

SALUTE

Tumori

Le spie del cancro orofaringeo sono anche gli abbassamenti di voce frequenti, mentre una raucedine può ingannare la diagnosi. Allarma la neoplasia testa-collo correlata al virus Hpv. I rischi di alcol e fumo

Quando non è solo mal di gola

LA TESTA-COLLO

106.727 persone hanno avuto una diagnosi di tumore alla testa e al collo nel corso della vita: il 79% uomini; il 21% donne



LA LARINGE

Metà dei tumori testa-collo: 54.650 persone con diagnosi di tumore della laringe. Il 91% uomini e il 9% donne



LE CAUSE

In circa l'80% dei pazienti, la causa del tumore cervicofacciale dipende da fumo e alcol, ancor più se associati



LE SPERANZE

Per i tumori della laringe la sopravvivenza relativa ad un anno dalla diagnosi è del 90 per cento

Al recente congresso degli specialisti dell'Aiocc la cura con laser

IRMA D'ARIA

Abbassamento della voce, raucedine, necessità di "raschiarsi" spesso la voce: sono spie a cui prestare attenzione quando non dovute a infiammazioni delle vie respiratorie, come raffreddore, tosse, laringite. Perché, in alcuni casi, potrebbe trattarsi di tumore orofaringeo. «Se le alterazioni della voce sono persistenti e durature, è necessario andare da un otorino perché potrebbero essere la spia di problemi più seri alle corde vocali», spiega Fausto Chiesa, l'oncologo presidente dell'Associazione italiana di oncologia cervico-cefalica (Aiocc). Anche il mal di gola può essere ingannatore e ritardare di molto la diagnosi di tumore alla laringe. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di rivolgersi al medico se non passa spontaneamente entro 15-20 giorni. Dal Congresso nazionale dell'Aiocc che si è

recentemente svolto a Modena, arrivano anche i dati epidemiologici: i tumori di testa e collo rappresentano il 4,7 per cento circa di tutte le neoplasie maligne. In Italia sono circa 107 mila le persone che hanno avuto una diagnosi di tumore alla testa e al collo nel corso della vita. Le più comuni sedi di origine del carcinoma a cellule squamose sono la corda vocale, l'epiglottide, il seno piriforme e l'area post-cricoidea. Ma c'è un nuovo tipo di cancro che colpisce il distretto testa-collo: è quello correlato al virus Hpv -16, il ceppo che causa il cancro alla cervice. Mentre fino a qualche anno fa i principali imputati del cancro orofaringeo erano alcol e fumo in eccesso, ora i ricercatori della John Hopkins University hanno scoperto che l'Hpv-16 aumenta il rischio di sviluppare questo tipo di cancro di ben 32 volte. «È una forma di neoplasia che si sta diffondendo specie tra i più giovani e che ci porta ad aggiungere tra i fattori di rischio, oltre all'alcol e al fumo, i rapporti sessuali promiscui e non protetti», spiega l'esperto. Il binomio fumo-alcol resta, comunque, quello più pericoloso. «L'alcol si attacca alle mucose come una

pellicola e scioglie le sostanze cancerogene del fumo che sono liposolubili potenziandone l'azione», precisa il presidente dell'Aiocc. Come sempre, una diagnosi precoce garantisce migliori risultati perché evita interventi aggressivi e consente al paziente di conservare la funzione vocale, quella respiratoria e la deglutizione. Oggi le possibilità terapeutiche sono molto migliorate grazie soprattutto all'utilizzo del laser con il quale si riesce ad avere il 95% di possibilità di guarigione. «In passato si ricorreva prima alla radioterapia, ma poi si è visto che si ottengono risultati migliori con la terapia chirurgica endoscopica con laser perché è nello stesso tempo uno strumento di diagnosi che, se necessario, diventa anche terapeutico ed evita al paziente la necessità di due anestesie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

L'ERBA VOGLIO

ROBERTO SUOZZI



TUMORE DELLA PROSTATA SI SPERIMENTA IL PROPOLI

Il fenilestere dell'acido caffeico, o Cape, è un composto fenolico, isolato dal propoli prodotto dalle api, che può arrestare (secondo studi sperimentali) la crescita delle cellule del tumore della prostata e di altre neoplasie. Ricercatori della University of Chicago Medicines, hanno pubblicato il loro studio sulla rivista *Cancer Prevention Research*; secondo questo lavoro il propoli può bloccare la riproduzione delle cellule tumorali. Richard Jones, il più anziano del team, ha detto che il propoli «non può uccidere il cancro, ma può, a tempo indeterminato, fermare la proliferazione del tumore della prostata». In pratica può controllare il suo sviluppo; la somministrazione giornaliera di propoli quindi potrebbe bloccare lo sviluppo tumorale che riprende la sua attività con la sospensione del composto. Tali risultati debbono essere verificati e confermati, non solo per il tumore della prostata, ma anche per altre neoplasie. Il propoli, sperimentalmente, ha già mostrato di inibire la crescita di tumori della pelle e del colon.

rmsuozzi@mclink.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

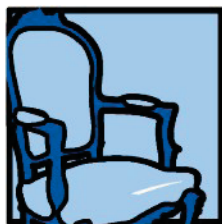


CONTI SSN

Regioni in pressing su manovra e ticket

Un seminario Aies-Agenas ufficializza la querelle sull'ipotesi della franchigia per fasce di reddito sostitutiva di ticket ed esenzioni. I tecnici sono già all'opera coi conti, ma il ministro Balduzzi puntualizza: «È solo un'ipotesi di lavoro». Intanto lo stop dell'Economia al riparto 2012, la spending review e la minaccia di nuovi tagli al capitolo sui beni e servizi fa salire la tensione: le Regioni chiedono un incontro urgente a Monti e il dialogo sul Patto resta al palo.

A PAG. 6



Un seminario Aies-Agenas ufficializza la querelle "ticket": Balduzzi: «È un'ipotesi di lavoro»

Franchigia, cantiere aperto

Riparto 2012, spending review e beni e servizi: le Regioni non ci stanno

La franchigia al posto dei ticket? «Solo un'ipotesi di lavoro; nessuna norma già definita: il dibattito esplicito tra gli esperti del settore inizia qui. La proposta che ho avanzato su più tavoli nasce dalla necessità di incidere sul sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria che può migliorare molto sotto il profilo dell'equità, della trasparenza e dell'omogeneità sul territorio».

Poche battute, grande cautela, niente retromarcia («il confronto Governo-Regioni è già avviato»). Dopo la bufera di commenti scatenata dalle prime dichiarazioni sull'ipotesi di una franchigia modulata per fascia di reddito sostitutiva in toto dell'attuale meccanismo di copayment ed esenzioni, il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, ha sfogliato all'indietro il calendario dettando come data ufficiale d'apertura pubblica del cantiere "ticket" il seminario in materia organizzato giovedì scorso a Roma da Aies e Agenas.

Sotto la lente degli esperti la faticosa necessità di aumentare dal 2014 di altri 2 miliardi (oltre ai 4 già versati dai cittadini) il "finanziamento" derivante dal copayment, salvo forme alternative che potrebbero essere studiate al tavolo del Patto sulla salute e che al momento sembrano ben lontane dal poter essere individuate. L'aspetto economico del problema non sfugge a nessuno: «I ticket costano agli italiani 4 miliardi di euro l'anno, ma il meccanismo attuale non garantisce equità, non tutela suf-

ficientemente alcune fasce deboli, come i disoccupati e, in alcuni casi, rende meno conveniente il pubblico rispetto al privato: per questo servono nuove proposte per ripensare le esenzioni e le modalità di partecipazione alla spesa», spiega il neo-insediato presidente Agenas, **Giovanni Bissoni**. «Il problema reale è l'esenzione per patologia che è una sorta di franchigia ex ante», aggiunge il direttore dell'Agenas, **Fulvio Moirano**. «Già oggi metà della popolazione paga tutti i ticket e l'entrata in vigore del superticket di 10 euro sulla specialistica ha avuto un impatto preoccupante: per alcune prestazioni il pubblico risulta più caro del privato e la conseguente perdita di prestazioni a fronte dei costi fissi può creare inefficienza».

A confermare che un inasprimento degli attuali ticket sarebbe comunque inapplicabile è il responsabile della programmazione sanitaria della Salute, **Filippo Palumbo**: «Gli 850mila euro in più del superticket hanno rotto un equilibrio: oltre il sistema crolla».

Che i tecnici siano già al lavoro sulla questione è fuor di dubbio, anche se quello della franchigia resta uno strumento spinosissimo su cui ancora devono essere prese tutte le misure in tempi peraltro strettissimi: «Con l'Economia si è valutato che per l'implementazione dal punto di vista operativo del nuovo meccanismo dopo l'esperienza maturata con la tessera sanitaria servirebbero almeno 18 mesi», di-

ce ancora Palumbo. «La decisione dunque andrebbe presa entro l'estate».

E poiché il nodo da affrontare è quello delle esenzioni, qualsiasi confronto in materia, anche il più pacato, arriva subito al cuore del problema. «Dopo 30 anni di ticket non sappiamo quanti sono gli esenti, non conosciamo il gettito totale, non sappiamo chi e quanto paga. Sappiamo però che ci sono malati che arrivano a pagare 500 euro l'anno: perché allora esentare i cronici?», interroga **Vittorio Mapelli**, economista sanitario all'Università di Milano.

Una questione destinata a rendere la vita dura alle Regioni: prima o poi dovranno farci i conti. «Andrebbero mantenute le esenzioni risarcitorie (es. danni da vaccino) e quelle preventive (screening), l'esenzione per reddito resterebbe implicita nel meccanismo della franchigia (totale per redditi molto bassi), quella per cronicità andrebbe abolita o profondamente rivisitata per arrivare all'individuazione di un tetto accettabile», riassume l'esperto dell'Agenas, **Cesare Cislighi**, titolare delle prime stime in materia. «Se tutto il copayment oggi vale 3,6 miliardi si tratta di 60 euro a testa; 160 a famiglia; se domani dovrà valere 5,5 miliardi sarebbero 90 a testa; 250 a famiglia».

«Una franchigia del 3 per mille su 40mila euro di reddito varrebbe massimo 120 euro anche per un paziente cronico, a fronte dei mille che qualche cittadino si trova a pagare in un

anno» esemplifica ancora Moirano.

Nel dibattito una cosa è certa: nessuno più sostiene che il ticket esista in funzione dissuasiva. Serve a fare cassa» dicono tutti gli addetti ai lavori, compresa **Teresa Petrangolini** (Tdm), convinta che «Visto che dobbiamo pagare, meglio discutere subito il modo migliore per farlo».

«Serve a fare cassa» convencono gli assessori alla Sanità della Puglia, **Ettore Attolini** e della Sicilia, **Massimo Russo**, possibilisti entrambi e disposti a discutere delle possibili vie d'uscita per tenere assieme il sistema, ma convinti entrambi che c'è a monte anche altro da fare: «Dettare regole chiare per valutare la capacità contributiva dei cittadini» (Russo); «risolvere la prima criticità del sistema che è quella dell'evasione fiscale» (Attolini), ma soprattutto: salvare il Ssn da strette ulteriori che mettono a rischio il mantenimento dei Lea (entrambi), ovvero il cammino già pericolosamente tortuoso del Patto sulla salute.

Le Regioni più che allarmate hanno già chiesto, con una lette-



ra inviata la scorsa settimana dal presidente della conferenza **Vasco Errani**, un incontro urgente al presidente del Consiglio **Mario Monti**.

In cima alle preoccupazioni dei governatori in particolare la spending review, che secondo le autonomie potrebbe incidere profondamente sulla spesa degli enti territoriali, già colpita dai tagli delle ultime finanziarie.

Poi proprio il capitolo Sanità, ancora alle prese con il riparto 2012 frenato dall'Economia (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità n. 19/2012»), riveduto e corretto e atteso al varo della Stato-Regioni del 22 maggio e vigilato speciale anche in relazione alla mission del supercommissario **Enrico Bondi** incaricato di racimolare con taglio dei beni e servizi quel che serve a rinviare l'aumento dell'Iva atteso in autunno. Per la Sanità sarebbero altri 1,5 miliardi da aggiungere agli 8 già in discussione al tavolo del Patto che - ha sostenuto ancora Palumbo in occasione dell'Healthcare Summit organizzato lunedì scorso a Milano da «Il Sole-24 Ore» - «va subito ripreso perché solo il dialogo e la condivisione delle riforme con le Regioni possono consentirci di affrontare bene questa situazione».

Un dialogo che si preannuncia quanto meno tormentato.

«I tagli devono essere "selettivi", con un radar sui costi impropri delle Regioni che hanno buchi di bilancio perché spendono troppo», ha detto senza perifrasi proprio all'Healthcare summit l'assessore alla Sanità della Lombardia, **Luciano Bresciani**. «Per tagliare i costi impropri bisogna approfondire il percorso di conoscenza che permette di individuarli. Oggi la Lombardia ha poco da tagliare proprio per questo. Il ragionamento

è semplice: chi ha una grande spesa pro-capite sicuramente ha costi impropri. Ed è lì che bisogna intervenire».

Reazione poco tenera anche dall'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Carlo Lusenti**: «Le condizioni per fare il patto non c'erano prima e mi sembra ci siano ancora meno adesso», ha detto a Milano. «In linea teorica tutto è sostenibile: il problema è politico, ed è ineludibile anche da parte di un governo di tecnici. Gli unici distretti industriali che hanno continuato a crescere nonostante la crisi nel triennio aperto dal 2008 sono, secondo una ricerca, il biomedicale dell'Emilia Romagna, il farmaceutico della Toscana e quello del Lazio. Tutti e tre lavorano per il Ssn. Dunque se la scelta sarà di ridurre la copertura che il Ssn dà e di contenere i costi, gli effetti atterreranno su tutti, non solo sui cittadini».

Un argomento che trova in sintonia anche le aziende, terrorizzate dal pay back del 35% dell'eventuale sfioramento della spesa ospedaliera che rischia di mandare a tappeto proprio le aziende che fanno ricerca. «Se slitta il Patto deve slittare anche tutto ciò che a esso è collegato», ha chiesto il presidente Farindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, che ha avvertito: «Gli studi clinici finanziati dalle aziende sono in calo: i costi di migliaia di pazienti rischiano di scaricarsi sull'ospedale. Mentre basterebbe togliere dal calcolo della spesa pubblica la spesa privata dei cittadini per il differenziale di prezzo specialità/equivalente per recuperare il miliardo che ci viene richiesto».

Il problema è che a pagare saranno comunque i cittadini.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riparto 2012, nuova versione

Una correzione alla mobilità del Bambino Gesù per il Lazio - con il relativo finanziamento che passa da circa 158 a 166 milioni e la quota del Lazio che cala da 9,928 miliardi a 9,863 - e il riparto 2012 è pronto per l'approvazione alla Stato-Regioni straordinaria di martedì 22 maggio. La colonna finale (v. tabella) non contiene altre novità rispetto a quella già approvata lo scorso mese, che ha fatto sussultare i governatori per lo stop da parte dell'Economia nella conferenza del 10 maggio, dovuto a un approfondimento sulla proposta presentata. Si sblocca così l'assegnazione dei 108,78 miliardi del fondo di cui 106,2 per il finanziamento dei Lea e gli altri destinati alle somme vincolate. Di questi 105,94 sono indistinti e 269 milioni finalizzati alla popolazione non pesata e per coprire l'assistenza dei lavoratori extracomunitari rilevati a fine 2010.

Regioni	Tot. post mobilità	Regioni	Tot. post mobilità
Piemonte	7.985	Abruzzo	2.267
V. d'Aosta	213	Molise	611
Lombardia	17.805	Campania	9.596
Bolzano	869	Puglia	6.856
Trento	902	Basilicata	1.013
Veneto	8.704	Calabria	3.234
Friuli	2.248	Sicilia	8.470
Liguria	3.010	Sardegna	2.847
Emilia R.	8.265	B. Gesù	166
Toscana	6.864	Ordine di Malta	36
Umbria	1.625	Totale	106.214
Marche	2.765	Milioni di euro	
Lazio	9.863		

IL COMMENTO

La spending review e i costi standard

Ottima l'iniziativa del Governo che ha disposto la spending review (Dl 52/2012). Un mestiere difficile quello attribuito a Enrico Bondi di tagliare gli sprechi nelle politiche di approvvigionamento dei ministeri e di (quasi) tutti gli altri apparati centrali, degli enti locali e delle Regioni. Queste ultime limitatamente alle cinque commissariate ex art. 120, comma 2, Cost. (Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo e Molise), nella gestione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari. Un provvedimento aggiustamento dell'ultima ora, dal momento che l'originaria estensione alle dieci regioni sottoposte ai piani di rientro - così come riportato nel testo in circolazione all'indomani della sua approvazione nel Cdm - suggeriva qualche perplessità, attesa la minacciata invasione dell'autonomia riconosciuta a tali enti territoriali.

Molte saranno le problematiche da affrontare sul piano operativo, tenuto conto della giungla organizzativa nei confronti della quale il supercommissario dovrà misurarsi.

Frequentissime le proroghe di esercizio concesse a tantissimi fornitori, soprattutto di servizi, a dispetto dei divieti legislativi. Eccessive le differenze dei valori di riferimento degli acquisti, causa di quelle macroscopiche variazioni di prezzo "finito", per esempio tra le siringhe di cui si è sovente approvvigionata la peggiore Asl del Sud rispetto alla omologa migliore del Nord.

Ovunque l'assenza di una corretta contabilità analitica per centri di costo che impedirà la lettura della gestione economica della Sanità regionale. Quasi ovunque una (spesso) intenzionale incompletezza delle rappresentazioni contabili degli enti territoriali, impegnati a celare verità debitorie, sotto il profilo patrimoniale, ovvero a rappresentare dati economici non propriamente veritieri, strumentali a caratterizzare, favorevolmente, i loro esercizi correnti.

Insomma, sarà più che mai difficile l'intervento nella Sanità regionale commissariata a

causa del disavanzo (ma anche del debito pregresso plurimiliardario) che, nonostante la sottoposizione ad apposite gestioni straordinarie intese a risanare i conti, è sostanzialmente nelle medesime condizioni di partenza, in alcuni casi addirittura peggiorate. Al riguardo, il nominato supercommissario sarà sottoposto a un compito più gravoso, facilitato però dal fatto che il medesimo potrà tuttavia agire direttamente, senza intaccare alcuna prerogativa costituzionale. Un modo per intervenire positivamente, sull'esercizio dei poteri sostitutivi già delegati dal Governo, assurdamente, agli stessi presidenti di Regione, spesso co-autori responsabili del disastro.

Un lavoro meticoloso che certamente Bondi saprà portare a termine, nell'aspettativa di liberare risorse, fino a oggi inconcepibilmente impegnate in sovrapprezzi ingiustificati di beni e servizi. Un risparmio intelligente da conseguire e destinare al miglioramento del Ssn e alle prestazioni assistenziali, da rendere ai cittadini nelle migliori condizioni possibili e all'insegna dell'appropriatezza.

Una domanda al Governo. La programma spending review costituisce un atto propeudeutico al completamento dell'introdotta federalismo fiscale? Più precisamente, alla determinazione dei costi e fabbisogni standard relativi?

A meno che non si vogliano mandare in soffitta i costi standard per salute, assistenza, scuola e trasporti pubblici locali e il fabbisogno standard per il funzionamento del sistema autonomistico, quanto a funzioni fondamentali. Modelli di finanziamento, ove mai, da estendere anche a tutto l'apparato centrale, solo che si voglia realizzare l'ottimizzazione della spesa e sanzionare, nel prosieguo, la responsabilità dei diretti inadempienti, politici e dirigenti che siano.

di **Ettore Jorio**

Professore di Diritto sanitario
all'Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

RISPARMIARE, MA CON GIUDIZIO

Secundo la Corte dei Conti l'anno scorso per la Sanità sono stati spesi 112 miliardi di euro, con un calo dello 0,7 per cento: 2,9 miliardi in meno rispetto alle previsioni. Dunque i numeri confermano che si può risparmiare. E tanto. Il problema è come. Perché se per ridurre la spesa si eliminano servizi sanitari e prestazioni utili ai cittadini, questi ultimi saranno costretti a pagare di tasca propria. Cosa che sta avvenendo in misura sempre crescente, visto che gli italiani per curarsi privatamente spendono almeno 30 miliardi di euro. Tuttavia, essendo dati non facilmente verificabili è opinione diffusa che i soldi siano parecchi di più. Così se il governo centrale usa troppo le forbici, ne consegue che le amministrazioni regionali, e quindi gli ospedali, tagliano. A discapito dei malati. Rendere meno accessibile la sanità può far bene alle casse pubbliche. Rischia però di trasformarsi in un danno per la salute delle persone meno abbienti. Quanti sono i pazienti che dovendo e non potendo pagare un privato a causa delle lunghe liste di attesa, rinunciano a controllarsi, alla prevenzione, alle cure? Difficile saperlo. Ma la crisi che stiamo subendo di certo fa allungare anche questa lista.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ABC dell'epatite

Forme pericolose in ripresa
Record di pazienti cronici
Ma arrivano nuovi farmaci
e basta un test per salvarsi

ROBERTA GIOMMI
E MARIA PAOLA SALMI

SALUTE

Cento volte più infettante dell'Hiv, è un virus in ripresa
e l'Italia ha il record europeo di pazienti cronici e portatori
Serve più prevenzione per scoprire malati inconsapevoli
Ma intanto, in autunno, **sono in arrivo i nuovi farmaci**

Epatite C

“Fate il test” costa solo tre euro ma salva la vita

**Almeno un paziente su cinque
arriva a cirrosi se non trattato,
un anno di ritardo nelle cure
le rende impossibili nel 10% dei casi**

MARIA PAOLA SALMI

L

a battaglia contro l'epatite C passa attraverso almeno due strade. La prima è la prevenzione, sia del contagio (uso del profilattico, aghi monouso e corretta sterilizzazione di strumenti chirurgici) e sia dei portatori, inserendo tra gli esami

del sangue dal medico di famiglia un test per il virus dell'epatite C, l'Hcv (costo 3 euro). La seconda è rendere accessibili le nuove potenti terapie con bocoprevir e telaprevir, farmaci autorizzati da più di un anno oltreoceano e in gran parte d'Europa, ma non in Italia (dovrebbero arrivare in autunno).

Le epatiti intanto sono un'emergenza di salute pubblica in Asia, Africa, Sud America, Europa dell'Est con portatori



inconsapevoli e malati cronici dieci volte più numerosi dei sieropositivi da Hiv. Quello dell'epatite C - però - è un virus cento volte più infettante dell'Hiv. «Una volta dentro l'organismo - spiega Carlo Federico Porro, virologo all'università Tor Vergata di Roma - si moltiplica nel fegato alla velocità di mille miliardi di particelle virali al giorno, e apre la porta a cirrosi e carcinoma epatico».

Una persona su 40 nel mondo convive con l'infezione cronica da Hcv pari a 150-180 milioni di infetti. L'Italia è il paese europeo con il maggior numero di malati cronici, un milione e 700 mila, e un milione di portatori del virus, secondo stime. «L'epatite B e C sono una pandemia, nonostante il lievissimo declino passato, che si è però esaurito con l'ingresso degli immigrati provenienti da zone ad alta endemia - commenta Mario Rizzetto, gastroenterologo all'università di

Torino - inoltre queste epatiti sono sostenute dal sommerso delle categorie a rischio, veicolate da virus molto infettanti e diagnosticati tardi. Infine è ancora incompleta la copertura vaccinale per il virus Hbv (epatite B), mentre il virus dell'epatite A non preoccupa in quanto il vaccino ha ridotto la sua circolazione. Il rischio riguarda i viaggiatori, emergenti l'epatite da virus D, una sottopopolazione del virus B e l'epatite da virus E, endemica nelle aree tropicali e sub-tropicali».

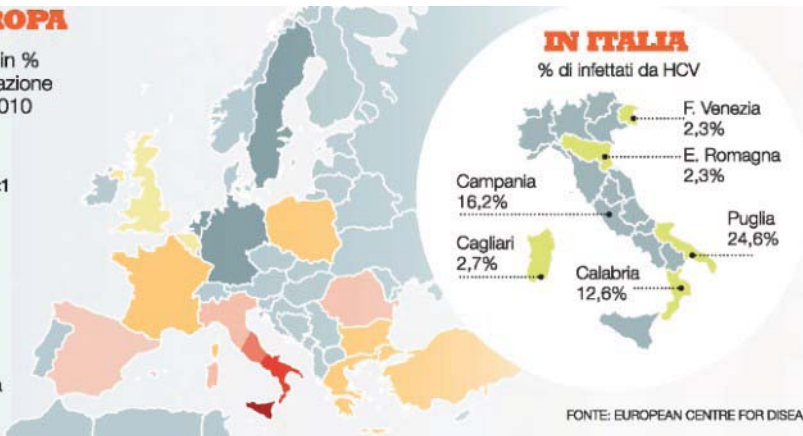
Dati epidemiologici certi non ce ne sono. «E manca anche un piano sanitario nazionale e un registro. E se sono di ottimo livello gli epatologi, sono invecchiati gli aiuti del welfare e l'informazione», sottolinea il presidente dell'Associazione pazienti Epac, Ivan Gardini, che, in sintonia con Alleanza contro l'epatite (Ace) e Fire, presieduta dal gastroen-

terologo Antonio Gasbarrini del Gemelli di Roma, si appella all'Aifa perché autorizzi subito l'immissione in commercio di boceprevir, un inibitore della proteasi, capace di uccidere il virus Hcv. Almeno un paziente su 5 arriva a cirrosi se non trattato, di questi il 3-5% sviluppa un cancro del fegato. Un anno di ritardo nelle cure rende intrattabile il 10% dei cirrotici.

La rivoluzione attesa si chiama "triplice" terapia. Ai farmaci standard, interferone pegilato e ribavirina, si aggiunge boceprevir, potente antivirale. «Raddoppia la risposta nei pazienti mai trattati e la triplica in quelli già in cura, ma non è adatta a tutti - spiega Savino Bruno, epatologo al Fatebenefratelli di Milano - sono farmaci con diversi effetti collaterali e possibilità di resistenza. Per questo motivo è ancora più importante personalizzare al massimo la cura».

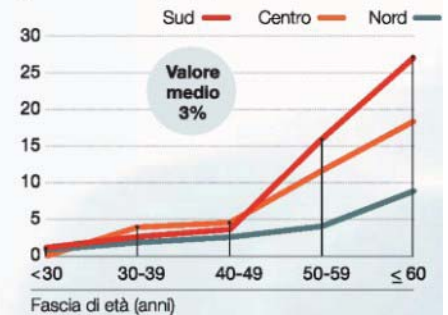
IN EUROPA

Prevalenza in % nella popolazione generale, 2010



Fonte: EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

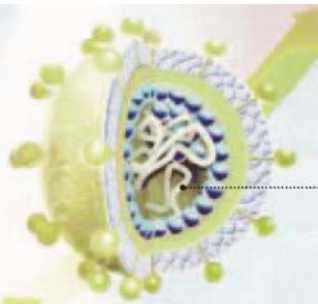
© RIPRODUZIONE RISERVATA
Prevalenza di infettati da HCV nella popolazione generale italiana, in % per fascia di età



IL CONTAGIO

Avviene per contatto con sangue infetto. I fattori di rischio sono:

- Trattamenti estetici
- Trattamenti odontoiatrici
- Tatuaggi/piercing
- Emotrasfusioni e uso di droghe endovenose
- Interventi chirurgici, endoscopie, emodialisi
- Rapporti sessuali senza profilattico
- Contagio intrafamigliare (scambio di spazzolini, rasoi, ecc)



IL VIRUS

Si conoscono 7 varianti virali dell'Hepacavirus. Ci sono 7 genotipi (dell'1 al 7). L'1 è il più difficile di trattare

IL DECORSO DELLA MALATTIA

L'infezione provoca sintomi lievi nel 15% de casi: inappetenza, dolori articolari o muscolari, ittero

CURA POSSIBILE

Superato l'episodio acuto, nell'70% dei casi vi è l'evoluzione verso la fase cronica



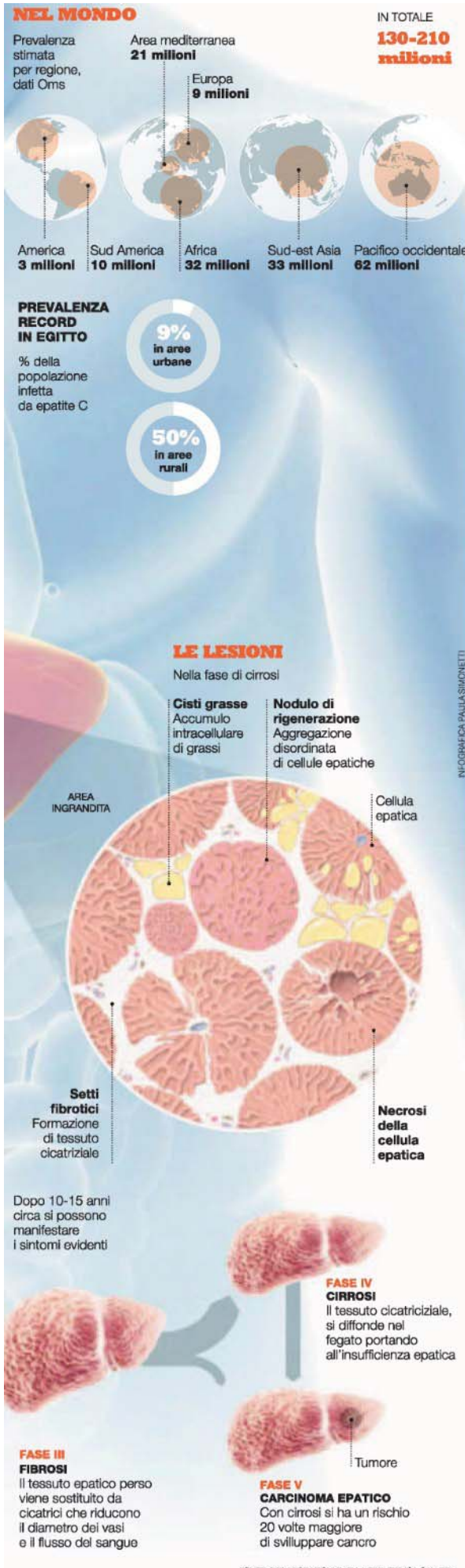
FASE I INFEZIONE ACUTA

I virus si diffondono nelle cellule epatiche dove si moltiplicano sino a distruggerle. Nel'85% dei casi non ci sono sintomi



FASE II INFIAMMAZIONE CRONICA

Aumenta la diffusione dei virus e la quantità di tessuto epatico infiammato e quindi ingrossato



■ Virus A

Ancora focolai sporadici
C'è il vaccino: dura 20 anni

L'epatite A è causata dall'Heparnavirus. Diminuita la circolazione del virus, periodicamente si riaccutizzano focolai sporadici in aree a rischio. Il virus si trasmette per via oro-fecale attraverso l'ingestione di acque non potabili o infettate da residui fecali contenenti il virus, di cibo contaminato (vongole, ostriche, cozze che filtrano acqua contaminata). Una volta ingerito l'Heparnavirus passa nel sangue attraverso il tratto oro-faringeo o il tratto intestinale, il sangue lo trasporta nel fegato, gli epatociti sono le cellule bersaglio nelle quali si replica. Dopo circa 10 giorni comincia ad essere espulso con le feci sotto forma di virioni. La guarigione avviene in genere in un mese. I sintomi sono all'inizio: astenia, nausea, vomito, dolore al fegato e febbre, segue l'ittero. La diagnosi è clinica (sintomatologia) e di laboratorio (test del sangue). Esiste il vaccino, l'immunità dura circa 20 anni. (mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

■ Virus B

Un test gratis per scoprire i portatori inconsapevoli

Fino al 15 giugno i cittadini, immigrati inclusi, avranno l'opportunità di eseguire gratis il test (prelievo di sangue) per scoprire se sono venuti a contatto con il virus dell'epatite B. Basta una prenotazione all'800027325 o cercare sul sito www.epatiteb2012.it che fornisce gli indirizzi dei laboratori nelle 15 città coinvolte nella campagna "Epatite B: usa la testa, fai il test", promossa da Aisf, Sige, Simit, Simg con il sostegno di FederANISAP. Nonostante l'Italia sia oggi area "a bassa endemia" sarebbero 700 mila i portatori cronici di epatite B stimati e 300 mila gli immigrati, portatori del virus "selvaggio" D. «Non siamo in grado di eradicare l'HBV ma possiamo renderlo inoffensivo - dice Paolo Caraceni, segretario Aisf, associazione studio fegato - occorre far emergere i portatori inconsapevoli di epatite B e vaccinare». (mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

■ Virus C

Docufilm sul record in Egitto Una generazione a rischio

Intere generazioni di egiziani spazzate via dall'epatite C che uccide, complice il degrado igienico e socio-sanitario, il 25% della popolazione giovane adulta. A un anno e mezzo da piazza Tahrir e dalla caduta di Mubarak, il lungometraggio "Non parlo bene, danzo meglio" in lista per il Festival di Locarno, girato tra il Cairo e Roma e prodotto dal regista e scrittore Maged el-Mahedy, denuncia la tragedia sanitaria del paese. Un dramma pubblico e privato cui fanno da sfondo i giorni della rivoluzione. «Sempre negata dal potere l'epatite C è la vera minaccia del paese e della rivoluzione stessa - dice El-Mahedy che ha già realizzato due "corti", "Salam Viterbo" e "Ritratto di un giovane immigrato" - i ricchi per curarsi vengono in Europa mentre la gente del popolo si infetta, non ha cure e muore». Un solo centro trapianti (al Cairo) e la piaga del commercio di organi (10 mila euro il costo di parte del fegato). (mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FAVO/ Dal IV Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici le cifre del fenomeno

Ecco i costi occulti dei tumori

Per malati e caregiver oneri da 36,5 miliardi - Cure: allarme disuguaglianze

DI MANUELA PERRONE

Via la maschera, ecco svelati i veri costi dei tumori. Ogni famiglia che si trovi ad affrontare la malattia ne scopre a sue spese tutto il peso sociale ma nessuno, prima d'ora, aveva mai provato a quantificarlo. Adesso la cifra c'è, ed è impressionante: 36,4 miliardi di euro. A tanto ammonta il costo sociale totale annuo in Italia che grava sui circa 960mila italiani che hanno ricevuto la diagnosi negli ultimi cinque anni e sui loro caregiver.

Una somma su cui c'è molto da riflettere. «Appena» 5,8 miliardi sono dovuti ai costi diretti: spese mediche, escluse ovviamente quelle sostenute dal Ssn, e non mediche, dalla colf ai trasporti, per i quali da soli si spendono 1,23 miliardi. Tutto il resto, ossia l'85% del totale, deriva invece dai costi indiretti, quelli che non si vedono e che è importante far uscire dall'ombra: i mancati redditi da lavoro dei malati e dei caregiver, che insieme raggiungono quota 17 miliardi, e la monetizzazione dell'attività di assistenza e di sorveglianza svolta dagli stessi caregiver, pari ad altri 12 miliardi. Elevatissimo il costo sociale pro capite totale: 34.210 euro.

Il conto delle perdite economiche subite dai malati - che si aggiungono allo choc della diagnosi, alla paura del futuro e al peso delle terapie - arriva dalla versione finale dell'indagine Favo-Censis condotta su 1.055 pazienti e 713 caregiver anticipata su queste pagine a novembre (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 42/2011) e contenuta nel quarto Rapporto sul-

la condizione assistenziale dei malati oncologici, realizzato dai volontari Favo con un gruppo di partner che cresce di anno in anno: non più soltanto gli oncologi dell'Aiom e l'Inps ma anche il Censis, appunto, i radioterapisti Airo, gli ematologi Sie, gli psiconcologi Sipo, i medici di famiglia Fimmg, FederSanità Anci, l'Istituto nazionale tumori di Milano e il ministero della Salute.

Il rapporto è stato presentato il 15 maggio a Roma, nel corso del convegno che ha dato il via alle manifestazioni per la VII Giornata nazionale del malato oncologico, promossa da Favo il 19 e il 20 maggio. «Noi siamo il sindacato dei malati», ha esordito **Francesco De Lorenzo**, presidente Favo, inaugurando l'incontro. «Lavoriamo per garantire il loro diritto a tornare alla normalità promuovendo la riabilitazione complessiva».

Un diritto minato su più fronti. Quello economico, intanto. «Alla luce dei dati sui costi sociali - evidenza **Elisabetta Iannelli**, segretario Favo - risulta iniqua la re-imposizione di ticket su talune prestazioni oncologiche in alcune Regioni». E appare sicuramente insufficiente l'ammontare dei sussidi per i malati, pari a 1,1 miliardi, poco più del 3% del costo sociale totale. C'è poi il tasto dolente del lavoro: oltre il 20% dei pazienti ha dovuto lasciare l'attività, un ulteriore 10,2% si è dimesso e il 2,3% è stato licenziato. Si stimano in quasi 85mila le persone che hanno perso il lavoro negli ultimi cinque anni dopo la diagnosi.

«Quello del tumore è un fenomeno sanitario e sociale dai rilevanti

risvolti socioeconomici», ha spiegato il presidente del Censis, **Giuseppe De Rita**. «Oltre che fornire assistenza nella fase acuta della malattia si può pensare, come avviene in qualche esperienza di eccellenza, di integrare Sanità e sociale, impegno familiare e reti più formalizzate di sostegno, risorse del pubblico e risorse familiari private».

Concentrarsi sul "dopo" non significa però tralasciare le criticità del "mentre". L'indagine conferma le ombre dell'assistenza italiana: la debolezza dei servizi sociali, insufficienti per il 13,6% dei pazienti interpellati e sconosciuti dal 21% (contro il 77,3% che considera ottimi o buoni quelli sanitari); le carenze delle cure domiciliari, insufficienti anch'esse per il 42% degli intervistati; la persistenza di un forte gap tra Nord e Sud del Paese, evidente soprattutto nella radioterapia, nei letti in hospice e nelle dotazioni tecnologiche. Risultato: un esercito di pazienti con la valigia (si veda il grafico sulla mobilità).

E poi c'è la questione dell'accesso ai farmaci. Soltanto quattro Regioni (Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Marche) rendono subito disponibili i nuovi medicinali registrati dall'Aifa perché sprovviste di prontuari regionali. In tutte le altre si verificano ritardi dovuti agli ulteriori passaggi burocratici previsti. Una disparità di trattamento inaccettabile, secondo Favo, **Aiom** e Sie, che hanno scritto una lettera aperta al ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, invocando un intervento nel nuovo Patto per la salute perché il parere dell'Aifa sia reso immediatamente

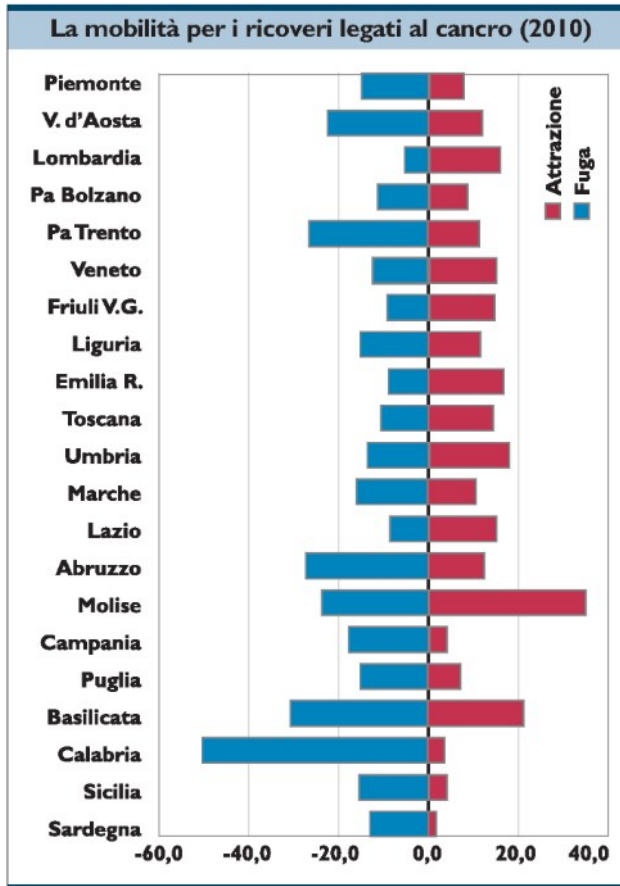
valido in tutte le Regioni. Anche perché l'accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 sui farmaci innovativi non ha portato grossi cambiamenti in **Oncologia** e «non ha contribuito al raggiungimento dell'obiettivo di sanare le inaccettabili disuguaglianze tra i malati italiani».

La soluzione? Gli esperti non hanno dubbi: bisogna ridisegnare l'organizzazione, implementando le reti regionali come previsto dal Piano oncologico nazionale 2011-2013, ancora al palo. Non c'è ancora traccia, infatti, dei tre tavoli misti che avrebbero dovuto lavorare per attuare il Pon: si attende la firma del decreto ad hoc. «Bisogna continuare a sognare - ha detto il senatore **Raffaele Calabrò**, consigliere per la Sanità del presidente della Regione Campania - che il gap tra Nord e Sud possa colmarsi. Ma per farlo occorrono due movimenti. Da un lato rendendo più libere le Regioni di scegliere le strategie per centrare gli obiettivi di riduzione della spesa, per esempio sulla farmaceutica. Dall'altro lato serve una regia forte del Governo centrale, che garantisca obiettivi chiari e risultati controllati».

Se **Antonio Tomassini**, presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, ha annunciato che lavorerà con tutti i gruppi parlamentari per presentare una mozione unitaria che impegni all'attuazione del Piano, il sottosegretario alla Salute, **Adelfio Elio Cardinale**, ha stigmatizzato «l'oncologia degli omissis» e la deriva tecnicistica e ragionieristica della Sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Costo sociale totale annuo di pazienti e caregiver (mln euro)

Costi relativi a:	Paziente con diagnosi di tumore a:		
	Meno di 2 anni	2-5 anni	Totale a 5 anni
COSTI DIRETTI	3.387	2.469	5.856
Spese mediche	1.494	1.201	2.695
- Visite specialist. (comprese le diagnostiche) (1)	240	321	561
- Esami radiologici, medicina nucl., prelievi ecc. (1)	108	63	171
- Prestazioni fisioterapiche/di riabilitazione	12	22	34
- Chirurgia ricostruttiva	25	0	25
- Presidi (parrucca, protesi)	61	82	143
- Farmaci	900	574	1.474
- Infermiere privato	147	140	287
Spese non mediche	1.893	1.268	3.161
- Colf/assistente domiciliare/badante	347	275	622
- Trasporti	786	446	1.232
- Spese alberghiere, per vitto/alloggio in caso di spostamento	101	7	109
- Diete speciali	105	54	159
- Altre spese non sanitarie sostenute dal caregiver	554	485	1.040
COSTI INDIRETTI	15.793	14.777	30.570
Mancati redditi da lavoro dei malati	5.852	4.735	10.588
- Monetizzazione delle ore di lavoro perse nell'anno	3.693	2.740	6.433
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	2.159	1.996	4.155
Mancati redditi da lavoro dei caregiver	3.279	3.171	6.450
- Monetizzazione delle ore di lavoro perse nell'anno	2.744	2.879	5.623
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	535	291	827
Ulteriore riduzione del reddito annuale dei malati	114	93	207
Ulteriore riduz. del reddito annuale dei caregiver	214	236	450
Monetizzazione assistenza prestata dal caregiver	6.091	6.228	12.319
Aiuti monetari del caregiver	242	314	556
Totale costi	19.181	17.246	36.427
Entrate	352	809	1.161

(1) Completamente a carico del paziente o con ticket
Fonte: indagine Censis, 2011

Costo sociale pro capite annuo di pazienti e caregiver

Costi relativi a:	Paziente con diagnosi di tumore a:		
	Meno di 2 anni	2-5 anni	Totale a 5 anni
COSTI DIRETTI	6.884	6.137	6.623
Spese mediche	2.998	3.020	3.005
- Visite specialistiche (comprese le diagnostiche) (1)	502	632	545
- Esami radiologici, medicina nucleare, prelievi ecc. (1)	218	119	185
- Prestazioni fisioterapiche/di riabilitazione	20	73	38
- Chirurgia ricostruttiva	50	0	34
- Presidi (parrucca, protesi)	142	145	143
- Farmaci	1.757	1.812	1.775
- Infermiere privato	308	240	285
Spese non mediche	3.886	3.118	3.618
- Colf/assistente domiciliare/badante	652	518	608
- Trasporti	1.532	1.076	1.380
- Spese alberghiere, per vitto/alloggio in caso di spostamento	140	11	83
- Diete speciali	221	275	238
- Altre spese non sanitarie sostenute dal caregiver	1.342	1.239	1.309
COSTI INDIRETTI	29.284	24.568	27.588
Mancati redditi da lavoro dei malati	11.730	9.166	10.766
- Monetizz. delle ore di lavoro perse nell'anno	7.604	4.944	6.607
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	4.126	4.222	4.159
Mancati redditi da lavoro dei caregiver	5.884	4.944	5.565
- Monetizz. delle ore di lavoro perse nell'anno	4.997	4.513	4.833
- Mancati redditi da lavoro per ritiro dal lavoro	887	431	732
Ulteriore riduzione del reddito annuale dei malati	201	146	183
Ulteriore riduz.ne del reddito annuale dei caregiver	396	358	383
Monetizzazione assistenza prestata dal caregiver	10.614	9.463	10.222
Aiuti monetari del caregiver	459	491	470
Totale costi	36.167	30.705	34.210
Entrate	719	1.714	1.057

(1) Completamente a carico del paziente o con ticket
Fonte: indagine Censis, 2011

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS



LA DIFFICILE ARTE DI COMUNICARE DIAGNOSI

Una ricerca ideata e condotta da Yan Gi Wu (su *Journal of Neuroscience*) psicologo alla Bangor University (UK) ha dimostrato che notizie negative (es. "lei ha un cancro") non attivano funzioni cerebrali superiori. Gi Wu ha scoperto che, per quanto fluida sia la padronanza di una seconda lingua, quando le persone bilingui leggono un testo accedono comunque inconsciamente alla loro prima lingua. Si è accorto che questo accesso non avviene se si trovano di fronte a parole dal significato negativo, come «guerra» o «sfortuna». Di fronte a esse, il cervello blocca l'accesso alla prima lingua. Il fenomeno rappresenta la prima prova sperimentale di processi inconsci che bloccano l'accesso alla coscienza. Così si spiega il comportamento di pazienti che pur ricevendo notizie chiare (ma brutte) sul loro stato di salute, non capiscono, negano oppure non credono al medico che gliele ha date e ne cercano un altro. Ciò significa che comunicare la diagnosi è arte più complessa del burocratico "consenso informato".

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE TERAPIE**LASER, ANTIOSSIDANTI E ANCHE "SUONI NEUTRI" MA LA COSA PIÙ IMPORTANTE È CURARE SUBITO**

Un fischio o ronzio, che non dà tregua. L'acufene può diventare ossessione. I pazienti raccontano di notti insonni «perché con il silenzio il rumore è più forte» e di mesi passati alla ricerca di «una cura». Molti lamentano «difficoltà di concentrazione, con conseguenti problemi di lavoro». Nella maggior parte dei casi, per mesi si sottovaluta il problema. «Può essere legato a tante patologie che colpiscono l'apparato uditivo. Meglio intervenire senza aspettare che il ronzio vada avanti per settimane - spiega Giorgio Guidetti, responsabile del servizio Audio-Vestibologia della Asl di Modena presso l'ospedale Ramazzini di Carpi - quando persiste può diventare cronico, va in memoria e va "rimosso" dal cervello». Non è facile identificare la causa del fastidio e scegliere la cura. «Fra le soluzioni c'è il laser a bassa potenza, che aiuta a disintossicare le cellule dell'orecchio o a rinforzarle», dice Guidetti. A volte sono utili dei dispositivi

inseriti nell'orecchio. «Si tratta di un auricolare collegato a una macchinetta, che permette di mascherare il fischio con un altro rumore "bianco", un suono neutro, o una musicchetta. Utile anche una musica ambientale. In altri casi si usano farmaci antiossidanti o vascolari. Soprattutto nei casi di diabetici, ipertesi o anziani i medicinali che attivano la circolazione sono preziosi. In altri casi si scelgono invece sedativi». Fra le terapie sperimentate anche l'agopuntura e l'ipnosi. «A volte, dal momento che l'acufene sottopone a un forte stress, serve un supporto psicologico. Il paziente segue un training con lo psicologo e contemporaneamente usa il dispositivo che maschera i rumori», aggiunge Guidetti. Che fare invece in quei rari casi in cui il problema è solo psicologico. «A quel punto - conclude Guidetti - serve un bravo specialista che usi anche ansiolitici».

(v. p.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricerca, 83 mln per i giovani

Il ministero della Salute assegna fondi per 83 milioni di euro ai giovani ricercatori. Il bando che sostiene l'attività degli studiosi under 40, infatti, si chiude con la selezione di 294 progetti sui 2.826 presentati tra settembre e novembre del 2011. La distribuzione territoriale premia 152 proposte del Nord, 99 del Centro Italia e 29 di Sud e isole mentre 14 idee provengono direttamente da istituzioni nazionali. Le aree di eccellenza, con punteggi da 4 - 6 (il punteggio di 4 è il migliore possibile) sono neuroscienze, oncologia, sistemi sanitari, malattie muscolo-scheletriche, genomica e genetica. L'elenco completo dei progetti premiati sarà reso pubblico nel corso della prossima settimana. Ai giovani ricercatori, nel complesso, vanno 32 mln di euro. I progetti coprono tutti i settori medici: le neuroscienze, dell'oncologia, della genetica e della genomica, dell'health care, veterinaria e sicurezza alimentare.

► 10

► Ministero della Salute ◀

Giovani ricercatori, assegnati 83 milioni

Il bando del governo che sostiene l'attività di studiosi under 40 si chiude con il via a 294 progetti sui 2.826 presentati nel 2011: 152 le proposte del Nord, 99 del Centro Italia e 29 di Sud e isole, 14 idee di enti nazionali

DI ENZO SENATORE

Il ministero della Salute assegna fondi per 83 milioni di euro ai giovani ricercatori. Il bando che sostiene l'attività degli studiosi under 40, infatti, si chiude con la selezione di 294 progetti sui 2.826 presentati tra settembre e novembre del 2011. La distribuzione territoriale premia 152 proposte del Nord, 99 del Centro Italia e 29 di Sud e isole mentre 14 idee provengono direttamente da istituzioni nazionali. Le aree di eccellenza, con punteggi da 4 - 6 (il punteggio di 4 è il migliore possibile) sono neuroscienze, oncologia, sistemi sanitari, malattie muscolo-scheletriche, genomica e genetica. L'elenco completo dei progetti premiati sarà reso pubblico nel corso della prossima settimana.

LA DISTRIBUZIONE

Ai giovani ricercatori, nel complesso, vanno 32 milioni di euro. I progetti coprono tutti i settori medici, con una particolare presenza delle neuroscienze, dell'oncologia,

della genetica e della genomica, dell'health care, della gestione dei sistemi sanitari, della veterinaria, della sicurezza alimentare. L'analisi dei progetti ha coinvolto circa 500 scienziati valutatori del Nih Csr statunitense e quattro Cicommissioni di study session costituite da ricercatori italiani residenti da più di dieci anni all'estero. "I criteri adottati e la strategia utilizzata - si legge nella nota ufficiale diffusa dal ministro della Salute, Renato Balduzzi - hanno permesso di utilizzare le risorse in modo propositivo. I progetti esteri sono fondamentali per coinvolgere ricercatori italiani di grande valore, operanti all'estero e disposti a lavorare con ricercatori italiani. Si sono gettate le basi per la internazionalizzazione della ricerca del servizio sanitario nazionale utilizzando come ambasciatori i nostri connazionali. In ogni caso le risorse verranno utilizzate nel territorio italiano". A detta di Balduzzi "le risorse sono state utilizzate per raggiungere obiettivi certi con criteri trasparenti, solo in questo modo, introducendo gio-

vani nel mondo della ricerca internazionale, si rilancia il Paese".

I PROSSIMI PASSI

Nel corso della prossima settimana i ricercatori che hanno partecipato al bando potranno accedere all'area riservata e prendere visione del lavoro svolto dalla commissione esaminatrice. Il ministero, infatti, pubblicherà tutti i documenti relativi alle valutazioni effettuate e i verbali delle sedute dell'organismo appositamente costituito in maniera tale da garantire a tutti i candidati la massima trasparenza. I progetti finanziati al termine della procedura di selezione, dovranno essere presentati su supporto cartaceo in triplice copia. Per i soli giovani ricercatori il salario massimo ammissibile non deve essere superiore a 35 mila euro l'anno lordi. Nel caso i ricercatori sotto i quarant'anni di età percepiscano un compenso inferiore, potranno utilizzare le risorse destinate al progetto nel rispetto delle normative che regolano il rapporto tra ricercatori e istituzioni di appartenen-

za. Il 40 per cento del contributo viene trasferito a titolo di anticipo al momento della comunicazione dell'inizio dell'attività.



Il bando in pillole

- **Fondi assegnati:** 83 milioni di euro
- **Progetti presentati:** 2.826
- **Progetti approvati:** 294
- **Distribuzione territoriale:** 152 al Nord, 99 al Centro, 29 a Sud e Isole

Sul portale sanità di denaro.it l'elenco dei beneficiari



ROMA, PRIMO INTERVENTO DEL GENERE AL MONDO

A sedici mesi nel suo petto batte un cuore artificiale

MARCO ACCOSSATO
ROMA

Un minuscolo cuore artificiale dal peso di appena 11 grammi - equivalenti a cinque monete da un centesimo - ha strappato alla morte un bimbo romano di 16 mesi colpito da una gravissima infezione dopo esser già stato legato a un altro cuore artificiale. Per il piccolo non c'era più nulla da fare, se non tentare una disperata corsa contro il tempo con un organo artificiale mai utilizzato prima, fatto arrivare apposta dagli Stati Uniti.

La protesi, formata da una minuscola pompa al titanio capace però di sostenere una portata di un litro e mezzo di sangue al minuto, è stata applicata e tenuta in funzione tredici giorni, finché i medici sono riusciti a debellare l'infezione ed è arrivato per il bimbo un cuore sano, da donatore compatibile.

«L'intervento è durato circa otto ore, di estrema complessità. Ma a quasi due mesi di distanza il bimbo gode di ottima salute», conferma il dot-

**L'organo meccanico
ha sostituito quello
impiantato prima
che si era infettato**

tor Antonio Amodeo, responsabile dell'Unità di progetto assistenza meccanica del Bambino Gesù di Roma, dove il piccolo è stato operato. «Si tratta di un record mondiale - spiega il medico - trattandosi del più piccolo cuore artificiale mai impiantato su essere umano».

L'intervento ha richiesto

l'autorizzazione speciale della Food and Drug Administration e del ministero della Salute. Autorizzazione concessa in pochissimi giorni, vista la gra-

vità della situazione.

La turbina da 11 grammi di peso è stata in grado di mantenere costante la portata di sangue del cuore malato del bimbo, incapace di svolgere autonomamente la funzione di pompa. Il bambino era ormai condannato dall'infezione all'organo artificiale precedentemente impiantato: si era estesa attraverso le cannule della protesi fino al torace. «L'unica soluzione - spiegano al Bambino Gesù - era rimuovere quel cuore infetto con tutte le cannule, e intervenire immediatamente utilizzando il nuovo organo artificiale».

Trattandosi di un prototipo mai sperimentato, e temendo che potesse fermarsi all'improvviso, appena debellata l'infezione è stato rimesso al bimbo il cuore artificiale che aveva in origine. Si è così riaccesa la speranza, e un mese dopo è arrivata la segnalazione di un organo sano compatibile.



11 grammi
Il professor
Antonio
Amodeo
che ha
effettuato
l'intervento
al Bambino
Gesù di Roma
mostra
il minuscolo
prototipo
di cuore
artificiale
impiantato

