

Milano

L'uomo con il cuore da 25 grammi

di **Simona Ravizza**
a pagina 29

Milano All'Humanitas: è il più piccolo al mondo
«Tornato a vivere a 72 anni con il mini cuore artificiale»

MILANO — Il cuore artificiale più piccolo del mondo batte nel petto di Giuseppe Todisco, 72 anni il prossimo giugno, una vita dietro il bancone del negozio di frutta e verdura in stazione Centrale a Milano, gli ultimi mesi passati a entrare e uscire dagli ospedali per un grave scompenso cardiaco: «Adesso sono tornato a vivere», racconta l'uomo pronto a partire per una crociera nel Mediterraneo.

È il primo in Italia ad avere un micro cuore hi-tech di 25 grammi di peso appena che affiancherà il funzionamento del muscolo cardiaco compromesso. L'intervento, eseguito all'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Humanitas di Rozzano dal cardiocirurgo Ettore Vitali, segna la nuova frontiera delle apparecchiature in grado di sostituire il lavoro del cuore ammalato.

Il dispositivo, impiantato solo in altri 42 pazienti a livello mondiale e utilizzato in via sperimentale, assomiglia a una pila ministilo. La sua funzione è di pompare 4 litri di sangue al minuto. «I primi dati della sperimentazione mostrano che l'impianto della micro-pompa porta un beneficio immediato», dice Giuseppe Tarelli, codirettore di Eco-cardiologia, il congresso in corso a Milano che riunisce i più importanti medici cardiovascolari. Il mini cuore, per ora non in commercio, è

una possibilità di cura che va ad aggiungersi a farmaci, defibrillatori, pacemaker biventricolari, fino ai trapianti. Per inserirlo basta un'incisione di ridotte dimensioni sul torace. Spiega Ettore Vitali, alla guida del Dipartimento cardiovascolare dell'Humanitas: «La pila ministilo rappresenta un'evoluzione rispetto agli attuali dispositivi di assistenza ventricolare (Vad) di dimensioni più ingombranti».

Appena uscito dall'ospedale Giuseppe Todisco è andato dalla sartà per farsi confezionare su misura due gilet con ampie tasche. Gli indumenti servono a contenere le pile che alimentano il cuore artificiale (due batterie ricaricabili con una durata complessiva di 18 ore). In più, a tracolla, il paziente porta un minuscolo computer collegato da un filo al mini cuore artificiale.

Di notte, la soluzione sta nel collegare direttamente i dispositivi alla corrente elettrica. Lo scompenso cardiaco in Italia colpisce un milione di pazienti, con un'età media di 75 anni. «Prima di essere operato non riuscivo più neppure a respirare e dormivo seduto — racconta Todisco —. Per fare 100 metri mi dovevo fermare quattro/cinque volte. Ora posso guardare al futuro con speranza».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cuore hi-tech

Il mini apparecchio aiuta il cuore a pompare il sangue

Grande come una pila mini-stilo, pesa 25 grammi: è dotato di due batterie ricaricabili dall'esterno

È in grado di pompare 4 litri di sangue al minuto

Si impianta in maniera mini-invasiva, con una piccola incisione sul torace

L'intervento ha una durata di circa 2 ore

Collega l'atrio sinistro all'arteria succlavia

D'ARCO



Allarme contaminazione La massa d'aria da Fukushima

«La nube è innocua» Ma vanno a ruba le pillole allo iodio

Psicosi radioattiva, pool di esperti a Milano

ROMA — Non è propriamente una nube. Ma una massa d'aria in movimento che dall'area di Fukushima si sta spostando nel resto del mondo. Dopo aver sorvolato Oceano Pacifico, Stati Uniti e Atlantico sta sfiorando l'Europa e potrebbe arrivare in Italia. Per il momento non ce n'è traccia. Nè da noi nè dai nostri vicini francesi.

«Il suo arrivo è solo una previsione, non confermata. Non abbiamo rilevato la presenza di radioattività nell'atmosfera e non risulta che la situazione sia diversa in Francia», è l'ultimo aggiornamento di Lambero Matteocci, ingegnere dell'Ispira, l'istituto del ministero dell'Ambiente che si occupa del controllo dell'attività nucleare. In seguito al disastro delle centrali giapponesi, la rete di sorveglianza italiana è stata potenziata, le apparecchiature tarate per registrare dosi infinitesimali di particelle anomale.

Eppure la presunta minaccia tossica suscita grande impressione nei cittadini. Come ha ribadito anche ieri il ministro **Ferruccio Fazio** al question time alla Camera «non ci sono problemi di sicurezza,

escludo qualsiasi rischio. Si tratta di normali masse d'aria che si spostano e che se raggiungessero l'Italia avrebbero un contenuto radioattivo insignificante». La gente però si fa prendere la mano da comportamenti irrazionali. Fuga dai ristoranti giapponesi e dal sushi, a base di pesce crudo, la cui carne può essere ricettacolo di sostanze cancerogene: «Si può mangiare, è sicuro», tranquillizza Fazio. Particelle di iodio radioattivo sono state

Giampaolo Landi ha annunciato che incaricherà un gruppo di esperti di occuparsi del dopo Fukushima. «I cittadini riceveranno informazioni puntuali. Non ci sono rischi per la salute. I milanesi possono uscire di casa».

Si diffondono paure insensate, generate dall'emotività. Alla fuga dal sushi si aggiunge la corsa alle pillole a base di ioduro di potassio, la sostanza che, in caso di incidente nucleare, viene somministrata per

saturare la ghiandola tiroide (la più esposta agli effetti delle radiazioni) e prevenire l'assorbimento

di iodio radioattivo. Precauzione «irrazionale e pericolosa» dice Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti, la Fofi-C'è molta richiesta del farmaco, ma queste compresse non vanno prese, non c'è motivo». Raccomandazione pubblicata nel sito del ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

400 **I chilometri orari**
toccati dai venti
provenienti da Nordest

rilevate dall'agenzia nucleare Finlandese, sempre in dosi infinitesimali. L'ordine di misura, spiega Matteocci, è «centomila volte inferiore a quelle presenti in natura». Il viaggio attraverso gli oceani ha fatto perdere a questa massa d'aria la concentrazione di pericolosa».

Anche i Comuni si sono organizzati per monitorare l'evoluzione della «nube». A Milano l'assessore alla Salute



La salute di Milanodi **SERGIO HARARI****Ospedali, i nuovi dati dicono che bisogna cambiare**

L'annuale Rapporto del Ministero della Salute sull'andamento dei ricoveri ospedalieri nel nostro Paese, appena pubblicato, segnala un significativo calo dei ricoveri e alcuni trend interessanti da approfondire con qualche dato. Nel 2008 i ricoveri acuti in tutta Italia erano stati 7.721.823, mentre nel 2009, anno al quale si riferisce l'ultima rilevazione, sono stati 7.585.269 con una riduzione pari all'1,77%. Calano anche i ricoveri in day-hospital (-8,74% rispetto all'anno precedente e -13,27% per i day-hospital riabilitativi), restano stabili le lungodegenze (+0,33%), mentre aumentano molto i ricoveri in regime riabilitativo (+3,50%).

Tra le cause di ricovero continuano a prevalere i problemi cardiologici (14,6% dei ricoveri nel 2009), i disturbi osteo-articolari e gli interventi chirurgici ad essi connessi (12,4%), le malattie e gli interventi a carico dell'apparato digerente (9,7%), dell'apparato respiratorio (7,8%), e per cause neurologiche (7,1%).

In Lombardia, nel 2008, sono stati dimessi 1.710.916 pazienti da ospedali per acuti (1.307.730 in regime ordinario e 403.186 in day-hospital), 108.520 sono tornati a casa dopo un ricovero riabilitativo (94.121 in regime ordinario e 14.399 in day-hospital) e 8.188 sono stati dimessi da lungodegenze. I ricoveri nella nostra regione in ospedali pubblici per acuti in regime ordinario sono stati 902.720,

397.884 quelli in ospedali privati accreditati (pari al 30,4%) e 4.496 quelli in case di cura private. La Lombardia si conferma la regione italiana che assiste il maggior numero di malati provenienti da altre aree geografiche del Paese.

La lettura dei dati nazionali e regionali suggerisce un trend di riduzione dell'attività ospedaliera per acuti circoscrivendola allo stretto necessario, mentre l'attività di day-hospital sembra fortemente frenata dalle normative regionali approvate in questi ultimi anni.

Oggi più che mai, vista anche la congiuntura economico-finanziaria, considerati questi dati, appare indispensabile una razionalizzazione della rete ospedaliera che preveda una riconversione in altre attività (residenze per anziani- lungodegenze - presidi territoriali) degli ospedali periferici o di piccole dimensioni e una razionalizzazione dei posti letto in funzione delle nuove necessità assistenziali.

Ricoveri in calo

L'annuale rapporto del ministero segnala un significativo calo dei ricoveri

La lettura dei dati nazionali e regionali suggerisce un trend di riduzione dell'attività ospedaliera per acuti circoscrivendola allo stretto necessario, mentre l'attività di day-hospital sembra fortemente frenata dalle normative regionali approvate in questi ultimi anni.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arriva il mini-cuore che ti salva la vita

È il dispositivo più piccolo al mondo per chi soffre di scompensi
 Impiantato all'Humanitas di Milano: è la prima volta in Italia

il caso
MAX CASSANI
 MILANO

Venticinque grammi di peso e cinque centimetri di lunghezza, più o meno come una pila mini-stilo di quelle che si usano per far funzionare giocattoli e telecomandi. Sono le dimensioni mignon del cuore artificiale esterno più piccolo del mondo, svelato ieri a Milano nel corso del 5° Convegno nazionale di ecocardiocirurgia, che fino a domani riunisce i più importanti cervelli del settore.

«Si chiama Synergy Circu-Lite ed è l'ultima frontiera dei sistemi di assistenza ventricolare in caso di scompenso cardiaco avanzato - illustra il dottor Ettore Vitali, dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano -, quando cioè il cuore non è più in grado di svolgere adeguatamente la sua funzione di pompaggio». Un problema diffusissimo, che riguarda un milione di italiani (un terzo sotto i 60 anni) e che uccide il 40% dei malati entro tre anni.

Nella sua compattezza, l'apparecchietto è rivoluzionario: un altro mondo rispetto agli attuali dispositivi, più ingombranti e destinati ai pazienti terminali. In pratica è una turbina esterna miniaturizzata in grado di pompare fino a quattro litri di sangue al minuto. «È impiantata al

paziente in una tasca sottocutanea sotto la clavicola - spiega il cardiocirurgo lombardo - con una procedura mini-invasiva che implica solo una piccola incisione sul torace. Rimane all'esterno ed è collegata a due tubicini: uno va a infilarsi nell'atrio sinistro del cuore e l'altro nell'arteria succlavia. Il fatto che sia esterno alla gabbia toracica semplifica anche le eventuali operazioni di riparazione o sostituzione del "device". L'applicazione è relativamente semplice e comporta anche una minima degenza ospedaliera («un'operazione simile a quella per il pacemaker»).

Le malattie cardiache sono la prima causa di morte in Italia: secondo una ricerca dell'Università degli Studi di Milano, due milioni di italiani hanno una probabilità su cinque di avere un infarto o un ictus entro dieci anni, ma non lo sanno e non ricevono cure ad hoc. Se non curata, la situazione può degenerare fino a richiedere, nei casi più gravi, un trapianto. Ma il tempo d'attesa è lungo (2-3 anni), così come i pazienti in lista: 800 ogni anno, a fronte di 300 trapianti di cuore effettuati. E così, in Italia, un pazien-

te su dieci muore in attesa di un cuore che non arriverà mai.

Ecco perché un dispositivo come quello presentato ieri, in prospettiva, può salvare molte vite. Una possibilità in più che si affianca ai farmaci, ai defibrillatori, ai pacemaker. Una vita, intanto, il cuoricino prodotto in Germania l'ha già salvata. Ed è quella di Giuseppe, il milanese di 70 anni a cui Vitali tre mesi fa ha impiantato l'apparecchio - primo paziente in Italia - nell'ambito di un «trial» avviato nel 2007 presso quattro centri europei, tra cui l'Istituto Humanitas. «Finora questo microcuore, che non è ancora in commercio, è stato sperimentato su 42 pazienti in tutto il mondo - chiude Ettore Vitali -. Il dispositivo ha portato a un recupero immediato dei malati, cui, oltre alla sopravvivenza, garantisce una migliore qualità della vita».

Dopo l'impianto, oggi il signor Giuseppe ha due cuori e sta bene. Se ne va in giro con un giubbotto da pescatore che contiene le batterie ricaricabili del suo cuoricino d'acciaio, e per l'estate ha già prenotato una crociera con la moglie.

1

milione di italiani

Sono le persone affette da scompenso cardiaco con 170 mila ricoveri ogni anno

Al Niguarda

Oggi debutta la sala operatoria «ibrida»

Debutterà oggi all'ospedale Niguarda di Milano la nuova sala operatoria ibrida per gli interventi al cuore. «Ha pochi eguali in Europa - spiega il nosocomio - e prevede tutto il meglio dell'innovazione sanitaria: è l'unica in Italia a essere dotata di un angiografo robotizzato, con cui è possibile svolgere sia l'attività chirurgica tradizionale sia quella interventistica a guida radiologica». La novità sarà illustrata oggi nel «Blocco Sud» dell'ospedale milanese alla presenza dell'assessore alla Sanità della Regione Lombardia, Luciano Bresciani.



5

centimetri
Le dimensioni
del Synergy
CircuLite

25

grammi
È il peso del
rivoluzionario
apparecchio

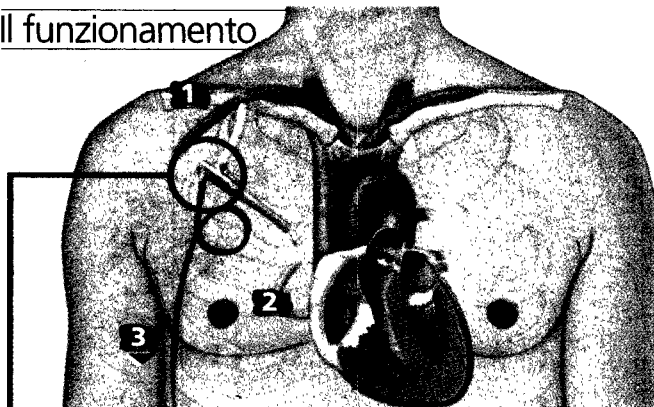
42

pazienti
nel mondo
a cui è già stato
installato

4

centri
europei in cui
si sperimenta
il dispositivo.

Il funzionamento



È un mini-strumento
esterno di supporto
nei casi di scompenso
cardiaco avanzato:
pompa fino a 4 litri
di sangue al minuto

È collegato con un
tubicino che si infila
nell'**atrio sinistro**
del cuore e con un'altra
cannula che s'infila
nell'**arteria succlavia**

Viene **impiantato** in
una tasca sottocutanea
sotto la **clavicola**
(come un pacemaker)
con una **procedura**
chirurgica mini-invasiva

Il dispositivo è associato
a una **batteria esterna**
ricaricabile della
durata di **18 ore**

«È poco invasivo
e permette
di prevenire
danni più gravi»

3 domande
Giuseppe Tarelli
Ist. Humanitas

Dottor Tarelli, lei è responsabile dell'Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'Istituto Humanitas. Qual è il vantaggio di un cuore artificiale così piccolo?

«L'intervento per impiantare un piccolo "device" esterno è molto più semplice e meno invasivo rispetto all'impianto di un sistema di assistenza ventricolare interno. E poi la micro-pompa ha portato a un recupero immediato dei pazienti con un beneficio anche sulla funzionalità contrattile dei ventricoli».

A chi è indicato il nuovo dispositivo miniaturizzato?

«A chiunque presenti uno scompenso cardiaco avanzato. Anche ai giovani con un grado moderato della malattia, prevenendo così un danno d'organo che, nei casi più severi, può essere risolto solo con il trapianto. Questo dovrebbe far sperare in una maggior diffusione degli impianti di Vad a oggi ancora molto limitata: circa 30 all'anno contro 300 trapianti cardiaci».

È già in commercio?

«Non ancora. Per ora è in sperimentazione all'Humanitas nell'ambito del "trial" della Comunità europea». [M. CAS.]



DOPO IL MINI-CUORE

Qual è il futuro dei trapianti?



A CURA DI VALENTINA ARCOVIO
ROMA

Oltre al micro-cuore artificiale, esistono altri mini-organi che si possono trapiantare?

Fino ad oggi sono stati sviluppati in tutto il mondo diversi mini-organi artificiali, come il rene e il pancreas. «Il problema - spiega Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti - è che svolgono una sola funzione». Nel caso di organi semplici, come il cuore (che deve pompare il sangue), il limite è quasi irrilevante. «Per altri la mancanza di multifunzionalità - continua l'esperto - diventa più problematica».

I nostri organi potranno essere sostituiti dalle macchine?

In questi ultimi anni sono stati fatti passi da gigante nella realizzazione di dispositivi in grado di sostituire gli organi di un donatore. Lo scorso anno, ad esempio, un gruppo di ricercatori indiani ha impiantato per la prima volta un rene artificiale nei topolini. Il dispositivo era funzionante come speravano gli scienziati e soprattutto le cavie non hanno dato segni di rigetto. Ci sono poi macchine che, anche se non possono essere trapiantate, funzionano da organi esterni. I dispositivi più avanzati sono quelli che sostituiscono i

polmoni, il pancreas e il fegato».

Si possono ricreare organi biologici in laboratorio?

Per gli scienziati la possibilità di creare organi ex novo in laboratorio potrebbe essere la risposta definitiva con cui accorciare le lunghe liste di attesa. Sono stati creati in laboratorio un polmone, un fegato, una vescica e una trachea. La tecnica per riprodurre l'organo è quella di far crescere su una struttura di collagene le cellule, che svolgono una funzione specifica. Qualche anno fa un bambino inglese ha ricevuto una trachea a partire dalle cellule prelevate dal suo stesso organismo e quindi senza il rischio di rigetto.

Qual è invece il futuro per lo xenotrapianto?

Se all'inizio l'idea di trapiantare organi di animali su riceventi umani sembra promettente, negli ultimi anni i risultati delle sperimentazioni sono stati deludenti. Il problema principale degli xenotrapianti è quello di eliminare le contaminazioni virali e prioniche e, quindi, di garantire organi immunologicamente compatibili con l'essere umano. Fino ad oggi sono stati effettuati numerosi xenotrapianti sperimentali, utilizzando i maiali come donatori e primati non umani come rice-

venti. La ricerca su questo fronte è comunque ancora aperta e per il momento concentrata su come eliminare gli effetti secondari del trapianto.

Quali sono le possibilità di recuperare organi compromessi?

Qualche giorno fa un ragazzo di 24 anni in fin di vita, e in attesa di un trapianto di polmoni, è stato salvato al Policlinico di Milano con un interven-



to record: visto che non si trovavano organi in buone condizioni, i medici hanno «riparato» i polmoni che gli altri ospedali avevano scartato, rendendoli funzionanti e poi trapiantandoli. Ora il ragazzo respira spontaneamente. Questo trapianto accende la speranza di poter usufruire di organi compromessi, e quindi considerati inutilizzabili, riciclandoli sui pazienti in lista d'attesa.

Come si combatte il rischio di rigetto dell'organo nuovo?

I pazienti che hanno subito un trapianto vengono sottoposti a terapie immunosoppressive per eliminare il rischio di rigetto. Spesso sono costretti ad assumere farmaci per tutta la vita e non sempre la terapia si rivela efficace. Attualmente, però, si stanno studiando diverse soluzioni per eliminare il problema. La via più promettente è quella offerta dalla terapia genetica, su cui oggi sta lavorando un network tutto italiano guidato dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Bergamo.

Un organo trapiantato può durare tutta la vita?

Attualmente si stima che circa la metà dei pazienti trapiantati perde l'organo entro i 15 anni successivi al trapianto. Gli organi trapiantati, infatti, si deteriorano e vanno sostituiti: in media il 50% di reni e fegati resiste non più di 15 anni. E per il cuore la durata è ancora minore. L'usura degli organi trapiantati dipende da una combinazione fra l'attacco immunitario verso l'organo e il danno legato agli effetti collaterali dei farmaci anti-rigetto. Ecco perché oggi sono allo studio diverse soluzioni per allungare la vita degli organi.

Dopo il trapianto di faccia negli Usa e il doppio trapianto di mani avvenuto lo scorso anno a Monza, quali saranno i prossimi traguardi?

Nel campo dei trapianti la ricerca abbraccia diversi filoni di studio. Si va dai trapianti multitessuto fino alla ricostruzione in laboratorio di organi ex novo o alla realizzazione di dispositivi artificiali. «Le possibilità - conclude Costa - sono tante. L'obiettivo è unico: eseguire più trapianti, migliorare la loro qualità e le terapie anti-rigetto».

Giappone, nube in arrivo I medici: nessun pericolo

**Il ministro: non è tossica
Ma la Coldiretti avverte:
gli italiani hanno paura**

ROMA. Potrebbe già essere passata sopra le nostre teste. Ma è così debole, così poco radioattiva da non essere percepita nemmeno dagli strumenti che sono in grado di registrare anche lo scoppio di un singolo atomo. La nube radioattiva che si è liberata a seguito del disastro giapponese, sarebbe arrivata in queste ore anche in Italia. I modelli matematici di distribuzione delle masse in aria in atmosfera dicono questo. Ma il condizionale è d'obbligo, perché si tratta di previsioni, che data l'esigua consistenza delle particelle radioattive eventualmente presenti in atmosfera potremmo non accorgerci affatto del suo passaggio. L'agenzia per la Sicurezza Nucleare francese che per prima ha lanciato l'avviso, è stata chiara: «La nube non sarà rilevata dalla rete di monitoraggio Teleyray» quella che la Francia usa sia sul territorio metropolitano che su quello dei possedimenti d'oltremare per monitorare eventuali fughe radioattive dalle loro centrali. Tanto più che le stazioni sono a terra e «non c'è modo di misurare la radioattivi-

tà in quota» spiega Gelsomina Pappalardo, ricercatrice dell'Imaa-Cnr di Potenza. Insomma si tratta di un fenomeno talmente debole che neanche gli scienziati, che pure la seguono per verificare se i loro modelli di previsione sono validi, potranno usarla per confrontare i loro dati e le loro previsioni. «Nessuna nube tossica sta raggiungendo l'Italia, ma si tratta solo di correnti d'aria che contengono una minima quantità di radioattività, assolutamente non tossiche e non pericolose» rassicura il **ministro della salute, Ferruccio Fazio**.

Tuttavia la nube fa paura agli italiani. Per la Coldiretti, che ha elaborato i dati di Eurobarometro, la paura della nube viene prima delle preoccupazioni per la crisi economica: ben 1 persona su 4 (24%) - cifra al di sopra della media europea, è più spaventata dai potenziali rischi causati dall'emergenza nucleare che dagli effetti della crisi (20%). Anche i medici rassicurano. «Non esiste alcun rischio di contaminazione» dichiarano in una nota congiunta le associazioni di Endocrinologi (AME), di Medicina Nucleare (AIMN) e della Tiroide (AIT)».

ema.per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il caso

Alle elezioni ogni ateneo conta un voto, al di là dell'importanza. Così, come accade per le Olimpiadi, si cerca di stringere alleanze con i piccoli

Grandi manovre sull'università La disfida per la guida dei rettori

Continuità o alternativa? I due fronti dopo le dimissioni di Decleva

ROMA — «È come quando si sceglie la città che si prende le prossime Olimpiadi», dice il rettore di una grande università italiana, quasi sussurrando al telefonino. E il paragone non è un complimento: «Per le Olimpiadi, il voto del Gabon vale come quello degli Stati Uniti. Per il presidente della conferenza dei rettori il voto di una piccola universitucola fondata cinque anni fa ha l'identico peso di quello un ateneo grande e con una storia secolare». Una testa, un voto: e allora? «Il rischio è tutti vadano a caccia del voto del Gabon e dei suoi fratelli». Proprio quello che sta già accadendo.

Fra due settimane i rettori italiani sceglieranno il loro nuovo presidente. Enrico Decleva, Magnifico della Statale di Milano, lascia con qualche mese di anticipo la poltrona che occupa dal 2008. Come in ogni elezione che si rispetti il bivio è quello di sempre: continuità o cambiamento? Non si tratta di una discussione filosofica, però. La Crui, così si chiama la Conferenza dei rettori che li riunisce, ed il suo presidente, sono stati criticati da una parte consistente del mondo accademico per avere fatto troppo poco in questi mesi difficili per gli atenei italiani. E cioè per aver accettato senza colpo ferire la riforma Gelmini e il taglio dei finanziamenti pubblici, mentre gli studenti scendevano in piazza e i ricercatori salivano sui tetti. Anche a questo è dovuto l'addio anticipato di Decleva. E proprio per questo la corsa al voto «del Gabon e dei suoi fratelli» diventa ancora più importante.

Il primo messaggio nella casella postale dei rettori italiani è arrivato il 19 marzo. A scrivere è Marco Mancini, rettore dell'Università della Tuscia, Viterbo. La voce girava già da mesi ma con quattro cartelle indirizzate ai «cari colleghi» Mancini esce allo scoperto e si candida ufficialmente alla poltrona di presidente. Il suo nome è quello della continuità. È vero che Mancini è stato molto vicino ai Co-

munisti italiani, al punto che nel 2006 Oliviero Diliberto fece pubblicamente il suo nome come ministro o sottosegretario del governo Prodi. Ma è anche vero che questo apprezzato professore di Glottologia è stato il braccio destro di Decleva proprio nella Crui, dove ancora adesso ha il ruolo di segretario generale. Continuità, quindi, e non è un caso che Mancini apra le sue 4 cartelle di autocandidatura con un ringraziamento a Decleva tutt'altro che formale per il lavoro «faticoso e particolarmente ingrato», sempre «disinteressato e proficuo».

Sul suo nome arriva subito l'appoggio delle università non statali, firmato da Giovanni Puglisi, rettore dello Iulm di Milano. Ma qualche mugugno c'è per una scelta che alcuni giudicano «troppo in continuità». E a spegnerlo non basta un'altra comunicazione, stavolta informale. Ad affiancare Mancini ci potrebbe essere, come segretario generale, Stefano Paleari, giovane rettore di Bergamo (giovane per gli standard italiani, ha 46 anni), non sempre d'accordo con la linea tenuta dalla Crui in questi mesi. I mugugni si trasformano in un fitto scambio di mail tra una parte di Magnifici chiamati al voto fra due settimane. E l'operazione cavallo alternativo prende corpo due giorni fa quando gli 81 grandi elettori ricevono un altro messaggio. È la candidatura di Attilio Mastino, rettore di Sassari, che si presenta in modo decisamente meno felpato rispetto al suo avversario. Dice Mastino, ordinario di Storia romana, che «negli ultimi anni l'università italiana ha subito un attacco mediatico telecomandato», che la risposta è stata «inadeguata, deludente, debolissima». Ma soprattutto scrive che il «grido del vasto e significativo movimento di protesta del dicembre scorso non è stato raccolto dalla Crui». Mastino è il rettore che ha appoggiato con più decisione la protesta contro la riforma Gelmini e i tagli della Finanziaria. E il suo

L'appuntamento

La scelta avverrà tra due settimane. I grandi elettori sono 81. Il ruolo dei rettori del Sud, che possono risultare decisivi

Candidati

Il favorito

Marco Mancini

Dal 1999 rettore dell'università della Tuscia a Viterbo, 53 anni, glottologo e filologo

Lo sfidante

Attilio Mastino

Ordinario di Storia romana e rettore dell'università di Sassari fino al 2012, ha 61 anni

L'outsider

Giovanni Latorre

Statistico, 65 anni, dal '99 è il «magnifico» dell'Università della Calabria. Mandato in scadenza a luglio



è un attacco durissimo alla linea morbida di questi mesi. Una poltrona per due: e adesso chi sarà più bravo a conquistare il voto «del Gabon e dei suoi fratelli»?

In realtà il parlamentino dei rettori ricorda molto il parlamentino della politica. E molto dipenderà da cosa farà il cosiddetto asse del Sud. Un altro scambio di messaggi ha unito le forze dei rettori degli atenei meridionali, che lamentano un trattamento di favore per i colleghi del Nord. Non hanno un candidato ufficiale anche se circola il nome di Giovanni Latorre, Magnifico dell'Università della Calabria. Ma sembra più un nome di bandiera, lanciato nella mischia in attesa degli eventi. Per spostare i voti verso chi prometterà di più alla causa del Mezzogiorno.

Lorenzo Salvia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa è

La fondazione

La Crui (www.crui.it, sopra, il logo) è l'associazione delle università italiane, statali e non statali. Viene fondata nel 1963 come associazione privata dei rettori. Successivamente le viene riconosciuto un ruolo istituzionale e di rappresentanza, quale organo di consulenza ministeriale. L'attività di indirizzo politico è realizzata sulla base di Gruppi di lavoro guidati dal Comitato di presidenza, e centrati sui principali temi dell'evoluzione del sistema universitario.

Le critiche

Negli anni recenti, la Crui è stata criticata — anche da alcuni fra i suoi componenti — per il sostegno al disegno di legge 1905 del ministro Gelmini, che riforma l'università.

Salute. Intervento dell'Antitrust sulle forniture alle strutture sanitarie pubbliche

Gare alla pari per i farmaci biologici

Sara Todaro

ROMA

Le strutture sanitarie pubbliche debbono poter predisporre gare per l'acquisto di medicinali a lotto unico mettendo in concorrenza i farmaci biologici e i cosiddetti "biosimilari", applicando il principio dell'equivalenza terapeutica tra le due categorie di prodotti.

Un eventuale divieto sarebbe sproporzionato rispetto ai fini di tutela della salute pubblica e si tradurrebbe in un restringimento ingiustificato della concorrenza con la perdita di ingenti risparmi di spesa pubblica.

A intervenire di peso su una questione che sta da tempo arricchendo il contenzioso farmaceutico è l'Antitrust, in una segnalazione appena ricevuta in Parlamento. Nel mirino dell'Autorità guidata da Antonio Catricalà i contenuti del Ddl 1875, presentato dai senatori Pdl Cursi, Tomassini e De Lillo, attualmente all'esame della commissione Igiene e sanità del Senato, che punta proprio ad escludere per legge l'equivalenza terapeutica tra biosimilari e originali e tra biosimilari diversi della stessa classe e il divieto di miscelarli nelle aste pubbliche.

A giustificare l'alta tensione sull'argomento è il fatto che i biosimilari sono simili -

ovvero sostanzialmente equivalenti in termini di efficacia, sicurezza e qualità - a prodotti originator ad alto costo, destinati a patologie gravi e costose (oncologia, ematologia), rispetto ai quali consentirebbero un risparmio del 20-30%. Quelli attualmente in commercio sono appena 6, ma i brevetti in scadenza entro il 2015 sono 45, per un fatturato mondiale da 58 miliardi.

Non a caso dunque l'Antitrust fa il punto sullo stato dell'arte nel settore, ribadendo che la registrazione centralizzata europea offre tutte le necessarie garanzie di disporre di farmaci dotati di virtù uguali se non addirittura superiori rispetto all'originator. Una opinione confermata oltre che dall'Ema e dall'Aifa, anche da una ricca giurisprudenza prodotta dai Tar e dal Consiglio di Stato che hanno regolarmente confermato la bontà delle gare a lotto unico sperimentate da alcune Regioni. Un percorso che l'Antitrust suggerisce di imboccare anche al legislatore, con l'unica precauzione di garantire la continuità di cura con lo stesso prodotto ai pazienti già in trattamento. Come raccomandato anche dagli esperti che apprezzano i biosimilari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Sesso under 18», lo spiega Giommi

LA LAZZERINI ospita questa sera alle 21.30 l'incontro di Stefano Cop-pini con la psicologa Roberta Giommi (**nella foto**) che ha da poco pubblicato il libro 'Sesso under 18. Tutto quello che gli adolescenti vogliono sapere'. L'appuntamento è parte del ciclo 'Libri d'Italia', promosso dal Lions Club Castello dell'Imperatore insieme con l'assessorato alla Cultura del Comune di Prato. 'Sesso under 18' non è un manuale e non è un corso di educazione sessuale, ma un libro che raccoglie le vere domande che si pongono i ragazzi e le ragaz-

ze e dà risposte chiare, dirette, senza censure. Dai dubbi sulla fisiologia all'identità sessuale, dal primo rapporto alla contraccezione e all'orgasmo, i temi più caldi vengono esplorati con un linguaggio che non lascia spazio a incertezze. Un libro utile ai giovani e a coloro - genitori, educatori - che hanno contatto con gli adolescenti.

Psicologa e psicoterapeuta, Roberta Giommi dirige l'Istituto Internazionale di Sessuologia che ha sede a Firenze e che svolge attività di educazione alla sessualità e ai sentimenti.



MARKETING
Campagna da un milione per i farmaci generici

Greguoli Venini a pag. 15

Mercato da 700 mln (+13%) ma ancora indietro. Assogenerici parte con una campagna da 1 mln

Un palco per i farmaci generici

Al via la comunicazione. Per non essere considerati di serie B

DI IRENE GREGUOLI VENINI

La pubblicità dei farmaci low cost? Non è un paradosso, se diventa necessario usare la leva della comunicazione per sostenere un mercato che, seppure in crescita, in Italia è in ritardo rispetto agli Stati Uniti e al resto d'Europa. La priorità delle aziende specializzate in medicinali generici, quelli no logo insomma, è infatti creare una cultura per questo tipo di prodotti in modo che in consumatori li preferiscano a quelli a marchio, trasgredendo alla regola di limitare il più possibile le spese superflue per mantenere i prezzi bassi.

Così cominciano a spuntare campagne pubblicitarie istituzionali in un settore che tradizionalmente non investe, come l'iniziativa da un milione di euro di Assogenerici (l'associazione dei produttori di farmaci equivalenti in Italia), che si declina su stampa e con uno spot televisivo, ma anche da parte singoli produttori. Il tutto pure per contrastare l'effetto della massicce campagne delle grandi case farmaceutiche, incentrate soprattutto sui farmaci da banco, gli unici che è possibile pubblicizzare (per quelli con prescrizione invece non è consentito). La spesa pubblicitaria del settore farmaceutico sanitario nel 2010, secondo Nielsen, è infatti aumentata del 7,1% rispetto al 2009, passando da 262,6 milioni di euro a 281,3 milioni, di cui 230,2 milioni per i prodotti di automedicazione.

I farmaci generici-equivalenti sono quei medicinali (sia da banco, dunque acquistabili liberamente, sia prescrivibili) non più coperti da brevetto e commercializzati direttamente con il nome del principio attivo e con un prezzo, per legge, inferiore almeno del 20% rispetto alla specialità di riferimento. Nel 2010

hanno generato un giro d'affari di oltre 700 milioni di euro (+13%), con una quota del 6% del mercato totale a valore. Tuttavia è un settore che in Italia è ancora indietro. «Da un lato questi farmaci sono arrivati più tardi da noi e dall'altro fino a oggi il generico è stato usato come sistema di calmieramento della spesa, ma non è stata introdotta una vera politica per lo sviluppo», spiega **Giorgio Foresti**, presidente di Assogenerici e general manager di Teva Italia, una delle maggiori aziende del settore.

A detta di tutti il primo passo è quindi «creare una cultura del farmaco generico» e a tal fine è indispensabile investire in comunicazione. A questo è dedicata infatti la campagna «Sono il Farmaco Generico Equivalente. Salute a tutti»,

promossa da Assogenerici, che si protrarrà fino al 30 aprile, patrocinata dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), con il contributo delle aziende associate Almus, DOC, Dr Reddy's, EG, Germed, Mylan, Sandoz e Teva. «L'obiettivo è rassicurare il cittadino sul fatto che i medicinali equivalenti rispondono agli stessi criteri di qualità, sicurezza ed efficacia degli originatori», continua Foresti.

Oltre a ciò, chi fra i produttori di generici può permetterselo fa uno sforzo in più e comincia a investire anche autonomamente in pubblicità, con campagne istituzionali in cui si comunica il nome dell'azienda, anche perché i far-



maci generici portano solo il nome della molecola e, appunto, dell'azienda. Teva per esempio ha appena lanciato una campagna stampa e tv e anche DOC Generici sta sviluppando un discorso simile. «Siamo favorevoli alle campagne rivolte al cittadino, perché c'è una carenza di fiducia ingiustificata», dice **Massimo Sgraffetto**, sales & marketing dell'azienda. «Ne abbiamo già fatte, soprattutto a livello stampa. Inoltre stiamo mettendo in atto altri strumenti di comunicazione al consumatore». Attende invece l'effetto dell'iniziativa di

Assogenerici Sandoz. «Per ora quest'anno non abbiamo un piano di campagne istituzionali perché è prematuro, è importante prima che le persone capiscano cos'è il farmaco equivalente», dice **Maria Vittoria Colombo**, responsabile comunicazione dell'azienda.

Il momento comunque è propizio, sottolinea **Sandro Castaldo**, docente di marketing alla Bocconi di Milano, «visto che nei prossimi 3-4 anni scadranno molti brevetti e molte molecole saranno genericabili, quindi molte aziende si stanno concentrando su questo business. Il momento è favorevole per supportare dal punto di vista percettivo il farmaco generico, che comunque è un prodotto ad alto contenuto emotivo visto che riguarda la salute».

— © Riproduzione riservata —

[MADE IN ITALY]

AAA... radio-farmaco offresi

MEDICINA NUCLEARE La piemontese Advanced Accelerator Applications investirà 44 milioni di euro nel Lutate. Un medicinale in fase di sperimentazione che sta già dando buoni risultati contro i tumori neuroendocrini.

di Francesco Signor

Un farmaco da 44 milioni di euro per sconfiggere i tumori neuroendocrini. Questa è la scommessa lanciata da AAA (Advanced Accelerator Applications), gruppo piemontese leader in Europa nella medicina molecolare e nucleare, che destinerà questa cifra per lo sviluppo del radio-farmaco Lutate. Un investimento che comprende i costi di registrazione del medicinale, la proprietà intellettuale, la sperimentazione clinica e l'avvio della commercializzazione e che sarà sostenuto da una ricapitalizzazione di circa 40 milioni. La partita rientra nell'operazione BioSynthema, società americana di St. Louis nel Missouri, proprietaria del Lutate, il cui pacchetto azionario è stato acquisito integralmente per circa 12 milioni lo scorso giugno. Una mossa strategica per l'espansione di AAA nel mercato della terapia che è un business ad alta crescita ed elevati margini di profitto che ben si sposa con l'altra recente acquisizione (51%), quella nella canadese Atreus Pharmaceuticals, start-up del biofarmaceutico di Ottawa, rilevata un anno fa per 6 milioni di dollari.

Nel 2010 AAA ha registrato un fatturato di circa 28 milioni (+22% rispetto al 2009), contando 10 centri fra produzione, ricerca e sviluppo in cinque paesi nel mondo (Francia, Italia, Svizzera, Spagna e Stati Uniti) e uno staff di oltre 140 persone. «Oltre all'ampliamento della gamma dei prodotti» spiega a *Panorama Economy* Stefano Buono, presidente e ceo del gruppo, «queste acquisizioni aumentano la nostra presenza strategica nel Nord America, un mercato



600 pazienti

È il campione su cui è stato sperimentato il Lutate a Rotterdam: risulterebbe efficace sul 60% delle neoplasie.

5 milioni

L'investimento in euro sostenuto da AAA per avviare la prima produzione del Lutate presso il BioIndustry Park del Canavese.

grande e con ottime potenzialità di profitto».

Ma che cos'è il Lutate? È un radio-farmaco innovativo, analogo alla somatostatina, che agisce come radioterapia, in maniera selettiva sulle cellule tumorali al loro interno. È già stato testato con successo su più di 600 pazienti affetti da tumori gastro-enteropancreatici, in una sperimentazione clinica condotta dall'Erasmus medical centre di Rotterdam nei Paesi Bassi e, secondo le stime di AAA, risulterebbe efficace sul 60% di queste neoplasie. La sperimentazione ha confermato che, rispetto alle terapie tradizionali, inclusa la chemioterapia, Lutate ha permesso di aumentare l'aspettativa di vita delle persone affette da queste patologie da tre anni e mezzo a sei anni e con un sensibile miglioramento della qualità. Il prodotto ha ottenuto lo status

di farmaco orfano dall'Agenzia medica europea (Ema) e dalla Food and drug administration americana (Fda) e rimarrà protetto dalla concorrenza per sette anni negli Stati Uniti e 10 anni in Europa. La produzione sarà avviata presso l'impianto di Collettero Giacosa, realizzato con un investimento di 5 milioni, nel BioIndustry Park del Canavese, vicino a Ivrea, che è diventato il primo sito produttivo industriale al mondo autorizzato a produrre radio-farmaci per la terapia molecolare nucleare. «AAA sarebbe già in grado di produrre quantità di Lutate sufficienti a soddisfare il fabbisogno del mercato europeo con il sito di Collettero Giacosa. In ogni caso, si aggiungerà una seconda struttura, presso l'Irsto di Meldola (Forlì), che produrrà anche altri farmaci radio-metabolici» conclude Buono. 1

Prevista la Spa - Ceduti asset non strategici Il San Raffaele apre a soci privati

MILANO

Il Cda della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor ha deciso ieri di affidare al consigliere Carlo Salvatori l'elaborazione di un piano di riorganizzazione societaria che comprende la trasformazione in Spa, l'apertura del capitale a nuovi soci e la cessione degli asset non ritenuti più strategici (con particolare riguardo ad attività in campo immobiliare ed agricolo).

L'insieme delle azioni che saranno definite nel piano - si legge in una nota della Fondazione -, dovrà permettere il riequilibrio della situazione finanziaria e patrimoniale della Fondazione.

Pertanto il Cda ha deciso di cedere tutte le attività che non riguardano sanità, ricerca e università, per concentrarsi maggiormente sul core business e sarà messo punto un progetto di società per azioni di cui la Fondazione Centro San Raffaele sarà socio di maggioranza.

Salvatori si avvarrà della collaborazione di Bain & company per gli aspetti industriali, di Borghesi, Colombo & associati per gli aspetti finanziari e dello studio legale Bonelli, Erede e Pappalardo per gli aspetti legali. Il Cda della Fondazione ritiene che il piano possa essere finaliz-



San Raffaele. Don Verzé

zato e deliberato nel corso del prossimo mese.

Il presidente Don Luigi Maria Verzé ha inviato una lettera a tutti i dipendenti e collaboratori della Fondazione in cui ribadisce che «il San Raffaele non è proprietà privata sulla quale si possano fare speculazioni, il San Raffaele è proprietà di questo nostro paese Italia e quindi di tutti gli italiani che lo godono e lo stimano anche per merito vostro».

Don Verzé ha concluso il messaggio ai dipendenti sottolineando che «il progetto vuole essere la garanzia dei nostri principi che hanno fatto il miracolo San Raffaele e, quindi dei nostri programmi e del vostro futuro anche per quando il Signore Gesù nostro socio di maggioranza mi vorrà lassù con sé».

R. E.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mobilità sanitaria. Nel 2009 il 45% dei pazienti meridionali si è spostato al Nord per ricevere cure ospedaliere

In un anno 836mila «viaggi della speranza»

La mobilità delle cure sanitarie

Spostamento da una regione all'altra (dati 2009)

Regioni	Saldo di mobilità (ricoveri)	Regioni	Saldo di mobilità (ricoveri)
Piemonte	-8.221	Umbria	4.707
Valle d'Aosta	-3.362	Marche	-2.169
Lombardia	85.103	Lazio	35.389
P.A. Bolzano	2.875	Abruzzo	-13.970
P.A. Trento	-4.937	Molise	4.622
Veneto	15.328	Campania	-62.383
Friuli V.G.	6.863	Puglia	-37.775
Liguria	-1.628	Basilicata	-8.428
Emilia Romagna	67.790	Calabria	-56.663
Toscana	30.891	Sicilia	-38.666
		Sardegna	-15.366

DARE E AVERE

Il boom di arrivi spetta alla Lombardia con 157mila mentre la Campania subisce il maggior numero di partenze (89mila)

Paolo Del Bufalo
Roberto Turno

Sono poco meno della popolazione di Torino o dell'intera Umbria. E se fosse una città, sarebbe la quinta d'Italia per numero di abitanti. Certo, abitanti non molto fortunati. O almeno, una buona parte di loro. È la città virtuale - ma fatta di carne e ossa - degli italiani che cambiano regione in cerca di cura fuori casa. Un vero e proprio esodo: nel 2009 sono stati ben 836.771 gli italiani con una valigia in mano e la salute da curare dentro. Ma attenzione: il 45% se ne va dal Sud, e di loro in 150mila emigrano al Nord e altri 138mila vanno nelle regioni del centro Italia, dal Lazio alla Toscana. La regione più gettonata è la Lombardia, che riceve da tutta Italia 157.383 pazienti di cui 60.606 dal Sud. Mentre è la Campania a segnare l'esodo di massa più elevato: 89.119 cittadini, per un saldo negativo tra pazienti in entrata e in uscita di 62.383 cittadini.

In gergo tecnico si chiama "mobilità sanitaria": tradotto in fatti concreti, sono i numeri dei viaggi della speranza degli ita-

liani da una regione all'altra appena elaborati dal ministero della Salute. Dati che vanno letti con attenzione, anche in controtendenza: perché nel mezzo ci sono i pazienti che si spostano verso una regione confinante per ragioni puramente geografiche o perché c'è una concorrenza di confine anche spietata ormai tra i governatori e tra le asl e gli ospedali o le strutture private accreditate. D'altra parte quei quasi 840mila italiani che si curano fuori regione sono anche un affare: nel 2010 hanno spostato oltre 1,2 miliardi. Ben 1,14 miliardi li ha pagati proprio il sud, mentre il nord ha incassato 890 milioni e il centro circa 60 milioni, trascurando i 190 incassati dal pediatrico «Bambino Gesù» di Roma e dagli ospedali dell'«Ordine di Malta». Ancora una volta a fare il pienone di incassi è la Lombardia (441 milioni) e a perdere di più è sempre la Campania (-338 milioni).

Non è un caso d'altra parte che tutto il Sud sta cercando di far massa per cambiare le regole di pagamento della mobilità passiva per i suoi cittadini e di avere controlli più severi sui ricoveri extra regione. Ma cautele a parte, non è certo un caso che proprio dal Sud si scappa in cerca di cure e si va verso le eccellenze o la maggiori sicurezze del Nord e

del Centro Italia. E non è un caso che l'esercito degli emigranti della salute sia fatto principalmente dalle regioni commissariate o sotto piano di rientro del Sud. Chissà se col federalismo fiscale - questa vuol essere la parola d'ordine - tutto davvero potrà aggiustarsi.

La geografia degli spostamenti tra una regione e l'altra spacca l'Italia tra Centro-nord e Sud. Fino al Lazio, infatti, la mobilità è più che altro quella di confine, tra regioni vicine cioè. Con casi limite come quello di Lombardia ed Emilia Romagna - le due regioni con la mobilità attiva maggiore e i maggiori guadagni dal punto di vista economico: circa 790 milioni in due - che si scambiano praticamente quasi tutti i pazienti in uscita tra loro. O il Lazio, che pure avendo un'elevata mobilità passiva rispetto alle altre regioni (è al secondo posto dopo la Campania), accoglie comunque più pazienti di quanti ne perda e di questi un terzo circa arrivano proprio dalla sola Campania.

Ma scendendo al Sud le cose cambiano. Ad esempio la maggior parte dei pazienti a caccia di cure di Puglia, Sicilia e Sardegna vanno in Lombardia. E il Lazio è la regione più cercata dai calabresi. Unica eccezione ai saldi di mobilità sempre negativi del Sud è il Molise. Che rispetto al

numero di abitanti ha un forte esodo, ma un attivo di quasi 5mila assistiti grazie a un solo istituto: il Neuromed di Isernia, di altissima specialità per le cure neurologiche che attrae da solo circa il 50% di tutti i pazienti in entrata nella regione. E che stavolta non arrivano dalle zone confinanti, ma davvero da tutta Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mobilizzazione a San Salvario per evitare lo smantellamento del Valdese: raccolta di firme nei negozi e nei bar

Sanità, nuovo "buco" per la Regione

Cresce la spesa di alcune centinaia di milioni, allarme della giunta

Cresce la spesa per la sanità Deficit di centinaia di milioni

Cambia il metodo di calcolo per i conti di aziende e ospedali

MARCO TRABUCCO

C'È UNA bomba ad orologeria che sta per esplodere nei conti della sanità, di quella piemontese come in tutte le altre regioni d'Italia. Una bomba che provocherà un nuovo "buco" nel bilancio della Regione. Nessuno per ora osa quantificare l'entità del nuovo deficit che Cota e la sua giunta potrebbero trovarsi ad affrontare nei prossimi mesi all'ordine di grandezza sarebbe quelle delle centinaia di milioni. «Le cifre precise - si limitano a dire all'assessorato al Bilancio - si sapranno solo alla fine di giugno quando in tutte le Asl e le Aso piemontesi si concluderà il lavoro».

L'ABOMBA è legata al decreto legislativo sull'armonizzazione dei sistemi contabili e di bilancio di Regioni, Province e enti locali. Un decreto varato a febbraio dal governo e che è uno dei più importanti del pacchetto del federalismo fiscale. Un provvedimento che riguarda in particolare proprio il sistema sanitario e che ha un fine assolutamente meritorio: «Migliorare la trasparenza dei conti del settore e responsabilizzare gli enti». «Una medicina amara, ma utile, perché così nei prossimi anni sarà più facile controllare la spesa sanitaria» spiega l'assessore al Bilancio Giovanna Quaglia. E sarà così a patto che il farmaco non uccida il paziente nei primi mesi di cura. «Se il defi-

cit potrebbe essere notevole, nell'ordine delle centinaia di milioni», conferma il consigliere Pd Stefano Lepri.

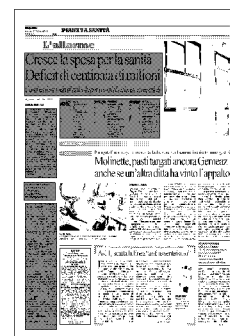
Anche perché nessuno sa esattamente cosa si nasconde nei bilanci delle Asl degli anni passati: per quanto riguarda l'armonizzazione dei sistemi contabili lo schema di decreto legislativo prevede che le Regioni debbano fare una check list delle informazioni contabili dei flussi e delle procedure delle Asl. Inoltre, ed è qui il punto più spinoso, aziende sanitarie e regioni devono conciliare le transazioni finanziarie ancora aperte tra di loro fino al 31 dicembre 2009. Ciò significa che se un'Asl ha segnato nel proprio bilancio tra le voci attive, crediti nei confronti della Regione per cifre superiori a quelle che la Regione stessa le aveva riconosciuto tra le sue uscite, adesso dovrà spostare quella voce tra i crediti inesigibili o parzialmente esigibili. Con le conseguenze che si possono immaginare nei conti delle aziende sanitarie stesse. E a catena per paradosso su quelli della Regione.

Perché anche, se per ora nessuno lo ammette, è chiaro che in passato spesso, proprio perché il sistema lo permetteva molte Asl e Aso proprio per migliorare i loro conti hanno maggiorato il loro crediti nei confronti della Regione, aumentando ad esempio il costo o il numero delle prestazioni fornite o spendendo di più per questo o quell'appalto. Cosmesi finanziaria che adesso verrà alla luce e che rischia di provocare un

patatrac. Nei corridoi di Palazzo Lascaris nei giorni scorsi si parlava già di una prossima conferenza stampa del governatore Cota per annunciare la nuova stagione di difficoltà finanziarie. Non sarà così almeno fino all'estate. Poi tutto potrebbe succedere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La responsabile
del Bilancio:
"Si dovrà
migliorare
la trasparenza"**



**GOTA**

Il governatore piemontese della Lega potrebbe nelle prossime settimane annunciare un nuovo pesante buco nei conti della sanità regionale, aperto da una nuova norma fiscale

**FERRERO**

L'assessore alla Sanità attacca il centrosinistra: «Le accuse del Pd sono intollerabili perché vengono da chi ha fatto collassare il sistema sanitario del Piemonte, con oltre 1.500 milioni di euro di disavanzo»

**QUAGLIA**

Per l'assessore al Bilancio regionale è fondamentale che anche il suo settore abbia una partecipazione attiva nella definizione della spesa sanitaria. Per questo ha chiesto di partecipare agli incontri specifici

Il caso Rapporto Oasi 2010. Costi maggiori rispetto alle altre regioni e offerta più povera

Sanità campana, costi sempre alti Resta lo squilibrio assistenziale

Studio della Bocconi: aumentano i centri privati accreditati

3,9%

È l'aumento della spesa sanitaria in **Campania** dal 2001 al 2009, in media un aumento minore della media nazionale (**4,4%**)

7%

La percentuale di finanziamento della **sanità pubblica** rispetto al **Prodotto interno lordo** regionale

39%

Era il rapporto tra disavanzo **regionale** e quello nazionale della **Campania** nel 2001, nel 2008 è arrivato al **71,5%**

NAPOLI — I conti della sanità pubblica campana sono e restano in rosso. La notizia, tuttavia, è che si spende meno. Insomma, restiamo sopra i tetti di spesa nazionali, ma con un trend al ribasso. A dirlo è il rapporto *Oasi 2010* del Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale della Bocconi di Milano, presentato a Napoli. Tre i criteri presi in considerazione per tracciare il bilancio della sanità nelle varie regioni: l'efficacia clinica delle prestazioni, la compatibilità economica e le potenzialità dello sviluppo organizzativo. Ed è proprio da questi tre indici che, come ha spiegato il curatore del rapporto, Francesco Longo: «La Campania è in grave difficoltà. L'offerta è povera e squilibrata, nonostante i costi più alti rispetto agli altri sistemi regionali, e l'organizzazione appare inceppata». Numeri alla mano, ciò che lascia ben sperare è dunque il contenimento della spesa a carico del Servizio sanitario nazionale. Dal 2001 al 2009, aumentata del 3,9 per cento, rispetto al 4,4 per cento della media italiana. Va male se invece si guarda al finanziamento della sanità pubblica, che rappresenta il 7 per cento del Pil, e che continua ad essere insufficiente rispetto alla spesa. Altro dato emerso dal rapporto, quello che vede in crescita le strutture private accreditate. «Di fondo esiste un problema di rispetto delle regole - spiega la preside della facoltà di Economia della Sun, Clelia Mazzoni -. Anche se la salute è un bene pubblico, la sanità non può eludere i principi di funzionamento

del mercato e della buona amministrazione». In più, esistono importanti divergenze nei livelli di equilibrio e disequilibrio economico finanziario delle singole regioni. Se si guarda a Lazio e Campania, insieme, nel 2001 presentavano un disavanzo pari al 39 per cento di quello complessivo a livello nazionale. Situazione peggiorata nel tempo, visto che l'incidenza delle due regioni sul disavanzo annuale complessivo è aumentata nel corso degli anni, arrivando addirittura ad attestarsi al 71,5 per cento nel 2008. Dal rapporto emergono poi critiche alle modalità con la quali sono stati gestiti i commissariamenti. «L'accorpamento delle aziende, che è potenzialmente una scelta positiva - dice Longo -, richiede grandi competenze manageriali, che in Campania mancano». Aspetto confermato da Giuseppe Zuccatelli, che fino a gennaio è stato il subcommissario alla Sanità campana. Per Corrado Cuccurullo, docente di Economia della Sun: «L'impostazione delle strutture commissariali segue spesso menù fissi, che non si adattano alle situazioni specifiche». Va detto che il Consiglio dei Ministri ha concordato su una delibera Cipe per l'utilizzo dei Fondi Fas a copertura dei deficit sanitari nelle Regioni Lazio, Abruzzo e Campania. Fondi sbloccati, come previsto, a seguito dei risultati che il governo regionale sta ottenendo in ambito sanitario.

Raffaele Nespoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Menopausa: le vampate fanno bene al cuore

Studio consolatorio per le donne intorno ai 50: con le caldane meno rischi di infarto e ictus. I consigli per alleviare gli sbalzi di temperatura

Testo di **Federica Maccotta**

L'ultima notizia sulla menopausa rende obbligatoria la citazione del proverbio: non tutti i mali vengono per nuocere. Ebbene, **secondo uno studio americano su 60mila donne, le vampate proteggono il cuore e le arterie.** Una consolazione per tutte le signore intorno ai 50 afflitte da quelle caldane, spesso collegate alla scomparsa del ciclo e dovute a un'interferenza, nel centro ipotalamico della termoregolazione, conseguente al calo di estrogeni. La ricerca è seria: firmata dal Northwestern Memorial Hospital di Chicago e dall'Harvard Medical School. I risultati, pubblicati sulla rivista scientifica *Menopause*, dicono che le donne torturate da vampate e sudorazioni notturne, soprattutto se durante il climaterio (il periodo di transizione tra l'età fertile e quello di cessazione della capacità riproduttiva), in compenso saranno meno esposte alle malattie cardiovascolari, dall'ictus all'infarto.

Per alleviare gli sbalzi di temperatura, a volte bastano un moderato esercizio fisico, dei vestiti a strati e la permanenza in luoghi freschi. Ma se le ondate di calore sono insopportabili? Ecco le indicazioni per spegnerle di Mariavittoria Bombelli (Mariavittoria.Bombelli@ok.rcs.it), ginecologa del centro menopausa dell'ospedale Sacco di Milano.

RIMEDI NATURALI

Alcuni rimedi in uso, come olio di primula, vitamina E, ginseng e liquirizia, non hanno efficacia dimostrata. Lo stesso dicasi dell'omeopatia. Le cure naturali che funzionano contro le vampate sono queste.

→ **Isoflavoni:** gli estrogeni di origine vegetale (fitoestrogeni) si trovano nella soia e nel trifoglio rosso. La dose consigliata, anche sotto forma di integratori, è di 40-80 milligrammi al giorno.

→ **Agopuntura e yoga.**

TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA

La terapia ormonale sostitutiva (Tos) rimpiazza gli ormoni che le ghiandole sessuali non producono più. A base di estrogeni e progesterone, i farmaci si assumono per via orale, tramite cerotti o gel. Un altro medicinale, usato anche come profilassi per l'osteoporosi, è il tibolone, che nell'organismo si trasforma in estrogeni, progestinici e androgeni. Non va somministrato nelle prime fasi della menopausa.

FARMACI NON ORMONALI

Ci sono categorie di medicinali non ormonali che possono essere prescritte in menopausa.



→ **Ssri:** gli inibitori selettivi del recupero della serotonina, usati per la depressione, a basse dosi riducono del 60% le vampate.

→ **Gabapentina:** prescritto contro epilessia e dolori cronici, può dimezzare le caldane.

→ **Clonidina:** usato in genere contro l'ipertensione, può avere qualche effetto anche nella riduzione dei sintomi della menopausa, ma è meno efficace degli altri farmaci.

CONTRACCETTIVI

Alcuni metodi anticoncezionali possono essere utili quando ci si avvicina alla menopausa, contro le vampate e per regolarizzare il ciclo.

→ **Contraccettivi orali combinati (Coc).**

→ **Contraccettivi progestinici:** si assumono per via orale o intramuscolare.

→ **Anello vaginale sistemico:** da inserire nella parte profonda della vagina, rilascia estrogeni e progestinici.

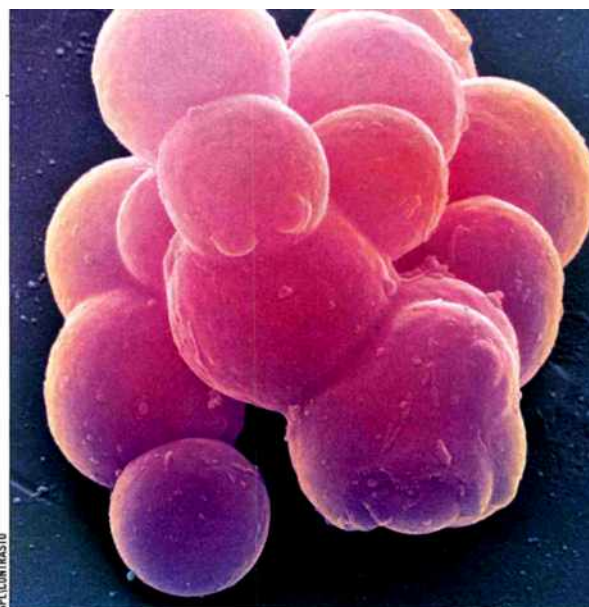
→ **Impianti sottocutanei:** non ancora disponibili in Italia, dovrebbero entrare in commercio a breve. Il medico li inserisce ogni sei mesi sotto pelle, dove rilasciano progestinici.



Nata a Ravenna nel 1961, è la responsabile del Laboratorio di biologia cellulare e medicina rigenerativa dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Bergamo, dove lavora come ricercatrice dal 1995, dopo avere trascorso un periodo negli Usa, al Brigham and Women's Hospital di Boston. I suoi ambiti d'interesse riguardano la terapia cellulare tramite staminali adulte ed embrionali, con particolare riguardo alle malattie renali.

«**Aspetto un bimbo e vorrei conservare il suo cordone ombelicale.** In una banca estera, visto che in Italia è vietato. Vorrei sapere quali malattie si possono, o si potranno, curare con le cellule staminali che contiene»

Luisa N. (Faenza)



Cellule staminali contenute nel sangue del cordone ombelicale.

Che cosa si cura con le staminali del cordone ombelicale

Cara Luisa,

il sangue del cordone ombelicale è una risorsa che non andrebbe mai sprecata. È ricco fino all'ultima goccia di cellule staminali «bambine», non ancora specializzate. Queste cellule hanno la capacità di rigenerare virtualmente molti tessuti del corpo, in modo più efficiente rispetto, per esempio, alle staminali del midollo osseo.

Gli aiuti al fratellino malato

Attualmente le cellule del cordone sono impiegate per curare con successo cinque categorie di malattie: leucemie, linfomi (Hodgkin e non Hodgkin), anemie (talassemia, anemia falciforme), immu-

nodeficienze e malattie metaboliche. In questi casi, **il trapianto di staminali emopoietiche del cordone è ormai una pratica consolidata e salvavita.** C'è da dire, però, che se il bambino dovesse sviluppare una di queste patologie, sarebbe trapiantato non con le sue stesse cellule, ma con quelle di un fratello sano e compatibile: la probabilità che lo sia è molto alta, una su quattro, mentre è una su 10mila rispetto a un donatore non consanguineo. Perché? Il difetto genetico che può avere determinato la malattia è sicuramente presente nel sangue sin dalla nascita e determinare quindi una recidiva. Inol-

tre, paradossalmente, il trapianto risulta più efficace se le cellule non sono compatibili al 100%.

Le sperimentazioni in corso

Ma le potenzialità del tesoretto staminale custodito nel funicolo ombelicale non finiscono qui.

Sono in corso sperimentazioni cliniche per attestare la validità terapeutica nella cura di altre due gravi malattie: la paralisi cerebrale infantile e il diabete di tipo 1. Incoraggianti i risultati di un protocollo messo a punto da ricercatori della Duke University, in North Carolina (Stati Uniti), su bambini

Come crioconservare le cellule in una banca estera

Chi voglia crioconservare il cordone del proprio figlio può rivolgersi a società private con sede all'estero (San Marino e Svizzera le più vicine). Garantiscono il deposito, in azoto liquido a 196 gradi sottozero, per 20-25 anni, al costo di circa 3mila euro. Per evitare di incappare in strutture poco serie è bene controllare che adottino il protocollo internazionale Gmp (Good manufacturing practices) dell'Organizzazione mondiale della sanità e che siano in possesso dei certificati Iso.

Il momento giusto per espletare tutte le pratiche è intorno alla trentesima settimana di gravidanza. Occorre chiedere il benessere della direzione sanitaria dell'ospedale in cui si partorerà e il nulla osta ministeriale (il modulo, scaricabile dal sito salute.gov, va inviato per raccomandata insieme con l'autorizzazione dell'ospedale e le analisi del sangue della gestante). La banca manderà a casa il kit di raccolta, che andrà consegnato in sala parto e spedito entro 96 ore.

cerebrolesi: la trasfusione autologa, cioè delle loro cellule cordonali, ha migliorato le capacità cognitive dei piccoli pazienti trattati. Tuttavia, il numero di casi è limitato ed è presto per stabilire se la terapia funzioni nel lungo periodo.

La ricerca è in grande fermento anche per possibili trattamenti di sclerosi multipla, distrofia muscolare, paralisi spinale. Siamo solo all'inizio: bisognerà aspettare che gli studi diano i loro frutti. E forse quello che non è curabile oggi lo sarà domani.

Intanto, sta emergendo una nuova miniera nascosta nel sangue del cordone: un tipo di staminali diverse da quelle ematopoietiche, dette mesenchimali. In uno studio in pubblicazione sulla rivista *Stem Cells*, io e miei colleghi dell'Istituto Mario Negri, in collaborazione con la Cell Factory del Policlinico di Milano, abbiamo dimostrato per la prima volta che queste cellule, una volta infuse nell'animale da laboratorio con insufficienza renale acuta indotta da un farmaco chemioterapico, il cisplatino, "rigenerano" il rene malato. Come mai? Le staminali mesenchimali sono in grado di produrre alcune proteine che stimolano le cellule renali a moltiplicarsi, ripristinando la normale funzione di questo organo e prolungando la vita.

Altri studi hanno riscontrato un effetto rigenerativo su infarto cardiaco e malattie nervose, sempre sui topolini. Oggi i kit di raccolta del sangue staminale del cordone non prevedono la conservazione di questa popolazione di cellule, ma probabilmente lo faranno in futuro, alla luce delle nuove evidenze.

In Italia si può solo donare

Da noi è vietata la conservazione autologa, per sé o i propri familiari. Solo in un caso è consentita dal Sistema sanitario: quando sia accertato nelle famiglie un rischio di malattie genetiche. Fondamentale, dunque, è in queste circostanze aumentare le donazioni, informando sulle capacità terapeutiche del cordone.

Per le coppie sane esiste, invece, la scelta della donazione definita altruistica (eterologa): un campione della sacca di sangue cordonale raccolto al momento del parto verrà conservato presso una delle 18 banche pubbliche, accessibili a tutti in caso di bisogno.

La conservazione privata (o dedicata) è offerta all'estero da banche private.

Marina.Morigi@ok.rcs.it