

L'intervista

Il ministro della Salute: della spesa generale rivedibile fissata da Bondi in 390-397 miliardi, un quarto riguarda il settore di mia competenza

«Sanità, tagli mirati e non al personale»

Balduzzi: interventi sui 7 miliardi di spesa in beni e servizi. Strutture minori, niente automatismi

ROMA — «Sarà un lavoro di cesello. Niente tagli lineari e automatici. Il principio è quello di salvaguardare la qualità dei servizi».

Conferma la sua strategia il ministro della Salute Renato Balduzzi: «La revisione della spesa verrà eseguita con ponderazione e ragionevolezza. *Spending review* non significa tagliare ma riqualificare. Non ci interessa portare a casa il risultato in fretta. Vogliamo intervenire con equilibrio. Il nostro sistema sanitario pubblico è un bene che ci viene invidiato e molti Paesi ci prendono a modello», chiarisce. I tecnici del ministero sono al lavoro. La sanità dovrà infatti dare un contributo sostanzioso al programma di risparmi previsti dal governo entro il 2012 per scongiurare l'aumento dell'Iva.

È vero che il supercommissario Enrico Bondi, incaricato dal governo di trovare risorse pari a circa 4 miliardi, ha calcolato per la sanità un sacrificio di circa 1 miliardo e 200 mila euro almeno?

«Finora non c'è stata nessuna indicazione precisa. Le ipotesi nascono dalla circostanza che la spesa generale rivedibile è stata fissata a 390-397 miliardi e di questa quasi un quarto riguarda la sanità. Certo faremo la nostra parte



Non contano i posti letto ma cosa c'è prima e dopo l'ospedale: con una rete assistenziale sul territorio, dovrebbe servire solo per i pazienti in fase acuta

ma senza creare danni ai cittadini e rischiare di compromettere il loro diritto alla salute».

Lei ha dichiarato che finora sono stati censiti 7 miliardi di spesa della sanità indagabili, cioè da rivedere. Da dove arriveranno i risparmi?

«Sette miliardi sono l'ammontare della spesa per l'acquisto di beni, servizi e dispositivi medici finora censiti. La stiamo riconsiderando da parecchi mesi sulla base della manovra dello scorso anno che già prevedeva un intervento in questo settore. Non è facile trovare il prezzo medio di riferimento, cioè quello che dovrà essere applicato uniformemente in ogni Regione italiana, nell'ambito di una tipologia di prodotti così diversificata. Un esempio. Se in una Asl una siringa costa 5 volte di più rispetto a un'altra Asl non c'è scampo. Quello è uno spreco e va colpito».

Dunque niente sforbiciate alla cieca?

«Il lavoro è solo l'inizio e non è detto che i risparmi verranno tutti da qui anche se non c'è molto altro da tagliare. La spesa della sanità è assorbita per un terzo dal personale e in quel settore tutto ciò che potevamo fare è stato fatto, pensiamo soltanto al blocco del *turnover*. Certo non arriveremo a bloccare gli stipendi e licenziare, come in Grecia».

La farmaceutica è stata sempre utilizzata dai governi come bancomat, un settore da cui prelevare risorse. Sono previsti tagli anche qui?

«La farmaceutica è già oggetto di revisione dallo scorso luglio a prescindere dalla revisione straordinaria della spesa. Il comparto dei farmaci è già sotto la lente. I margini di risparmio non sono infiniti ma ci sono».

Diversi tribunali amministrativi e il Consiglio di Stato hanno bloccato provvedimenti di chiusura di piccoli ospedali da parte di Regioni in deficit. Che ne pensa, è una contraddizione rispetto alla necessità di recuperare il disavanzo?

«Non è automatico che un piccolo ospedale debba essere chiuso. Questo può succedere se attorno viene disegnata una adeguata rete di servizi territoriali. Quando è così diventa difficile che un organismo giurisdizionale riesca a intervenire e a bloccare dichiarandole illegittime le iniziative della Regione. Ogni azione pubblica deve essere portata avanti secondo criteri di ragionevolezza e imparzialità. Quando il taglio di posti letto è basato su un piano di riorganizzazione meditato è meno esposto a ricorsi e sollecitazioni giurisdizionali che vanno in senso opposto».

Ma i piccoli ospedali con meno di 120 posti letto non sono stati giudicati insicuri e costosi e dunque da chiudere e trasformare?

«Si tratta di una regola con eccezioni che dipendono dal contesto in cui si trovano e dallo stato economico della Regione. Non conta il numero dei posti letto ma cosa c'è prima e dopo l'ospedale che, se è circondato da una rete assistenziale sul territorio, dovrebbe servire solo per il ricovero di pazienti in fase acuta».

Dunque se manca una strategia d'insieme è inevitabile che gli atti delle Regioni vengano contestati?

«L'obiettivo non dovrebbe essere di ripianare i debiti e di uscire dalla gabbia dei cosiddetti piani di rientro, cioè gli accordi presi dalle Regioni con lo Stato per raggiungere il pareggio di bilancio. L'obiettivo è rendere virtuoso ed efficiente il sistema riorganizzandolo».

Invece la tentazione di alcune Regioni è tagliare senza ragionevolezza?

«Chi ha questa tentazione potrà anche usci-

re dai piani di rientro col rischio che debba rientrarci subito dopo. Servono operazioni strutturali, ad esempio avere il coraggio di ri-

”

La farmaceutica era già oggetto di verifica a prescindere dalla revisione straordinaria della spesa. I margini di risparmio non sono infiniti ma ci sono

durare un numero esagerato di reparti che nel raggio di pochi chilometri appartengono alla stessa disciplina. Oppure il coraggio di tagliare alcuni primariati. Eliminare i doppi e la

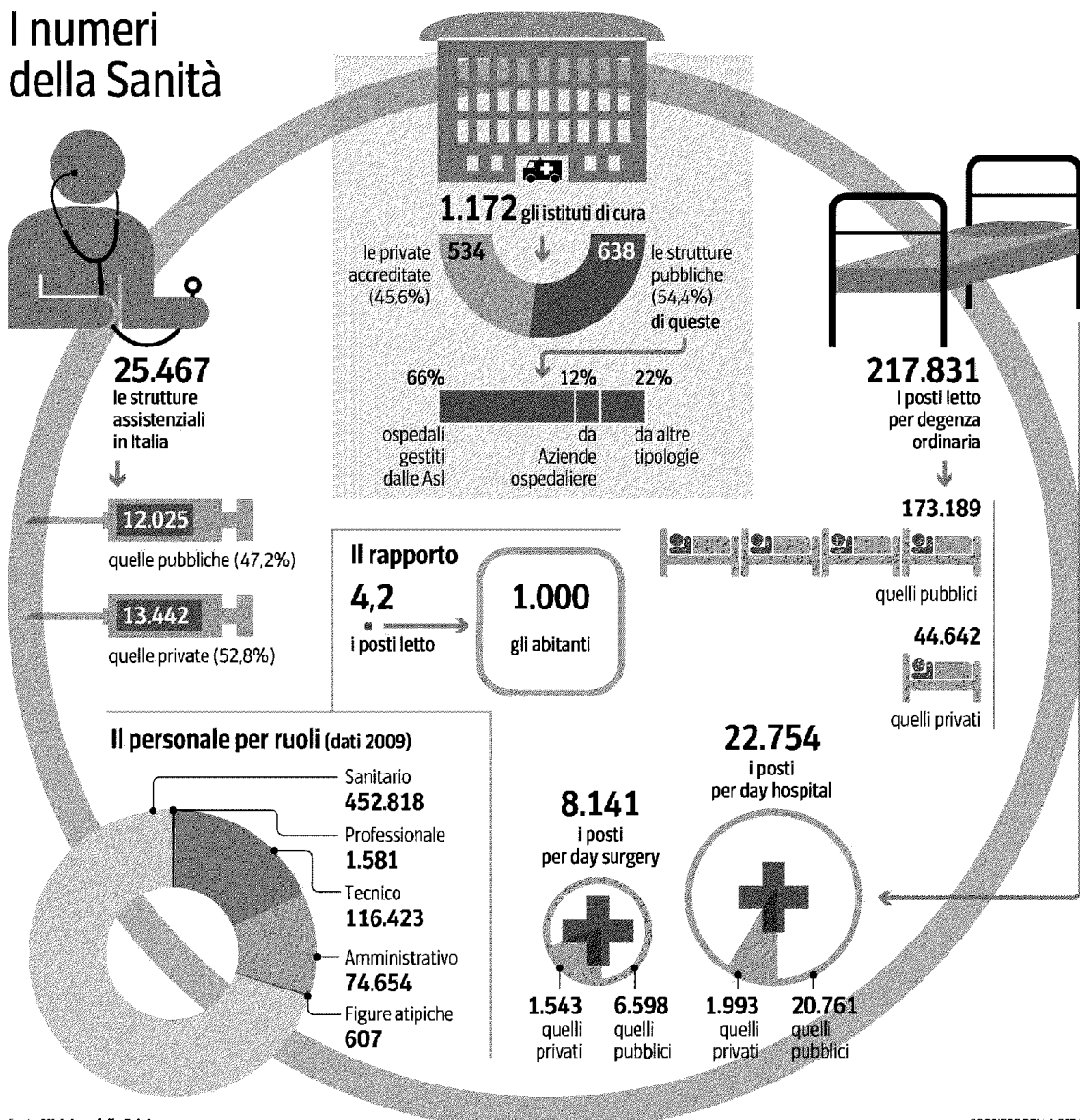
duplicazione di servizi inutili e costosi. Non è difficile scoprire quanti e dove sono».

Nel 2014 i ticket così come sono stati previsti dalla legge finanziaria dello scorso luglio diventeranno insostenibili per i cittadini. Lei ha lanciato l'ipotesi di una franchigia in base al reddito sulle prestazioni sanitarie. Va avanti lungo questa strada malgrado le critiche?

«Il sistema attuale è già insostenibile, opaco e non sempre equo. Le franchigie, accompagnate da altri strumenti di compartecipazione, introdurrebbero equità. Si pagherebbe in base alla disponibilità economica e al bisogno. Chi critica la proposta non mi sembra ne abbia lanciate di migliori. È una soluzione diversa da quelle classiche ma ancora da definire».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

I numeri della Sanità



Gli emendamenti al decreto sulla spending review riducono i tempi per la certificazione a un mese

Sanità, crediti certi per le regioni

Anche per quelle che hanno piani di rientro dai debiti

DI ANDREA MASCOLINI

Possibile la certificazione dei crediti nel settore sanitario anche nelle regioni che hanno piani di rientro per i debiti; ammessa la compensazione dei crediti con le somme dovute a seguito di cartelle esattoriali; ridotti a trenta giorni i termini per ottenere la certificazione; previsto l'obbligo di trasmissione all'Osservatorio sui contratti pubblici dei contratti oltre i 50 mila euro; obbligo per le amministrazioni di acquisire beni e servizi tramite convenzioni-quadro, o ricorrendo ai «mercati elettronici». Sono queste alcune delle principali novità introdotte con gli emendamenti approvati dalle Commissioni bilancio e affari costituzionali al testo del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52 sulla c.d. spending review, che adesso sarà sottoposto all'esame dell'Aula per l'approvazione, presumibilmente, entro giovedì prossimo.

Un primo intervento di particolare rilievo riguarda la partita della certificazione dei crediti e in particolare di quelli vantati verso gli enti del Sistema sanitario nazionale delle regioni in crisi: con gli emendamenti dei due relatori (**Francesco Sanna** del Pd e **Gilberto Pichetto Fratin** del Pdl), approvati mercoledì, si consente anche agli enti del servizio sanitario nazionale delle regioni soggette ai piani di rientro per il debito sanitario di procedere alla certificazione. In questo modo le imprese che vantano crediti nei confronti degli enti del Ssn potranno avere accesso al fondo di garanzia, scontando in banca i propri crediti, oppure potranno compensarli con debiti fiscali o previdenziali.

Viene inoltre previsto il dimezzamento dei termini per la certificazione del credito (portati a trenta giorni) e si ammette la compensazione, con le somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo (cartelle esattoriali), dei crediti maturati per somministrazioni, forniture e appalti, oggi possibile solo nei confronti delle regioni, degli enti locali e degli enti del Ssn, e dall'emendamento esteso anche nei confronti dello stato e degli enti pubblici nazionali.

Per quel che attiene alle modalità di acquisizione di beni e servizi da parte delle amministrazioni pubbliche, la regola generale sarà quella per cui tutte le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione delle scuole e delle università, dovranno approvvigionarsi utilizzando le convenzioni-quadro (con Consip o con le centrali regionali di acquisto). Le altre amministrazioni pubbliche potranno (facoltà) ricorrere alle convenzioni quadro o, in alternativa, applicare i parametri di prezzo-qualità come limiti massimi per la stipulazione dei contratti.

Per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria le amministrazioni dovranno fare sempre ricorso al mercato elettronico della pubblica amministrazione, ovvero ad altri mercati elettronici istituiti (art. 328 del regolamento del Codice dei contratti).

Per quel che riguarda la trasparenza sui contratti, le commissioni hanno anche approvato una importante modifica all'art. 7, comma 8 del dlgs 12 aprile 2006, n. 163 che prevede, ad oggi, per contratti di importo superiore a 150 mila euro, l'obbligo per tutte le stazioni appaltanti di trasmettere all'Osservatorio dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici alcune rilevanti informazioni ai fini della trasparenza (contenuto dei bandi, dei verbali di gara, soggetti invitati, importo di aggiudicazione, nominativo dell'affidatario e del progettista, stati di avanzamento e ultimazione dei lavori, servizi, forniture, effettuazione del collaudo, importo finale; mentre per gli appalti di importo inferiore a 500 mila euro non è necessaria la comunicazione dell'emissione degli stati di avanzamento). L'emendamento approvato amplia di molto l'applicazione degli obblighi di trasmissione, riducendo da 150 a 50 mila euro il limite attuale.

Infine si prevede la soppressione del contributo forfetario alla DigitPA se le amministrazioni hanno chiesto a DigitPA i pareri sugli schemi di contratti concernenti l'acquisizione di beni e servizi relativi ai sistemi informativi automatizzati.

—© Riproduzione riservata—



L'analisi dei bilanci: spesa farmaceutica alta e ricorso ai privati. Al San Camillo il disavanzo maggiore

Sanità, malati in fuga dal Lazio

Asl e ospedali in difficoltà: aumentano i pazienti che si curano in altre regioni

Per la prima volta nel Lazio c'è un saldo negativo tra pazienti in entrata e in uscita. Cosa significa? Il numero degli utenti di Roma e delle altre province che si sono rivolti ad ospedali di altre regioni è più basso di quello degli utenti che da altri territori sono venuti a farsi curare nel Lazio. Emerge dall'analisi dei bilanci di previsione delle Asl e delle aziende ospedaliere del 2012. Altri dati: all'assessorato alla Salute rimangono i buoni risultati ottenuti sul fronte della diminuzione del disavanzo, ma restano ancora alti la spesa farmaceutica e il ricorso ai privati. Il blocco del turnover non ha dato ancora risultati significativi sul fronte della riduzione dei costi del personale. Tra i grandi policlinici, il San Camillo Forlanini è quello il cui bilancio fa emergere il deficit più alto, 160 milioni di euro. In rosso anche il Policlinico Umberto I.

Evangelisti all'interno

IL CASO Per la prima volta gli utenti che dal Lazio vanno in altre regioni superano quelli in entrata

Sanità, grandi ospedali in rosso troppo alta la spesa farmaceutica

Bilanci di previsione delle Asl, ancora elevato il ricorso ai privati

L'assessorato alla Salute: abbiamo ridotto il disavanzo totale

di MAURO EVANGELISTI

Cosa emerge dai bilanci di previsione 2012 delle Asl e delle aziende ospedaliere del Lazio? Primo dato, non molto positivo ed effetto anche di un duro piano di rientro: per la prima volta, il saldo mobilità è in

passivo. Per circa 39-40 milioni di euro. Cosa significa? Più cittadini del Lazio sono andati a curarsi in altre regioni di quanti invece sono venuti a Roma e nelle altre province. E' un dato decisamente anomalo, visto che nella Capitale ci sono i grandi policlinici e le eccellenze. E rappresenta un duro prezzo da pagare a un piano di rientro che ha bloccato il turnover dal 2007, con

una perdita di 6.500 dipendenti. Tra l'altro, poiché comunque alla fine gli ospedali spesso si reggono sul precariato (specialmente il pronto soccorso) il personale rimane una fetta in-

tonsa del 25 per cento sul totale dei costi.

Anche i tecnici dell'assessorato regionale alla Salute osservano: «Il blocco del turnover è un finto risparmio alla lunga».



(Lo stop alle nuove assunzioni non viene deciso dalla Regione, ma è un obbligo causato dal fatto che il Lazio è impegnato nel piano di rientro). Altri dati: i grandi policlinici hanno un saldo mobilità positivo, le asl periferiche negativo. Significa che sempre più cittadini vengono a farsi curare a Roma dal resto della provincia e del Lazio. Su questo fenomeno vengono date valutazioni contrastanti: c'è chi sostiene che questo testimonia un impoverimento della sanità periferica, che sta mettendo a rischio i lea (livelli essenziali di assistenza) lontano da Roma e ingolfando il pronto soccorso della Capitale. All'assessorato alla Salute, invece, osservano che questo processo è positivo, perché per le specializzazioni è giusto che rivolgersi a un grande ospedale mentre nel territorio devono essere garantite le emergenze.

Eppure, nonostante i grandi ospedali romani abbiano

sempre più pazienti e offrano sempre più prestazioni, i loro bilanci si chiudono in rosso. Alcuni esempi: il Policlinico Tor Vergata ha un saldo di mobilità importante, 146.567.000 di euro, ma questo avviene con costi elevati, 243.499.000 (personale, farmaci, servizi) e questo, comprendendo altre voci, porta a un disavanzo di 80.182.000 di euro, vale a dire quasi il 10 per cento del totale del disavanzo della sanità laziale. Ancora più in rosso la situazione di un centro di eccellenza come l'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini: il saldo della mobilità supera i 215 milioni di euro, ma i costi arrivano a 443 milioni (il solo personale vale 255 milioni di euro) e questo produce un disavanzo di 160.637.000 di euro. Sul fronte delle Asl, quella con il disavanzo più rilevante è la C (Cto e Sant'Eugenio) che chiude con

meno 132.483.000 euro. Come è possibile? In questo caso il saldo mobilità è negativo (meno 149.670.000), significa che ci sono più cittadini di quel territorio che si rivolgono ad altre asl rispetto a coloro che da altre asl si vanno negli ospedali della C. E c'è anche un massiccio ricorso a prestazioni dei privati, ben oltre i 200 milioni di euro. All'assessorato alla Salute, però, mettono in guardia da un'analisi semplicistica secondo cui alto disavanzo significa asl o azienda ospedaliera mal gestita. In realtà il sistema di remunerazione (vale a dire i soldi che la Regione trasferisce ad ogni Asl) è datato e va rivisto, adattato ai mutamenti che ha avuto la sanità pubblica. Inoltre, dalla Regione insistono su un dato: il disavanzo totale della sanità laziale è comunque stato eroso in modo significativo, poiché il 2010 si era chiuso a un miliardo 67 milioni, il 2011 a 875.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I BILANCI DI PREVISIONE DELLE ASL 2012

Asl Roma A disavanzo	14.649.000	Asl Frosinone avanzo	92.291.000
Asl Roma B disavanzo	96.613.000	San Camillo Forlanini disavanzo	160.637.000
Asl Roma C disavanzo	132.483.000	San Giovanni Addolorata disavanzo	91.961.000
Asl Roma D avanzo	22.733.000	San Filippo Neri disavanzo	81.366.000
Asl Roma E disavanzo	109.839.000	Policlinico Umberto I disavanzo	90.923.000
Asl Roma F avanzo	14.861.000	Ifo disavanzo	61.120.000
Asl Roma G disavanzo	10.210.000	Inrmi Spallanzani disavanzo	23.511.000
Asl Roma H disavanzo	32.551.000	Sant'Andrea disavanzo	44.948.000
Asl Viterbo disavanzo	14.903.000	Policlinico Tor Vergata disavanzo	80.182.000
Asl Rieti disavanzo	19.070.000	Ares 118 disavanzo	3.473.000
Asl Latina avanzo	8.750.000		



Approvvigionamento Altre difficoltà all'orizzonte

Acquisti sempre meno coperti dai «bonus»



Il Ssn eroga ai celiaci una cifra per l'acquisto di prodotti senza glutine

Dal 2001 (legge Veronesi) il Sistema Sanitario Nazionale eroga a tutti i cittadini con diagnosi di celiachia un buono mensile (99 euro per le donne e 140 per gli uomini, considerando le differenti esigenze nutrizionali) per l'acquisto di prodotti dietetici senza glutine (pasta, prodotti da forno, e così via), il cui costo medio è anche dieci volte superiore al prodotto equivalente.

«Il valore del bonus — come dice Caterina Pilo direttore generale dell'Associazione italiana celiachia — era certamente equo al momento dell'introduzione, mentre oggi soffre degli aumenti registrati dai prodotti *gluten free*, non sempre compensati dalle integrazioni o da qualche modifica — generalmente migliorativa — introdotta da alcune Regioni come, ad esempio, la perequazione uomo-donna, anche sulla base del tipo di lavoro svolto». Il bonus è spendibile nelle farmacie ma, oggi, anche in molti supermercati sia pure con qualche difficoltà di tipo burocratico. I timori maggiori degli interessati sono comunque rivolti ai tagli di spesa che potrebbero colpire anche questo settore e alla stessa sopravvivenza del bonus qualora dovesse entrare in vigore la nuova normativa europea. Un'altra difficoltà del momento (segnalata

dal sito www.retelombardasalute.com) è rappresentata dall'approvvigionamento. Sono più d'uno i piccoli negozi specializzati in alimenti senza glutine che sono stati costretti a chiudere per i ritardi con cui le ASL erogavano i rimborsi. Un altro punto su cui vale fare qualche riflessione sono i prodotti "naturalmente" senza glu-

tine. Si tratta di frutta, verdura, carne, pesce, latte, uova e così via che non possono utilizzare nell'etichetta il claim "senza glutine".

Un divieto che è gradito all'AIC perché in questo modo si "costringe" chi è celiaco ad imparare, attraverso un'informazione adeguata, quali sono le categorie di alimenti alle quali può liberamente accedere e quali quelle che necessitano invece di precise indicazioni (marchi o diciture previste per leggi) che indichino di essere idonee ad una dieta senza glutine.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Segnalato da voi

È vero che il rischio di tumore al seno si può scoprire dalle urine?

È vero che con un esame delle urine è possibile oggi valutare il dosaggio di un ormone che rende più probabile la comparsa di un tumore al seno? E questo test è davvero utile? Lo si può già eseguire oppure è ancora in via di sperimentazione? Più in generale: che fine hanno fatto gli altri test genetici per il tumore al seno, sono finiti nel dimenticatoio? Infine, quali altri test di sangue o urine efficaci esistono per scovare un tumore (anche non al seno)? E, nel caso, sono a pagamento oppure sono coperti da Sistema sanitario nazionale con ticket?

Risponde

Stefano Cascinu

Presidente Aiom (Associazione italiana di oncologia medica)



In questi anni sono stati proposti alcuni metodi innovativi di diagnosi precoce non solo nelle urine e nel sangue, ma anche nelle feci. Soprattutto per quanto riguarda il tumore mammario sono stati proposti dosaggi degli estrogeni e dei loro metaboliti al fine di identificare donne a più alto rischio di sviluppare un tumore. Alcuni risultati suggeriscono l'opportunità di proseguire queste ricerche perché potrebbero portare alla disponibilità di test semplici e impiegabili su un grande numero di donne. Al momento tuttavia non rappresentano assolutamente una modalità affidabile per formulare una diagnosi precoce di tumore mammario. Bisogna ancora seguire le raccomandazioni dello screening con mammografia, attivo in tutte le regioni italiane e che deve essere praticato costantemente dalle donne almeno dall'età di 45 anni.

Ogni anno in Italia si registrano ormai 45 mila nuovi casi di cancro al seno, con 12 mila decessi. Il tumore mammario rappresenta il 30% delle cause di mortalità oncologica nelle donne prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 13% dopo i 70. Un discorso a parte meritano i test genetici per l'identificazione di alterazioni responsabili di familiarità neoplastica. Si tratta di analisi particolari, che non vengono eseguite di routine o su individui sani,

ma esclusivamente in casi selezionati, come parte diagnostica dell'articolato percorso di counselling genetico, partendo da una persona colpita da tumore. La suscettibilità allo sviluppo di neoplasie ereditarie riguarda una piccola parte degli individui affetti da cancro, poiché è noto che le forme ereditarie non superano il 5% dei casi totali ed oggi i principali tumori per i quali si effettua il counselling genetico in Italia sono quelli della mammella, dell'ovaio e del colon-retto. Laddove ci sia il sospetto di un rischio familiare predisponente all'insorgenza di alcune forme tumorali è opportuno effettuare una valutazione completa.

Partendo da una persona colpita da neoplasia, con anamnesi familiare positiva, si procede a una dettagliata analisi dei diversi casi diagnosticati in famiglia nel tempo, cercando di avere informazioni precise riguardo gli individui colpiti, il tipo di tumore e l'età alla diagnosi, che è un discriminante fondamentale. Il sospetto di un tumore a carattere ereditario si basa su condizioni e criteri specifici, in presenza dei quali è possibile procedere all'esecuzione dell'analisi genetica. Attualmente in Italia esistono centri pubblici dove è possibile per gli individui a rischio essere avviati a opportuni percorsi di diagnosi e prevenzione, personalizzati sulla base dell'anamnesi personale e familiare della persona, delle caratteristiche della malattia e dell'eventuale presenza di una mutazione evidenziata al test genetico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ALLARME DEGLI ESPERTI

“Basta lettini solari Provocano i tumori”

CHICAGO

È una malattia subdola, per anni latente e poi capace di esplodere e portare alla morte in pochi mesi. Il melanoma è un tumore tutt'altro che «raro»: 7000 nuovi casi l'anno e 1500 morti solo in Italia. È l'allarme lanciato da Paolo Ascierto, vicedirettore dell'Unità Oncologica e medicina innovativa dell'istituto tumori di Napoli «Pascale», dal congresso mondiale di oncologia Asco a Chicago. «Negli ultimi dieci anni - spiega l'esperto - abbiamo visto un incremento del 30 per cento di casi di melanoma. Colpa delle abitudini sbagliate, dell'abbronzatura “mordi e fuggi”, di creme solari spesso non all'altezza, e anche dei lettini solari». Un fenomeno, quello dei solarium, sempre più diffuso, malgrado i dati parlino chiaro: «Il loro utilizzo aumenta del 75 per cento il rischio di avere un melanoma». L'ideale, secondo l'oncologo, sarebbe «ridurre il più possibile l'utilizzo dei lettini, e avviare un'efficace campagna informativa sui rischi, che comprenda anche messaggi di “warning” come per le sigarette, qualcosa come “nuoce gravemente alla salute”». Contro la malattia la prima arma è la diagnosi precoce: «Se individuato in tempo il melanoma si può contrastare con facilità, perché rimane allo stato superficiale». Poi, però, le cose cambiano: se il tumore avanza, l'unica terapia è farmacologica, e dopo anni un nuovo farmaco dimostra la sua efficacia nel limitarne la progressione.



La salute

Registro tumori la Regione sblocca la legge

Riprende l'iter della legge per l'istituzione del registro dei tumori in Campania. Il primo via libera è arrivato all'unanimità dalla commissione Sanità del Consiglio regionale. Il testo, che prevede l'istituzione di una rete di elenchi provinciali dei tumori ai quali si affiancherà un registro campano delle patologie oncologiche infantili, passa ora all'esame dell'Aula. Sbloccato lo stallo, durato mesi,

dovuto alla mancanza di copertura economica. Ma la strada è ancora lunga e difficile. La strada resta però in salita per le incognite legate ai tempi di approvazione. Per questo motivo scienziati, medici e ricercatori scendono in campo chiedendo al Consiglio di accelerare. E anche il Comune di Napoli vara il progetto per un Osservatorio oncologico. L'iniziativa sarà presentata domani.

> **Ausiello a pag. 40****La sanità, il caso**

Registro tumori la Regione: «Sì alla legge»

L'ok in Commissione, ora tocca all'Aula Gli scienziati in campo: «Basta ritardi»

L'affondo

Giordano
(Sbarro
Institute):
lo strumento
non venga
affidato
ai soliti noti

L'impegno

Calabrò:
provvedimento
operativo
in tempi rapidi
Molte aree
della Campania
già monitorate

Gerardo Ausiello

Si sblocca, dopo un lungo e tormentato iter, la legge per l'istituzione del registro dei tumori in Campania. In queste ore la commissione Sanità del Consiglio regionale, presieduta da Michele Schiano di Visconti, ha licenziato (all'unanimità) il testo che passa adesso all'esame dell'Aula. Con il provvedimento si prevede l'istituzione di una rete di registri provinciali dei tumori ai quali si affiancherà un registro unico dei tumori infantili. Lo stallo, durato mesi,

era dovuto soprattutto alla mancanza di copertura economica: da qui lo stop imposto dalla commissione Bilancio. La strada resta però in salita per le incognite legate ai tempi di approvazione.

Per questo motivo scienziati, medici e ricercatori scendono in campo chiedendo al Consiglio di accelerare. L'appello è contenuto in un manifesto firmato da «cervelli» che operano tra l'Italia e gli Stati Uniti: in pri-

ma linea figura l'oncologo e direttore dello Sbarro Institute di Philadelphia Antonio Giordano, ma



la battaglia è stata condivisa - tra gli altri - da Giulio Tarro, Frank Romeo, Gary Stain, Massimo Di Maio, Umberto Galderisi, Gennaro Ciliberto, Antonio Marfella, Alfredo Mazza, Antonio Santoriello, Prisco Piscitelli, Maddalena Barba, Maurizio Proietti, Giuseppe Comella, Massimo Crespi, Alfredo Fucito e dal senatore Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Alle istituzioni i firmatari del manifesto chiedono impegno e trasparenza, alla società civile di vigilare sulla salute di tutti.

Giordano va all'attacco: «Il registro tumori non è uno strumento di potere politico o economico, ma è un mezzo indispensabile per tutelare la salute della popolazione; l'assegnazione dell'istituzione/organizzazione e gestione del registro dovrà seguire solo criteri meritocratici e non di "affiliazione" politica o altri ancora utilizzati finora che hanno comportato le conseguenze note; è necessario che vengano istituiti sistemi di verifica e controllo continui dell'efficienza ed efficacia operativa di uno strumento di così rilevante importanza sanitaria e sociale». Per il direttore dello Sbarro Institute «la tutela della salute dei cittadini campani deve essere uno degli obiettivi principali della classe politica dirigente. E allora - tuona - non si pensi di consegnare questo strumento ai "soliti noti". Solo in questo modo si mostrerà la volontà politica di volta-

re pagina e di abbandonare la logica della spartizione di poltrone e di potere socio-economico». La preoccupazione di medici e ricercatori è, insomma, che il registro non venga affidato nelle mani di personalità esperte e competenti: «Se così fosse - avvertono - la sua utilità potrebbe essere fortemente limitata». Immediata la replica di Raffaele Calabrò, consigliere del governatore Stefano Caldoro per la sanità: «Stiamo lavorando da tempo in questa direzione. Il registro è già attivo nelle province di Salerno e Caserta e nell'Asl Napoli 3 mentre sta per partire nella Napoli 2. Gran parte della popolazione è dunque già monitorata. Accanto a ciò il Consiglio è impegnato a predisporre una legge di sistema, che sarà varata in tempi rapidissimi. Le sollecitazioni che vengono dalla comunità scientifica sono un fatto certamente positivo, ma la politica si è già attivata per centrare l'obiettivo». In parallelo la giunta de Magistris ha varato il progetto per dar vita a un Osservatorio oncologico al quale, fanno sapere da Palazzo San Giacomo, «lavorerà un gruppo di giovani ricercatori napoletani». L'iniziativa, che sarà presentata domani alle 12 in sala giunta dal vicesindaco Tommaso Sodano e dall'assessore Pina Tommasielli, rientra nel più ampio piano di interventi relativi alla costituzione di un registro dei tumori nella città di Napoli. Anche in questo caso l'obiettivo è colmare un pesante ritardo accumulato in passato in un territorio a rischio che necessita più di altri di maggiore informazione e prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo strumento

La legge prevede l'istituzione di registri provinciali dei tumori e di un altro elenco unico per le patologie infantili. In questo modo sarà possibile monitorare l'andamento e l'incidenza delle malattie



L'iter

Via libera all'unanimità in commissione Sanità: il provvedimento ora all'esame del Consiglio regionale. Pressing di medici e ricercatori per ottenere una rapida approvazione della legge



I ritardi

Per mesi la proposta di legge è stata bloccata a causa della mancanza di copertura economica. L'altolà era stato imposto dalla commissione Bilancio. Poi finalmente la svolta, invocata dagli scienziati

«Mammografia nei casi dubbi»

L'oncologo: secrezioni ghiandolari, un segnale da studiare

Renata Ortolani

UN NODULO è spesso il segnale che allarma la donna «ma — spiega l'oncologo, professor Francesco Rivelli — i noduli del seno non sempre significano tumore. Certo ogni asimmetria va controllata e fatta valutare dal medico, che distinguerà da punto di vista clinico, e poi con le tecnologie del caso, se il nodulo è solido, cistico, cioè con liquido all'interno, o è un addensamento con contorni sfumati e altre caratteristiche da indagare a fondo, fino all'esame istologico».

L'ETÀ DELLA DONNA che si trova un nodulo al seno magari facendo la doccia è una delle discriminanti: nelle giovani dai 14 ai 25 anni si hanno spesso i fibroadenomi, noduli solidi, unici o multipli, di diverse dimensioni, e che «pur non essendo pericolosi — continua il professor Rivelli — vanno seguiti. Sono di natura benigna ma con una gravidanza possono

ingrandirsi, complicandone la gestione. Se pongono dubbi, il medico procede con la tecnica dell'agoaspirato». Non sono preoccupanti neppure le cisti al seno, più frequenti fra i 30 e i 45 anni, a volte caratterizzate da crescita rapidissima: l'ecografia, e se il medico lo ritiene opportuno l'aspirazione del liquido, costruiscono la diagnosi.

«**RARAMENTE** — aggiunge l'oncologo che è ai vertici della Lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt) — la cisti annuncia un tumore al seno, la si svuota ma può riformarsi, e se il liquido è ematico va operata». I noduli preoccupanti, infine, da indagare con ecografia, mammografia e poi tutta la batteria di esami più sofisticati, spesso sono associati a secrezione del capezzolo «che può essere di diversi tipi, dal lattiginoso all'ematico — conclude Rivelli —; questi sono sempre da far valutare dallo specialista, perché possono essere un segnale da non trascurare».



Un nodulo sotto pelle? Non temere i controlli

Gran parte delle lesioni hanno esito benigno

ECOGRAFIE

**Test validi per intervenire in tempo
Alimenti giusti e stile di vita
abbassano il rischio di ammalare
Massimo Selleri**

I NODULI al seno sono un riscontro comune nelle donne di tutte le età e non necessariamente coincidono con la presenza di una lesione di natura cancerosa o precancerosa. Anzi, in oltre il 90% dei casi hanno una causa benigna. Frequenti nell'età riproduttiva, nel caso di noduli al seno benigni particolarmente dolorosi con le mestruazioni, il contraccettivo ormonale attenua il dolore, e fa calare il volume della massa.

In ogni caso è necessario rivolgersi al medico specialista quando o si riscontra un nodulo mammario o compare improvvisamente un dolore al seno.

I noduli maligni sono il tumore più comune nelle donne e la seconda causa di decessi per cancro nei soggetti di sesso femminile.

I PRINCIPALI fattori di rischio si dividono in genetici, ambientali e costituzionali. Vi sono famiglie in un cui questa malattia è particolarmente frequente, mentre l'età della paziente, l'età alla prima mestruazione, l'età del primo

parto e alcuni fattori ormonali sono tutti dati che aiutano a definire il rischio e il grado di malignità della patologia, qualora sia stata riscontrata. Tra i fattori ambientali assumono particolare rilevanza il fumo e l'alimentazione, con il consumo di verdure verdi a foglia larga che abbassa l'insorgenza di questo tumore con meccanismi che devono ancora essere del tutto spiegati.

I noduli maligni si dividono in duttali, quando provengono dai condotti del latte all'interno del seno e lobulare, quando provengono dal tessuto mammario circostante i dotti. Sono quattro le armi per curare i noduli maligni al seno. Esse sono la chemioterapia, la radioterapia, l'ormonoterapia e l'intervento chirurgico. La loro efficacia dipende da diversi parametri che spaziano dalla grandezza del nodulo primitivo e quindi dalla prevenzione che la donna ha seguito, alla sensibilità delle cellule maligne nei confronti di farmaci che inibiscono l'attività degli ormoni femminili e dei normali chemioterapici.

Sfruttando la diversità tra il tessuto normale e quello canceroso la Fondazione Veronesi sta finanziando ricerche per arrivare a produrre anticorpi che si fissino sulle cellule maligne atti-

vando una risposta immune identica a quella che consente al nostro corpo di combattere l'influenza o altre malattie infettive. Per il momento questo tipo di studi si sono trasformati in una terapia efficace solo in alcuni tipi di linfoma, ma nel futuro questo connubio tra biologia molecolare e **oncologia** pare destinato a portare ottimi frutti.

NEL FRATTEMPO le donne devono affidarsi sempre di più alla prevenzione. Sono diverse le iniziative e campagne di sensibilizzazione per spiegare l'opportunità di svolgere in modo periodico esami come la mammografia e l'ecografia. Tra queste la più conosciuta e partecipata, è la «Race for the Cure» di Komen Italia (www.raceforthecure.it), una mini-maratona collegata a eventi informativi e raccolta fondi, che si è svolta in maggio a Roma e Bari, e che si ripeterà a Bologna a fine settembre.

CISTI

Nelle donne giovani (25-30 anni) possono essere frequenti delle formazioni nodulari benigne:

Mastopatia fibrocistica

È un'evoluzione anomala del tessuto ghiandolare mammario legata alla produzione di ormoni. Si rilevano **granuli duri e mobili**, di forma **rotondegliante** e con un **contenuto liquido**

Fibroadenoma

Si presenta come un **singolo nodulo, duro e molto mobile**, generalmente doloroso.

È facilmente riconoscibile per i suoi **contorni lisci e regolari**

NODULI

Nei tumori le cellule **crescono in modo anomalo**, e possono diffondersi

CELLULE NORMALI

Le cellule normali sono organizzate in una struttura ordinata e compatta.

CELLULE TUMORALI

Le cellule tumorali crescono in modo disordinato e possono diffondersi.

La cellula tumorale che si stacca dalle altre cellule e migra nei **capillari** può generare la **metastasi**

LINFONODI

All'interno i **linfociti**, cellule del sistema immunitario, svolgono un ruolo **sentinella**. L'**ingrossamento** dei linfonodi può segnalare la vicinanza di un processo tumorale

Il nodulo maligno presenta contorni **irregolari e sfumati**

90%

NODULI MAMMARI DI NATURA BENIGNA NOVE VOLTE SU DIECI

Oncologia «verde», Riuniti in campo

Il collegio dei primari ospedalieri italiani elabora il manifesto per cure rispettose dell'ambiente
Il direttore del dipartimento di Largo Barozzi Labianca: meno esami inutili, più terapie orali

«A Bergamo già in vigore un sistema per evitare sprechi di farmaci»

CARMEN TANCREDI

Curare, preparare terapie, fare esami diagnostici con una primaria attenzione all'ambiente: da oggi si può, anzi si deve, anche nel rispetto delle risorse esistenti, e sono gli oncologi a scendere in campo con il Manifesto della «Green oncology» presentato al congresso del Cipomo (Collegio italiano primari oncologici medici ospedalieri) a Cosenza. E Bergamo, con gli Ospedali Riuniti, è già in prima linea per una **oncologia** più rispettosa dell'ambiente. Lo sottolinea Roberto Labianca, direttore del Dipartimento di **oncologia** ed ematologia dei Riuniti e presidente del Cipomo: «I Riuniti sono un esempio per la Green oncology, ma questo manifesto deve diventare strumento comune a tutti. Serve attenzione a curare meglio e sprecare meno». E il Cipomo aggiunge: «La sostenibilità non è solo economica: non serve pensare solo allo spreco di farmaci, quando si fa un eccessivo e non sempre appropriato di tecniche diagnostiche: ogni anno in Italia sono 40

milioni le Tac eseguite, è come se 2 italiani su 3 la facessero. Un impatto sui consumi e la produzione di anidride carbonica».

Le linee guida

Il «Manifesto» degli oncologi ospedalieri indica una serie di linee guida verdi: tra queste, la diffusione più allargata di terapie orali, per esempio. «Dovrebbero essere estese: il paziente non deve così spostarsi, farsi accompagnare in auto dai parenti; questo significa risparmio energetico, attenzione all'ambiente evitando ulteriori emissioni di anidride carbonica, ma anche minori scarti di rifiuti medici speciali», spiega Roberto Labianca. «E, parlando di farmacia, i Riuniti sono all'avanguardia nella «filiera» di preparazione con tecnologie elettroniche, dalla prescrizione al controllo del dosaggio fino alla somministrazione. Riducendo errori e consumi inadeguati. Sono pochissimi gli ospedali che fanno questo, siamo orgogliosi di essere capofila di una nuova filosofia di cura, ma dobbiamo impegnarci ancora di più». E, spiegando il Manifesto, Labianca illustra che tra le altre modalità operative «verdi» vanno privilegiati follow up «minimalisti», cioè non troppo pesanti e con troppi esami ed esteso «l'impegno a limitare le Tac e le Pet inutili, che sono responsabili di una buona dose di "smog" da

anidride carbonica». Peraltro, aggiunge il presidente del Cipomo, con la crisi che spinge le Regioni e il ministero della Salute a tirare la cinghia, il giro di vite sugli sprechi è d'obbligo: «E se si razionalizzano i consumi, anche la natura ringrazia. Viviamo in un'epoca in cui il quadro economico-finanziario si presenta a tinte fosche e in cui le risorse appaiono più scarse, ma il nostro impegno è quello di far sempre più emergere una responsabilità dell'oncologo che deve trovare il miglior equilibrio tra appropriatezza delle cure e sostenibilità delle stesse». E per quanto riguarda i farmaci innovativi ad alto costo, Labianca ricorda che questi, in una logica «verde», «andrebbero usati solo quando si è in presenza di bersagli adeguati. Inoltre, occorre favorire l'accesso dei pazienti ai programmi di ricerca clinica che permettono l'uso di farmaci innovativi senza oneri».

Azzerare la carta

E insieme alle buone prassi in corsia, arrivare all'«impatto zero» sull'uso della carta: «Ai Riuniti non a caso la sperimentazione della cartella clinica elettronica è partita proprio in **Oncologia**», conclude Labianca. «Abbiamo già raggiunto livelli buoni, ma va completata tutta la filiera: il paziente deve essere «memorizzato» elettronicamente dal suo ingresso, nelle fasi di cura fino ai controlli, per un consumo di carta azzerato. È uno degli obiettivi con l'ingresso nel nuovo ospedale». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicina Una «sveglia» per combattere i tumori Conquista dell'immunoterapia

CHICAGO. Agiscono come una sorta di sveglia che riattiva il sistema immunitario assopito e lo spinge in armi contro le cellule tumorali. E ciò che sono in grado di fare particolari anticorpi, utilizzati in quello che è considerato un nuovo approccio terapeutico nella lotta ai tumori: la cosiddetta immunoterapia del cancro. Un ambito di ricerca che è tra i protagonisti del Congresso mondiale della Società di oncologia clinica (Asco). E l'Italia è in prima linea con un importante studio coordinato dal policlinico di Siena. «Presentiamo — spiega Michele Maio — lo studio del network italiano per la bioterapia dei tumori: 86 pazienti con melanoma metastatico sono stati trattati con l'approccio dell'immunoterapia».



MOLECOLE **Chemioterapici**

Nel gruppo dei farmaci antitumorali allo studio, 111 sono per il tumore del seno. Lo si apprende in concomitanza con l'apertura del meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) in corso a Chicago



MOLECOLE Antitumorali

Poco meno di mille farmaci antitumorali sono attualmente in fase di sviluppo negli Stati Uniti, lo rende noto un rapporto della Pharmaceutical Research and Manufacturers of America



Anticoagulanti in aiuto dei malati di cancro Bergamo, ricerca al top

Intervenire con i farmaci sulla coagulazione del sangue può aiutare a prevenire il cancro. Nello stesso tempo, le terapie per i malati oncologici possono avvalersi anche di farmaci di ultima generazione che controllano proprio i fattori della coagulazione. E gli Ospedali Riuniti di Bergamo su questo particolare settore di ricerca sono all'avanguardia.

Se ne è parlato di recente nella 6ª edizione della Conferenza internazionale sulla Trombosi e l'emostasi nei pazienti con cancro (Icthic), che si è tenuta a Bergamo nel Seminario vescovile: per tre giorni circa 700 esperti del campo, provenienti da ben 42 diversi Paesi, si sono confrontati sulla prevenzione, le cause e il trattamento delle trombosi e delle emorragie nei pazienti con cancro. «Questo appuntamento, che ha cadenza biennale, vede i Riuniti come protagonisti della ricerca in questo specifico settore: non è un caso che questa conferenza sia ospitata proprio a Bergamo – evidenzia Anna Falanga, direttore del Centro Trasfusionale dei Riuniti –. E proprio l'attività di ricerca dei Riuniti ha permesso di evidenziare una strettissima correlazione tra la coagulazione del sangue e i tumori: i malati neoplastici hanno una maggiore tendenza a eventi trombotici perché i fattori della coagulazione hanno implicazioni anche nella crescita e nella metastatizzazione del cancro. I risultati di queste ricerche permettono quindi di mettere a punto terapie adiuvanti sia per i malati di cancro sia come attività di prevenzione della trombosi e allo stesso tempo «protettivi» dal punto di vista oncologi-

co: terapie che vedono in prima linea proprio l'utilizzo di farmaci che controllano la coagulazione, anche di uso comune, a dosaggio ovviamente diverso in caso di pazienti con tumore». L'associazione tra cancro e trombosi è nota da quasi 150 anni, ovvero da quando nel 1865 il medico francese Armand Trousseau si accorse che i pazienti ammalati di tumore vanno spesso incontro a trombosi delle vene profonde degli arti e a embolia polmonare.

Le ultime scoperte

Tuttavia, nonostante queste precoci evidenze, l'impatto clinico dei rapporti tra tumore e sistema emostatico è stato a lungo sottovalutato. Di recente, negli ultimi 10-15 anni, questo tema è tornato alla ribalta grazie al lavoro di molti ricercatori. E la Conferenza internazionale che si è tenuta a Bergamo nasce infatti dalla collaborazione di Anna Falanga con Frederick Rickles (Università di Washington, Stati Uniti), e Benjamin Brenner (Istituto Rambam di Haifa, Israele), che, nel 2001, vollero creare un'occasione di incontro per i ricercatori e i clinici del settore. Da allora, il congresso Icthic, che si tiene con cadenza biennale, si è sempre svolto a Bergamo, che è diventata la sua sede tradizionale. Con l'aiuto della ricerca, oggi si sa che le cellule tumorali e le sostanze da loro rilasciate nel sangue favoriscono lo sviluppo dei trombi nei vasi sanguigni. D'altro canto l'attivazione incontrollata della coagulazione del sangue può favorire la crescita del tumore e la formazione delle metastasi. La

comprensione delle relazioni reciproche fra tumore e coagulazione ha aperto in quest'ultimo decennio prospettive importanti. Molti studi si stanno concentrando su queste strategie mirate: oltre alle «armi» di tipo farmacologico già a disposizione, che permettono di prevenire e curare efficacemente la trombosi nei pazienti con cancro, ci sono nuovi farmaci molto promettenti e i diversi studi appena conclusi o ancora in corso sull'impiego di questi nuovi farmaci sono stati presentati durante il congresso tenutosi a Bergamo. Tuttavia, saranno necessari diversi anni per capire appieno l'utilità di questi nuovi farmaci in ambito oncologico, e valutarne i benefici.

Molti riconoscimenti

Alcuni di questi studi vedono gli Ospedali Riuniti in prima linea, dove il Centro di ricerca e cura delle malattie tromboemboliche è all'avanguardia internazionale. Questo gruppo di ricerca, all'interno della Divisione di Immunoematologia e Medicina trasfusionale, è impegnato da molti anni in studi di ricerca clinica e di laboratorio, in vari ambiti riguardanti le malattie trombotiche, e ha ricevuto numerosi premi e supporti per i propri progetti da società scientifiche italiane ed enti privati. Di recente due ricercatrici del gruppo hanno vinto entrambe il premio per i migliori contributi scientifici sottoposti al 58° Congresso dei sottocomitati scientifici e di standardizzazione della Società internazionale di Emostasi e Trombosi (Isth) che si tiene a Liverpool in questo mese. ■

Ca. T.



Professori, arriva la controriforma

La bozza di Dl sul merito stoppa il concorso nazionale della Gelmini per gli atenei

Reclutamento del personale

Abilitazione nazionale sospesa fino al 2014

Fu decisa per arginare i concorsi truccati

Il giudizio a una Commissione

Cinque i membri che valuteranno

i titoli e le pubblicazioni dei docenti

PREMI AGLI STUDENTI

Incentivi fiscali della durata di due anni per chi assumerà entro tre anni dalla laurea gli studenti più bravi e in regola con gli esami

Marzio Bartoloni

Eugenio Bruno

ROMA

■ Usciti dalla porta con la riforma Gelmini i concorsi locali nelle università, bocciati in passato perché giudicati facilmente pilotabili, potrebbero rientrare dalla finestra. E ciò per effetto di una norma inserita dal ministero dell'Istruzione nella bozza di decreto sul merito in possesso del Sole-24 Ore in arrivo al Consiglio dei ministri della prossima settimana, presumibilmente mercoledì.

Se confermata nel testo finale del provvedimento, la disposizione manderebbe in soffitta una delle principali novità introdotte dalla riforma varata dal Governo precedente nel dicembre 2010 per arginare gli scandali dei concorsi truccati: l'introduzione, cioè, di un sistema imperniato su un'abilitazione unica nazionale e le chiamate decise in autonomia dai singoli atenei. Tanto più che il regolamento sull'abilitazione nazionale era ormai in dirittura d'arrivo avendo superato il vaglio del Consiglio di Stato ed essendo in attesa del parere della Corte dei conti.

Nel sospenderla fino a fine 2014, l'articolo 17 del Dl sul merito sostituisce l'abilitazione nazionale al titolo di professore or-

dinario, associato o ricercatore con delle selezioni locali rivedute e corrette sulla base dei criteri della legge Gelmini. Ma non abbastanza da scongiurare lo spettro di un ritorno al recente (e poco glorioso) passato dove molte volte nel reclutamento ha prevalso la cooptazione dei candidati, se non addirittura il nepotismo. La disposizione messa a punto a viale Trastevere affida il giudizio su titoli e pubblicazioni a una commissione composta da cinque membri: due scelti in house, due sorteggiati da una lista nazionale e un esperto straniero. Riducendo di fatto l'autonomia delle università visto che, per espressa previsione della norma, potrà esserci un solo vincitore. Quindi toccherà all'agenzia nazionale per la valutazione (Anvur) verificare che tutti i prescelti lungo lo Stivale abbiano i requisiti giusti. In caso contrario a essere penalizzati sarebbero proprio gli atenei che perderebbero una quota del fondo di finanziamento ordinario (Ffo).

L'ipotesi di stoppare il reclutamento in base al "concorso" nazionale riesumando quelli locali ha subito sollevato aspre critiche: da Giuseppe Valditara, responsabile Scuola e Università di Futuro e Libertà, che ha già preannunciato il suo no nel caso la norma arrivasse così in Parlamento fino all'associazione studentesca, azione universitaria, che ha bocciato l'abbandono della graduatoria nazionale.

Abilitazione a parte, il resto del decreto contiene diverse misure che, a colpi di incentivi,

puntano a premiare il merito fin dalle scuole superiori. In questo senso va, a esempio, la norma che introduce il titolo di «studente dell'anno» che ogni istituto scolastico dovrà scegliere tra chi ha i voti più alti: a loro sarà riconosciuta una riduzione di almeno il 30% delle tasse universitarie per l'iscrizione al primo anno oltre a una possibile borsa di studio aggiuntiva. Compito simile avranno gli atenei che forniranno un elenco dei laureati più bravi che oltre alla pubblicazione sul sito del ministero potranno ottenere una corsia agevolata verso il lavoro ricorrendo agli incentivi fiscali (minore imponibilità del reddito «nel limite massimo del 30%») per chi li assumerà a tempo indeterminato entro tre anni dalla conquista della laurea. "Premi" sono previsti anche per docenti e ricercatori che potranno vedersi attribuire «compensi aggiuntivi» nello stipendio in caso di «valutazione particolarmente pregevole nella didattica».

Non mancano poi interventi per favorire l'internazionalizzazione degli atenei: dagli incentivi per attrarre docenti che vengono dall'estero alla pubblicazione in inglese dei concorsi fino al sostegno alle università straniere che vogliono insediare «proprie filiazioni» in Italia. Infine spuntano paletti stringenti per contrastare il fenomeno dei docenti poco presenti in aula: chi è a "tempo pieno" dovrà garantire almeno 100 ore di «didattica frontale», 80 invece per chi è a "tempo definito".

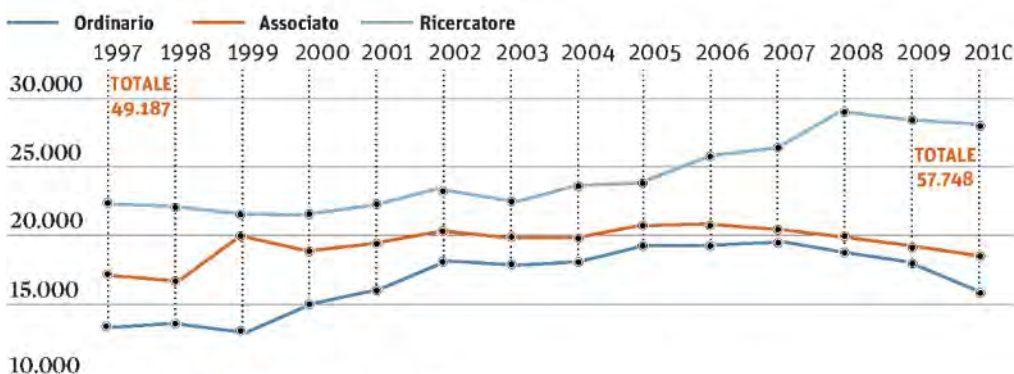
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La governance e i numeri degli atenei

OLTRE 8 MILA DOCENTI IN PIÙ IN 13 ANNI

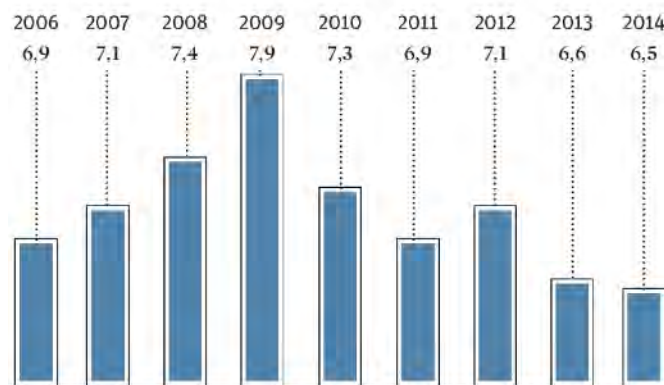
Il trend dal 1997 al 2010 su ordinari, associati e sui ricercatori



Fonte: Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca

RISORSE IN CALO

Andamento del Fondo di finanziamento ordinario (in miliardi)



Fonte: Elaborazione Sole-24 Ore su dati Cun

COSÌ CAMBIANO LE NORME

Cosa prevede la riforma Gelmini

La legge 240/2010 introduce, al posto di concorsi locali, l'abilitazione scientifica nazionale che diventa la condizione per l'accesso alla docenza ed è attribuita da una commissione nazionale sulla base di specifici parametri di qualità. I posti saranno poi attribuiti a seguito di procedure pubbliche di selezione bandite dalle singole università, cui potranno accedere solo gli abilitati. L'abilitazione sarà bandita ogni anno e avrà durata quadriennale

I decreti attuativi sui concorsi

La riforma Gelmini prevede due decreti attuativi per completare le misure necessarie per mettere a regime il nuovo sistema di reclutamento: il primo regolamento («Conferimento dell'abilitazione scientifica nazionale per l'accesso al ruolo dei professori universitari») è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo scorso 16 gennaio. Il secondo (su «Criteri e parametri per la valutazione dei candidati») è stato trasmesso alla Corte dei conti, dopo il sì del Consiglio di Stato

La «controriforma» nel Dl merito

Nella bozza di decreto sul merito atteso in Consiglio dei ministri è stata inserita una norma che congela l'abilitazione nazionale fino a tutto il 2014 riesumando i concorsi locali. In sostanza il giudizio su titoli e pubblicazioni dei candidati spetterà a una commissione composta da cinque membri: due saranno scelti dall'università, due sorteggiati da una lista nazionale, più un esperto straniero. Toccherà poi all'Anvur verificare che i prescelti abbiano i requisiti in regola

Così le Asl sperperano i soldi al supermercato dei farmaci

*Certi prodotti sanitari possono costare anche 10 volte di più a seconda delle regioni
Dall'1 luglio l'Authority fisserà prezzi massimi e chi sforerà dovrà risponderne*

Francesca Angeli

Roma Perché uno stesso farmaco viene pagato da una Asl anche duecento euro di più rispetto ad un'altra, pur essendo identico il principio attivo e la quantità? Perché una protesi d'anca può costare dieci volte tanto a seconda di chi la compra?

Misteri della sanità italiana che ora in tempo di vacche magrissime vanno definitivamente sciolti. Dal primo luglio infatti dovrebbero essere fissati dei prezzi massimi, un tetto di spesa per dispositivi medici e farmaci. E chi sfora il tetto, la Asl che si «allarga», pagherà di tasca sua.

Il governo Monti con il piano di *spending review* messo a punto da Enrico Bondi ipotizza di poter risparmiare un miliardo e mezzo nel settore della sanità, puntando soprattutto sui beni e i servizi, un comparto che vale circa 30 miliardi di spesa. E senza ridurre né il numero né la qualità delle prestazioni per i cittadini. Si tratta di una «mission impossibile»? Nel miri-

OBIETTIVO DIFFICILE Un miliardo e mezzo di risparmio dai tagli previsti dal governo

no farmaci e dispositivi medici, ovvero siringhe, garze, protesi, stent.

L'Authority per i contratti pub-

blici in applicazione della legge 111/2011 varata dal precedente governo deve pubblicare a partire dal luglio 2012 l'elaborazione dei prezzi di riferimento, relative a farmaci per uso ospedaliero e dispositivi medici, anche sulla base delle rilevazioni fatte dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'idea di affidare a Piero Giarda il compito di monitorare la spesa pubblica per trovare sacche di sprechi era stata, infatti, del governo Berlusconi. Poi Giarda è diventato ministro per i Rapporti con il Parlamento del governo Monti che a sua volta ha affidato a Bondi il compito di grattare tra le pieghe della spesa.

Gratta, gratta alcune elaborazioni sono già pronte e sono state rese pubbliche sul sito dell'Authority. Si tratta dei prezzi minimi e massimi di alcuni dispositivi medici e di alcuni farmaci. Uno strumento utile, avverte la stessa Authority, «per una eventuale revisione dei processi di spesa».

Le tabelle confermano che qualcosa nella spesa pubblica su farmaci e dispositivi sanitari non va. Doveroso premettere che per alcuni dispositivi si può fare un discorso di qualità. È possibile ipotizzare che se una Asl paga per una protesi d'anca 284 euro ed un'altra 2.575 ci sia una differenza anche se si tratta di ceramica in entrambi i casi. Ma allora bisogna anche chiedersi perché in alcune Asl usano protesi evidentemente sca-

denti ed altre di ottima qualità.

Lo stesso ragionamento si può fare per gli inserti tibiali, mobili, che partono da un minimo di 199 euro ed arrivano addirittura a 2.479 euro. Quelli fissi invece partono da 199 ma arrivano «soltanto» a 1.152. Più difficile fare un discorso di «qualità» su aghi, siringhe e garze. Perché una garza in cotone può costare da 2,890 a 7,470? Perché una siringa monouso va da 0,050 a 0,118? Differenze da poco? No, se calcolate sulle enormi quantità che ogni giorno si usano nel servizio sanitario nazionale.

Sui farmaci poi il divario di prezzi non è spiegabile. Perché una fiala di Epoetina Alfa (si usa per i pazienti sottoposti a chemioterapia affetti da grave anemia) nella stessa quantità viene pagata da alcune Asl 64 euro e da altre 276? Perché l'Antitrombina III umana va da 78,370 a 290 euro? E perché, invece, un altro antitumorale, il Rituximab 500mg, costa esattamente 1.318 euro ovunque?

Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, qualche idea se la deve essere già fatta visto che ha calcolato «circa 7 miliardi di spesa rivedibile» su beni e servizi. Niente tagli lineari nel Servizio sanitario nazionale assicura Balduzzi, ma «percorsi di riorganizzazione, riqualificazione e riduzione per arrivare ad una contrazione che già nel 2012 potrebbe superare il 10 per cento».

LE OSCILLAZIONI DEI PREZZI

Le prime elaborazioni relative a dispositivi medici e a farmaci per uso ospedaliero

Nella foto il ministro della Salute Renato Balduzzi

Descrizione prodotto	Prezzo min.	Prezzo max	Descrizione prodotto	Prezzo min.	Prezzo max
■ Antitrombina III umana	78,37 €	290 €	■ Caricatori suturatrici videochirurgia	96,32 €	242,72 €
■ Darbepoetina Alfa	345 €	460,27 €	■ Garze in cotone tagliate non sterili	2,89 €	7,47 €
■ Epoetina Alfa	64 €	276,13 €	■ Medicazione sterile in idrocolloidi	1,82 €	3,07 €
■ Albumina Umana Soluzione	42,4 €	62 €	■ Stent coronarici	150 €	669,2 €
■ Aghi ipodermici sterili monouso	0,009 €	0,025 €	■ Inserti per protesi di anca	284,2 €	2.575 €
■ Siringhe plastica sterili monouso	0,050 €	0,118 €	■ Steli femorali per impianto primario	1.200 €	2.100 €
■ Siringhe pl. sterili mon. per insulina	0,030 €	0,065 €	■ Teste femorali per protesi totali	220 €	1.100 €
■ Suturatrici lineari articolate monouso	188 €	520 €	■ Inserti tibiali per impianto primario mobili	199 €	2.479 €
■ Caricatori per suturatrici lineari	75 €	170 €	■ Inserti tibiali per impianto primario fissi	199 €	1.152 €

Fonte: Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture

L'EGO



Piccoli ospedali, sfida infinita Perché non si riesce a chiuderli

Le Regioni ci provano per salvare i bilanci, i Tar li riaprono

ROMA — La partita impossibile dei piccoli ospedali. Le Regioni cercano di chiuderli per risanare i bilanci, ma poi i Tribunali amministrativi ne ordinano la riapertura. E tutto torna come prima.

Sono numerosi i casi, da Nord a Sud. Il più recente: Padre Pio di Bracciano, 80 posti letto. Secondo i piani di risparmio della Regione Lazio, impantanata in un deficit sanitario miliardario, doveva essere trasformato in struttura territoriale. Gli abitanti della zona hanno protestato, sono scesi in piazza insieme a sei sindaci per difendere i «loro» reparti. E la scorsa settimana il Consiglio di Stato ha accolto il ricorso, inizialmente rigettato dal Tar. Secondo i giudici amministrativi non c'erano i presupposti per privare i cittadini del «loro nosocomio» in assenza di strutture vicine che fossero raggiungibili entro la cosiddetta *golden hour* (45 minuti).

È stato spesso un fallimento il tentativo di tagliare (ma il termine corretto è «riconvertire») i piccoli nosocomi, quelli con meno di 120 posti letto, specie da parte di quelle Regioni «sotto piano di rientro», cioè vincolate a un accordo col governo per recuperare i disavanzi economici.

Per tutelare i cittadini è nato il Comitato nazionale «Articolo 32» la cui finalità è la tutela della salute da attuare anche attraverso «l'opposizione alle iniziative dei commissari ad acta» nominati nelle Regioni in rosso. «L'effetto di queste scelte combinato alla mancanza di una seria organizzazione territoriale è deleterio», denuncia l'avvocato Simone Dal Pozzo che ha censito una buona parte delle controverse locali di Abruzzo, Molise, Lazio, Campania e Calabria.

Ecco alcuni degli ultimi casi. Maggio 2011 il Tar Abruzzo annulla il programma del commissario Chiodi nella parte in cui viene programmato il taglio di 5 ospedali: Casoli, Gissi, Pescina, Tagliacozzo e Guardiagrele. È in corso una questione di legittimità costituzionale presso la Consulta.

Poi il Molise. Con varie ordinanze il Tribunale amministrativo a partire dal maggio 2011 ha sospeso il progetti di ridi-

mensionamento degli ospedali di Agnone, Venafrò e Larino. In quest'ultimo caso la sentenza è stata confermata dal Consiglio di Stato.

Nel Lazio il commissario ad acta non è riuscito ad attuare il programma di chiusura dell'ospedale di Frascati (sentenza Tar gennaio 2012). Bloccato nel 2011 il provvedimento che riguardava Anagni. Poi la recentissima decisione del Consiglio di Stato su Bracciano. Sempre nel Lazio restano in sospenso il destino di Pontecorvo e Subiaco.

In Calabria, al contrario, la giustizia amministrativa in tutti i casi segnalati ha sempre dato ragione ai commissari motivando il no ai ricorsi con «la necessità di accordare prevalenza all'interesse pubblico di risanare i conti». Verranno dunque trasformati in altri servizi gli ospedali di Trebisacce, Praia a Mare, Cariati e Acri.

In Campania non vengono segnalate situazioni di criticità. L'unico precedente, a memoria del senatore Raffaele Calabrò, consigliere per la sanità del presidente della Regione, Stefano Caldoro, è quello di Bisaccia, provincia di Avellino. Anche lì, un ricorso. Ma quella volta i giudici hanno dato via libera allo stop. E oggi l'ospedale sta per essere riconvertito in residenza per lungodegenti.

M. D. B.

mdebac@corriere.it

120

i posti letto a cui arrivano al massimo i piccoli nosocomi. Le piccole strutture sono al centro di un caso istituzionale: le Regioni cercano di chiuderli per risanare i bilanci, ma poi Tribunali amministrativi ne ordinano la riapertura

Medicina Gli eventi e i dibattiti organizzati alla stazione Marittima

Ginecologia, due giorni dedicati alla ricerca

Il comitato scientifico
presieduto da Giulia Zinno
e Rosa Ariviello

Emanuela Sorrentino

Due giorni di dibattito sulla Ginecologia, analizzando anche le prospettive e lo stato attuale di numerosi studi. Alla Stazione Marittima giovedì e venerdì il congresso nazionale Ageo (Associazione Ginecologi extra Ospedalieri) ed Agico (Associazione Ginecologi consultoriali), presieduto dalle dottoresse Rosa Ariviello e Giulia Zinno. Previsti gli interventi di numerosi specialisti che si confronteranno su diverse tematiche. Il congresso è dedicato al fondatore dell'Ageo recentemente scomparso, il professor Francesco Libero Giorgino a cui sarà riservato un momento di riflessione nella giornata di apertura dei lavori che avrà inizio con il saluto degli organizzatori e delle autorità prima di parlare di screening, colposcopia e cancro cervicale.

Prevista poi una sessione specifica sulla diagnostica e la radioterapia. Il giorno successivo, oltre alle sessioni in programma con le testimonianze di docenti universitari e specialisti impiegati in strutture pubbliche e private, spazio a «Legalità e Ginecologia», con la tavola rotonda sulla «Responsabilità professionale del ginecologo». Un'occasione di confronto e scambio di esperienze a cui interverranno oltre ai medici anche giornalisti e penalisti per dibattere sull'accertamento della responsabilità e sulle varie fasi processuali. «Il congresso nazionale - spiegano Rosa Ariviello e Giulia Zinno - è sempre un momento di riflessione comune, di valutazione di obiettivi raggiunti e di impegno per il futuro, un futuro quanto mai incerto e pieno di difficoltà. È opportuno essere uniti ed avere obiettivi comuni perché il diritto alla salute rappresenti un diritto umano fondamentale. La tutela della salute è il nostro impegno a tutto campo, la vera strategia e la risposta scientificamente solida ed efficace all'esigenza di umanizzazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In palestra Con l'avvicinarsi dell'estate cresce l'ansia per un corpo perfetto

Le strategie giuste per avere muscoli tonici sani e armonici

Esercizi gradualmente e consapevolezza dei propri limiti

Impostazione

Una differenza importante la fanno le esperienze motorie della prima infanzia

Controindicazioni

Un allenamento eccessivo può provocare danni alle articolazioni e anche al cuore

Benessere

La forma fisica non deve diventare ossessione ma equilibrio

Muscoli sani e forti, un corpo tonico e scattante: chi non lo vorrebbe? In teoria con la buona volontà e l'allenamento chiunque può ottenere una muscolatura in forma riducendo la quantità di grasso, ma le questioni in gioco sono parecchie. Per esempio: per stare in salute conta più la massa dei muscoli o la loro forza ed elasticità? Qual è l'approccio giusto quando ci si iscrive in palestra per migliorare il fisico? Quali sono le esagerazioni e gli errori da evitare? Il muscolo è un tessuto davvero speciale, che può aumentare le proprie dimensioni adattandosi a sostenere sforzi crescenti, ma non per questo è lecito abusarne se si vuole restare in salute.

Perché c'è un limite a ciò che possiamo chiedere al nostro organismo: «Esistono caratteristiche innate che non ci pongono tutti allo stesso livello: la quantità di fibre mu-

scolari rapide e lente, ad esempio, è determinata geneticamente, ciò fa sì che un "talento" velocista non eccellerà mai in una specialità di resistenza e viceversa — spiega Luigi Simonetto, direttore del Centro di medicina dell'esercizio fisico e dello sport dell'Ospedale San Raffaele di Milano —. Una bella differenza, poi, la fanno anche le esperienze motorie della prima infanzia, che plasmano la postura e la simmetria corporea: se un soggetto non ha senso dell'equilibrio, è poco coordinato, disarmonico sarà più difficile per lui da adulto, plasmare un corpo "perfetto». Anche la capacità del muscolo di aumentare di volume con l'allenamento non è la stessa per tutti, né la «abilità» dei nervi nel reclutare contemporaneamente tante fibre muscolari esercitando così più forza a parità di impulso; conta poi il coordinamento fra le fibre interne a ogni muscolo e quello fra gruppi muscolari diversi. Se queste caratteristiche non ci sono, è inutile farsi prendere dalla foga di risultati eclatanti e immediati: occorre allenarsi con gradualità e prima di pensare a scolpire i muscoli bisogna migliorare queste «capacità» di base.

«Purtroppo molti credono, magari perché sono giovani, di poter improvvisare l'allenamento e tollerare carichi di la-

voro elevati da subito — osserva Simonetto —. In realtà se si eccede si possono avere danni alle articolazioni, ai tendini, ai muscoli stessi: nel lungo periodo le cartilagini possono accumulare lesioni da sovraccarico, mentre i muscoli troppo stanchi, non riuscendo a compensare la fatica, vanno incontro a contratture. Senza contare i danni sul sistema cardiovascolare: sollevare pesi eccessivi per il proprio livello di allenamento sollecita pericolosamente il cuore. Gli attrezzi delle palestre oggi stabilizzano bene il corpo di chi li usa, consentono di graduare molto lo sforzo e di controllare il movimento, tuttavia è bene, almeno all'inizio, essere seguiti da esperti per imparare le tecniche di esercizio e di respirazione». Questo vale per chi è sano e a maggior ragione per chi ha qualche problema di salute come pressione alta, diabete, un intervento chirurgico alle spalle.

«I programmi di allena-

mento vanno modulati secondo le caratteristiche individuali, tenendo presenti patologie o lesioni precedenti: l'esercizio fisico è efficace come una medicina ma come tale può avere anche effetti collaterali — interviene Antonio Bortone, presidente dell'Associazione italiana fisioterapisti —. Esagerare può far male, soprattutto in chi ha una scarsa preparazione: troppe ripetizioni degli esercizi, carichi eccessivi o poco tempo per recuperare fra le sedute di allenamento possono portare a infortuni e perfino a malori. Spesso inoltre chi va in palestra vuole aumentare la massa muscolare, ma è bene sottolineare che un muscolo ipertrofico è più rigido e non necessariamente più forte o più sano di uno meno "gonfio": se l'obiettivo è il benessere bisogna puntare a un muscolo tonico, forte, elastico e resistente, senza eccessi in alcuna di queste caratteristiche a scapito delle altre. Tutto questo senza trascurare attivi-



tà aerobiche come il cammino, la corsa, il nuoto che aumentino la frequenza cardiaca senza esagerare, così da costruirsi una vera, buona forma fisica. Per arrivarci non esiste un allenamento valido per tutti, ma tutti possono trovare l'allenamento più adatto per sé».

«Per i piani di esercizio, medico dello sport e trainer in palestra devono integrare le loro competenze, ma certo sarebbe opportuno che anche chi non è un atleta accedesse a una valutazione approfondita delle proprie capacità di prestazione da parte di specialisti; poi, sulla base dei dati ottenuti, medico e trainer possono impostare al meglio l'allenamento — sottolinea Simonetto —. Si dovrebbe analizzare almeno il consumo massimo di ossigeno, che indica quanto è potente il nostro "motore"; quindi, la soglia aerobica e quella anaerobica per capire quando l'organismo comincia ad attingere alle riserve e quando deve fermarsi. Poi sarebbe opportuno stimare la flessibilità muscolare con un paio di test di allungamento di gambe e braccia».

Quello che tutti gli esperti sconsigliano è puntare al corpo da *body builder*, perché i muscoli ultra-gonfi sono un eccesso non fisiologico, che spesso e chi ne è ossessionato non di rado soffre di qualche disturbo (si veda il box a lato in questa pagina) e rischia molto, scegliendo non di rado la pericolosissima strada degli ormoni per raggiungere il proprio scopo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



- 1 Per compiere un movimento, le fibre muscolari si contraggono attingendo alle riserve energetiche (ossigeno, zuccheri, grassi etc)
- 2 Quando la contrazione è sufficientemente intensa, il muscolo reagisce adattandosi ovvero arricchendosi dei filamenti proteici alla base della sua capacità contrattile (actina e miosina); in questo modo si ingrossa e diventa più forte
- 3 In parallelo, aumentano le riserve energetiche all'interno delle cellule muscolari (scorte di glicogeno nei mitocondri) e anche la rete di capillari che nutre il muscolo

I PARAMETRI DA CONOSCERE PER IMPOSTARE UN BUON ALLENAMENTO

- **Consumo massimo di ossigeno**
Indica la propria capacità massima di prestazione in ambito aerobico (ovvero consumando ossigeno senza produrre scorie che non vengano immediatamente smaltite)
- **Soglia aerobica**
Si ha quando l'acido lattico nel sangue supera le 2 mMoli/litro*. Quando per sostenere uno sforzo il lavoro aerobico non basta più, l'organismo comincia infatti ad attingere al metabolismo anaerobico (senza consumo di ossigeno) ed aumenta la produzione di lattato, metabolita di scarto che se si accumula dà la sensazione di fatica muscolare. Oltre la soglia aerobica c'è una fase intermedia in cui l'organismo riesce a mantenersi in equilibrio attingendo in parte al lavoro anaerobico.
- **Soglia anaerobica**
Si ha quando il lattato raggiunge le 4 mMoli/litro* nel sangue. In questo caso l'organismo è andato oltre e non è più in equilibrio, è perciò costretto a «fermarsi»

* La mole è definita come la quantità di sostanza di un sistema che contiene un numero di unità interagenti pari al numero degli atomi presenti in 12 grammi di carbonio-12

Corriere della Sera / Marco Tangherlini

Doping In aumento preoccupante l'abuso di sostanze anabolizzanti

Chi si gonfia con gli ormoni poi si sgonfia in un attimo

Il testosterone è la sostanza più usata perché costa poco ma è molto rischioso

Basta entrare in una palestra per scoprire che c'è un mondo di possibilità, stando al passaparola fra attrezzi e tapis roulant, per dare un «aiuto» alla voglia di muscoli scolpiti e guizzanti. Si comincia a tavola: le scorpacciate di bianco d'uovo sarebbero l'ideale, molti sono fautori del latte, altri propendono per bevitori che hanno dentro di tutto. Certo, ci sono anche gli studi scientifici a dare qualche indicazione: di recente una ricerca presentata a San Diego all'ultimo congresso *Experimental Biology* ha dimostrato che un mix di caseina, proteine della soia e siero di latte dopo l'allenamento sarebbe ottimo per fornire ai muscoli tutti gli aminoacidi di cui hanno bisogno per «ricostruirsi» dopo uno sforzo. E un altro studio, dell'Università dell'Ulster, suggerisce che mangiare crescione aiuterebbe a limitare i danni da troppo allenamento grazie alle sue capacità antiossidanti. Ma in questo gran mare di indicazioni, più o meno sostenute dall'evidenza, a che cosa credere? «Nutrirsi in modo adeguato è fondamentale per la salute dei muscoli, ma ciò che si mette nel piatto con una dieta sana ed equilibrata basta e avanza per chi non è un atleta professionista sottoposto a sforzi molto intensi e ripetuti o per chi non ha problemi clinici che portano a carenze specifiche — osserva Ferdinando Cereda, esperto di nutrizione e responsabile del *GymLab* presso il Centro di medicina dell'esercizio fisico e dello sport del San Raffaele di Milano —. Detto ciò in molte delle "leggende metropolitane" sugli alimenti c'è del vero: gli albumi d'uovo sono ricchi di proteine e privi di grassi, se piacciono non c'è nulla di male a mangiarne 4 o 5 al posto di un etto di carne, che contiene la stessa quantità di protei-

ne. I rischi si corrono con le esagerazioni: ad esempio non bisogna digiunare né eliminare o ridurre drasticamente i carboidrati, perché è addirittura controproducente per la massa muscolare». Per «costruire» i muscoli bisogna fornire all'organismo una buona dose di proteine e aminoacidi essenziali, ma sono poi i gusti personali e il proprio stile di vita a dettare le scelte: dopo l'allenamento si può mangiare un panino con la bresaola, bere il latte con i cereali od optare per un «beverone» dove si trovano proteine, zuccheri e acqua per restituire al corpo ciò di cui ha bisogno. «Possono essere un'alternativa se non si ha il tempo o il modo di mangiare altro — dice Cereda —. Anche gli integratori non devono essere demonizzati, ma vanno usati con criterio: come dice la parola stessa servono per supplire a una carenza, è inutile prendere la creatina se poi si mangia carne in quantità. Per di più in questo settore occorre fare estrema attenzione perché in molti prodotti (soprattutto quelli venduti sul web, ma non solo) non si sa, di fatto, cosa ci sia dentro. L'approccio giusto è stabilire gli obiettivi di allenamento e rivolgersi a personale qualificato che sappia dire come raggiungerli, "dosando" i piani di esercizio e valutando l'alimentazione per capire quali cibi scegliere e inserendo i giusti integratori solo se necessario».

No al fai da te quindi, e soprattutto no alla tentazione delle scorciatoie per veder gonfiare i muscoli: gli ormoni che tanti assidui frequentatori di palestre prendono per migliorare le prestazioni sono pericolosissimi. Quello che va per la maggiore è il testosterone (con i suoi analoghi): si trova più facilmente e costa meno rispetto all'ormone della crescita o all'insulina, anche questi usati perché hanno un'azione sinergica di incremento della sintesi delle proteine. «Prendere il testosterone se non si ha una carenza ormonale è molto rischioso, gli effetti collaterali sono tantissimi: dall'eccesso di globuli rossi, che rende il sangue troppo viscoso per circolare adeguatamente, alla riduzione dei testicoli e della produzione di spermatozoi — spiega Emmanuele Jannini, andrologo e segretario della Società italiana di endocrinologia —. Per di più i muscoli di chi si gonfia con gli steroidi hanno la stessa consistenza

della fettina di carne da animali allevati a suon di anabolizzanti, che in padella si riducono della metà: se smettono di prendere ormoni queste persone si ritrovano ad avere l'aspetto di calzini vuoti, letteralmente». Tanti si imbottiscono per anni di ormoni, a dosi che sono anche 30 o 50 volte maggiori di quelle terapeutiche indicate in caso di carenza. E secondo gli ultimi dati della Commissione vigilanza e controllo del doping del ministero della Salute, relativi al 2011, un frequentatore di palestre su dieci fa uso di doping. «Per di più è raro che chi sceglie questa strada prenda un ormone solo, in genere si tratta di mix esplosivi a cui si aggiungono poi altri farmaci presi per tenere sotto controllo gli effetti collaterali degli ormoni, in un'escalation rovinosa — aggiunge Luigi Di Luigi, direttore dell'Unità di endocrinologia all'Università di Roma — Foro Italico —. Purtroppo i danni alla salute, a breve e lungo termine, non sono un deterrente per chi non pensa ad altro che a gonfiarsi. Ed è anche difficilissimo sapere quanti si espongono a questi rischi, perché nessuno si autodenuncia. Di certo si tratta di una comunità diffusa e informata, anche se molto chiusa: su internet pullulano i forum dove i fanatici degli steroidi accusano pesantemente i medici che mettono in guardia sui pericoli di queste pratiche, ormai più che accertati, e dove si scambiano suggerimenti e consigli sulle miscele più efficaci».

Il doping si estende a macchia d'olio e arriva a toccare anche i giovanissimi: uno studio francese su ragazzini delle medie ha dimostrato che il 3% ha assunto ormoni per migliorare le proprie prestazioni; una ricerca dell'Università di Padova su 3 mila studenti di medie e superiori ha rivelato che il 6% ha preso sostanze dopanti e il 10% ha amici che lo hanno fatto. Ma il timore è che le cifre reali siano molto più alte.

«Dati ufficiali non ce ne sono, ma il sentore è che il doping riguardi sempre più spesso sportivi in erba, in età puberale — commenta Di Luigi —. Ovviamente le minacce per la salute sono enormi, ma bisogna anche chiedersi che cosa significhi per la psicologia e la crescita corretta di un ragazzino avere di fronte modelli simili, secondo cui tutto è lecito per arrivare a un obiettivo sportivo: il rischio di perdersi in un meccanismo perverso è concreto».

Visite ed esami in calo gli italiani scoprono che il medico può attendere

Effetto superticket, in un anno 40 milioni di prestazioni in meno

Anche il numero di ricette per i farmaci ha avuto un arresto della crescita

“Speriamo che nessuno rinunci a prestazioni importanti per risparmiare”

MICHELE BOCCI

LA SANITÀ pubblica italiana sta facendo marcia indietro. Dall'estate dell'anno scorso, quando è stato introdotto il nuovo ticket, si calcola un calo del 3% circa di visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, che in assoluto vuol dire qualcosa come 35-40 milioni di prestazioni in meno in un anno. Ma il dato della riduzione può essere considerato anche superiore. Da molto tempo, infatti, le prestazioni ambulatoriali registrano una crescita tendenziale di circa il 4% ogni dodici mesi. Mettendo insieme i due dati si evidenzia un crollo della domanda del 7%, cioè 90 milioni di visite ed esami. Non basta. Secondo molti osservatori il calo di quest'anno è molto più accentuato di quanto registrato finora e del resto basta osservare cosa succede in alcune Regioni per capire che siamo di fronte ad un fenomeno ancor più eclatante. Grandi realtà come Veneto e Toscana assistono a una riduzione dell'attività ambulatoriale pubblica e convenzionata del 10%, l'Emilia è intorno al meno 5%. La Liguria è a meno 4% e dall'Umbria dicono di essere intorno al meno 3%. Più o meno come la Lombardia, dove il calo c'è e si sente, come sostengono dagli uffici regionali, ma non arriverebbe alla media italiana.

Tra l'altro, da quando a settembre sono stati introdotti i nuovi ticket, c'è un'altra riduzione, che in questo caso non comporta un

segno meno ma è comunque significativa. Il numero di ricette per ritirare farmaci prescritti dai medici di famiglia e dagli specialisti invece di aumentare di nuovo di un 4%, come è avvenuto negli ultimi anni, è cresciuto solo di uno 0,5%. In questo caso c'è stato un arresto della crescita, che per i sistemi sanitari regionali significa una spesa minore per rimborsare i medicinali ai cittadini di quella attesa.

Cosa sta succedendo? Gli esperti si sforzano di dare una spiegazione dei dati. Le ipotesi sono più d'una. Di certo ha influito il superticket introdotto tra luglio e settembre, che ha alzato il prezzo delle prestazioni del servizio pubblico. E di certo c'entra qualcosa la crisi, che sta tagliando tutti i consumi. Quello che è difficile capire è se chi non si rivolge al pubblico scelga un privato, magari low cost, dove una visita costa poco più che in ospedale a causa della nuova tassa e dove gli appuntamenti richiedono attese più brevi. «Di sicuro stiamo vivendo l'effetto della crisi. Contra tutti i consumi, anche quelli sanitari», dice Carlo Lusenti, assessore alla salute dell'Emilia Romagna. «Ma anche il costo del ticket incide, perché per fare una batteria di esami la spesa è diventata significativa — prosegue — Credo invece che il passaggio dei pazienti al settore privato sia più marginale». Ma lavorare meno, per le Regioni è un bene o un male? «Se fossimo di fronte ad una riduzione di ac-

certamenti che non servono, cioè inappropriati, intanto sarebbe positivo per i cittadini. Per quanto ci riguarda, se le visite scendono del 5% non significa che riduciamo della stessa percentuale il personale o le attrezzature sanitarie. Quindi la spesa per noi resta la stessa». L'assessore alla salute del Veneto Luca Coletto vede nero: «Questo rallentamento della sanità pubblica è un segnale pericoloso. Temo che qualcuno possa rinunciare ad accertamenti importanti. Certo, c'è sicuramente anche una quota di riduzione dell'inappropriatezza ma è grave che ci rimettano i più bisognosi, quelli che hanno disponibilità economiche più limitate». Anche l'assessore alla salute della Liguria Claudio Montaldo teme conseguenze per i pazienti: «Speriamo che nessuno rinunci a prestazioni importanti per non spendere». Il professor Cesare Cislighi è consulente di Agenas (l'agenzia sanitaria delle Regioni italiane) nel settore dell'economia sanitaria e si occupa tra l'altro di ticket. Anche secondo lui il meno 3% di visite ed esami è sotto stimato, di almeno un punto percentuale. «Sicuramente c'è un passaggio dei pazienti al privato, soprattutto quello no profit che offre tariffe vicine a quelle del servizio pubblico con il ticket e ha tempi di attesa più brevi. Poi c'è la crisi, che sta facendo diminuire tutti i consumi e forse anche quelli sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il calo delle visite nel pubblico



Gli aumenti



L'aumento tendenziale annuo di **visite ed esami** fino al 2010



+0,5%

L'aumento dei farmaci acquistati **con ricetta** da quando è stato introdotto il superticket

Il superticket

10 euro

Il suo valore sulle prestazioni ambulatoriali pubbliche. Molte Regioni hanno però introdotto sistemi di tassazione diversa

2 miliardi

il nuovo taglio che nel 2013 obbligherà le Regioni a mettere altri ticket



Il costo delle visite

30 euro

Il costo medio di una visita specialistica per chi paga il **ticket nel pubblico**



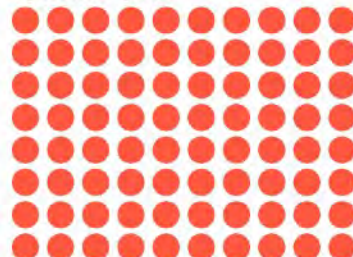
35-50 euro

Il costo di una visita specialistica presso il **privato sociale o low cost**



80 euro

Il costo di partenza di una visita specialistica presso il **privato "puro"**



La flessione del trend

Prestazioni ambulatoriali (visite, laboratorio, diagnostica strumentale) in Italia in miliardi



1,343
2009

1,335
2008

1,302
2007

1,290
2006

1,140
2005



Fonte: Ministero della salute, Agenas, Sogei

COME EVITARE RISCHI A TAVOLA INFEZIONI, IL PERICOLO È NEL PIATTO

Con le alte temperature **i batteri proliferano** nei cibi: attenti alla conservazione in frigo e ai tempi di cottura

FEDERICO MERETA

CON L'ARRIVO dell'estate aumentano i rischi di infezione legati agli alimenti. A soffrirne sono soprattutto i bambini, come ricordano gli esperti della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica (Sitip), perché non hanno ancora sviluppato un sistema immunitario sufficientemente robusto. «Spesso la presenza di microrganismi pericolosi non è evidente» avverte Susanna Esposito, Presidente della Sitip. In pratica, continua, «gli alimenti contaminati possono mantenere le loro solite caratteristiche di colore, odore e sapore. Se un alimento ha un bell'aspetto non è necessariamente sano».

Come si deteriora un cibo? In teoria, le fasi sono molte. All'origine, prima di tutto: le carni possono provenire da animali malati, o i vegetali possono essere stati irrigati con acque poco salubri. I cibi possono poi essere stati contagiati durante la preparazione: se, ad esempio, vengono manipolati con le mani sporche, se si usa acqua non potabile, se si pone l'alimento a contatto con superfici di lavoro, utensili e contenitori non puliti. Un grave errore è, ad esempio, quello di avvicinare carni crude, in particolare quella del pollo, ad alimenti già cucinati, oppure impiegare lo stesso coltello per tagliare cibi "diversi": c'è, in questo caso, il rischio che batteri presenti nel-

la carne cruda possano contaminare l'alimento già cucinato, e quindi si sviluppino al suo interno.

In questo periodo, insomma, i pericoli di fastidiosi mal di pancia aumentano sensibilmente. Le alte temperature estive aumentano il rischio che i batteri si riproducano in grande quantità nei cibi. Particolare attenzione va impiegata in un momento delicato: quando, cioè, si estraggono gli alimenti dal frigorifero. C'è infatti il rischio che, esposti al calore esterno, questi diventino veri e propri "ricettacoli" di batteri che si vanno via via riproducendo. Il loro sviluppo è stato, infatti, temporaneamente arrestato dalle basse temperature: i germi, però, non sono mai stati completamente distrutti, e possono riprendere a proliferare se la temperatura sale.

L'esempio più classico è dato dalla salmonellosi, che può portare a gravi forme di diarrea con mal di pancia e febbre. Gli alimenti che possono trasferire i germi sono quasi sempre a base di uova: creme, gelati, salse. Se l'uovo non viene sottoposto a una cottura adatta - gli esperti consigliano almeno 7 minuti per le uova bollite e cinque per quelle in camicia - può conservare dei batteri che, grazie al clima caldo dell'estate, si replicano con estrema rapidità.

Molto più pericoloso, pur se per fortuna raro, è sicuramente il botulismo, che si manifesta con difficoltà della vista e della parola, secchezza

della bocca e debolezza muscolare. Se non si interviene in tempi rapidi ed in maniera adeguata, possono manifestarsi la paralisi progressiva dei muscoli e grave difficoltà respiratoria. Responsabile dell'infezione è il clostridium botulinum, germe che può essere presente in cibi in scatola o conservati, soprattutto in

quelli di produzione domestica.

Gli esperti ricordano di prestare attenzione ai prodotti che più facilmente vengono consumati dai bambini, come il miele artigianale e le conserve di frutta, soprattutto quando la copertura del barattolo risulta sollevata verso l'alto: questo segnale può indicare proprio lo sviluppo di germi. Molto più diffusa è invece l'intossicazione da stafilococco, dovuta fondamentalmente a un'inadeguata preparazione o conservazione dei prodotti. Il più delle volte i fastidi iniziano dopo una breve incubazione di qualche ora e si risolvono in 24-48 ore. La diarrea è il sintomo principale e può comportare una notevole perdita di liquidi e sali minerali, che vanno adeguatamente reintegrati per evitare squilibri pericolosi. Non servono farmaci, dato che l'eliminazione di abbondanti liquidi costituisce, di fatto, una difesa dell'organismo, che tenta in questo modo di eliminare l'agente infettante. Attenzione, in questo caso, ai prodotti di gastronomia. Anche il barbecue, poi, ha le sue regole.

I tagli grandi di carne dovrebbero arrivare intorno ai 60 gradi per una cottura al sangue e superare i 70 per la "medium". Per il pollo serve più tempo e più calore. Questa carne va

scaldata oltre gli 80 gradi. Bisogna controllare che vicino alle ossa la carne abbia perso il suo colorito rosato, per essere certi che la cottura sia completa. Per il pesce basta ar-

marsi di forchetta. Quando la posata affonda nella carne morbida di un branzino, è ora di andare a tavola.

femereta@tin.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dove si nascondono le insidie



NELLE UOVA

Il rischio è la salmonella. Ne esistono di diversi tipi: la forma più diffusa (non tifoide), che causa vomito e diarrea con febbre e dolori addominali. Attenti a vegetali crudi, in particolare le insalate, le uova, i latticini freschi, i molluschi



NEI DOLCI

Lo staphylococcus aureus si manifesta entro sei ore dall'ingestione del cibo contaminato provoca nausea, vomito e dolori di pancia. A rischio dolci, piatti cotti pronti manipolati e conservati non adeguatamente refrigerati



NELLE VERDURE

L'Escherichia Coli può causare diarrea o anche emorragie intestinali nelle forme più gravi. A rischio soprattutto carni crude o poco cotte, latte crudo o non pastorizzato a dovere, verdure crude, acqua contaminata



NELLE ZUPPE

Il Bacillus Cereus provoca entro 24 ore vomito e diarrea. Si trasmette soprattutto con alimenti non raffreddati dopo la cottura, nelle zuppe, nelle salse, nelle carni cotte non refrigerate e riscaldate dopo ore



NEL ROASTBEEF

Il Clostridium Perfringens può provocare forte diarrea con dolori addominali entro 24 ore dall'ingestione del cibo "pericoloso". A rischio sono roastbeef, verdure, salse, piatti pronti e in cibi cotti e non conservati al fresco



NELLE CONSERVE

Il Clostridium Botulinum provoca infezioni molto gravi perché rilascia una tossina che dà dei sintomi neurologici. Attenzione alle conserve fatte in casa, specie se sott'olio e comunque a basso grado d'acidità

L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ CONSIGLIA DI...

Usare acqua pura o bollita

Lavare bene l'insalata,

Consumare latte pastorizzato e pollame fresco o congelato

Cuocere a fondo i cibi: per il pollame almeno 70°

Mangiare subito i cibi cotti

Conservare bene i cibi cotti: se si mangiano dopo più di cinque ore, portarli almeno a 60° o a meno di 10

Riscaldare bene i cibi già cotti, almeno a 70°

Non avvicinare cibi cotti e crudi

Non usare lo stesso coltello per carni crude e cotte

Lavarsi le mani spesso

Pulire bene la cucina

Chiudere ermeticamente gli alimenti



Attivi ma sedentari Non solo palestra: è vitale non stare seduti troppo a lungo Bisogna muoversi appena si può

A piedi

Con dieci minuti di camminata a passo svelto cala il rischio cardiovascolare

Passi rapidi

La velocità è giusta se siamo un po' affannati alla fine, ma senza il fiatone

Un'ora o anche due di esercizio, perfino strenuo, magari tre volte alla settimana cambiano poco la nostra natura di sedentari se nel resto del tempo siamo pressoché immobili alle nostre scrivanie o sul divano

Si può essere sedentari anche facendo regolarmente attività fisica? Sì, anche se a prima vista può sembrare una contraddizione: lo ha dimostrato uno studio finlandese per il quale alcuni volontari hanno indossato per alcuni giorni pantaloncini speciali, dotati di sensori in grado di registrare l'attività muscolare delle gambe. Tutti erano attivi: chi andava in palestra tre volte a settimana, chi correva al mattino a giorni alterni, chi giocava a calcetto.

I ricercatori si aspettavano di vedere differenze sostanziali fra i giorni di allenamento e quelli «pigri», invece è risultato vero il contrario: nei giorni in cui non facevano sport i volontari rimanevano seduti per il 72% del tempo (circa 9 ore), quando facevano esercizio la quota di energia consumata cresceva del 13%, ma il tempo passato seduti era comunque pari al 68% del totale.

E questo indipendentemente dal tipo di attività scelta: in sostanza, nell'economia di

una vita un'ora o anche due di esercizio, perfino strenuo, tre volte alla settimana cambiano poco la nostra natura di sedentari se nel resto del tempo siamo pressoché immobili alle nostre scrivanie o sul divano. «Anche nel nostro laboratorio di medicina dell'esercizio fisico eseguiamo valutazioni simili: quando indichiamo la tipologia e durata di allenamento necessario a raggiungere l'obiettivo prefissato, dobbiamo anche capire come si muove quel soggetto nel resto del tempo — osserva Luigi Simonetto, direttore del Centro di medicina dell'esercizio fisico e dello sport dell'Ospedale San Raffaele di Milano —. E per ottenere i migliori risultati è indubbio che sia opportuno inserire il movimento in ogni momento della giornata e non soltanto quando si va in palestra».

I modi per farlo vengono ripetuti fino alla noia: muoversi a piedi o in bicicletta, non usare l'ascensore, scendere dall'autobus una o due fermate prima del dovuto. Perché stare seduti pare faccia malissimo: un recente studio australiano su oltre 220 mila persone ha provato che chi siede oltre 8 ore al giorno ha una mortalità più alta del 15% rispetto a chi si muove, e questo è vero anche se poi il sedentario va un'ora in palestra. Pare infatti che la mancanza di contrazione muscolare indotta dallo star seduti comporti una catena (nefasta) di reazioni biochimiche che sfociano in alterazioni enzimatiche a livello del metabolismo dei grassi e degli zuccheri. E da qui a un maggior pericolo di infarti, ictus, diabete e altre malattie il pas-

so sarebbe breve.

Un quadro fosco che dovrebbe preoccupare noi italiani, visto che la Federazione italiana aerobica e fitness ha denunciato, all'inizio del 2012, un calo del 25% delle iscrizioni nelle palestre e, stando alle ultime stime del *Rapporto Osservaslute*, meno di un terzo della popolazione pratica un'attività fisica, mentre la Società italiana di pediatria ha denunciato che il 60% degli adolescenti trascorre 11 ore al giorno seduto al banco o di fronte al computer. Fermo restando che sedersi è «pericoloso», qual è il minimo sindacale di movimento per attivare i muscoli almeno un po' ogni giorno? «Il livello minimo di attività fisica quotidiana è di 10 minuti di camminata a passo svelto: in questo modo c'è comunque un'effettiva riduzione del rischio cardiovascolare. La velocità è sufficiente se siamo leggermente affannati e un poco sudati, alla fine, ma senza il fiatone — interviene Antonio Bortone, presidente dell'Associazione italiana fisioterapisti —. Poi, il consiglio è praticare attività sportive che piacciono e non vengano viste come una costrizione o una fatica eccessiva». Solo in questo modo si riesce a essere costanti davvero e, magari, a ridurre sensibilmente il tempo passato seduti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





TERAPIE

Rigenerare il cuore malato

Tra 3-5 anni ci saranno terapie in grado di far rigenerare il cuore colpito da infarto o da scompenso. Parola di esperti. «Le nuove strategie per riparare il cuore viaggiano su due binari - spiega Mauro Giacca, direttore del Centro Internazionale di Ingegneria Genetica e Biotecnologie (Icgeb) di Trieste - la terapia genica, con farmaci che iniettati nel cuore ne fanno rigenerare i tessuti, e le staminali (embrionali, "riprogrammate o del cuore stesso). Questa seconda strada è molto promettente, ma ancora lunga, mentre per la prima alcune sperimentazioni umane ci sono già». Una di queste è quella di Mark Mercola, del Burnham Institute di San Diego, che ha prodotto un virus ingegnerizzato per esprimere un fattore che aumenta la contrazione cardiaca e l'ha iniettato nel cuore di pazienti con scompenso cardiaco.



PRESENTATA A ROMA

La «Carta globale del paziente» colpito da fibrillazione atriale

Garantire una migliore diagnosi e trattamento della Fibrillazione Atriale e più efficaci misure per prevenire l'ictus ad essa collegato, facendole diventare una priorità sanitaria nazionale; migliorare le conoscenze e la pratica clinica del personale sanitario per garantire ai pazienti un trattamento appropriato durante tutto il percorso assistenziale; creare Registri Nazionali degli Ictus per registrare in modo sistematico e accurato l'incidenza, la prevalenza e gli esiti delle persone con ictus correlato alla Fibrillazione Atriale; promuovere campagne di informazione per aumentare la consapevolezza dei cittadini sulla patologia.

Questi alcuni dei principali punti contenuti nella «Carta Globale del Paziente con Fibrillazione Atriale», presentata per la prima volta in Italia a Roma durante un incontro scientifico tenuto al Senato. La Fibrillazione Atriale è l'aritmia cardiaca più comune, causa del 15-20% di tutti gli ictus trombo embolici, il disturbo cardiovascolare più comune dopo le cardiopatie, che colpisce 9,6 milioni di persone in Europa, con un'incidenza di 2 milioni di soggetti l'anno. Inoltre gli ictus collegati a fibrillazione atriale sono più gravi, provocano invalidità maggiori e sono associati a un aumento del 70% del tasso di mortalità rispetto agli eventi che colpiscono chi non ne è affetto.



OCULISTICA Indagini predittive

Nuovi test genetici per la vista

*Preziose informazioni sul rischio cecità per degenerazione maculare senile***Luigi Cucchi**

■ I test genetici, cioè le analisi del DNA individuale a scopo clinico stanno sempre più dimostrando la loro utilità. Consentono di evidenziare alterazioni correlate a patologie o disturbi ereditabili (mutazioni e polimorfismi). Queste analisi comprendono gli screening prenatali, neonatali e dei portatori ed i test sulle famiglie a rischio. I risultati di queste indagini si possono applicare alla diagnosi ed alla prognosi di malattie ereditarie, alla predizione del rischio-malattia ed all'identificazione dei portatori sani.

Parliamo delle nuove frontiere aperte dai test genetici predittivi con il dottor Marco Fantozzi, uno specialista della chirurgia laser per i difetti visivi. In trenta anni di professione ha eseguito oltre 20 mila interventi di chirurgia refrattiva. Ogni anno il suo team (quindici specialisti) effettua oltre 2500 interventi di cataratta presso la Casa di cura Barbantini di Lucca (www.centrooculistico.com).

«Esistono - precisa il dottor Fantozzi - tre tipologie principali di test genetici: i diagnostici, i preclinici ed i test di suscettibilità per una malattia o del rischio di contrarre la stessa. A quest'ultimo gruppo appartengono i test che forniscono informazioni probabilistiche sulla predisposizione alla malattia e comprendono anche i test genetici della degenerazione maculare senile che consentono di individuare il rischio (aumenta di 19 volte) nei soggetti con familiarità. È anche necessario valutare l'evoluzione nei pazienti che già presentano i primi segni della malattia o che presentano la patologia in un occhio». In alcuni casi si deve anche controllare la formazione di neovasi nei soggetti più sensibile iniezioni oculari.

È un test non invasivo (richiede pochi minuti, si prelevano campioni di mucosa dalla bocca) che consente di valutare la probabilità di sviluppare la malattia ancora prima che se ne presentino i sintomi. «La degenerazione maculare senile - pre-

cisa il dottor Fantozzi - provoca gravi menomazioni visive e la prevenzione gioca quindi un ruolo determinante. Dopo i 40-50 anni si deve ricorrere, almeno una volta l'anno, ad una visita medico oculistica completa, soprattutto quando sono presenti alcuni fattori di rischio: esposizione eccessiva a raggi Uva, fumo, obesità, ipertensione, consumo di alcolici. La degenerazione maculare senile costituisce una delle cause più frequenti di perdita della vista. La parte anatomica dell'occhio colpita in questa patologia è la macula, ovvero l'area centrale di tutta la retina che permette di distinguere i dettagli di ciò che osserviamo e di discriminare i colori di ciò che ci circonda. Quando la macula si ammalia l'occhio non vede più la parte centrale delle immagini, mentre continua a percepire le parti più periferiche del campo visivo. Nei casi più gravi si percepisce una vera e propria macchia nera centrale. La degenerazione maculare può colpire un solo occhio o entrambi, anche se ciò potrebbe accadere in tempi diversi». Esiste una forma iniziale che non comporta importanti alterazioni visive, ma che può evolvere in due distinte patologie: la maculopatia secca, che si sviluppa lentamente verso l'atrofia e la perdita di funzionalità visiva, quella umida, detta anche essudativa. «La sintomatologia - precisa Fantozzi - è variabile a seconda dello stadio della patologia: la visione può essere distorta od offuscata (soprattutto al centro delle immagini), le linee diritte appaiono ondulate, i colori possono apparire poco nitidi, può comparire un'area scura o vuota al centro della visione. Conoscere il rischio di essere colpiti dalla degenerazione maculare senile consente di effettuare precocemente la diagnosi che viene eseguita con diverse metodiche: l'esame del fondo oculare, l'autofluorescenza, la fluorangiografia, l'Oct, esame non invasivo in grado di eseguire praticamente una stratigrafia della retina per analizzare l'anatomia e la volumetria della macula. La vista è un bene prezioso cerchiamo di salvaguardarlo.

