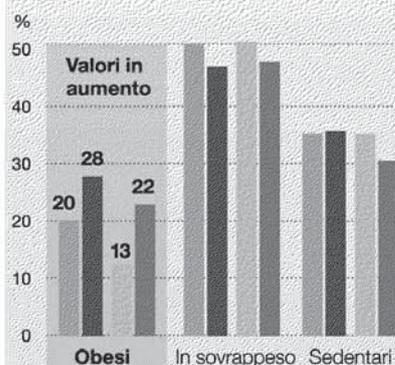
1998-2002

2008-2012

2008-2012

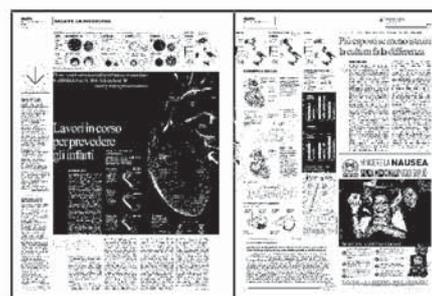
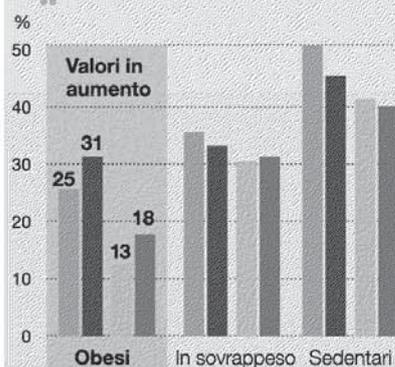
UOMINI

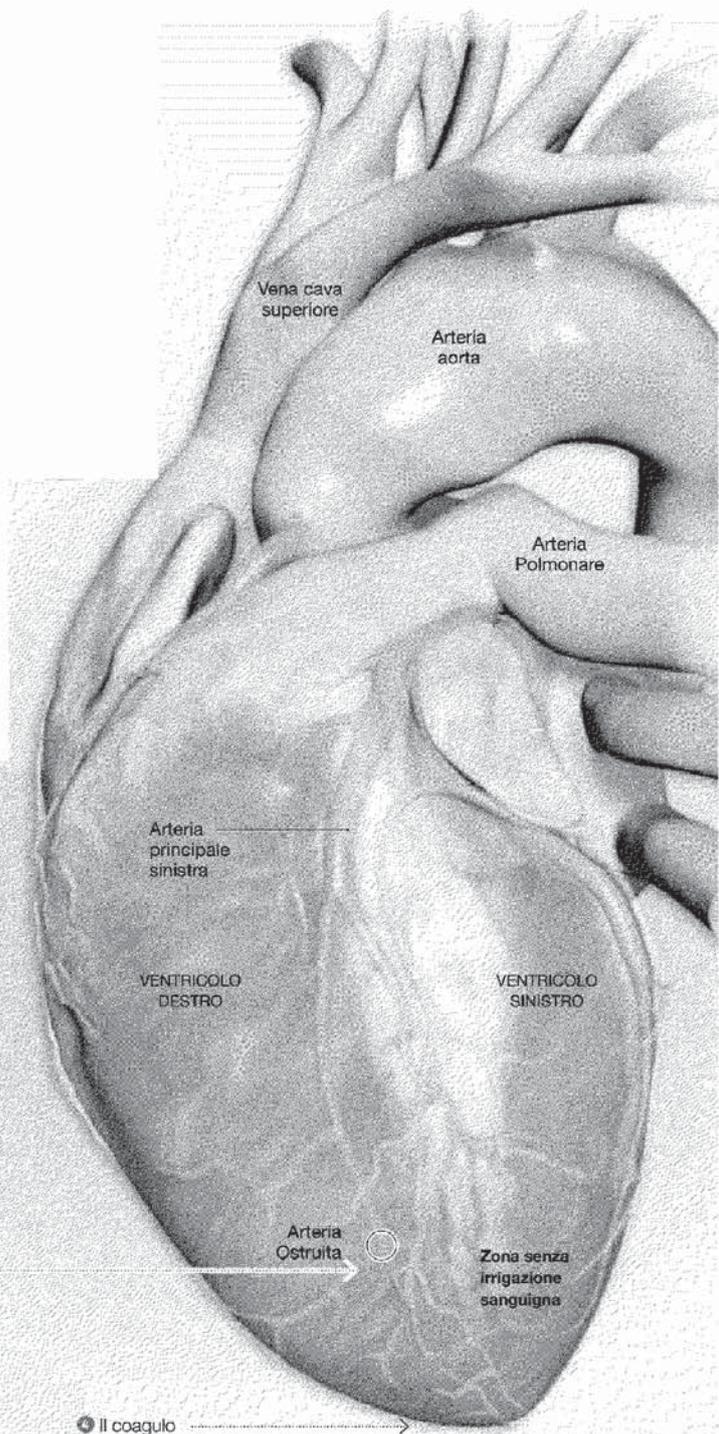
35-74 anni



DONNE

35-74 anni





PERCHÉ AVVIENE L'INFARTO

Si forma un coagulo di sangue all'interno di un vaso con un ateroma. Il coagulo può bloccare il flusso del sangue e provocare l'infarto

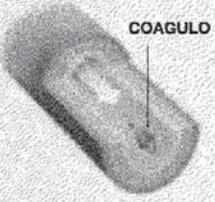
1 Le arterie coronarie sane permettono la normale irrigazione di sangue a tutto il cuore



2 Comincia l'accumulo di grasso (ateroma) all'interno delle arterie coronarie



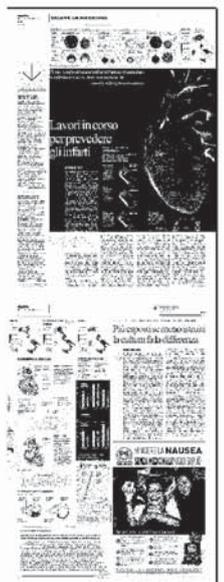
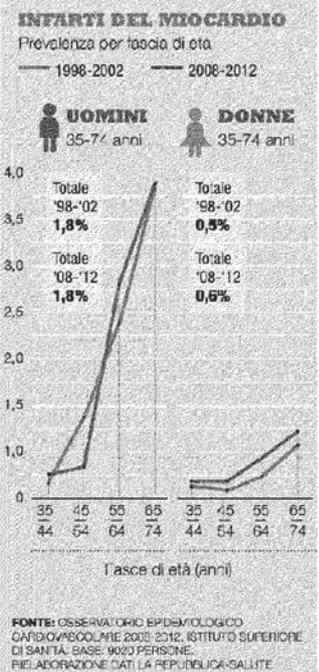
3 L'ateroma si rompe formando un coagulo nella ferita (trombo), quindi l'arteria si ostruisce



4 Il coagulo non permette l'arrivo di sangue alla zona che irriga l'arteria e avviene l'infarto: parte del tessuto muore

*Inchiesta su 175 sopravvissuti. GfK Popar Public Affairs & Media

NUMERO DEGLI INFARTI*



Salute: i più cliccati sono i dispositivi medici

Ad aprire la strada in Europa è stato il ministero della Sanità inglese: il percorso degli open data è iniziato tre anni fa e finora ha portato 895 dataset nel portale della pubblica amministrazione nazionale e locale, Data.gov.uk. Una miniera per costruire servizi destinati ai cittadini, attraverso applicazioni per cellulari e tablet come i pannelli di controllo in grado di misurare e confrontare attraverso grafici la qualità dell'offerta sanitaria locale, mediante indicatori ricostruiti dall'integrazione di open data con informazioni da privati. Anche il National health service britannico ha in cantiere un software che diventerà una porta di accesso per la prenotazione da smartphone di esami clinici.

In Italia ha debuttato da poco il portale di open data del ministero della Salute. I più scaricati da internet sono i dati sui dispositivi medici, con 3.600 download all'inizio di giugno. Ma sono ancora i primi passi. I dataset ospitati nella nuvola informatica diventeranno il punto di partenza per applicazioni software. È un'area aperta anche al settore business to business (b2b): secondo Analysys Mason, una società di consulenza del Regno Unito, tra nove anni saranno 52,7 milioni le connessioni generate da dispositivi di mobile health. All'orizzonte emerge la frontiera del "sé quantificato": alcuni device da indossare rilevano i passi compiuti durante la giornata e stimano le calorie consumate, contribuendo al monitoraggio quotidiano della propria attività. Sono informazioni che possono essere accessibili come open data, in forma aggregata e anonimizzata: vengono riutilizzate per ricerche cliniche al Massachusetts general hospital di Boston e da startup in applicazioni software destinate alla salute.

Lu. D. I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La vivisezione**CAVIE, SCIENZA
E INFORMAZIONE**

In merito all'articolo "Quando le cavie sono necessarie", la Lav vuole sottolineare la soggettività delle informazioni riportate. Nel commento di Guglielmo Pepe si sostiene la sperimentazione animale applicata a malattie degenerative che portano a paralisi pubblicizzando un esperimento svizzero effettuato su ratti, nei quali sono state recise le connessioni nervose spinali. Viene omesso che la malattia nel ratto non è paragonabile a quella insorta naturalmente nell'uomo dove, ovviamente, non vengono recisi i nervi. In secondo luogo, sono da tempo stati evidenziati i limiti del modello animale visto che nello sviluppo di queste patologie sono coinvolti geni chiave che mancano in topi e ratti. È scoraggiante vedere come si cerchi di abituare il lettore alla necessità della vivisezione, tralasciando note pubblicazioni scientifiche che affermano il contrario.

*Michela Kuan (biologa,
resp. naz. Lav Vivisezione)*

Non mi piace la vivisezione, però non sono ipocrita. Nel mio brevissimo commento sostenevo che l'utilizzo del topo-cavia è legittimo se porta buoni risultati nella lotta contro la paralisi degli esseri umani. Gran parte del progresso medico scientifico ha portato con sé il sacrificio di milioni di animali. Oggi però la ricerca è in grado di applicare nuovi modelli e metodi, evitando di ricorrere agli animali. Si faccia quel che si può e si deve, senza pregiudizi né della scienza né degli animalisti. (g. pe.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Piace agli Usa la sanità stile Obama

IL DOSSIER

MARTINO MAZZONIS
NEW YORK

Una compagnia assicurativa conferma le prestazioni della riforma a prescindere dal verdetto della Corte. Molti i temi sociali nella campagna presidenziale

C'è un calcolo che il presidente Obama e i sostenitori più accesi della sua riforma sanitaria hanno fatto quando si sono battuti con le unghie e i denti per farla approvare. È difficile cancellare i diritti di una persona, una volta che questa ha scoperto di averne. Questo calcolo sembra funzionare, almeno in parte per «Obamacare». E così, mentre si attende il verdetto della Corte Suprema sulla costituzionalità della riforma sanitaria voluta da Obama, ieri uno dei più grandi gruppi assicurativi degli Stati Uniti, *UnitedHealthCare*, ha annunciato che, qualsiasi sia il verdetto dei giudici costituzionali, manterrà alcune garanzie contenute nella legge. I nove milioni di assicurati dalla compagnia continueranno ad usufruire della medicina preventiva, potranno continuare ad iscrivere nella loro polizza i figli fino a 26 anni, non potranno essere scaricati quando si ammaleranno - a meno che non abbiano mentito al momento di stipulare la polizza - e infine non avranno un tetto massimo di spese da farsi rifondere. Un elenco che può sembrare un po' astruso al cittadino italiano medio, che dà battaglia agli sportelli delle Asl ma tutto sommato gode del diritto alle cure mediche. Traduciamolo: negli ultimi anni il numero di americani sotto i 26 anni che hanno una assicurazione medica è cresciuto in maniera costante. Mentre di frequente le famiglie finivano in rovina se un loro membro si ammalava di una malattia grave e costosa da

curare (una visita specialistica può costare tranquillamente 500 dollari). Il tetto massimo implica che se qualcuno si ammalava e sopravvive per anni, le assicurazioni non potranno mai smettere di pagare le sue cure. L'assicurazione ora continuerà a garantire anche i servizi di pianificazione familiare (contraccezione e aborto), un aspetto della legge che ha fatto infuriare la chiesa cattolica e che rimane al centro di una controversia aspra tra amministrazione Obama e vescovi americani.

L'annuncio di *UnitedHealthCare* segnala che quella parte della legge che è entrata già in vigore, è popolare tra i suoi assistiti. Si tratta della "Carta dei diritti del paziente" mentre le sezioni più complesse e strutturali - ad esempio l'assicurazione obbligatoria per tutti - diventeranno regola un poco alla volta. Un peccato, perché su quelle i repubblicani potranno continuare a fare retorica senza che i cittadini abbiano potuto davvero capire come funzionano prima di andare a votare a novembre. Naturalmente, sia che la Corte Suprema mantenga la legge di riforma sanitaria così com'è, sia che la cancelli del tutto, il tema sarà oggetto di dibattito a partire dal giorno in cui verrà resa pubblica la sentenza. Il tema è enorme e avrà ricadute sul bilancio federale. Che in ogni caso ci saranno. In teoria al verdetto non mancano molti giorni.

DIRITTI SINDACALI E WELFARE

Quello della sanità non è l'unico tema legato al welfare e ai diritti che attraverserà la campagna elettorale. Certo, l'economia continuerà a farla da padrona: una volta tanto per la politica americana Obama e Romney presentano due visioni diverse. Solo la scuola, probabilmente, non sarà oggetto di scontro: l'amministrazione Obama ha investito molto nell'istruzione ed ha introdotto forme di competizione tra gli Stati per ottenere i fondi federali, aumentando la pressione sugli insegnanti perché migliorino la qualità del loro lavoro. Sono scelte fatte con equilibrio che non hanno fatto infuriare i sindacati ma che non possono essere definite di sinistra. A dire il vero,

Romney in passato ha elogiato le scelte del presidente in materia di istruzione per poi, dopo essere diventato il suo avversario, sostenere che sono sbagliate. Per parlare a tutti e ciascuno occorrerà anche riferirsi al tema del debito degli studenti. Una potenziale bomba a orologeria: masse di giovani si sono indebitati con le banche, spesso per centinaia di migliaia di dollari e non è affatto detto che riescano a restituire quanto devono. I salari sono scesi anche ai piani alti del mercato del lavoro, quelli dove finiscono i laureati nelle università migliori e più care.

Altro tema di scontro e di differenze nette è quello del ruolo del pubblico e dei diritti sindacali. Nei giorni scorsi in Wisconsin si è votato per il governatore che ha colpito duro i sindacati del settore pubblico. E Scott Walker, uomo del Tea Party, ha rivinto. Un pessimo segnale. Il tema del ruolo del pubblico e della presenza dei sindacati divide. Romney prova a contrapporre il lavoratore bianco in difficoltà al garantito - spesso appartenente alle minoranze - del pubblico. Obama deve difendere il ruolo di infermieri, maestri, vigili del fuoco, poliziotti. E il loro diritto a fare sindacato. È una battaglia difficile: i sindacati dei settori tradizionali perdono peso e non sono popolari. Ma sono anche una colonna portante del voto democratico. Convincere gli americani che il pubblico non è il male assoluto è cruciale per il presidente. Come sosteneva ieri sul *Washington Post* E. J. Dionne, importante *columnist* americano, la vittoria di Walker è il frutto della timidezza dei democratici nel difendere con forza quelle che dovrebbero essere le loro idee. Dopo il trionfo del reaganismo non hanno avuto questo coraggio. Il 2012 potrebbe essere un'occasione.



SALUTE

Per il 90% di pazienti e familiari è importante comunicare le storie anche sul web. Nuove ricerche dopo l'iniziativa su "Repubblica.it"

Se un racconto migliora malato e medico



MAURIZIO PAGANELLI

importanza di raccontarsi per malati e familiari è straordinaria: lo è per nove persone su 10, interpellate nella ricerca Gfk Eurisko per Pfizer nell'ambito della campagna "Viverla tutta". Su 2134 intervistati, rappresentanti della società italiana, l'86% ritiene importante parlare e raccontare o confrontarsi quando si soffre per una malattia; e il 90% sia dei malati che dei familiari (caregiver) pensa sia utile uno spazio web dove raccontare la propria esperienza. Ora è attiva, si trova su www.viverlatutta.it. Si tratta della pratica continuazione di ciò che è avvenuto per alcuni mesi, con un incredibile numero di storie e passaggio di esperienze, su repubblica.it e RSalute con la ricerca-questionario di medicina narrativa realizzata in collaborazione con il laboratorio della Asl 10 di Firenze (Stefania Polvani), l'Istituto Superiore di Sanità-centro malattie rare (Domenica Taruscio) e l'European Society for health and medical sociology.

Lo studioso Daniel Dennett l'aveva

segnalato nei suoi libri sulla mente umana: «La nostra (degli umani) tattica fondamentale di autopromozione, autocontrollo e autodefinizione è quella di raccontare storie e più in particolare collegare e controllare la storia che raccontiamo agli altri e a noi stessi su chi siamo». La medicina narrativa, basata su racconti, ascolto e relazione, ora prova il salto decisivo: cerca di porre le evidenze, intese come prove scientifiche, alla base di nuovi approcci clinici intrecciati alle cure tradizionali. Lo testimoniano due recenti convegni: il primo dell'Istituto Superiore di Sanità sulle malattie rare (presente anche un "padre" della medicina narrativa, Brian Hurwitz) e il secondo promosso dalla Fondazione Istud, istituto di studi-business school, per presentare il libro *Medicina narrativa per una sanità sostenibile*. Secondo Maria Giulia Marini, dell'Istud, la medicina narrativa «è democratica e ricomponi i saperi; ha detto bene Ermanno Paternò della Fondazione Pfizer: nei clinical trial le aziende si concentrano sul singolo organo o apparato; qui invece si accoglie la persona in toto. Ma riguarda tutti: malati, familiari, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali».

Una visione riduzionista relega la medicina narrativa nella dimensione del "buon ascolto" e del rapporto medico-paziente. Il vero salto qualitativo è sulla ricerca e l'efficacia terapeutica. I ricercatori Lorenzo Moja e Isabella Alessandrini, nel libro citato, parlano del rischio che corre la medicina narrativa per un'accettazione acritica; in primis, legare in termini di causa-effetto un certo intervento a certi esiti (positivi). E ricordano: «Le implicazioni cau-

sali non si possono accertare con metodologie qualitative... tutto va dimostrato con studi clinici randomizzati». Così nella cosiddetta "piramide delle evidenze" c'è differenza tra ricerca quantitativa e qualitativa (entrambe importanti), e va individuato dove la raccolta di storie personali può ben convivere con il "salto statistico", il passaggio da individuo a numero. Così appare l'esperienza della "cartella clinica parallela" (storie e annotazioni sui pazienti), la ricerca Antares su malati con Spina bifida e quella sugli obesi, raccontati analizzati secondo l'approccio psicoterapeutico dell'Analisi transazionale (il "copione"). E poi lo studio inglese sugli epilettici molto legato al miglioramento dell'aderenza alla cura (e la Lega italiana, Lice, scopre la narrazione e lancia il premio "Raccontare l'epilessia"). E anche sul dolore, dove, al recente congresso europeo di Copenaghen dell'Efic, lo studio italiano dell'Istud è stato rilanciato e allargato ad altri Paesi.

Se nelle malattie rare le parole del malato o di un familiare diventano essenziali nello scoprire differenze e fare nuove diagnosi, e nelle malattie croniche è l'aderenza alla cura e la guarigione che si può verificare, l'organizzazione sanitaria e la formazione dei medici non potranno non essere "contagiati" e trasformati dalla narrazione. «Basta utilizzare corrette metodologie e misurare gli esiti», ripete senza stancarsi Maria Giulia Marini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Internazionalizzazione. Da oggi missione B2B di cinque giorni tra Lazio e Marche di una delegazione degli Emirati Arabi

Shopping degli emiri in Italia

Quattro i settori nel mirino: **farmaceutica**, moda, energia e agroalimentare

GLI INCONTRI

Coinvolte da Invitalia
26 aziende che puntano
a partnership e joint venture
Ad Ancona forum economico
con i Paesi del Golfo



Francesco Benucci

ANCONA

■ Ufficialmente di calcio non si parlerà perché al momento non interessa. Ai tifosi delle squadre italiane più volte avvicinate agli interessi di emiri e sceicchi - dal Napoli al Palermo fino al Milan - non resta che continuare a sognare. La delegazione degli Emirati Arabi capitanata dal ministro dell'Economia, il sultano Bin Saeed Al Mansoori, che sbarca stamane in Italia per una missione di cinque giorni a caccia d'affari soprattutto tra Lazio e Marche punta solamente a quattro settori ben definiti: **farmaceutica**, moda, energia e agroalimentare.

Ma non è escluso che qualche domanda a tema rimbalzerà tra una visita qualche stabilimento e un incontro B2B. Soprattutto, forse, quando il plotoncino proveniente dagli emirati varcherà i cancelli della **Tod's** della famiglia Della Valle, proprietari, tra l'altro, anche della Fiorentina. Nella delegazione, infatti, oltre a ministri, esponenti di governo, imprenditori e manager, figura anche una pattuglia di rappresentanti del **Khalifa Fund**, uno dei fondi d'investimento più importanti al mondo, che è presieduto dallo sceicco Mansur Bin Zayed Al Nahyan, il patron, tra le altre cose, del Manchester City neo campione di Inghilterra.

La missione che inizia stamane a Roma è carica di aspettative. Il

gruppo (45 persone divise in tre gruppi: amministratori, imprenditori e politici) farà la spola per l'intera settimana fra Lazio e Marche con l'obiettivo d'intensificare i contatti e verificare la possibilità di mettere a punto veri e propri progetti di investimenti in settori d'eccellenza. Al Mansoori, dopo aver ricevuto la cittadinanza onoraria di Roma e prima di incontrare nella serata di oggi il presidente della Regione Lazio Renata Polverini all'Auditorium per un gala dinner, incontrerà anche il ministro dello Sviluppo, Corrado Passera.

La missione "incoming" è organizzata da Invitalia e in particolare dal suo presidente Giancarlo Innocenzi. E s'inserisce in un progetto di collaborazione fra Italia ed Emirati avviata due anni fa, quando l'allora ministro Paolo Romani decise di rilanciare la commissione ad hoc tra le due aree affidandone il coordinamento proprio a Innocenzi. Uno il vincolo: organizzare ogni sei mesi incontri di scambi commerciali. E così, dopo la prima tappa di fine 2011 a Verona, ecco il secondo appuntamento che si consuma anche nelle Marche non solo per la presenza di numerose aziende del fashion, ma anche perché ad Ancona e sulla Riviera del Conero dal 14 al 17 giugno ci sarà il **Marche Endurance Lifestyle 2012**, il forum economico tra Italia e Paesi del Golfo che si concluderà con un torneo di ippica al quale ha assicurato la presenza il primo ministro degli Emirati Al Maktum.

Ventisei sono le aziende italiane partecipanti agli incontri con la delegazione degli Emirati e che ora puntano a nuove partnership e joint venture. Diversi i nomi di spicco coinvolti. Nel settore della moda, per esempio, sono previsti incontri con maison come **Renato Balestra, Sarli e Gattinoni**. Nel fo-

od con **Montebovi, Gentilini, Consorzio Kiwi Pontino** e Centro agroalimentare Roma. Nelle energie rinnovabili con **Acquaser-Acea, Medenergy, Enel Green Power e Ducati Energia**. E nel settore healthcare con **ABC Farmaceutici**. Nelle Marche, nello specifico, la visita della delegazione si concentrerà sul distretto navale, della domotica e sulle principali infrastrutture logistiche. Gli emiri dovrebbero fare una visita - trape-la - anche al gruppo Tod's.

«L'interesse di questa delegazione - spiega Innocenzi - è per settori o a forte contenuto di tecnologia o nella tradizione del made in Italy. Non si tratta solo di voglia di investire nel nostro paese, ma di favorire anche le nostre aziende che vogliono investire negli Emirati. **Invitalia** si sta molto concentrando per far conoscere quei mercati alle Pmi italiane che hanno grande qualità, capacità, fantasia, tecnologie, ma che scontano la debolezza dimensionale». Su alcuni progetti i contatti fra Italia e Emirati potrebbero procedere speditamente, secondo Invitalia. In particolare, nel Lazio, l'attenzione della delegazione sarà concentrata sulla produzione di un farmaco per combattere il diabete, una malattia molto diffusa negli Emirati Arabi Uniti. L'Università di Tor Vergata, infatti, ha recentemente messo a punto un progetto che riguarda la sperimentazione di un farmaco per la cura di questa patologia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il fenomeno Le famiglie sono spesso compiacenti purché i ragazzi accedano a un'università prestigiosa

Le pillole per essere i primi della classe Gli esami «dopati» nei licei americani

Uno studente su quattro ricorre ai **farmaci**, ricette facili per procurarseli

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK — Studenti che, oltre a consegnare il telefonino prima dell'esame, alla fine si sottopongono a un controllo antidoping, come i calciatori a fine partita? Impensabile, certo. Eppure in America c'è chi si sta convincendo che, senza misure radicali come un test delle urine, sia ormai impossibile arginare il crescente ricorso degli studenti, soprattutto liceali, alle anfetamine e ad altri **farmaci** capaci di migliorare il rendimento scolastico.

Nelle scuole li chiamano il «biglietto d'oro» (*golden ticket*): il passaporto per entrare nelle università più esclusive d'America dopo aver superato brillantemente gli esami. Non è un fenomeno nuovo, né solo americano: è dagli Anni 80 che i medici si chiedono se prescrivere queste pillole a ragazzi con qualche problema di apprendimento ma non affetti da forme gravi di ADHD, la sindrome da deficit d'attenzione e iperattività. E, dal Ritalin all'Adderall, i **farmaci** sotto accusa esistono da molto tempo. Ora, però, alcune inchieste dimostrano che la diffusione del fenomeno sta diventando impressionante: 21 milioni di ricette nei soli Stati Uniti dove in molti istituti più di un quarto degli studenti ricorre saltuariamente alle pillole stimolanti. Nelle scuole più competitive a farne uso è addirittura la maggioranza dei ragazzi, impegnati allo spasimo per conquistare i voti che aprono le porte delle accademie della Ivy League: quelle che, in teoria, ti mettono in «pole position» per un lavoro ben retribuito.

Un'indagine a campione condotta di recente dal Cnr stima che in Italia siano 150 mila, il 6 per cento circa, gli

studenti di 15-19 anni che fanno uso di tranquillanti e stimolanti. E in Cina, come ha raccontato un mese fa sul *Corriere* Marco Del Corona, è diventato uno scandalo nazionale il caso della scuola più competitiva nella quale gli studenti non si limitavano a impasticcarsi ma, addirittura, studiavano in classe con un ago piantato in vena e la flebo di amminoacidi appesa sulla testa.

In America non si vede nulla di così estremo, ma il mix di assuefazione culturale, pressione sui medici, sottovalutazione dei rischi clinici, nuovi ritrovati farmaceutici, crea una situazione assai preoccupante.

Ad esempio gli stimolanti, che prima dovevano essere assunti di continuo, anche in classe, con relativi imbarazzi, ora sono disponibili in formulazioni a rilascio graduale: una pillola prima di uscire di casa e si rimane lucidissimi per tutto il giorno. Come procurarsela? Da medici compiacenti, si sa. Ma c'è anche un fiorente commercio scolastico: un'inchiesta del *New York Times* racconta le storie di studenti affetti da sindrome ADHD (o che dichiarano di averne i sintomi solo per farsi prescrivere i **farmaci**) che vendono tutte o parte delle loro pillole ai compagni. È un reato, non diverso dallo spaccio di droga, ma nessuno sembra accorgersene. Decine di studenti hanno risposto senza problemi al sondaggio del quotidiano, chiedendo solo di non essere identificati col loro vero nome.

A volte i genitori, che hanno investito tutte le loro risorse negli studi dei figli e li vogliono vedere a tutti i costi in un'accademia di rango, sono consa-

pevoli che la partita viene giocata «con le carte truccate». Altre volte ignorano tutto: i ragazzi scoprono da soli, grazie a un amico, che basta una pillolina per ottenere un risultato brillante agli esami senza doversi dannare l'anima sui libri.

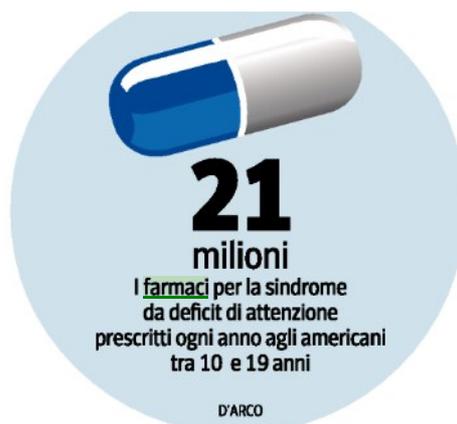
Questi «turbostudenti» falsano il sistema meritocratico sul quale si basano le selezioni nelle scuole Usa e si espongono a gravi rischi per la loro salute. I ragazzi del «fai da te» (la maggioranza, stando ai sondaggi) aumentano le dosi quando vedono che l'efficacia del farmaco comincia a ridursi. Si espongono così a crisi di insonnia, inappetenza, comportamenti aggressivi. A volte si arriva alla crisi cardiaca.

Sembra di rileggere storie di doping nello sport fatte di ignoranza, calcoli sbagliati, timore di essere superato dal ciclista più dopato di te. E non si tratta solo di sport: in una società nella quale molti musicisti usano i betabloccanti per avere più sprint nei concerti, e c'è sempre una pillola per stare svegli, per dormire, per divertirsi, per fare sesso, è difficile convincere i giovani a tenere lo studio fuori da questo meccanismo infernale: «Per un medico che prescrive il Viagra certificando disfunzioni erettili inesistenti, è poi difficile rifiutare un farmaco della concentrazione a uno studente in difficoltà» avverte sull'*Huffington Post* Lawrence Diller, docente di pediatria comportamentale della University of California.

E il fenomeno, dicono gli esperti interpellati dal *Los Angeles Times*, diventerà ancor più pericoloso col diffondersi dei **farmaci** di nuova generazione contro la demenza senile, ancor più potenti di quelli per l'ADHD.

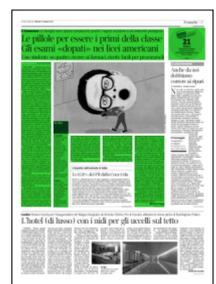
Massimo Gaggi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



21
milioni
I **farmaci** per la sindrome da deficit di attenzione prescritti ogni anno agli americani tra 10 e 19 anni

D'ARCO



SALUTE

Il convegno

Per l'artrite reumatoide una diagnosi tempestiva

NASELLI

Artrite reumatoide

La diagnosi tempestiva, entro 12 settimane dai primi

sintomi, può evitare che la malattia si cronicizzi

Le novità dal congresso di Berlino e le "early clinics"

Dolore e gonfiore quando è d'obbligo correre dal medico

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

Più comprensione dei meccanismi della malattia — l'artrite reumatoide — scelta più appropriata dei farmaci, sviluppo di biomarker molecolari in grado di individuare il farmaco più adatto. Ma, soprattutto, diagnosi rapidissima. Solo se si arriva entro le 12-14 settimane dalla comparsa dei primi sintomi, infatti, si ha la possibilità di rendere la malattia reversibile. Tre mesi o poco più, un intervallo veramente breve se si considera da un lato la sottovalutazione del paziente stesso, dall'altro la propensione, anche del medico curante, a ricorrere ad antidolorifici o antinfiammatori prima di ricorrere al reumatologo. Una perdita di tempo — in media si arriva alla diagnosi dopo anni — che rende la malattia cronica e più difficilmente trattabile.

L'obiettivo invece — hanno ribadito gli oltre quindicimila esperti riunitisi a Berlino per il congresso Eular (Lega europea contro il reumatismo) — è arrivare alla diagnosi il più precoce-

mente possibile. «È lo scopo delle *early clinics* — spiega Gianfranco Ferraccioli, ordinario di Reumatologia alla Cattolica di Roma — che lavorano a stretto contatto con i medici curanti, sensibilizzandoli sul fattore tempo. Ce ne sono una ventina in tutta Italia, raggruppate nel Gisea. La nostra clinica, che tiene i contatti con i medici di base, è in grado di visitare, procedere ad esami del sangue ed ecografici e arrivare a una diagnosi in sole 72 ore. È importante che il paziente non perda la finestra di tempo per agire: se per più di 15 giorni due articolazioni sono gonfie e dolenti, bisogna rivolgersi al reumatologo».

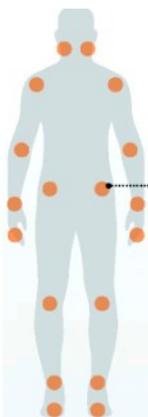
Intervenire tempestivamente ha un doppio vantaggio: il malato non diventa cronico e il sistema sanitario risparmia. «L'individuazione precoce — continua Ferraccioli — consente il trattamento con farmaci tradizionali (metotrexate, costo 50 euro annui) e ottengono una remissione della malattia nel 50 per cento dei casi. Negli altri pazienti di può usare un farmaco biologico (costo diecimila euro annui) per un periodo limitato di sei mesi. Se il malato resta senza sintomi

ed è negativo agli ultrasuoni si sospende il biologico e si continua con il farmaco tradizionale e si mantiene la remissione».

Il passo successivo è individuare i biomarker che, secondo William Robinson, della Stanford university — saranno l'unica chance per arrivare a una terapia low cost e massimizzare l'efficacia del farmaco biologico. E a Berlino sono stati presentati i risultati preliminari (12 mesi) dello studio Ample in fase III (646 pazienti, durata due anni) che mette a confronto due farmaci biologici per il trattamento dell'artrite reumatoide. Secondo lo studio abatecept sottocutaneo e adalimumab, in combinazione con metotrexate, hanno efficacia analoga, misurata con la progressione radiografica della malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





COS'È

È una malattia infiammatoria cronica. Colpisce prevalentemente e in modo simmetrico le articolazioni, ma anche tendini, sinovia, muscoli, borse ed altri tessuti

LE LESIONI

L'artrite reumatoide coinvolge spesso le piccole articolazioni di mani e piedi

SINTOMI

- Dolore e gonfiore alle articolazioni
- Sensazione di calore locale
- Rigidità articolare
- Limitazione nei movimenti

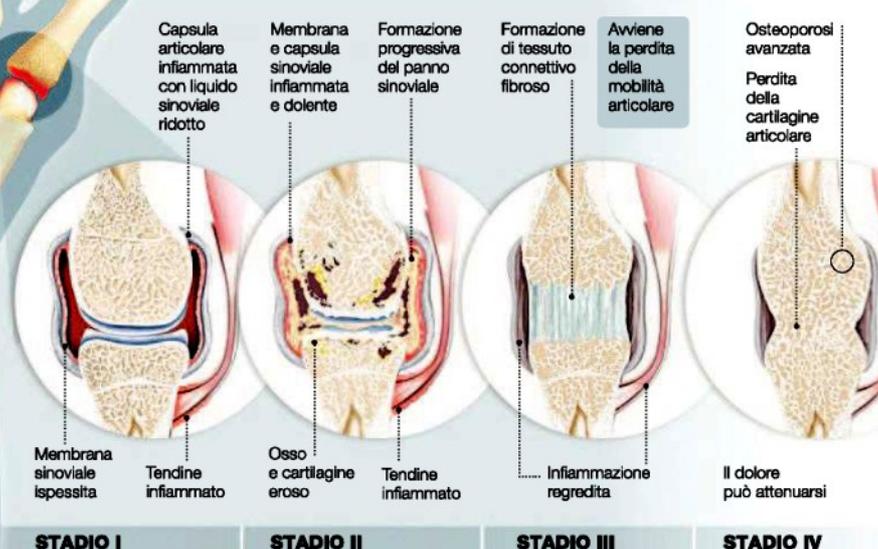
2 anni

trascorrono tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi della malattia



GLI STADI DELLA MALATTIA

Il decorso può presentare fasi di acutizzazione o regressione



INFOGRAFICA PALLASIMONETTI

FONTI: REVISIONE DEI CONTENUTI
LUCA BRAGHIROLI / FABIO LOCISPO