

**TRAPIANTI BEFFA**

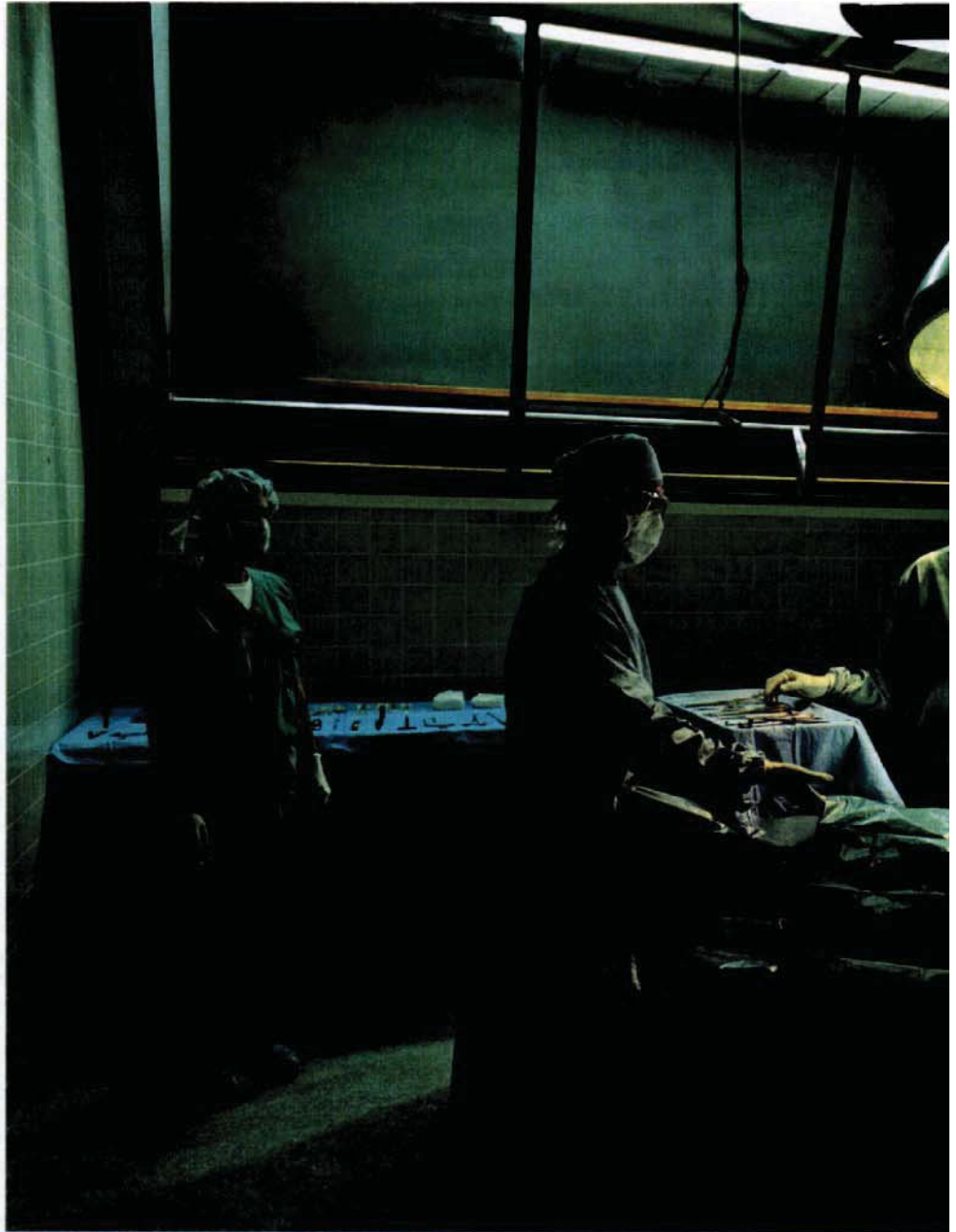
POCHI I REPARTI DI ECCELLENZA.

TANTI I MALATI E GLI SPRECHI **p.108**

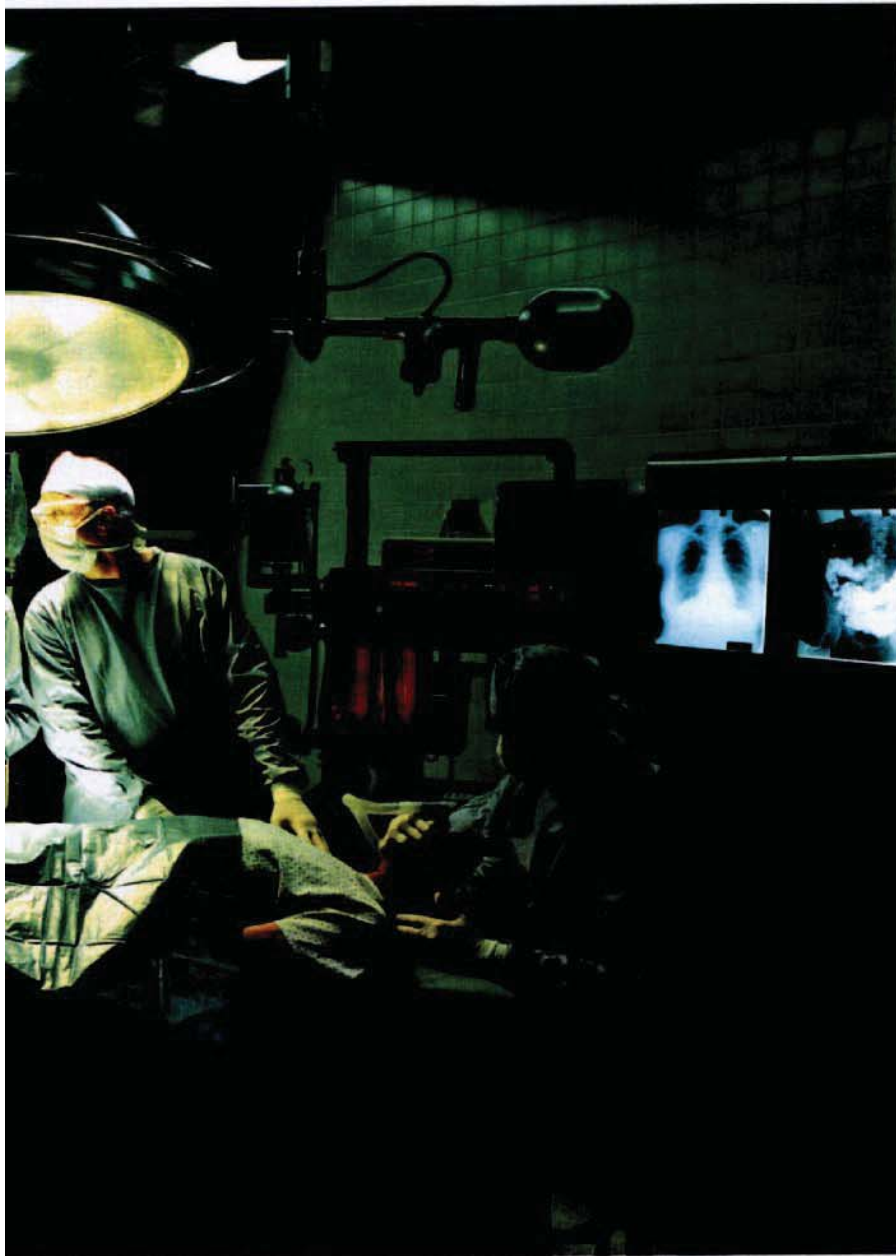


**In Italia quasi un terzo dei centri dedicati dovrebbe chiudere. Perché non rispondono ai criteri internazionali. Così si mettono a rischio i pazienti e si buttano soldi**

DI IGNAZIO MARINO



# Allarme TRAPIANTI



CHIRURGI IN SALA OPERATORIA.  
A SINISTRA: IGNAZIO MARINO

donazioni, non è mai diventato realtà? E come mai le donazioni di rene da vivente non sono mai decollate, nonostante gli ottimi risultati clinici di questo trapianto e la positiva esperienza maturata da altri Paesi? Sono i misteri di un'Italia recalcitrante ai cambiamenti e troppo poco omogenea nella sanità come nella cultura della donazione. Molti passi avanti sono stati fatti, ma le disparità territoriali restano macroscopiche: si passa dalla Toscana, prima in Italia e seconda al mondo dopo la Spagna per numero di donazioni, con 46 donatori per milione di abitanti, per cadere ai miseri 11 di Umbria e Campania. I trapianti sono un settore strategico della sanità e per questo si dovrebbero sostenere le donazioni nelle zone più deboli trasferendo competenze e know how dalle regioni migliori. Ci sono situazioni estreme, come quella del Policlinico Umberto I di Roma dove nel 2011 sono stati individuati circa un terzo dei donatori di tutto il Lazio, a fronte di una struttura fatiscente e condizioni di lavoro massacranti. Un risultato positivo, reso possibile solo grazie all'impegno degli operatori sanitari che, in alcune circostanze, sono anche stati addirittura aggrediti dai parenti costretti a bivaccare per giorni nei viali dell'ospedale senza alcun comfort, in attesa di notizie. Questo per quanto riguarda il versante donazioni.

Se si osserva, però, l'altra sponda del fiume, quella dei centri trapianto, le acque appaiono comunque torbide. Nel 2011 i trapianti in tutt'Italia sono stati poco meno di 3 mila, a fronte di circa 9 mila pazienti in attesa, ma analizzando i dati del Centro nazionale trapianti (Cnt), ci si accorge come su 1.539 trapianti di rene circa 800 sono stati eseguiti al Nord, 400 al Centro e solo 280 nelle regioni meridionali. Per quanto riguarda il fegato poi dei circa mille trapianti eseguiti, metà si sono concentrati al Nord, 350 al Centro e 150 nel Sud. Queste discrepanze sono dovute al minor numero di centri al Sud ma anche ai pochi trapianti che vi si eseguono e ciò evidenzia un problema molto grave per quanto riguarda l'equità in un sistema sanitario pubblico che si dice univer- ▶

**L'**Italia è tra i primi Paesi in Europa nelle donazioni di organi. Evviva. Peccato che le donazioni siano stagnanti dal 2006, con variazioni minime come dimostra l'aumento di soli diciotto donatori nell'ultimo anno. Certo anche una sola donazione in più è una buona notizia perché, come è scritto nel Talmud, «chiunque salvi una vita salva il mondo intero». Questo vale per i chirurghi dei trapianti ma soprattutto per tutti i malati che grazie a un nuovo or-

gano ricominciano a vivere, eppure, a guardare il sistema nel suo complesso c'è poco da stare allegri.

La legge sulla donazione degli organi del 1999 si basava sul principio del silenzio-assenso ed è rimasta in buona parte inapplicata. La norma prevedeva, infatti, che in assenza di una esplicita opposizione alla donazione, si potesse procedere al prelievo degli organi informando i familiari della persona deceduta, ma sollevandoli da questa difficile decisione. Come mai tale automatismo, che avrebbe probabilmente permesso di accrescere in maniera esponenziale le

## Scienze

sale. Significa che un ammalato di cirrosi epatica piemontese ha ottime probabilità di curarsi e continuare a vivere, mentre se abita in Calabria o in Puglia è meglio che pensi a traslocare.

Veniamo al secondo punto dolente: come è possibile che siano considerati con gli stessi criteri, in quanto a risorse pubbliche investite, personale medico impiegato e dotazioni tecnologiche, il centro di Torino che nel 2011 ha eseguito 137 trapianti di fegato e quello di Genova con i suoi 11? Le linee guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2002 parlano chiaro: «Per assicurare la qualità dei programmi clinici, gli stan-

dard minimi di attività annuale sono individuati rispettivamente in 30 trapianti di rene da cadavere, 25 trapianti di fegato, 25 trapianti di cuore». I controlli spettano alle regioni che, nel caso in cui un centro non raggiunga il numero minimo e il livello medio di sopravvivenza dei pazienti, revocano l'autorizzazione ai trapianti. In teoria. Nella realtà, invece, su 43 strutture per il trapianto di rene ben 16 non hanno superato la soglia dei 30 trapianti annui. Nel caso del cuore solo tre centri su 16 hanno superato il numero minimo, mentre per il fegato, su 22 centri otto non hanno raggiunto il traguardo dei 25 interventi l'anno.

### Servono più organi

**I cittadini maggiorenni residenti in Umbria potranno esprimere all'anagrafe, nel momento del rilascio o del rinnovo della carta d'identità, la propria volontà rispetto alla donazione degli organi. È quanto prevede un progetto pilota che sarà avviato in Umbria per incrementare il numero di persone che esprimono ufficialmente il proprio consenso, oppure rifiuto, alla donazione. La dichiarazione, che avrà valore legale, sarà annotata sul documento e registrata nel sistema informativo gestito dal Centro nazionale trapianti. Attualmente, tenendo conto che la norma sul silenzio-assenso contenuta nella legge non è mai entrata in vigore, la volontà alla donazione si può esprimere in quattro modi diversi: compilando un modulo che si richiede alla Asl, firmando un documento dell'associazione italiana donatori (Aido), firmando il tesserino blu del donatore o anche scrivendo la propria volontà su un qualsiasi foglio datato e firmato. In assenza di una volontà espressa, la decisione viene, in genere, affidata ai familiari. L'idea da cui nasce il progetto pilota è di ampliare l'informazione e la consapevolezza dei cittadini rispetto ad una scelta importante e, dal momento che prima o poi tutti hanno necessità di rinnovare il documento d'identità, il luogo più adatto è proprio il Comune. Esperienze simili hanno dimostrato risultati positivi come per esempio gli Stati Uniti dove la volontà alla donazione si esprime nel momento in cui si prende o si rinnova la patente di guida.**

**Una volta terminata la fase di test, che coinvolgerà in particolare i comuni di Perugia e Terni, il sistema potrà essere utilizzato da tutti i comuni italiani.**



I "FERRI" DI SALA OPERATORIA. IN ITALIA CI SONO PIÙ DI CENTO CENTRI TRAPIANTO: TROPPI

Ma c'è un'ulteriore anomalia su cui riflettere: su cinque centri per il trapianto di fegato attivi a Roma, nessuno ha realizzato il numero minimo di interventi necessari a mantenere aperto il servizio. Una tale concentrazione in un'unica città è davvero ingiustificabile, per di più in una regione in cui le donazioni sono al di sotto della media nazionale. Non sarebbe meglio allora avere un solo centro e che funzioni a pieno ritmo?

I numeri aiutano a capire come l'intero sistema abbia un bisogno urgente del tagliando perché dietro alle cifre ci sono la vita e la salute delle persone. Già nel 1999 l'autorevole rivista "New England Journal of Medicine" ha dimostrato la relazione tra numero di trapianti eseguiti in ogni singolo centro e la sopravvivenza dei pazienti. È una semplificazione che suona come brutale, ma il fatto è che meno trapianti si eseguono, maggiori sono i costi e minore è la sopravvivenza dei pazienti. E questo non è accettabile perché un organo è una risorsa impagabile e limitata.

Più di cento centri trapianto sul territorio italiano sono francamente troppi. Sono strutture costose che richiedono staff specializzato, reperibilità, tecnologia, mentre si potrebbero concentrare le energie in pochi centri di eccellenza, in grado di accogliere i pazienti di tutta Italia e assicurare cure migliori, riducendo i costi, valorizzando il personale sanitario e promuovendo programmi di ricerca. Ma se non si vuole accettare l'idea di un cambio così radicale, almeno si chiudano tutti quei centri con basso livello di attività che non raggiungono gli standard minimi. In un momento in cui si parla di aumentare ancora i ticket sulla sanità, sembra davvero inconcepibile non intraprendere nuove politiche basate sul merito e sull'appropriatezza, insomma su quel concetto di spending review invocato dal presidente del Consiglio Mario Monti fin dal giorno del suo insediamento.

A questo proposito, oltre alle strutture cliniche andrebbero ridotte anche quelle amministrative, oggi stratificate in una piramide composta dai centri regionali di coordinamento che a loro volta si interfacciano con i centri interregio-

**SU CINQUE STRUTTURE A ROMA, NESSUNA HA ESEGUITO IL NUMERO DI**

# Vince Torino, perde Sassari

Numero di trapianti di cuore, di rene e di fegato nel 2011, suddivisi per centri trapianti

Lombardia	Cuore	Rene	Fegato
Milano Niguarda	23	55	71
Milano S. Raffaele	-	36	-
Milano Policlinico	-	52	45
Milano Tumori	-	-	36
Bergamo	20	42	85
Brescia	-	54	-
Pavia	22	28	-
Varese	-	47	-

Piemonte	Cuore	Rene	Fegato
Torino	25	95	137
Torino Ped**	3	6	-
Novara	-	63	-

Liguria	Cuore	Rene	Fegato
Genova S. Martino	-	55	-
Genova	-	-	11

Toscana	Cuore	Rene	Fegato
Firenze	-	40	-
Pisa	-	31	115
Siena	15	55	-

Sardegna	Cuore	Rene	Fegato
Cagliari	10	52	26
Sassari	-	1	-

Lazio (Roma)	Cuore	Rene	Fegato
San Camillo	14	38	22
Bambin Gesù	12	10	13
Tor Vergata	-	33	22
Pol. Gemelli	-	32	19
Pol. Umberto I	-	25	22



Friuli V. Giulia	Cuore	Rene	Fegato
Udine	26	55	30

Veneto	Cuore	Rene	Fegato
Padova	21	70	75
Padova Ped**	-	17	-
Verona	15	67	21
Vicenza	-	25	-
Treviso	-	43	-

Emilia Romagna	Cuore	Rene	Fegato
Bologna	32	52	71
Modena	-	29	32
Parma	-	37	-

Marche	Cuore	Rene	Fegato
Ancona	-	33	36

Umbria	Cuore	Rene	Fegato
Perugia	-	14	-

Abruzzo	Cuore	Rene	Fegato
L'Aquila	-	18	-

Puglia	Cuore	Rene	Fegato
Bari	5	43	24
Lecce	-	9	-

Calabria	Cuore	Rene	Fegato
Reggio Calabria	-	14	-
Cosenza	-	13	-

Campania	Cuore	Rene	Fegato
Napoli Monaldi	23	-	43
Napoli Federico II	-	17	-
Napoli Cardarelli	-	1	43
Salerno	-	42	-

Sicilia	Cuore	Rene	Fegato
Palermo Ismett	12	22	83
Palermo Civico	-	36	-
Catania Policlinico	-	36	-

\*per il rene ogni paziente può iscriversi a più liste  
\*\*pediatrico

nali e poi con il centro nazionale trapianti. Ognuno di essi dotato di personale, uffici e ruoli che si sovrappongono. Tutti questi organismi appaiono anacronistici, mentre il coordinamento dovrebbe essere interamente affidato alle regioni e le funzioni di controllo e verifica al Cnt. Infine, il nodo delle liste d'attesa e del conseguente diritto alla cura. Posto che il divario strutturale tra le varie realtà territoriali non è colmabile in tempi rapidi, perché non convertire le liste che ora sono organizzate a livello regionale in un'unica lista nazionale per

chi è in attesa di un trapianto, in cui sia effettivamente il paziente più grave a ricevere il primo organo disponibile, in base alle indicazioni cliniche e non alla geografia? Non guasterebbe poi una maggiore trasparenza da parte dei centri regionali di riferimento, che rappresentano la parte organizzativa e funzionale nevralgica per tutta la rete dei trapianti. Pazienti e associazioni hanno il diritto di sapere come vengono gestite le liste d'attesa, gli amministratori devono conoscere i dati per monitorare le attività e gli operatori sanitari che lavo-

rano nelle rianimazioni dovrebbero poter verificare se i loro sforzi per arrivare al prelievo degli organi siano serviti a salvare delle vite.

“Il trapianto è vita” recitava lo slogan di una campagna di informazione a favore della donazione ma il trapianto è anche molto altro, è la punta di diamante di una sanità d'avanguardia e in quanto tale va protetta dagli sprechi, dalla scarsa organizzazione e dai giochi di potere degli ambienti universitari e della cattiva politica.

ha collaborato Alessandra Cattoi

## INTERVENTI SUL FEGATO NECESSARI A MANTENERE APERTO IL SERVIZIO

**Dalle protesi ai pacemaker**

# Oltre 11 milioni di italiani usano dispositivi medici

■ **ROMA** Sono 11,2 milioni gli italiani «bionici», uomini e donne che utilizzano, con un netto miglioramento della qualità della vita, dispositivi medici di vario tipo, dalle protesi (come quelle al ginocchio e dell'anca) ai pacemaker. Un dato che dimostra come ai fini del miglioramento delle condizioni di vita non siano fondamentali solo farmaci e ospedali. È quanto emerge da una ricerca realizzata dal Censis per Assobiomedica e presentata a Roma. Secondo l'indagine Censis «Non solo ospedali e farmaci - Il valore sociale delle tecnologie biomediche e diagnostiche e delle apparecchiature medicali», sono 6,3 milioni le persone che usano tutori, plantari, busti ortopedici, ginocchiere. Circa 2,3 milioni utilizzano il lettore per la determinazione rapida della glicemia (il glucometro); 1,5 milioni si avvalgono di ausili per la mobilità personale; 1,3 milioni convivono con impianti cardiostimolatori come il pacemaker; 1 milione, infine, utilizza apparecchi e protesi acustiche di vario tipo.



*L'allarme della Federazione degli ordini: atteso il pensionamento in massa*

# Sanità a rischio collasso

## Mancano medici. Urge riprogrammare il fabbisogno

DI **BENEDETTA PACELLI**

**I** conti per il fabbisogno di medici in Italia non tornano più. E tra il probabile e imminente pensionamento in massa di camici bianchi e una programmazione delle regioni caratterizzata da una decisa disomogeneità, il sistema sanitario nazionale rischia un vero collasso. È quanto emerge mettendo insieme due dati. Il primo: l'allarme lanciato dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri che chiede di riprogrammare il sistema «alla luce della nuova gobba pensionistica». Il secondo: le previsioni di fabbisogno delle amministrazioni regionali, che a breve saranno rese note dalla Conferenza stato-regioni, per la programmazione dei posti a bando per l'anno accademico 2012-2013. Una annuale programmazione da definire per legge entro il 30 aprile (quest'anno slitterà al 10 maggio) che punta sempre più a rialzo (dai circa 10 mila dello scorso anno ai 12.494 per l'anno in corso) e che mostra soprattutto un costante scollamento tra le richieste delle regioni e il potenziale formativo delle università, queste ultime costrette a far quadrare i bilanci e a stringere la cinghia. Se si mette, poi, a confronto il trend degli specialisti negli ultimi anni e la distribuzione dei contratti di formazione decisa dall'ultimo decreto per il 2011/2012 si conferma la necessità rilevata dalla Fnomceo di un progetto strategico che rimoduli e adegui fabbisogni e competenze professionali ai cambiamenti del sistema sanitario.

### Il fabbisogno delle regioni.

Secondo l'elaborazione della Conferenza delle professioni sa-

nitarie del Miur, per le lauree in medicina servirebbero almeno 2 mila posti in più rispetto a quelli programmati dalle università. È questo, spiega il segretario Angelo Mastrillo, il fabbisogno identificato dalle regioni per il prossimo anno accademico: 12.494 posti rispetto ai poco più di diecimila messi a bando lo scorso anno, 892 per odontoiatria (26 posti in più rispetto allo scorso anno accademico) e 661 per veterinaria (81 in meno rispetto al 2011). Ma nella tabella della programmazione, a breve resa nota ufficialmente dalla Conferenza stato-regioni, salta agli occhi un dato: le regioni che hanno il maggior fabbisogno di futuri medici sono nel Centrosud. Il Lazio è in testa, infatti, con una richiesta di 1.714 posti (su 5 milioni e 600 mila abitanti) seguito da Campania e Sicilia entrambi a 1.500 posti. Si tratta della concentrazione maggiore di posti a bando richiesti per milioni di abitanti che stride con la richiesta della regione Lombardia di 1.350 posti per quasi 10 milioni di abitanti. Una sottostima che dà la dimensione della diversità dei dati tra le singole regioni e che, come aveva rilevato un documento del ministero della salute nel 2011 su «La determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie», sottolinea

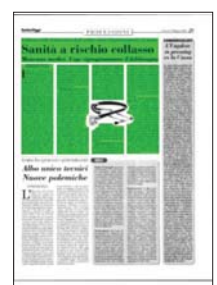
come una delle criticità da affrontare «resti quella della disomogeneità regionale e dell'inappropriatezza nell'erogazione di ancora troppe prestazioni».

**I pensionamenti.** Ed è proprio a partire da questi dati, ma soprattutto dei cambiamenti sul-

la curva dei pensionamenti che secondo Maurizio Benato, vicepresidente Fnomceo andrebbero riprogrammati i fabbisogni: «L'esodo massiccio previsto a partire dal 2015 dei costituenti la pleora medica potrebbe infatti essere anticipato, con un picco previsto tra l'anno in corso e l'inizio del prossimo, per poi rallentare fortemente. Dunque l'aumento previsto del fabbisogno di medici andrebbe rivisto alla luce di questa novità». E tenendo presente anche le variazioni sulle specializzazioni.

**Il calo delle specializzazioni.** Igiene e medicina sociale (-7,3%), pediatria (-6,6%) e gastroenterologia (-6,3%). Ma anche chirurgia generale (-5,5%) e ginecologia-ostetricia (-5,1%) o cardiologia (-5%).

Secondo i numeri messi in fila dalla Fnomceo, che ha elaborato in una tabella il numero dei medici suddivisi in 51 specializzazioni, se fino al 2005 c'è stata una crescita costante del numero degli specialisti che dai 269.834 del '95 sono arrivati ai 286.141 facendo segnare in dieci anni una crescita complessiva del 5,7%, dal 2005, anno i numeri sono iniziati a calare. Così, da quello anno, in cui i medici specialisti erano 286.141 si è passati ai 274.359 del 2012, in media -4,1% negli ultimi 7 anni.



► Governo. 2 ◀

## Ricercatori under 40: fondo da 30,6 mln di euro: graduatoria il 17 maggio

E' alle battute finali il lavoro del Comitato di valutazione del bando per giovani ricercatori 2010. Il ministro della Salute, **Renato Balduzzi** (nella foto), ha incontrato ieri mattina l'organismo nella sede del ministero all'Eur.



### A CHI E' DESTINATO IL BANDO

Il Programma è destinato a progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica e prevede un fondo di 30.627.000 euro espressamente dedicato a proposte di ricercatori che non abbiano compiuto 40 anni alla scadenza del bando. I progetti saranno valutati secondo il metodo della peer review. Il Comitato, di nomina ministeriale, è composto da 10 ricercatori di nazionalità italiana ed estera anch'essi di età inferiore ai 40 anni, operanti almeno per la metà presso istituzioni ed enti di ricerca non italiani riconosciuti di livello eccellente sulla base di indici bibliometrici come l'impact factor ed il citation index. Due componenti del Comitato vengono nominati su designazione del ministro dell'Università e della Ricerca. Balduzzi conferma con i giovani ricercatori che il comparto sanitario nel settore della ricerca "dimostra di essere più avanti degli altri comparti e di mantenere un sistema di valutazione all'avanguardia".

### 977 PROGETTI

Il Comitato sta valutando i 977 progetti presentati da ricercatori under 40, che hanno già ricevuto un primo giudizio da parte di due revisori del National Institute of Health del Dipartimento della Salute degli Stati Uniti. I revisori hanno valutato in prima istanza ciascuna proposta in modo indipendente l'uno dall'altro, per poi trovare un accordo attraverso lo strumento del face-to-face. La procedura è totalmente anonima (è anonima l'identità di chi presenta il progetto) e tracciabile (tutte le valutazioni sono registrate e visibili sul sistema del ministero dai presentatori dei progetti al termine del processo di valutazione). Ora prende il via il lavoro del Comitato di valutazione, che provvederà all'armonizzazione delle graduatorie e dell'analisi dei giudizi espressi dai primi revisori. L'intero processo di valutazione si concluderà il 17 maggio, quando la Commissione nazionale della ricerca sanitaria procederà all'approvazione delle graduatorie definitive.

En. Sen.

### Il programma in pillole

- **Oggetto del bando**  
Progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica
- **Risorse stanziare**  
Fondo di 30.627.000 euro espressamente
- **Chi partecipa**  
Ricercatori che non abbiano compiuto 40 anni alla scadenza del bando
- **Comitato di valutazione**
  - 10 ricercatori di nazionalità italiana ed estera di età inferiore ai 40 anni
  - Numero progetti presentati
  - 977

*Il Programma è destinato a progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica e prevede un fondo di 30.627.000 euro*



Politecnico di Milano – I dati dell'Osservatorio parlano chiaro

# Sanità italiana l'innovazione è da... ricovero

**A**mmonta a 1,3 miliardi di euro, pari a circa l'1,1% della spesa sanitaria pubblica, la spesa complessiva in ICT per la sanità in Italia, sostenuta da strutture sanitarie, Regioni, Ministero della Salute e medici di Medicina generale. La spesa ICT procapite in Italia è, dunque, pari a 22 euro per abitante: un valore ridotto, se si considerano altri Paesi con sistemi sanitari confrontabili.

A fare il punto è il Politecnico di Milano, il cui Osservatorio ICT in sanità, guidato da Mariano Corso, monitora il tasso di innovazione nel sistema sanitario italiano e gli investimenti in ICT.

Nazioni simili all'Italia per dimensioni e abitanti infatti dedicano all'ICT in Sanità quote intorno all'1,5% della spesa sanitaria pubblica (la Germania arriva a 36 € per abitante e la Francia a 40 €) o addirittura superiori al 2%, come accade per la Gran Bretagna, che con quasi 60 € per abitante si posiziona allo stesso livello dei Paesi di riferimento del Nord Europa, tra cui spiccano in particolare Svezia (63 € di spesa ICT per abitante) e Danimarca (oltre 70 € per abitante).

Il 70% della spesa ICT in sanità in Italia, pari a 910 milioni di euro, è effettuata a livello di strutture sanitarie, che hanno visto nell'ultimo anno una riduzione dei propri budget ICT rispetto alle analoghe stime effettuate nel 2010 (920 milioni di euro). A fronte della sostanziale stabilità della spesa corrente tale riduzione è principalmente legata a una contrazione degli investimenti ICT. Anche per i prossimi tre anni le previsioni, da parte delle strutture sanitarie, indicano una tendenza allo stallo o alla contrazione: il 49% del campione prevede infatti una diminuzione degli investimenti ICT (che nell'8% dei casi si ridurranno di oltre il 40% rispetto al 2011). In termini di tipologie di costi ICT la

prima voce di spesa per le strutture sanitarie è relativa all'acquisto di servizi ICT (54%), pari a 491 milioni di euro, seguita dal costo del personale ICT, che nel 2011 è stato pari a 191 milioni di euro. Le spese in acquisti software e hardware corrispondono rispettivamente al 12% e al 13% del budget ICT complessivo delle strutture sanitarie.

Il 23% della spesa ICT complessiva in sanità è sostenuto direttamente dalle Regioni (escludendo eventuali finanziamenti alle strutture sanitarie). Nel 2012, infatti, considerando le quote per nuovi progetti e per il funzionamento e la manutenzione dei sistemi, tale spesa è stimabile in circa 300 milioni di euro. I maggiori progetti promossi direttamente dalle Regioni riguardano soprattutto gli aspetti legati allo sviluppo dell'infrastruttura di rete e dei sistemi di integrazione tra i diversi attori a livello regionale (ad esempio il SSS in Lombardia e la rete SOLE in Emilia Romagna) e all'erogazione di servizi di base centralizzati alle strutture sanitarie (ad esempio la creazione della Nuova Anagrafe Assistiti, realizzata dalla Regione Sicilia).

Per quanto riguarda la spesa effettuata dai medici di Medicina generale (MMG) per gli acquisti di servizi e sistemi ICT (con l'esclusione delle apparecchiature biomedicali) le proiezioni realizzate sui dati raccolti indicano un volume pari a 70,2 milioni di euro nel 2011 e a 70,9 milioni di euro nel 2012, con una variazione quindi trascurabile e un valor medio piuttosto contenuto che si attesta intorno a 1.500 € per ogni MMG.

Il Ministero della Salute, infine, prevede una spesa per la gestione delle attività di funzionamento dei sistemi ICT di propria competenza di circa 12 milioni di euro nel 2011, dimezzando quindi il budget rispetto a quanto speso nel 2010 e riducendo ancora nel 2012 le spese del 13%.

La spesa complessiva in ICT è 22 euro per abitante: in GB si arriva a 60, in Danimarca oltre 70

FABIO TRAVERSA





## **Diabete e ipertensione** **SCACCO AI FARMACI**

**DI ROBERTO SATOLLI**



La chirurgia per perdere peso riduce la glicemia nei diabetici e un intervento sulle arterie dei reni fa scendere la colonnina di mercurio negli ipertesi che non rispondono ai farmaci. In entrambi i casi il bisturi sembra funzionare meglio delle classiche pillole, con pochi rischi per i pazienti e con risultati forse definitivi una volta per tutte. Le due notizie, comunicate lo stesso giorno su riviste internazionali, sembrano annunciare una vistosa invasione di campo della chirurgia nel dominio delle malattie croniche, e dei loro fattori di rischio, mentre storicamente la sala operatoria è stata il teatro delle condizioni acute. Se i risultati pubblicati da diverse équipes, una delle quali italiana, venissero confermati, si aprirebbe una prospettiva nuova: trasformare eserciti di bisognosi di cure vita natural durante in pazienti per pochi giorni o addirittura ore, salvo complicazioni. Ma attenzione: fa piacere apprendere che con la chirurgia la pressione e la glicemia scendono (forse stabilmente), ma vorremmo essere rassicurati sul fatto che in questo modo si riducono anche gli infarti, gli ictus e gli altri accidenti che affliggono i diabetici e gli ipertesi. Raggiungere questa certezza richiederebbe migliaia di pazienti, non le centinaia sinora coinvolte. Chi vorrà finanziare uno sforzo simile, dal momento che per l'industria della salute nel suo complesso significa rinunciare a schiere di clienti permanenti?

## CREATA L'AVIARIA CHE CONTAGIA GLI UMANI

**Pubblicato** lo studio che ha modificato in laboratorio il virus della pericolosa influenza. Un altro verrà reso noto a breve. La divulgazione era stata bloccata a causa delle polemiche suscitate nel mondo scientifico

**CRISTIANA PULCINELLI**

**A**lla fine il primo dei due «pericolosi» articoli sul virus dell'influenza aviaria è uscito. È stata *Nature* a pubblicarlo: si tratta dello studio condotto da Yoshihiro Kawaoka dell'università del Wisconsin-Madison. L'altro studio, dell'Erasmus Medical Center di Rotterdam, Olanda, verrà pubblicato fra breve su *Science*. Le due ricerche aspettavano da mesi in un cassetto. La loro pubblicazione era stata bloccata perché a dicembre scorso la National Science

Advisory Board for Biosecurity, l'organismo che si occupa di bioterrorismo negli Stati Uniti, aveva chiesto agli autori e alle riviste di autocensurarsi evitando di pubblicare i dati più sensibili. La paura era che finissero nelle mani sbagliate. Ma perché tanta preoccupazione?

Il fatto è che le ricerche in questione riguardano il virus dell'influenza aviaria, H5N1. Si tratta di un virus altamente letale: si calcola che il 60% delle persone contagiate muoia. Tuttavia, per fortuna, H5N1 è scarsamente contagioso per gli uomini. In particolare non è capace di trasmettersi da persona a persona in modo efficiente. Questo ha fatto sì che, anche durante le passate epidemie, i casi tra gli esseri umani, contagiati dagli animali, fossero in numero contenuto. Ora, però, i due gruppi di ricerca, per studiare i meccanismi di trasmissibilità del virus, sono riusciti a far compiere al virus pro-

prio questo salto: il nuovo supervirus prodotto in laboratorio può venire trasmesso facilmente attraverso le goccioline che si spandono nell'aria con un semplice starnuto.

Per ottenere questo risultato, Kawaoka e i suoi colleghi hanno mutato il gene dell'emoagglutinina, (Ha), una proteina che il virus usa per attaccarsi alle cellule dell'ospite, combinandolo con sette altri geni provenienti da virus dell'influenza altamente trasmissibili, prendendoli da ceppi di H1N1, il virus che ha causato la pandemia influenzale nel 2009. Un meccanismo, quello della ricombinazione tra virus diversi, che avviene anche in natura. Il virus ibrido ottenuto ha acquistato capacità di diffondersi tra i furettili utilizzati per l'esperimento, anche se messi in gabbie separate, dopo solo 4 mutazioni: le prime tre servono a rendere l'Ha capace di attaccarsi ai recettori delle cellule dei mammiferi, la quarta mutazione stabilizza la proteina. Purtroppo, spiega il commento su *Nature*, alcuni ceppi di H5N1 presenti in Medio Oriente si sono dimostrati già capaci di riconoscere i recettori umani, questo potrebbe voler dire che tre mutazioni sono già avvenute

### In futuro

Nei prossimi anni la tecnologia necessaria sarà disponibile

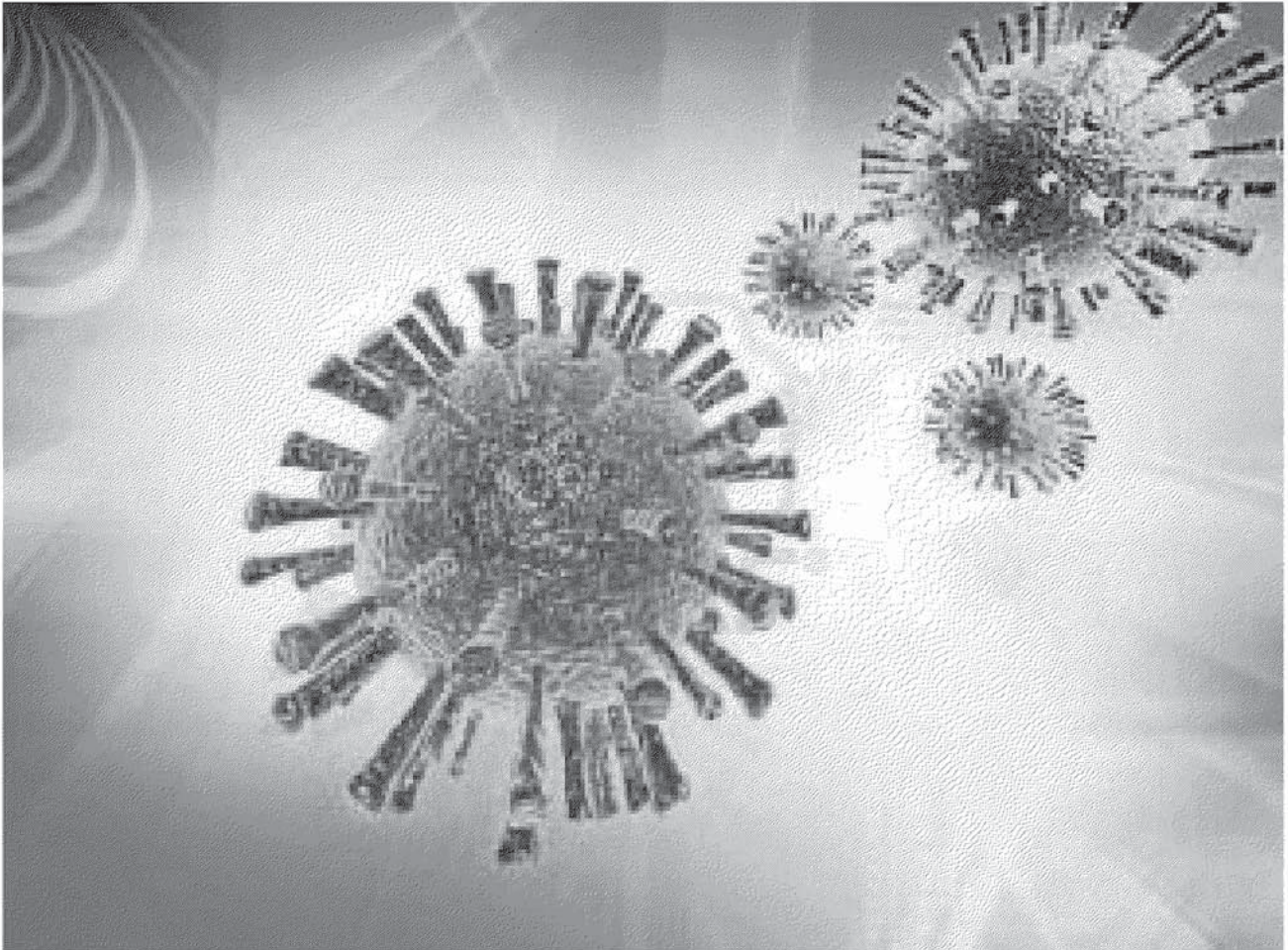
### La sicurezza

Ci vorrà una strategia comune sulla base

### dei rischi e benefici

te e che al virus basterebbe una sola mutazione per diventare capace di diffondersi tra gli esseri umani.

Dopo mesi di dibattiti sull'opportunità di diffondere queste ricerche, ha prevalso la scelta di rendere accessibili i dati, appoggiata anche dall'Oms, sulla base della considerazione che bisogna conoscere meglio il virus. «Ora dobbiamo pensare in prospettiva», commenta Ilaria Capua che all'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie si occupa da anni del virus dell'aviaria. Capua è favorevole alla scienza *open source*, tanto che nel 2006 decise di rendere pubblica la sequenza genetica del virus dell'aviaria e di non confinarla in un data base ad accesso limitato. Tuttavia, pone un problema per il futuro: «Questi esperimenti oggi prevedono una tecnologia sofisticata, ma probabilmente tra vent'anni questa tecnologia sarà largamente disponibile. È possibile quindi che ci saranno sparsi per il mondo cento laboratori in grado di fare il supervirus. Lasciamo da parte la possibilità che cada nelle mani di bioterroristi, dobbiamo però per lo meno pensare alla possibilità di catastrofi naturali, ad esempio un terremoto che liberi il virus nell'ambiente. Più laboratori producono il supervirus, più aumenta il rischio di incidenti. Ci vorrebbe quindi una strategia condivisa da tutti i paesi assunta sulla base della valutazione di rischi e benefici». ●



**H5N1** Una elaborazione al computer del virus dell'aviaria



**GRECIA**

Elenco prostitute  
sieropositive

**L**a Lega italiana per la lotta contro l'Aids (Lila) denuncia "i gravissimi fatti che in queste ore si stanno verificando in Grecia. Veri e propri rastrellamenti nelle strade e nei bordelli illegali, dove a giovani ragazze viene imposto il test Hiv, con il completo disprezzo delle indicazioni di tutte le agenzie internazionali, dei diritti umani e del semplice buonsenso, in nome di una malintesa tutela della salute pubblica. Quel che è peggio è che delle persone trovate positive al test vengono date in pasto ai media tutte le informazioni: fotografia, generalità, indirizzo dell'abitazione di residenza".





a cura di Mauro Rosati

maurorosati.it

## Allarme in cucina: salvate la tavola dall'assalto delle tasse

Il "caro cibo" potrebbe acuire le tensioni sociali  
esasperate da calo dei redditi e disoccupazione

Lo spettro della recessione in Italia rischia di coinvolgere anche l'industria alimentare. L'elenco dei balzelli, delle nuove tasse e degli aumenti indiretti che contribuiscono a determinare il caro cibo è interminabile. Primo fra tutti il continuo aumento del costo del carburante, uno degli elementi chiave della logistica distributiva alimentare e della lavorazione agricola. Poi va registrato l'aumento dell'Iva, l'introduzione dell'Imu e, se guardiamo all'orizzonte, anche la possibile Food Tax che il **Ministero della Salute** è in procinto di introdurre.

Un corto circuito alimentare che rischia di creare un effetto domino molto preoccupante sia sulle filiere agricole che sui consumatori. I 700 euro di aumenti annui stimati sulla spesa alimentare vanno ad aggiungersi a

tutte le altre tipologie di spesa. Di fronte alla perdita del potere di acquisto delle famiglie italiane, la grande industria alimentare si trova sempre più costretta a trovare soluzioni e "scorciatoie" per una produzione alimentare a prezzi ragionevoli, abbassando i controlli sulla qualità e sulla sicurezza. Ne sono un esempio i flussi di rifornimento della materia prima provenienti da molti Paesi terzi, nei quali il costo della manodopera è decisamente più basso rispetto a quello dei Paesi dell'Unione. Conseguentemente, la sicurezza e la qualità vengono difficilmente garantite, soprattutto se si considera l'utilizzo di materie trattate con Ogm o fertilizzanti non autorizzati nel nostro Paese.

La materia prima agricola italiana finisce così per rimanere invenduta, dato il costo troppo alto di produzione per competere con i prodotti im-

portati nei mercati nazionali. Gli ultimi dati sul consumo a tavola indicano un calo del 2% del consumo alimentare e, nello specifico, -6.4% riguardante il consumo della verdura.

Che l'unica risposta al "caro tavola" non possa essere la sola vendita diretta è evidente. I cittadini, in quanto tali, sono già afflitti dalla precarietà del lavoro e da un crescente clima di antipolitica. Infierire ulteriormente su un bene basilare come il cibo, tramite gli spropositati aumenti della spesa alimentare, aggraverebbe l'esistente criticità economica e andrebbe a intaccare i già labili equilibri sociali. Il governo Monti dovrebbe dedicare più attenzione alla problematica in questione, perché quando si è in fila alla cassa del supermercato si sente la gente che parla con la pancia. E quelle parole non lasciano presagire niente di buono. ♦



Rischio carrello vuoto come conseguenza, sulle famiglie, della crisi economica



**L'iniziativa** Nasce il primo social network specialistico ideato dall'equipe del Vecchio Pellegrini  
**Sclerosi multipla, in Rete la comunità dei pazienti**

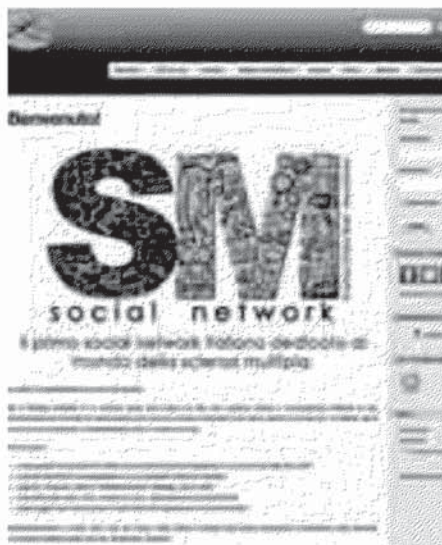
Parte da Napoli il primo social network dedicato ai malati di sclerosi multipla. L'iniziativa è stata presentata ieri mattina, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria della Seconda Università, nella biblioteca del Vecchio Policlinico in piazza Miraglia. Il social network è nato da un'idea del dottor Luigi Lavorgna, affiancato dal professor Gioacchino Tedeschi, dalla professoressa Simona Bonavita e dal dottor Antonio Gallo, in pratica tutto lo staff del Centro per la Sclerosi Multipla dell'Azienda Ospedaliera della Seconda Università di Napoli. 310 iscritti in soli dieci giorni; numeri che lasciano poco spazio all'immaginazione. «Un vero successo», sottolineano i quattro medici che hanno ideato il sito, gra-

zie anche alla collaborazione del web master, Simone Eboli. «La premessa alla creazione di questo social network - afferma il professor Gioacchino Tedeschi - è stata che ormai la sclerosi multipla è una malattia con un forte impatto sociale. Infatti il costante aumento del numero di persone colpite, l'estrema variabilità delle sue caratteristiche, l'uscita di nuovi farmaci, gli studi sulla genesi che progrediscono e l'interesse sempre maggiore dei media, ha fatto sì che il web si riempisse di blog e di siti che parlano della sclerosi multipla, molto spesso non in maniera rigorosamente scientifica». Nel social network, ci saranno due tipi diversi di chat; una multipla e una privata, grazie alla quale gli utenti, familiari o

gli stessi malati, potranno interloquire con gli specialisti e chiedere consigli sulle terapie da seguire. Inoltre, i membri iscritti a «sm-socialnetwork.com», avranno la possibilità di partecipare ad eventi o congressi tramite una finestra streaming, che trasmetterà in presa diretta gli incontri. «Abbiamo avuto già moltissimi contatti - sottolinea Lavorgna - Il fatto di essere online inoltre, permetterà ai pazienti impossibilitati a recarsi nei centri medici specialistici di poter ottenere informazioni immediate e comunque di sentirsi parte di una vera e propria comunità».

**Valerio Esca**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'obiettivo**  
 Uno spazio di dialogo e confronto per creare spirito di solidarietà tra i malati

**Innovazione** La pagina web del social network dedicato ai malati di sclerosi multipla, ideato dai docenti di medicina della Seconda università

Consigli e informazioni su terapie e sviluppi della ricerca scientifica

