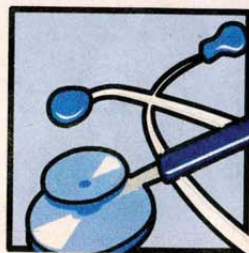


Sanità

Dai ginecologi della Sigo l'altolà alle norme del Ddl omnibus sugli specializzandi in corsia

«No alla formazione nel Ssn»

Doppio rischio per i giovani medici: sfruttamento e aumento del precariato



di imparare un "livello minimo garantito", che gli consenta di gestire in modo autonomo la sala parto e di porre una corretta indicazione all'esecuzione del taglio cesareo e che preveda anche la capacità di intervenire attraverso tutte e tre le vie di accesso ginecologico (laparotomica, vaginale e laparoscopica).

Vanno inoltre rivisti i criteri di accreditamento dei corsi di formazione: abbiamo infatti assistito a una proliferazione di proposte purtroppo non sempre all'altezza. Sarà inoltre indispensabile, già dai prossimi mesi, un aumento dei posti per la Scuola di specializzazione in ginecologia, con una conseguente redistribuzione delle risorse, anche in considerazione del fatto che alcune specialità sono già saturate e che, quindi, non andrebbero incontro alla carenza di personale che rappresenta invece una concreta minaccia per la nostra professione.

Ci auguriamo che, con grande senso di responsabilità, non si decida di scegliere la "scorciatoia" per imboccare invece questo percorso, l'unico che ci permetterà di mantenere un alto livello di professionalità e competenza e di rispondere in maniera adeguata alla carenza di specializzandi che sta diventando una vera emergenza. L'assistenza materno-infantile deve essere posta in testa all'agenda delle politiche sanitarie di un Paese poiché da essa dipende il suo stesso futuro. Non sono ammissibili misure che possano concretamente metterle a rischio la qualità.

Nicola Surico
Presidente Società italiana
di Ginecologia e ostetricia (Sigo)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il tema del futuro della professione e dei giovani medici è una delle priorità della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), anche alla luce del profondo processo di trasformazione dell'assistenza materno-infantile oggi in corso nel nostro Paese. Un'evoluzione indispensabile che sta, a fatica, iniziando e che potrebbe venire compromessa dal disegno di legge omnibus.

Ci riferiamo in particolare alla misura, recentemente approvata alla Camera e attualmente in discussione al Senato, che prevede la possibilità, su base volontaria, di trascorrere gli ultimi 2 anni di specializzazione nelle aziende del Servizio sanitario nazionale. La ratio, ci viene assicurato, è offrire ai giovani l'opportunità di aumentare l'esperienza sul campo e velocizzare i tempi di ingresso nel mondo del lavoro. Ma quali sono i rischi? Numerosi e a nostro avviso troppo concreti.

Il primo è che gli specializzandi vengano utilizzati come una rapida soluzione, a basso costo, per sopperire alle carenze di organici con conseguenti ritardi nell'assunzione degli specialisti e aumento del precariato. I contratti, infatti, secondo quanto previsto dal Ddl, non potranno modificare la natura giuridica del rapporto di formazione specialistica né prevedere l'accesso a ruoli del Servizio sanitario nazionale o l'avvio di rapporti di lavoro con il servizio pubblico.

La seconda preoccupazione è che si torni a una vecchia e superata modalità di trasmissione del sapere, quella sul campo, dal "vecchio" al "giovane", certo non all'altezza degli attuali requisiti e necessità della professione. Il progresso scientifico e tec-

nologico è tale da rendere indispensabile un aggiornamento e un confronto su scala internazionale, che deve vedere al centro l'Università. La promozione di un'effettiva integrazione della funzione di didattica con gli ospedali di insegnamento passa necessariamente dagli atenei, con il coinvolgimento delle Società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari.

Il terzo grande pericolo che deriva da questa norma è un vertiginoso incremento della medicina difensiva. Anticipare l'ingresso in reparto di giovani non adeguatamente formati, utilizzati per "tamponare" la scarsità di ginecologi, potrebbe comportare un aumento dei casi di contenzioso. Un rischio più che mai reale per la nostra disciplina, per sua stessa natura particolarmente esposta dal punto di vista

della responsabilità professionale del medico.

Senza contare che i giovani e i precari potrebbero essere incapaci o impossibilitati a far fronte ai costi delle polizze assicurative, spesso troppo esose in rapporto allo stipendio percepito. Un punto su cui siamo particolarmente impegnati e su cui siamo riusciti a ottenere dal Governo un impegno nell'adozione di prezzi calmierati per queste categorie particolarmente deboli.

La nostra posizione riguardo al disegno di legge omnibus, nella parte in cui regola gli ultimi anni della formazione, è quindi critica. Restiamo in attesa del parere del Senato auspicando che, comunque, nella fase di definizione delle modalità di inserimento in azienda, che saranno regolate da un accordo Stato-Regio-

ni, vengano prese in considerazione le indicazioni della Società scientifica.

La nostra proposta è un'alleanza fra istituzioni diverse, per garantire professionalità complete e un'omogeneità territoriale fra le scuole di specializzazione. Questo, e non la loro durata, è il vero nodo su cui si gioca il futuro della ginecologia italiana. Un primo problema è rappresentato dalla dotazione strutturale, ancora oggi spesso insufficiente. Talvolta sono sprovviste della sala parto, oppure quella presente è troppo piccola e inadeguata. Queste storture vanno risolte immediatamente, prevedendo dove necessario un ampliamento o un collegamento con altri centri, così da creare in tutto il Paese lo stesso livello di qualità. Ogni specializzando deve essere messo in condizione

Scienze EMERGENZE SANITARIE

AFRICA sfida alla malaria

Per la prima volta calano i morti. Grazie alle tende antizanzare e ai farmaci. E un vaccino promette di dimezzare i malati. Gli esperti sperano: il killer è alle corde

DI DANIELA MINERVA DA KISUMU

La volontaria spunta timidamente dal muro di fango. Ha gli occhi umidi e affaticati, ma spalancati a vedere che succede, lì davanti alla sua capanna in mezzo a un acquitrino infinito sulle rive del Lago Vittoria. Scruta il visitatore, che interroga la sua mamma, seduta su un panchetto di legno madido piantato nel fango; con i fratellini piccoli tutt'attorno mentre altri, adolescenti, guardano da lontano. La signora ha dieci figli e di loro sappiamo solo che hanno tutti la malaria. Soltanto per lei, Elisabeth, la volontaria, si aspetta un destino migliore. E a fare la differenza potrebbe, forse, se tutto va bene, ma chissà, essere RTS,S. Il vaccino. Perché Elisabeth è uno dei 1.600 bambini del distretto di Kombewa che partecipano alle molte sperimentazioni di quello che oggi è considerato il più promettente tra i candidati vaccini contro il parassita

Plasmodium falciparum, responsabile di circa 700 mila morti l'anno.

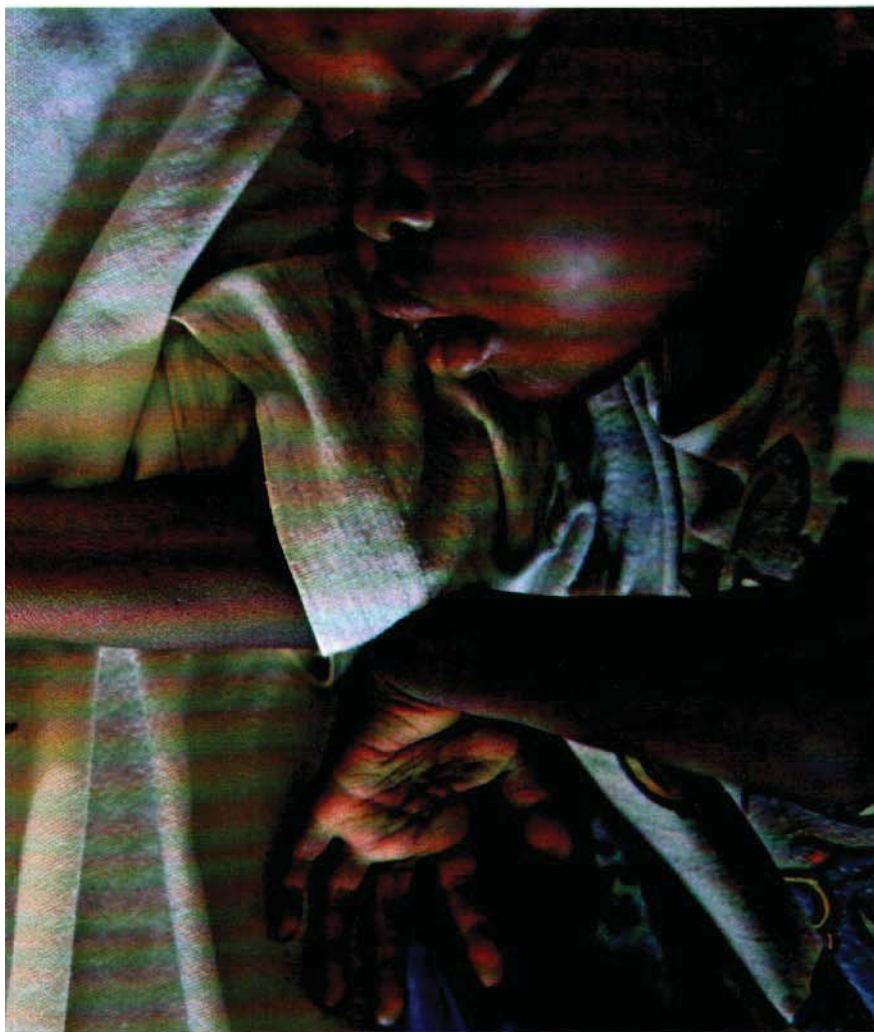
E proprio RTS,S, prodotto dalla multinazionale inglese Gsk, entra oggi nell'olimpo della più autorevole rivista medica americana, il "New England Journal of Medicine" perché, sostengono gli scienziati, in una delle sperimentazioni conclusa nei giorni scorsi dimostra di poter ridurre il rischio di ammalarsi di malaria del 56 per cento (vedi box di pag. 139). Leggendo il "New England" non possiamo fare a meno di chiederci da che parte starà Elisabeth: nel 56 per cento o nel 44? Ma tant'è: la medicina si fa coi numeri e RTS,S si sta comportando bene. Non solo.

Perché un dato è certo: i bambini che partecipano alle sperimentazioni hanno comunque più probabilità degli altri di farcela. Mangiano tutti i giorni, sono controllati dai sanitari e curati se altre malattie insorgono, Tbc e diarrea, le killer dei piccoli africani, prima di tutte. Questo,

più che la consapevolezza del valore potenziale di un vaccino, spinge le mamme della regione a farsi decine di chilometri a piedi, attraversando paludi e acquitrini, per andare a sedersi composte circondate da bambini immobili e attoniti sulle panche del Kombewa Clinic and Reserch Center.

Sta sopra un poggio pieno di fiori, nei locali del Dipartimento della Difesa americano (lo sponsor storico dei vaccini contro la malaria) gestiti oggi dal Kembra, l'agenzia del governo keniota per la ricerca biomedica che porta avanti studi e sperimentazioni finanziati per intero dalle industrie. Qui si lavora a Mal055, il grande studio multicentrico che sta verificando l'efficacia di RTS,S, appunto. Ma nel fare questo, racconta il dottor Salomon Otieno, «mandiamo degli operatori sanitari nei villaggi a cercare volontari per gli studi. Le mamme arrivano e noi controlliamo tutti i bambini per vedere quali di lo-





UN PICCOLO MALATO DI MALARIA ALL'OSPEDALE DI SIAYA IN KENYA

ro hanno le caratteristiche cliniche per parteciparvi. Poi spieghiamo bene cosa intendiamo fare e loro firmano un consenso informato molto dettagliato». Altro non si potrebbe fare per poter poi presentare la documentazione alle autorità sanitarie americane ed europee, ma parlare di "consenso informato" da queste parti è grottesco.

Le donne sono quasi tutte semi-analfabete, poco gli importa cosa firmano, ma tutte sanno che da quel momento in avanti non sono più sole. E che i vantaggi non toccheranno soltanto il volontario. «Saranno anche analfabete, ma sanno benissimo cosa sono il paracetamolo e il Coartem. E ce lo chiedono», spiega Otieno. Per togliere la febbre e a far passare gli attac-

chi che infuocano i loro bambini. Stanno in silenzio sedute sulle panche, per ore: prima o poi qualcuno di quei signori col camice bianco farà quello che deve.

Se si vuole capire perché la lotta globale alla malaria è a un passo dal successo dopo aver fallito per decenni ci si deve calare in queste terre umide. Capanne isolate in mezzo agli acquitrini, come quella in cui vive Elisabeth. Villaggi di fango dove l'innovazione dirompente è la "hand washing facility": una tanica appesa a un alberello con un buco sotto chiuso da un bastoncino; toglie il bastoncino ed esce l'acqua pulita che i bambini devono usare per lavarsi le mani quando escono da scuola. Un ospedale lontano decine di chilometri, a Kisumu con cinque medici a servire oltre un milione di persone. Niente strade, solo zanzare.

Eppure, negli ultimi dieci anni, per la prima volta da sempre, le tre grandi iniziative internazionali (la partnership dell'Oms Roll Back Malaria, il Global Fund delle Nazioni Unite, e la Path della Fondazione Gates) hanno riversato oltre 4 miliardi di dollari nella lotta al killer, e anche nel cuore dell'Africa i soldi hanno fatto la differenza perché sono stati spesi, per la prima volta da sempre, bene. Così, in tutto il Continente, dove vive il 70 per cento delle persone colpite dal plasmodio nel mondo, calano i morti di malaria. E questo è potuto accadere perché con quei soldi si sono comprate tende antizanzara imbevute di insetticida e il Coartem, la terapia con artemisina combinata che oggi è il trattamento indicato dall'Oms come più efficace in ogni paese dove la malattia è endemica.

Questo è il dato vero: le tende e l'artemisina combinata. «Hanno cambiato la storia dell'epidemia», chiosa Robert ▶

I numeri della speranza

Decessi per malaria nel mondo

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Africa	900.000	893.000	885.000	880.000	870.000	853.000	832.000	802.000	756.000	709.000
Americhe	2.400	2.300	1.400	1.400	1.500	1.600	1.600	1.400	1.100	1.300
Mediterraneo orientale	18.000	18.000	21.000	19.000	17.000	17.000	16.000	15.000	16.000	16.000
Europa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sud-est asiatico	58.000	55.000	51.000	50.000	52.000	50.000	48.000	43.000	48.000	49.000
Pacifico occidentale	6.800	5.800	5.200	5.900	6.500	4.900	5.400	4.700	4.200	5.300
Mondo	985.000	974.000	963.000	957.000	947.000	927.000	904.000	867.000	826.000	781.000

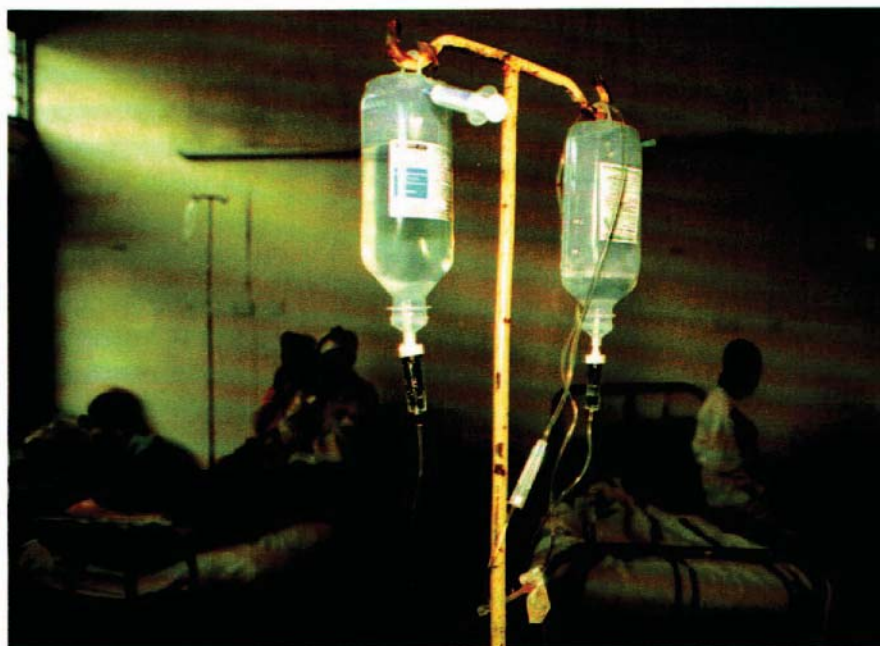
Fonte: World Malaria Report, OMS 2010

MALATI ALL'OSPEDALE DI KERICHO, IN KENYA

Snow, professore di Sanità tropicale alla Oxford University, forse il più autorevole malariologo al mondo, che firmò nel 1988 l'articolo scientifico in cui dimostrava l'utilità delle tende antizanzara. Oggi Snow è a Nairobi, ha firmato decine di altre ricerche, segue in tempo reale la guerra alla malaria e dice: «Abbiamo sognato di poter sradicare la malattia dal Continente. E continuiamo a sperare nel vaccino. Ma oggi è molto meglio assicurarsi obiettivi possibili, scientificamente ed economicamente sostenibili: trasformare la malaria da quell'emergenza drammatica che oggi è, in un problema sanitario minore e gestibile. Siamo vicini, è possibile. Se le priorità sono chiare». E per Snow le priorità sono le tende e la terapia.

Cominciamo dalle tende. Che, e diverse ricerche lo dimostrano, possono ridurre del 50 per cento gli episodi e del 23 per cento la mortalità dei bambini. Le organizzazioni internazionali hanno fornito, tra il 2008 e il 2010, 254 milioni di tende sufficienti a coprire i due terzi dei 765 milioni di bambini a rischio.

Ma comprare le tende è il primo pallido passo. Serve poi di farle arrivare nelle capanne sperdute tra gli acquitrini, di far



capire a cosa servono e evitarne gli usi più strampalati. Come quello di «usarle come reti da pesca», sottolinea Kirana Bhatt, professoressa di Medicina tropicale all'Università di Nairobi. Ancora più difficile, poi, è convincere la gente che devono essere i bambini e le donne incinte a dormire sotto, e non il padre. Lui sarà anche quello che porta a casa il cibo, ma se è vi-

vo vuol dire che il suo sistema immunitario convive col parassita e lui non ha nessun bisogno di difendersi dalle zanzare. Non solo, servono altre tende: almeno 179 milioni, calcolano le Nazioni Unite. Mentre i piani dell'Oms prevedevano la copertura totale entro il 2011.

Gli otto figli di Mary Magero dormono tutti sotto le tende e hanno tutti la ma- ▶

Ce la faremo per il 2015

DI ALBERTO MANTOVANI



La malaria mette a rischio quasi la metà della popolazione mondiale: ogni anno infetta quasi 250 milioni di persone e causa 1 milione di morti, per lo più bambini. In questo

scenario globale, tuttavia, oggi si aprono nuove speranze. L'introduzione in uso clinico di un nuovo **farmaco** - l'artemisina con i suoi derivati, la cui scoperta è valsa alla scienziata cinese Tu Youyou il Lasker Award 2011, premio spesso anticamera del Nobel - rappresenta un importantissimo progresso dal punto di vista terapeutico. E, dopo 30 anni di tentativi, per la prima volta abbiamo la concreta prospettiva di un vaccino

preventivo, giunto a una fase avanzata di studio in cui sta ottenendo risultati incoraggianti, seppur ancora parziali. Vincente la combinazione dell'antigene contro cui è diretta la risposta immune e di un adiuvante che stimola l'azione del sistema immunitario innescando un tipo di risposta che, ancora, siamo purtroppo poco capaci di attivare. I dati pubblicati sul "New England Journal of Medicine" mostrano, sui bambini, una protezione di circa il 50 per cento dal contagio e il 30 da episodi gravi di malattia. Secondo l'Oms, se tali dati saranno confermati si potrebbe arrivare all'approvazione del vaccino nel 2015.

Pur con le dovute cautele siamo comunque di fronte a una svolta: il vaccino contro la malaria è un'impresa possibile. Certo, un vaccino parzialmente

efficace non può rappresentare, da solo, la soluzione al problema, ma combinato alle nuove terapie e a strategie ambientali ad hoc può dare un contributo significativo. Possiamo farcela dunque, ma sono necessarie ricerche e investimenti, con partnership tra pubblico e privato. Grandi sforzi come, in Europa, quello di Aditec, consorzio guidato dal vaccinologo Rino Rappuoli dedicato allo sviluppo di nuovi vaccini. Le recenti conquiste contro la malaria sono la prova tangibile di come, a volte, anche da progetti di ricerca nati in ambito militare - il vaccino negli Usa e l'artemisina in Cina - possano derivare strumenti di salute e di pace per chi ne ha più bisogno.

Direttore Scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas e professore di Immunologia all'Università di Milano

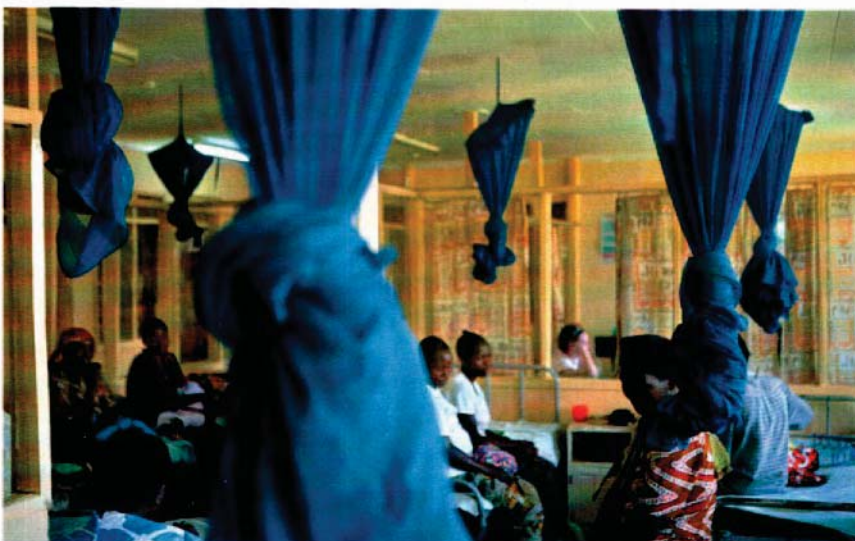
Scienze

Un sms ti salva la vita

Si sono mossi i colossi: Ibm, Google, Vodafone. Guidati da Novartis e da Jim Barrington, l'uomo che ha inventato "Sms for life". Il problema è quello di consentire un'efficiente distribuzione dei **farmaci** antimalarici nei piccoli distretti, ed evitare che si accumulino scorte da una parte mentre i pazienti restano senza **farmaco** da un'altra. La gestione delle scorte e il corretto approvvigionamento è faccenda

complessa anche alle nostre latitudini, nonostante banche dati e schiere di farmacisti ospedalieri; nei villaggi africani può fare la differenza tra la vita e la morte di un bambino. «Serve un sistema semplice e a basso costo, capace di fotografare cosa c'è nei piccoli dispensari distribuiti sul territorio», si è detto Barrington, che ha guidato l'Information Technology di diversi grandi gruppi multinazionali. E che, quindi,

non poteva che pensare un utilizzo delle nuove tecnologie, cellulari e Internet. Di come stanno cambiando il volto dell'Africa si fa un gran parlare. E a Barrington è venuto in mente che potevano cambiare anche quello della distribuzione dei **farmaci**. Il progetto pilota, portato avanti in 30 dispensari rurali del distretto di Ulanga in Tanzania, ha dato risultati così sorprendenti che diversi governi africani ne hanno fatto richiesta. E oggi Sms for Life parte in Kenya. Il meccanismo è un po' macchinoso, ma abbastanza semplice da poter diventare un automatismo: ogni settimana gli operatori sanitari dei diversi distretti ricevono un sms sul loro cellulare con la richiesta di notificare le scorte dei diversi **farmaci** antimalarici a un punto di raccolta dati. Se lo fanno ricevono un credito sul loro cellulare. I dati vengono poi raccolti in un database consultabile via Internet dai farmacisti che provvederanno a inviare i **farmaci** dove sono esauriti, magari usando quelli che giacciono inutilizzati in qualche remoto dispensario. Il risultato è sorprendente: il 26 per cento dei dispensari non aveva **farmaci** all'inizio dell'esperienza tanzana, solo lo 0,28 per cento aveva problemi alla fine. E questo ha permesso di somministrare la terapia a ben 300 mila persone.



L'OSPEDALE DI SIAYA IN KENYA

laria. La speranza, concreta, è che la tenda li protegga dal contrarre l'infezione altre volte, da altri insetti. Perché ogni volta si scatenano nuovi attacchi di febbre e la situazione clinica peggiora. Mary Magero, vedova e contadina poco più che trentenne, non sa chi sia Robert Snow, né sa nulla delle sue idee su come contrastare la malaria. A lei di far dormire i bambini sotto le tende lo ha detto Josephine Mugada, l'operatrice sanitaria.

E su professioniste come Josephine che si regge il progetto di mettere sotto controllo la malaria nelle "rural clinics". Lavora con tre colleghe, un'infermiera e un farmacista nel piccolo presidio sanitario che serve la sterminata area rurale tra il lago Vittoria e Kisumu. In mezzo al fango e senza strade, Josephine batte i villaggi per assistere le famiglie: insegna a usare le tende, a sterilizzare l'acqua, a tenere la capanna aerea. Se i bambini hanno la febbre, Mary Magero lo dice a Josephine Mugada che cerca, come può, di recuperare gli antipiretici e, se c'è, il Coartem.

E questo è il secondo corno della strate-

gia: contrastare la malattia quando si presenta, coi **farmaci**; impedirle di uccidere. Una volta dopo l'altra finché il sistema immunitario non riesce da solo a tener buono il Plasmodio, almeno il più delle volte. L'Oms ha stabilito che la terapia **farmacologica** di elezione è, appunto, l'artemisina combinata, il Coartem; e le organizzazioni internazionali ne comprano vagoni, 250 milioni di dosi vendute dal 2001. E questo consente agli Stati di distribuire gratis i **farmaci** nelle strutture pubbliche.

Lo sforzo internazionale «è senza pre-

PICCOLI PRESIDI RURALI ANIMATI DA INFERMIERE CHE PERCORRONO STRADE FANGOSE SONO LE ARMI PER VINCERE

cedenti», ammette Snow. Che però sottolinea come non basti distribuire i **farmaci** per arginare un'epidemia. Il vero nemico, in questi casi, si chiama "resistenza". «Dieci anni fa dicevamo agli operatori sanitari di trattare tutte le febbri come fossero malaria. Poi abbiamo visto la rapidità con cui si sviluppano le resistenze ai **farmaci**. Ma è certo che non puoi mandare una madre a casa senza la terapia. Serve quindi di poter fare delle diagnosi precise e, se non c'è malaria, somministrare dei semplici antipiretici».

E così si ritorna nei villaggi. Dove le mamme arrivano coi bambini febbricitanti. Un'infezione qualunque o malaria? Servono gli strumenti per capirlo, kit diagnostici semplificati, che ci sono ma costano altri soldi e pochi li sanno usare là tra le capanne. Dove tocca a gente come Josephine Mugada di decidere tra l'antipiretico e il Coartem. È una sfida sanitaria da far tremare i polsi. Ma non quelli di Robert Snow, che con britannica cocciutaggine ripete: «Si può fare, le strutture ci sono. Siamo a un passo». ■

Salute Scienze

Tumori

PRIMO: NON INGRASSARE

Cavoli, broccoli, pomodori, mirtilli e lamponi. E ancora legumi, cereali integrali, carni bianche e pesce. Ingredienti della cucina mediterranea sì, ma anche alleati nella lotta contro il tumore al seno. Sono sempre di più che gli studi che dimostrano come l'alimentazione giochi un ruolo fondamentale nella gestione della malattia: tanto durante la terapia, per contrastare la perdita di peso, quanto dopo, per evitare di metter su pericolosi chili di troppo.

Ma le donne colpite dal tumore del seno hanno, più che in altri casi, la tendenza a ingrassare, soprattutto dopo la fine delle terapie, complici sbalzi ormonali, riduzione dell'attività fisica e fattori psicologici. Ed essere in sovrappeso aumenta le probabilità che la malattia possa presentarsi di nuovo. Con più massa grassa, infatti, sale il livello di estrogeni circolanti, che aumentano il rischio di cancro, e non solo. A spiegarlo è Maurizio Muscaritoli, professore di Medicina interna all'Università di Roma La Sapienza che ha curato "Il gusto della vita", la campagna itinerante per promuovere una sana alimentazione nelle donne con cancro al seno che girerà l'Italia fino a giugno prossimo, sostenuta da Celgene:

A DESTRA:
FRUTTA E VERDURA
PER LA DIETA
ANTICANCRO.
IN BASSO: I FIORI
DELLA GRIDELIA,
UN ANTITOSSE



«Ingrassare fa crescere i livelli di citochine infiammatorie, correlate all'insorgenza di tumore. Per questo è importante assumere alimenti a basso indice glicemico, come cereali integrali e legumi, capaci di contenere i livelli di insulina nel sangue».

Per questo, durante gli appuntamenti di

«Il gusto della vita», lo chef Alessandro Circiello terrà dei corsi di cucina, preparando in diretta le ricette consigliate, e nutrizionisti e oncologi illustreranno gli alimenti e gli ingredienti più indicati. Consigli raccolti nel ricettario che prende il nome dalla campagna. **Anna Lisa Bonfranceschi**

Il governo rivedrà la ripartizione dei 106 miliardi del Fondo sanitario per il 2012

Dalle Regioni segnali di collaborazione

Roberto Turno
ROMA

«In questa prima fase assumerò direttamente le competenze relative agli affari regionali». Mario Monti scandisce bene le parole nel suo intervento programmatico al Senato e spalanca porte e finestre al dialogo e alla piena collaborazione con Regioni ed enti locali. Le autonomie, dai governatori ai sindaci, naturalmente promuovono in pieno la decisione: s'è aperta una nuova fase, siamo pronti a collaborare, confermano. Riaprendo la fitta agenda di cahiers de doléance e rilanciando la richiesta di un incontro a stretto giro di posta col neo premier.

La scelta di Monti nasce, anche grazie alla sponda del Colle, dalla consapevolezza che tutte le istituzioni in questo momento più che mai devono restare unite, remare verso la stessa direzione, gettarsi alle spalle le lunghe e delicate fasi di rottura degli ultimi anni. «Spero in questo modo - ha spiegato il professore - di manifestare una consapevolezza condivisa circa il fatto che il lavoro comune con le autonomie debba proseguire e rafforzarsi, nonostante le difficoltà dell'agenda economica. In tale prospettiva si dovrà operare senza indugio per un uso efficace dei fondi strutturali dell'Unione europea».

I rapporti con le autonomie erano stati assegnati nel precedente Governo a Raffaele Fitto, il cui impegno è stato spesso riconosciuto dai governatori e sindaci. È mancato però troppo spesso il confronto con Berlusconi, per non dire del rapporto sempre tesissimo con Giulio Tremonti, soprattutto in occasione di tutte le manovre di questi anni. Ma creare adesso nuove tensioni, non coinvolgerle in pieno le autonomie nelle nuove e dolorose scelte in arrivo, sarebbe però un errore gravissimo. E per questo

Monti tiene per sé (almeno «in questa prima fase») la delega dei rapporti con loro.

Il premier sarà insomma in prima fila ai tavoli di confronto, tra l'altro tenendo per sé anche la delega dell'Economia. Un netto cambio di passo. «Questa nuova impostazione potrà modificare le relazioni col Governo, nella speranza che sia possibile costruire un percorso condiviso che veda tutti i livelli istituzionali impegnati allo stesso modo» plaude il rappresentante dei governatori, Vasco Errani. «Un bel segnale per le autonomie, che testimonia un'attenzione non di facciata» aggiunge il presidente Anci, Graziano Delrio.

Naturalmente la strada non sarà in discesa per Regioni ed enti locali, alle prese con i maxi tagli della manovra dell'anno scorso e poi di quest'anno. Con un'agenda che va dai tagli ai servizi sociali, a partire dal trasporto pubblico locale, al patto di stabilità, dal welfare alle infrastrutture, dalla programmazione dei fondi Fas e comunitari fino alla riforme istituzionali e alla possibilità di applicare il federalismo. Per non dire della costruzione del nuovo «Patto» sulla sanità e dei tagli in cantiere per la salute pubblica, una vera emergenza per i bilanci regionali. Sulla sanità del resto il Governo sarà da subito alle prese col riparto dei fondi per il 2012: proprio prima di lasciare l'ex **ministro della Salute**, Ferruccio Fazio, ha inviato alle Regioni la proposta di divisione dei 106 miliardi costruita sulla base dei soli criteri dell'età e della numerosità della popolazione. Ma non di quelli (come la deprivazione e le più sfavorevoli condizioni socio-economiche) chiesti soprattutto dal Sud, ma su cui la Lega (e non solo) frena. Ora il nuovo Governo dovrà dire da che parte sta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La proposta di riparto

Fondi per la salute 2012

	Fondi*
Piemonte	7.981,58
Valle d'Aosta	209,25
Lombardia	17.774,98
Bolzano	867,55
Trento	902,29
Veneto	8.703,79
Friuli	2.248,21
Liguria	3.007,13
E. Romagna	8.271,51
Toscana	6.848,91
Umbria	1.630,42
Marche	2.765,90
Lazio	9.928,43
Abruzzo	2.242,30
Molise	612,24
Campania	9.563,03
Puglia	6.851,07
Basilicata	996,76
Calabria	3.246,21
Sicilia	8.463,64
Sardegna	2.866,15
Totale	105,98

(*): esclusi 2 mld di somme vincolate



Privacy. Per i farmacisti

In ricetta reddito solo con il codice

Antonello Cherchi

ROMA

■ Saranno i medici di medicina generale e i pediatri di base a scrivere sulla ricetta il codice corrispondente alla fascia di reddito del paziente, in base al quale quest'ultimo dovrà poi pagare il ticket. Dunque, niente imbarazzanti domande in merito da parte dei farmacisti, come invece stava accadendo in alcune regioni che hanno deciso di parametrare il ritorno del ticket sulle prestazioni specialistiche, previsto dalla prima manovra estiva (legge 111), ai guadagni dell'assistito.

La soluzione individuata dal ministero dell'Economia di concerto con il Garante della privacy, che ha dato il via libera alle linee di indirizzo che via XX Settembre trasferirà ora alle regioni, ricalca una procedura già applicata in passato, ma non così su larga scala.

Il problema riguarda solo le regioni che hanno deciso di applicare i dieci euro del ticket sulla specialistica, previsti dalla manovra eco-

nomica, sulla base del reddito dei cittadini e non in maniera secca, possibilità quest'ultima che è comunque contemplata.

Al Garante sono arrivate numerose segnalazioni da parte di assistiti che hanno lamentato la carenza di privacy nei sistemi finora scelti dalle regioni per parametrare il ticket sui guadagni. Si tratta, infatti, di autocertificazioni che il cittadino deve effettuare in farmacia, spesso in presenza di altre persone.

Il Garante ha, pertanto, chiesto che il sistema che gestisce le tessere sanitarie metta a disposizione delle Asl e dei medici il codice regionale che identifica la fascia di appartenenza di ogni assistito, da utilizzare poi all'atto della compilazione della ricetta.

C'è, inoltre, la possibilità per l'assistito di chiedere alla Asl il certificato nominativo provvisorio che riporta il codice regionale, certificato da esibire al momento dell'applicazione del ticket.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ticket, un codice a tutela della riservatezza

Un codice sulle ricette salva la privacy del paziente: non è tenuto a dichiarare il proprio reddito al farmacista per individuare l'importo del ticket da pagare. È sufficiente che i medici appongano un codice sulle ricette per l'acquisto dei farmaci e per le altre prestazioni sanitarie. Su queste basi il garante ha licenziato il proprio parere favorevole (n. 406 del 26 ottobre 2011) allo schema di linee di indirizzo in materia di misure regionali di compartecipazione alla spesa sanitaria per fasce di reddito, predisposte dal Ministero dell'economia e delle finanze.

In effetti il decreto 98/2011 ha ripristinato una quota di compartecipazione di dieci euro a carico degli assistiti non esentati sulle ricette per l'assistenza specialistica ambulatoriale. In alcuni casi, dunque, il cittadino deve pagare il ticket, a meno che non goda di esenzioni o comunque di tariffe particolari stabilite in base al reddito. Per disciplinare la materia è prevista l'adozione di linee guida alle regioni e su queste linee guida è stato interpellato il garante. C'è infatti una questione di privacy.

Il problema per la disciplina della riservatezza è rappresentato dalle modalità di dichiarazione del reddito al fine di godere del beneficio dell'esenzione. Proprio su questo punto al garante sono pervenute segnalazioni di pazienti che, per usufruire delle esenzioni sul ticket, sono stati costretti a comunicare il loro livello di reddito al farmacista, magari in presenza di altri clienti, o alle persone che eventualmente acquistavano medicinali per loro conto. Alcune regioni, infatti, in seguito alla manovra economica 2011, avevano deciso di non introdurre il pagamento di 10 euro sulle ricette per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, differenziando invece il ticket richiesto in base alla fascia di reddito familiare.

Il garante ha bocciato la comunicazione del reddito al farmacista e ha dato via libera alle linee guida per le ragioni. Lo schema di linee di indirizzo, infatti, prevede che, a tutela della privacy, sia il medico stesso ad apporre sulla ricetta un codice teso a identificare, non in chiaro, la fascia di reddito di appartenenza dell'assistito, e quindi a definire l'entità del contributo da pagare. All'atto della prescrizione, il medico dovrà verificare il codice da inserire per ogni persona collegandosi al Sistema tessera sanitaria oppure utilizzando l'apposita documentazione cartacea o digitale predisposta dalla azienda sanitaria locale.

Antonio Ciccia

--- Riproduzione riservata ---



L'INCHIESTA Due i fascicoli aperti, i magistrati ipotizzano l'omicidio colposo

Tre morti a Roma, indagine sulle pillole per dimagrire

Proibite dal ministero, ma i farmacisti ricorrono al Tar

di VALENTINA ERRANTE

ROMA - Due fascicoli aperti, un'inchiesta già conclusa che va verso la richiesta di rinvio a giudizio, un processo in corso e uno già chiuso in primo grado, con le condanne degli imputati. In mezzo tre persone morte e la fendimetrazina, principio attivo anoressizzante, ufficialmente classificato come sostanza stupefacente dal ministero della Salute lo scorso 2 agosto. La procura di Roma procede su due fronti, da un lato i fascicoli sui decessi, l'ultimo in ordine di tempo, lo scorso 9 settembre, è quello di una ragazza che assumeva farmaci con il principio attivo della fendimetrazina. Il pm Alberto Pioletti procede per omicidio colposo e vuole stabilire se la vittima avesse acquistato i medicinali dopo il divieto del governo. Dall'altro la procura vuole verificare se le prescrizioni ministeriali siano state rispettate.

Nel 2009 a essere ucciso dalla fendimetrazina è stato un uomo di 40 anni, avvocato, un obeso che voleva a tutti i costi perdere peso. Il pm Katia Summaria è riuscita a portare il medico che gli aveva prescritto il farmaco davanti al Tribunale. La prossima udienza è prevista a marzo. Silvia Lolli, 29, anni era morta nel 2003, una ginecologa e due farmacisti, che le avevano rispettivamente prescritto e venduto il farmaco, sono stati condanna-

ti a un anno e otto mesi di reclusione in primo grado. «La mamma di Silvia non si è costituita in appello - spiega l'avvocato Paolo Emilio Ermini - ha preferito chiudere con un risarcimento. Non ce la faceva è stata una vicenda troppo dolorosa».

Ma la procura di Roma punta a fare chiarezza anche sulle modalità con cui le linee guida del ministero sono state rispettate prima e dopo il decreto che ha vietato la commercializzazione del principio attivo. Perché, già prima che il principio attivo fosse bandito, la fendimetrazina veniva considerata una sostanza da somministrare in presenza di «imprescindibili requisiti patologici». L'inchiesta affidata al pm Francesco Dall'Olio, che vuole accertare l'eventuale omesso controllo sulla commercializzazione, l'utilizzo e la prescrizione di Fendimetrazina, è ancora in corso.

Intanto, però, l'associazione dei farmacisti ha impugnato il provvedimento ministeriale davanti al Tar del Lazio. Il Tribunale amministrativo ha respinto la richiesta di sospensione, si attende la fissazione dell'udienza per la discussione del ricorso nel merito. Così il divieto di commercializzare e utilizzare la fendimetrazina è tuttora in vigore.

Verso il processo si avvia invece un'altra inchiesta della

procura di Roma. Lo scorso ottobre erano finiti sotto accusa un medico, un farmacista romano e un altro dei Castelli. Secondo gli accertamenti del Nas dei carabinieri, coordinati dai pm Giovanni Bombardieri e Tiziana Cugini, l'endocrinologo, al quale si rivolgevano i vip, prescriveva false ricette intestate a pazienti che ordinavano le pasticche telefonicamente, o attraverso fax, agli studi di Roma e Albano. Nessuna visita medica per prescrivere farmaci contenenti principi attivi come fendimetrazina, clorazepato e fenilpropanolamina. Secondo i carabinieri, le farmacie coinvolte, dopo aver ricevuto le prescrizioni illecite inviate dalle segretarie degli studi medici, producevano le confezioni di anoressizzanti provvedendo anche a spedirle in contrassegno direttamente al domicilio dei pazienti in tutt'Italia. Adesso la procura ha chiuso l'inchiesta e sta per chiedere il rinvio a giudizio per l'endocrinologo, che era anche stato sospeso dalla professione con provvedimento del gip, le segretarie e i farmacisti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Emigrati e traditi



I brevetti dei cervelli fuggiti valgono due miliardi. Perché la nostra ricerca è forte, ma la politica non ci crede. Un libro racconta 150 anni di inganni

DI IGNAZIO MARINO

Una storia destinata a ripetersi nel tempo. Quello della ricerca italiana è un percorso fatto di alti e bassi, di belle intuizioni e progetti falliti, di programmi ambiziosi crollati sotto il peso delle indecisioni della politica e di finanziamenti inadeguati. Lo racconta bene il libro curato da Marco Cattaneo, "Scienziati d'Italia. 150 anni di ricerca e innovazione" (Codice edizioni, 2011), che ripercorre le biografie e gli studi di alcuni tra i più famosi scienziati italiani dall'Unità a oggi. Emerge un panorama simile a quello che anche ora abbiamo davanti agli occhi: grandi personalità con capacità innegabili, un buon sistema scolastico per formare scienziati competitivi, una debolezza cronica dei centri di ricerca spesso condizionata dalla scarsa lungimiranza del mondo politico e dalle logiche baronali dell'accademia. Ci sono stati eventi drammatici, come le leggi razziali di Mussolini del 1938, che hanno determinato un vero e proprio esodo di ricercatori, ma il risultato è sempre lo stesso: gli scienziati italiani fuggono all'estero.

Sono lontani i tempi in cui la classe dirigente sabauda, per sostenere la sfida della ricerca e aprirsi al mondo, si impegnava nella formazione internazionale degli studenti più promettenti. Fu grazie a personalità come Giovanni Giolitti o Quintino Sella che l'Italia riuscì a dotarsi di strumenti avanzati nel campo dell'astronomia, affidando la rinascita scientifica nazionale a Virginio Schiaparelli, l'uomo giusto al posto giusto come viene definito nel libro, se si pensa che a chi gli offrì di diventare senatore rispose: «Se vuole che io faccia qualche cosa per il mio Paese, mi conceda di non allontanarmi dal mio telescopio. È costato alla nazione una grande somma e io so farlo fruttare per la scienza e per l'onore del nostro Paese».

Alcune scelte furono lungimiranti, come la creazione del Cnr e dell'Istituto superiore di sanità, nati come organi di indirizzo per le scelte della politica ma entrati subito in competizione con il mondo universitario e soprattutto indeboliti dalla scarsità di fondi che ha sempre impedito il decollo dei progetti più ambiziosi. Maggiore fortuna ebbe la scuola di fisica creata da Enrico Fermi a Roma negli anni Trenta. L'Istituto di via Panisperna portò

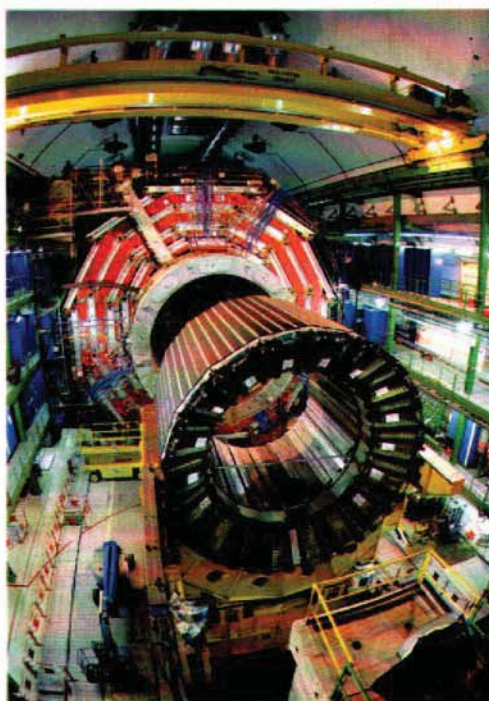
all'Italia rilevanti riconoscimenti internazionali ma, guarda caso, nel giro di quindici anni l'intero gruppo di ricercatori si disperse tra Europa e Stati Uniti. Lo stesso avvenne due decenni più tardi con il progetto dell'elettrosincrotrone di Frascati, creato di pari passo al Cern di Ginevra. Ma, paradossalmente, mentre il programma in Italia avanzerà a fasi alterne, quello svizzero grazie anche agli italiani, conobbe un'ascesa senza limiti, come testimonia anche il recente esperimento sui neutrini coordinato proprio da un italiano, Antonio Ereditato.

Lo stesso destino ha accomunato anche il trio di premi Nobel Salvador Luria, Renato Dulbecco e Rita Levi Montalcini, tutti formati nella stessa università a Torino e tutti emigrati all'estero, dove hanno condotto, separatamente, le ricerche che li avrebbero portati al prestigioso riconoscimento. Non è una coincidenza. È piuttosto il grande limite di un paese che, pur intravedendo l'importanza di un settore strategico e offrendo buone opportunità di

formazione, alla fine non crede fino in fondo che ricerca e sviluppo economico siano un binomio e lascia che i cervelli migliori se ne vadano, portando altrove risorse e opportunità legate all'applicazione delle scoperte scientifiche. Un errore gravissimo: è noto, infatti, che i brevetti firmati dai 20 migliori scienziati italiani che lavorano all'estero hanno raggiunto, tra il 1989 e il 2009, un valore commerciale di oltre 2 miliardi di euro.

Se la classe politica non cambia le sue convinzioni, continueremo a rimanere il fanalino di coda nel mondo industrializzato con un misero 0,9 per cento di Pil destinato ai progetti di ricerca, per di più assegnati senza alcun criterio di merito.

Sarebbe ora di invertire la tradizione storica del nostro Paese e puntare sull'innovazione, sulla tecnologia, sulle grandi opportunità della ricerca biomedica, anche scardinando quelle rendite di posizione troppo consolidate nella storia d'Italia. Per questo serve determinazione e un po' di coraggio. ■



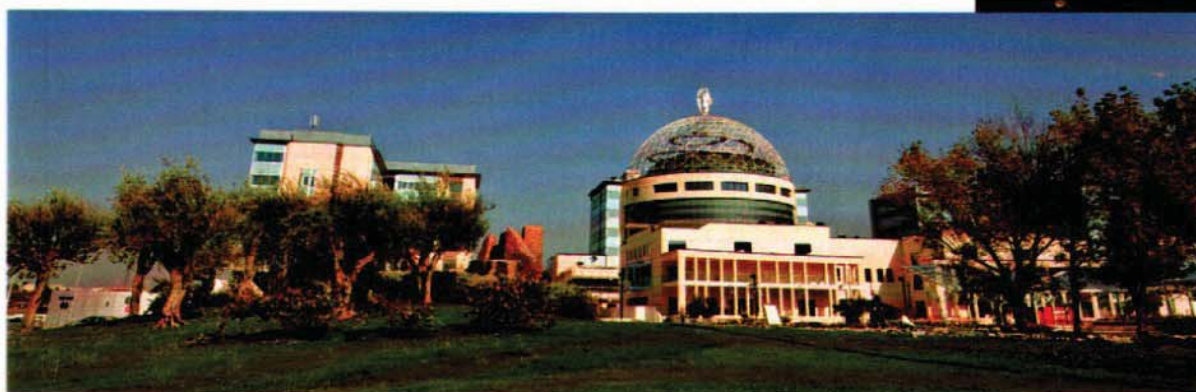
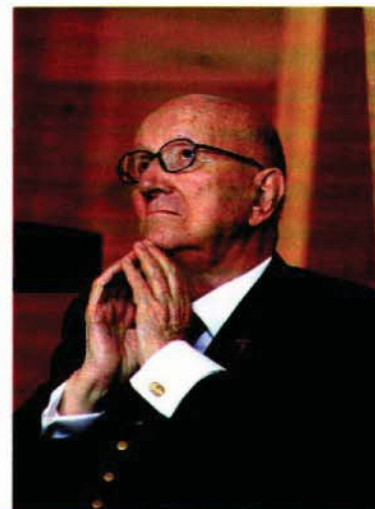
IL LARGE HADRON COLLIDER, LA SUPERMACCHINA DEL CERN DI GINEVRA

Foto: M. Trezzani - Epa / Corbis

La via Crucis di don Verzè

La procura ha scoperto i fondi neri costruiti dai partner dell'ospedale. E ora il Vaticano potrebbe svendere a un colosso della sanità privata

DI PAOLO BIONDANI E LUCA PIANA



Le aziende privilegiate dal San Raffaele? Fabbriche di nero per decine di milioni di euro, come documentano gli sviluppi clamorosi delle inchieste in corso. Il piano di risanamento per salvare il grande ospedale milanese con i soldi garantiti dal Vaticano? Un percorso che, negli atti del tribunale fallimentare, fa balenare l'ipotesi di un'operazione condotta per favorire la svendita a un colosso della sanità privata.

L'arresto dell'uomo d'affari Piero Dacò, di area ciellina e consulente del San Raffaele, sospettato di concorso in bancarotta, rischia di dissolvere il lieto fine sognato: il prete-manager don Luigi Verzè, fondatore e dominus dal lontano '72, che accetta cristianamente di farsi da parte ammettendo «errori»; una cordata cattolica, formata a tempo di record dalla banca vaticana Ior e dall'imprenditore ligure Vittorio Malacalza, che offre 262 milioni in contanti e copre parte dei debiti; e il tribunale che promuove i nuovi amministratori e ammette un concordato che evita il fallimento, salva i 3.800 lavoratori e assicura la continuità delle cure.

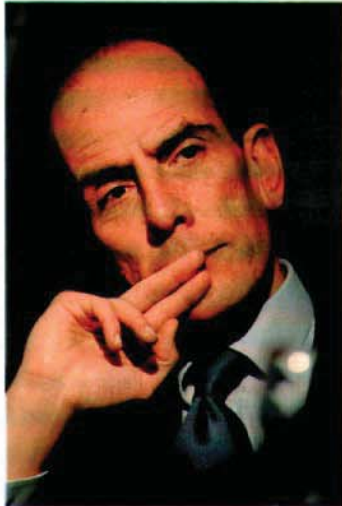
Oggi, invece, don Verzè è indagato insieme ad altre quattro persone per i fondi neri che avrebbero contribuito a scavare il buco da un miliardo e mezzo. A rovinare l'incantesimo era stato prima di tutto il suicidio di Mario Cal, per anni factotum di don Verzè. Prima di spararsi il 18 luglio al San Raffaele, il manager aveva nascosto un archivio aziendale. Tra quelle carte il pm Luigi Orsi, che guida l'inchiesta con i colleghi Gaetano Ruta e Laura Pedio, scrive al tribunale di aver trovato ampie tracce di uscite sospette, in Italia o all'estero, e di «fatture per operazioni inesistenti» che fanno pensare a una prassi. Traduzione: accordi sottobanco per gonfiare i prezzi e dividersi il nero.

I magistrati stanno ora cercando di ricostruire dove sono finiti i soldi con perquisizioni nello stesso ospedale e verifiche addirittura a bordo di yacht ormeggiati in Liguria. La Guardia di Finanza sta lavorando da mesi per ricostruire i movimenti finanziari della costellazione di società controllate dalla Fondazione San Raffaele, a sua volta governata da un'associazione religiosa dominata da don Verzè e dai suoi fedelissimi, riuniti nella casa-co- ▶



ROBERTO FORMIGONI. IN ALTO: DON LUIGI VERZÈ E LE NUOVE STRUTTURE DEL SAN RAFFAELE

Attualità



GIUSEPPE PROFITI

munità dei Sigilli. Per illuminare le zone grigie, gli inquirenti stanno indagando anche sui fornitori privilegiati del San Raffaele. E i primi risultati sono sorprendenti. Nel numero 33 di quest'anno, "l'Espresso" aveva già descritto il rapporto decennale tra l'ospedale e il gruppo di costruzioni Diodoro-Methodo di Pierino e Giovanni Zammarchi, anche loro indagati per concorso in bancarotta: Cal e don Verzè affidavano gran parte delle più costose opere edilizie a quell'impresa, cresciuta da zero a oltre 60 milioni di fatturato, che a sua volta lavorava quasi solo con il San Raffaele. Ora il pm milanese Michele Scudieri ha chiuso un'indagine-choc, finora del tutto sconosciuta, che accusa il gruppo Zammarchi di aver emesso «fatture per operazioni inesistenti per oltre 48 milioni» (più 9 di evasione dell'Iva) solo nei primi due anni considerati, il 2005 e il 2006. La famiglia Zammarchi controlla anche la Metodo, che nel 2008 ha ereditato il rapporto con il San Raffaele e ora è a sua volta sotto indagine. Ma adesso l'intero gruppo rischia il crac. In aula, a chiedere i fallimenti, si è presentato il pm Ruta, dello stesso pool che indaga sul San Raffaele. E come prima mossa ha denunciato i maxi-debiti fiscali per le fatture considerate false.

Un altro grande fornitore del San Raffaele è la centrale elettrica della Blu Energy, controllata in parti uguali dalla Fondazione di don Verzè e dall'imprenditore

INDAGINE SU FATTURE FALSE PER 48 MILIONI DEL COSTRUTTORE CHE HA REALIZZATO TUTTE LE NUOVE OPERE

Giuseppe Grossi, morto di recente per malattia. In altre due grosse inchieste, sui nuovi quartieri di Milano Santa Giulia e dell'ex Falck di Sesto, Grossi è stato accusato di aver creato fondi neri per oltre 30 milioni gonfiando i costi delle bonifiche.

Ora la Finanza sta verificando se almeno i prezzi dell'elettricità venduta all'ospedale fossero corretti. La cordata vaticana però ha già deciso di troncarsi il contratto: i nuovi amministratori hanno spiegato al tribunale che la Blu Energy risulta aver beneficiato di tariffe «sproporzionate». Sia per il gruppo Zammarchi che per Grossi, le indagini hanno comprovato complicità di politici locali. Ma la partita San Raffaele mobilita ora forze politiche ed economiche ben superiori alle corrotte cittadine.

Cresciuto grazie anche al sostegno di Silvio Berlusconi, dal 1995 l'ospedale ha come massimo finanziatore la Regione Lombardia del governatore ciellino Roberto Formigoni, che gli versa 450 milioni l'anno di rimborsi pubblici. Dopo il disesto, però, la cordata vincente è capeggiata dallo Ior, che con il presidente Ettore Gotti Tedeschi è entrato nell'orbita dell'Opus Dei. E la rottura dei vecchi equilibri sta creando scintille anche all'interno del San Raffaele. Gli amministratori vaticani, guidati dal manager Giuseppe Pro-

fiti, hanno annunciato il licenziamento di tredici fedelissimi di don Verzè. Mentre alcuni medici di punta sospettano lo Ior di volere, in un prossimo futuro, svendere a un colosso privato già fortissimo in Lombardia ma finora rimasto nell'ombra.

Gli atti pubblicati dal tribunale mostrano che perfino l'asettica udienza sul concordato si è trasformata in una battaglia. Nel decreto il collegio giudicante accusa lo Ior di «conflitto d'interessi». Il problema è che l'accordo con i creditori preparato dagli amministratori vaticani, che dovrebbero rappresentare la fondazione venditrice, è «perfettamente speculare e simmetrico» all'offerta dei compratori: come due fotocopie. Quindi l'operazione targata Ior, a ben guardare, è una compravendita «preconfezionata» e «bilaterale», «come un rappresentante che firmi un contratto con se stesso». Insomma, il Vaticano vende e il Vaticano compra.

I nuovi amministratori, aggiungono i giudici, volevano imporre un concordato «senza rimborsi certi, del tipo "prendere o lasciare"»: il tribunale invece ha preteso un «risarcimento minimo del 52 per cento» anche per i creditori diversi dalle banche. Bocciati anche i valori attribuiti al grosso del patrimonio immobiliare: il rifiuto di pagare futuri conguagli autorizza il dubbio che i prezzi attuali siano «sottostimati» per favorire i compratori. Respinta pure la richiesta di nominare un «liquidatore privato» per cedere i beni che resteranno fuori dal futuro San Raffaele: la vendita la gestirà il tribunale.

Riscritto così il piano, i giudici approvano la cordata Ior-Malacalza per un solo motivo: «Per ora è l'unica offerta» e rispetto al fallimento ha il merito di «salvare l'ospedale e i posti di lavoro». Ma in attesa della sentenza finale, fissata il 30 giugno, toccherà a «tre commissari giudiziari» rifare tutti i conti per garantire davvero che i diritti dei creditori non vengano sacrificati agli interessi dei nuovi padroni. I quali, con l'intermediazione del Vaticano, potrebbero ritrovarsi a fare un affare clamoroso, acquistando a poco prezzo un ospedale che, sottratto alle ruberie, già oggi ha una gestione ordinaria positiva. ■

E il manager ricoverato teme i farmaci

Il primo testimone della grande inchiesta sul San Raffaele finisce ricoverato proprio nell'ospedale sotto indagine. Dove accetta di farsi curare, ma con una precauzione: chiede che i farmaci gli vengano portati ancora confezionati. Che il clima ai piani alti del San Raffaele, di questi tempi, non sia il massimo della fiducia reciproca, lo segnala proprio la disavventura medica che ha incuriosito gli inquirenti. Protagonista, Danilo Donati, il responsabile della sicurezza,

legatissimo sia a don Verzè, sia al defunto amministratore Mario Cal. Dopo il suicidio di Cal, Donati è tra i primi a testimoniare che il manager teneva un archivio segreto. Ai funerali, la sua disperazione impressiona i presenti. Distrutto dallo stress, viene portato in una sede staccata del San Raffaele. Dove si riprende benissimo. Il paziente però presenta solo manie da romanzo giallo: «Non mi fido, le confezioni di medicinali me le apro io».