

Una polizza low cost per i ginecologi

MILANO - La polizza assicurativa diventa obbligatoria per tutti i professionisti, anche per i medici, nonostante i più giovani e i precari non sempre potranno permettersela. «Grazie al nostro intervento il Governo si è impegnato ad adottare prezzi calmierati per queste categorie particolarmente deboli - dichiarano i ginecologi ostetrici ospedalieri di AOGOI -. È un importante risultato per la nostra associazione, che ha ispirato l'ordine del giorno 84».

La ginecologia rappresenta infatti una delle specializzazioni più rischiose, dal punto di vista della responsabilità professionale del medico, così come l'ostetricia, la chirurgia, l'ortopedia e l'anestesia. L'odg. 84, accolto dal Governo (AC. 4612) prevede che questo si impegni a individuare urgentemente dei meccanismi di tutela nei confronti del personale medico e sanitario, per la copertura dei costi delle polizze assicurative richieste.



Sanità. Si blocca l'emendamento del ministro

Per gli specializzandi la riforma è rinviata

■ Da una parte le osservazioni (dichiarate) sulla copertura finanziaria dell'Economia, dall'altra il pressing (sotterraneo) del mondo universitario. Ma nel mezzo anche le Regioni che si sono sentite bypassate, gli stessi specializzandi non del tutto favorevoli e un pezzo di sindacato (la Cgil) contrario. Con questa miscela, l'annunciato emendamento del Governo per cambiare il sistema formativo dei medici specializzandi, trasferendolo dall'Università agli ospedali del Ssn, è rimasto soltanto un annuncio. Ieri il Ddl sanitario omnibus è andato avanti in aula alla Camera orfano della riforma. «Ad oggi non ci sono le condizioni per presentare l'emendamento - ha spiegato Fazio - dobbiamo verificare problemi di bilancio col Mef, ma credo occorra anche un approfondimento di merito. Più avanti non escludo che l'emendamento sarà ripresentato».

L'emendamento di Fazio prevedeva la possibilità che gli specializzandi, a partire dal terzo anno di corso, (dal secondo se la specialità è di quattro anni), fos-

sero inseriti nelle attività ordinarie di Asl e ospedali. Il contratto sarebbe stato biennale e a tempo determinato per il tempo necessario alla specializzazione, «con oneri previdenziali e assistenziali» carico del Ssn. A regolare le assunzioni, un atto congiunto tra rettore dell'ateneo e governatore della Regione. Meccanismo «positivo» secondo Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli ordini dei medici «in linea col nostro pensiero - ha detto - e con l'orientamento dell'Ue» e utile a risolvere il problema della scarsità di contratti di formazione. Ma mentre Costantino Troise, segretario nazionale degli ospedalieri dell'Anao giudica la riforma «un'occasione da valutare favorevolmente», Massimo Cozza (Cgil medici) preconizza «una beffa occupazionale» per gli 8mila medici precari e per gli stessi specializzandi: i circa 10mila posti che avrebbero negli ospedali «non sarebbero stati più messi a concorso».

R.Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salta l'emendamento del ministro Fazio

Specializzandi senza rivoluzione

DI BENEDETTA PACELLI

I medici specializzandi restano alle università. Almeno per ora. Dopo le levate di scudi da parte degli azenei e delle associazioni di categoria, infatti, salta la norma che prevedeva di inquadrare i medici in formazione degli ultimi anni, nei Sistemi sanitari regionali, con contratto a tempo determinato. La previsione era contenuta in un emendamento alla legge delega del governo «per il riassetto della normativa sulla sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie» voluto dal ministro della salute Ferruccio Fazio e stoppata invece dall'economia per la mancata copertura. L'emendamento al disegno di legge, oggi al voto della Camera, che conteneva la novità, infatti, non ha ottenuto il parere preventivo della commissione Bilancio. Ma l'ipotesi, tanto temuta dalle categorie interessate, è ora quella di inserirlo in un altro provvedimento che potrebbe essere quello sul governo clinico, su cui le Regioni dovrebbero pronunciarsi entro la fine della settimana. Resta, dunque, in piedi l'impianto originario della norma che rappresenta uno dei tasselli della riforma delle scuole di specializzazione e del percorso di laurea in medicina oggi al centro dell'incontro tra lo stesso Fazio

e il Segretariato italiano giovani medici. Che, in ogni caso, chiedono «si proceda speditamente alla definizione condivisa e successiva applicazione delle restanti parti della proposta di riforma del percorso formativo pre-post laurea in medicina sulla quale si registra ampia convergenza». Lo stop all'emendamento è una buona notizia anche per Massimo Cozza, segretario nazionale Fp Cgil medici convinto che «lo specializzando abbia bisogno di una formazione di qualità, da attivare anche negli ospedali pubblici, ma questa formazione non è conciliabile con il suo inserimento nelle attività ordinarie e nei turni di guardia per coprire, a basso costo, i vuoti d'organico conseguenti al blocco del turn over». Favorevole, invece, alla modifica di un sistema formativo medico post laurea «da tempo insufficiente, per quantità e qualità, rispetto alle esigenze di un moderno sistema sanitario», il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Costantino Troise che denuncia come oggi la formazione medica post laurea in Italia sia caratterizzata da «un'eccessiva durata (11-12 anni), che ritarda l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro ad una età in cui in Europa i loro coetanei raggiungono elevati livelli di carriera e la carenza di attività formativa sul campo».



Al Cdm il dlgs sul commissariamento

Atenei in rosso, rientro in 5 anni

DI **BENEDETTA PACELLI**

Commissariamento soft per gli atenei in bancarotta. Il pugno duro mostrato dal ministro dell'istruzione e università Mariastella Gelmini per le università in bolletta si è, infatti, ammorbidito durante il dibattito parlamentare. E il decreto legislativo «Disciplina del dissesto finanziario delle università e del commissariamento degli atenei», che approderà domani al Consiglio dei ministri dopo aver ricevuto il via libera da Camera e Senato, sarà più tollerante con quegli atenei che seppure hanno bilanci dissestati fanno registrare segnali di ripresa nella gestione economica e che comunque hanno ottenuto buoni risultati nella ricerca e nella didattica. In questo caso, infatti, l'ateneo in difficoltà dovrà presentare un piano quinquennale di rientro approvato dal ministero dell'istruzione e da quello dell'economia e nel quale dovranno essere indicate in maniera dettagliata le «attività da intraprendere anno per anno e gli obiettivi annuali da raggiungere, parametrati a degli indicatori economico-finanziari». Ogni anno, poi, ci saranno verifiche intermedie dei progressi compiuti in modo da monitorare costantemente l'efficacia degli interventi di risanamento. È ovvio,

però, che qualora i parametri definiti presentino «tutti valori deficitari» e il loro andamento negli ultimi due esercizi finanziari non sia migliorato, il collegio dei revisori dei conti dovrà compilare una dettagliata relazione sull'andamento della gestione nella quale attesta l'esistenza dei presupposti per la declaratoria di dissesto finanziario. Qualora quindi nella verifica annuale, il piano si riveli un fallimento o la sua realizzazione sia in parte compromessa, sarà compito del miur designare uno specifico commissario. A lui sarà consentito di adottare tutti i provvedimenti necessari per riportare i bilanci in regola e quindi di stipulare contratti, alienare beni, acquisire risorse, riscuotere crediti. Il tutto avvalendosi delle strutture d'ateneo sia in termini di risorse umane sia strumentali. La durata del commissariamento non potrà essere superiore a cinque anni, durante i quali il funzionario è tenuto a elaborare «annualmente una relazione sullo stato di avanzamento del piano» e di trasmetterla al consiglio di amministrazione in occasione dell'approvazione del bilancio di previsione. Sarà poi un decreto interministeriale emanato entro 60 giorni dal ricevimento della relazione a dichiarare chiuso il commissariamento.

— © Riproduzione riservata —



Dopo l'università trova un posto il 76% dei giovani contro l'82% della media Ue

Italia fanalino di coda in Europa per i laureati con un'occupazione

ROMA — Raggiungere il 40% di laureati tra i 30 e i 34 anni in Europa entro il 2020, migliorare la qualità della formazione, incrementare il tasso di occupazione dei giovani più preparati. La nuova, ambiziosa, strategia Ue di riforma dell'università, presentata ieri dalla Commissione di Bruxelles, punta a massimizzare il contributo delle oltre 4 mila università del Vecchio Continente per uscire prima e meglio dalla crisi che l'attanaglia.

Secondo alcuni studi recenti, entro il 2020 il 35% delle assunzioni sarà riservata a giovani altamente qualificati. Ma oggi, sottolinea la Commissione Ue, solo il 26% della forza lavoro europea, tra i 25 e i 64 anni, possiede una laurea. Contro il 41% degli Stati Uniti, il 44% del Giappone, il 50% del Canada. E non è l'unico problema. Perché i (pochi) laureati europei sono anche sempre più disoccupati, con un tasso cresciuto tra il 2008 e il 2010 a causa della crisi.

Fanalino di coda in Europa, l'Italia. Solo il 76,6% dei laureati italiani tra i 20 e i 64 anni lavora (dati 2010), contro l'88% della Svezia, l'87% di Olanda e Germania, l'86% di Lituania, Slovenia, Danimarca. Meglio di noi

anche gli altri Pigs: Portogallo, Irlanda, Grecia e Spagna. L'Italia è penultima, battuta in peggio solo dalla Slovacchia, anche per gli investimenti nel campo dell'istruzione, sia pubblica che privata: appena l'1,08% del Pil nel 2008, ben sotto la media Ue dell'1,3%.

Così, l'Europa lancia il nuovo progetto: aumentare i laureati, offrire percorsi di studio qualificati, premiare la ricerca d'eccellenza, rafforzare i legami con le imprese. «L'istruzione superiore è un potente fattore di crescita che apre le porte a condizioni di vita migliori», ha commentato Androulla Vassiliou, Commissaria europea all'Istruzione. «E' la migliore garanzia contro la disoccupazione. Eppure troppi laureati incontrano difficoltà a trovare un lavoro di qualità». Per incrementare il numero di persone con le giuste competenze in grado di competere con i laureati dei Paesi emergenti, sempre più agguerriti, la Commissione Ue propone di alzare del 73% i fondi per l'istruzione e del 46% quelli per la ricerca nel prossimo bilancio pluriennale Ue (2014-2020).

(v.co.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Uomini e batteri: ecco la sfida estrema”

Le ricerche sul sistema immunitario rivoluzioneranno la medicina
 “Sono l'assicurazione sulla vita per il futuro della nostra specie”

Intervista

Alberto Mantovani
Immunologo

RUOLO: È PROFESSORE DI PATOLOGIA GENERALE ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO E DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS
IL LIBRO: «I GUARDIANI DELLA VITA» DALAI EDITORE

I VACCINI

«Si studiano quelli di nuova generazione contro tumori e Aids»

GABRIELE BECCARIA

Non siamo ciò che sembriamo. Abbiamo più batteri, virus e funghi in noi che cellule. Forse siamo mostri e non lo sapevamo. Ma questa «mostrosità» sta accendendo molte lampadine nella testa degli scienziati, che pensano di sfruttarla per la medicina del futuro.

Professor Alberto Mantovani, lei è uno dei più celebri immunologi italiani e ha appena pubblicato «I guardiani della vita», dedicato alle invisibili guerre che in ogni istante si svolgono nel nostro organismo e alle sfide che ci mettono di fronte: quali sono?

«La prima sfida è legata alla conoscenza. Sappiamo che conteniamo più microbi che cellule, nella misura di almeno 2 ordini di grandezza, ma ne conosciamo appena la punta dell'iceberg: in alcuni casi abbiamo decifrato la loro impronta genetica, ignorando però le loro proprietà».

Dove si trovano?

«Si concentrano soprattutto nell'intestino, nell'albero respiratorio e sulla pelle. Per spiegare le loro interazioni con il nostro organismo è stato inventato il termine “microbioma”, fondamentale, tra l'altro, per l'attività metabolica».

Per esempio?

«Ci fornisce sostanze importanti e ci aiuta ad assimilarne altre: si è scoperto che nel microbioma del tratto gastroenterico dei giapponesi si annida un batterio capace di digerire le alghe del sushi. E' di origine marina e nel mare fa lo stesso. Noi, però, ne siamo sprovvisti. E questa realtà ci dà un'indicazione importante».

Quale?

«Che il nostro microbioma è prezioso: cambia con l'ambiente e con lo stile di vita e inoltre - ed è una scoperta recente - è essenziale per “educare” il sistema immunitario».

Andiamo a scuola dai microbi?

«In effetti molto dipende dai contatti con loro. Un caso interessante è legato al problema delle allergie, in continuo aumento. Per molto tempo si è pensato che l'asma bronchiale fosse legata all'inquinamento ambientale, in realtà gli ultimi esperimenti hanno falsificato l'ipotesi. Emerge, invece, la spiegazione dell'eccessiva igiene. I bambini che crescono in campagna, a contatto con gli animali, hanno meno probabilità di sviluppare la malattia rispetto a chi vive in città. E' la prova formale che i primi vengono a contatto con i batteri presenti nelle stalle e che il loro sistema immunitario attiva delle risposte specifiche, chiamate in gergo di tipo 1, capaci di frenare le risposte allergiche».

Risposta che non avviene nei bambini di città?

«E' così. Dobbiamo pensare al sistema immunitario come a un sistema sempre “a bilancia”. Deve affrontare nemici molto diversi, dal batterio della tubercolosi al verme intestinale, ma,

quando non è stato educato a “vedere” i batteri, come accade ai bambini di città o a chi è trattato con antibiotici alla prima linea di febbre, mancano i freni alle risposte di tipo 2, quelle che servono a difenderci dai parassiti. Così si attivano le risposte anche contro i pollini o gli acari, scatenando le allergie».

Tornando all'inizio, c'è anche una seconda sfida, giusto?

«E' legata al lato oscuro: se alcuni microbi sono dei buoni compagni di strada, altri scatenano le malattie, cambiando ed evolvendosi. L'hanno sempre fatto, ma di recente sono comparsi molti nuovi agenti, come un ceppo E.coli che, sebbene abbia causato allarme in Europa, è stato affrontato con grande efficacia. In poche settimane, grazie alle tecniche veloci di sequenziamento del genoma e alle reti internazionali di ricerca, si è identificata la variante in termini molecolari, si è capito che ci sono pezzi di Dna capaci di trasferirsi da un batterio all'altro e si osservato il meccanismo



d'attacco alle mucose intestinali».

Lei scrive che le due sfide impongono un nuovo approccio scientifico per lo studio del sistema immunitario: di che cosa si tratta?

«Di un approccio complesso, dato che continuiamo a scoprire, con nostra sorpresa, sottotipi sempre nuovi di cellule, dalle T ai macrofagi. Questa realtà sempre più estesa richiede un'organizzazione diversa della ricerca, tecnologie via via più sofisticate e un approccio globale di "system biology". Invece delle singole molecole, ora ci si deve occupare anche dell'insieme dei processi».

Può fare un esempio concreto?

«L'approccio è ancora nella sua infanzia, ma si comincia già a utilizzare per identificare molecole nuove nel sistema immunitario, associandole a specifiche funzioni: è un tipo di ricerca che conduciamo anche all'Istituto Clinico Humanitas di Milano e che consente di osservare i diversi sistemi di regolazione del sistema immunitario attraverso la trascrittomica, la disciplina che studia l'insieme degli RNA messaggeri di una cellula».

E le applicazioni per i malati?

«Si cominciano ora a intravedere. Siamo per esempio in grado di decifrare le impronte digitali dell'intero microbioma di un individuo e osservare come viene perturbato dall'uso di antibiotici, soprattutto quando si assumono senza necessità. Ma di recente l'approccio è stato applicato anche per la vaccinazione contro l'influenza, identificando geni e molecole essenziali per la risposta contro il virus. Ma è importante sottolineare che le due prospettive, questa di tipo complesso e quella riduzionistica, si affiancano l'una all'altra».

Come cambierà la lotta alle malattie più gravi, dai tumori all'Aids?

«Il punto fondamentale è che abbiamo un bisogno disperato di nuovi vaccini e di fare arrivare quelli che abbiamo già, e che hanno cambiato la vita della nostra specie sul pianeta, a 3 milioni di bambini che muoiono ogni anno. Abbiamo imparato a realizzarne alcuni che utilizzano spe-

cifici sistemi di difesa, in particolare gli anticorpi, ma non siamo capaci di produrre quelli che inducono risposte mediate da alcune classi di linfociti, essenziali, per esempio, per la difesa contro il cancro o contro virus come l'HIV. Ma questa è una sola una delle frontiere».

E le altre frontiere?

«Imparare a modificare il sistema immunitario, scoprendo le relazioni tra i microrganismi e le malattie. Un'altra ancora è duplice: insegnare al sistema stesso a riconoscere i "buoni" e i "cattivi", facendo fuori i patogeni e lasciando in pace i compagni di strada che ci servono, e anche a distinguere se stesso da ciò che non lo è, impedendogli di dirigersi contro l'organismo, processo che invece accade con le malattie autoimmuni, che colpiscono una persona su 5».

E soprattutto le donne, è così?

«Sì. E infatti l'autoimmunità costituisce il paradigma per una medicina che si fa carico delle differenze di sesso. Abbiamo fatto e faremo grandi progressi nel controllare questo tipo di malattie, perché già oggi, studiando il sistema immunitario, sono stati ideati farmaci efficaci, che hanno cambiato la vita di chi soffre di artrite reumatoide o di malattie infiammatorie. E di recente ci sono novità anche nella terapia del lupus: ora si riesce a controllarlo meglio, ma ancora non si riesce a spegnere l'interruttore che lo origina. Ecco un'altra sfida per la medicina del futuro».

Sarà quindi l'immunologia a curarci?

«Parafasando un'affermazione di Rino Rappuoli, secondo il quale i "vaccini sono l'assicurazione sulla vita del Terzo Millennio", direi che l'immunologia è probabilmente la più importante assicurazione sulla vita per la nostra specie nel XXI secolo».

Una commissione di esperti indagherà sui casi di Tbc al «Gemelli»

ROMA. Una commissione indipendente di esperti di fama internazionale è stata incaricata dal Policlinico «Gemelli» di Roma di indagare sui casi di infezioni di Tbc avvenute nel reparto di Neonatologia nei mesi scorsi. «La commissione – spiega Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica – dovrà chiarire alcuni aspetti sulla situazione che si è verificata. Infatti solo due casi precedenti simili si erano verificati, ma non sui neonati. Tra i temi da approfondire c'è la sensibilità dei neonati al test diagnostico o la sicurezza della profilassi, così come le procedure assistenziali». A far parte della commissione sono stati invitati: Giampiero Carosi, già presidente della Società italiana



di malattie infettive e tropicali, con il ruolo di coordinatore; Richard Chaisson, direttore del Centro per la ricerca sulla tubercolosi della Johns Hopkins University, Baltimora; Ruth Gellertie, direttore dell'Agenzia di risposta pronta all'emergenza e protezione della salute, Londra; Raffaella

Giacchino, già direttore dell'Unità operativa di infettivologia, Irccs pediatrico «Gaslini», Genova; Jean-Pierre Zellweger, consulente medico per la Tbc, Associazione svizzera del polmone, Berna. I lavori della commissione inizieranno subito: «Dureranno verosimilmente un paio di mesi», conclude Ricciardi. **(En.Ne.)**



Abusivi in sala operatoria, 11 sotto inchiesta

Massa: rappresentanti di aziende ortopediche partecipavano agli interventi chirurgici

Gli indagati

Sono cinque medici del reparto ortopedia tra cui il primario e sei agenti di aziende del settore protesi

Le operazioni

I Nas e la Procura contestano la partecipazione degli agenti a 45 interventi in sala operatoria

Anna Pucci
MASSA

UNA NUOVA inchiesta scuote la sanità apuana. Mentre proseguono le indagini per falso in bilancio e peculato relative al maxi-deficit di 270 milioni di euro accumulato negli anni dall'Asl 1 di Massa Carrara, il Nas Carabinieri di Livorno, nell'ambito di un diverso procedimento penale, ha notificato gli avvisi di conclusione delle indagini e le informazioni di garanzia a 11 persone. Si tratta di cinque medici del reparto di ortopedia e traumatologia dell'ospedale di Massa, tra i quali il primario, e di sei agenti di commercio di altrettante aziende del settore, detti "specialist", incaricati della promozione e commercializzazione di protesi ortopediche per l'anca e per il ginocchio. L'ipotesi accusatoria riguarda l'esercizio abusivo della professione infermieristica che sarebbe stato commesso dagli "specialist" partecipando ad interventi chirurgici, in concorso con i medici che avrebbero permesso la condotta illecita. Le denunce sono scattate al termine di una lunga indagine coordinata dalla Procura di Massa, diretta da Aldo Giubilaro, e in particolare dal pm Federico Manotti. La notizia ha destato scalpore: il reparto di ortopedia massese, in cui vengo-

no operati ogni anno centinaia di pazienti, gode di ottima fama grazie al livello degli specialisti che vi lavorano.

I FATTI contestati risalgono al periodo tra l'ottobre 2007 e il 30 settembre 2009 per un totale di 45 interventi chirurgici. Per la tranquillità dei pazienti, il Nas assicura che «l'attività investigativa, in tutti i casi presi in esame, non ha evidenziato alcuna problematica connessa al corretto impianto delle protesi». La direttrice dell'Asl 1, Maria Teresa de Lauretis, ha avviato di una inchiesta interna e conferma che sono stati esclusi problemi connessi al corretto impianto delle protesi. I medici denunciati, tutti dipendenti dell'Asl 1 di Massa Carrara, sono il primario Bernardo Pavolini, originario di Firenze e residente in Versilia, Alberto Sancin di Pisa, Rosario Passalacqua di Crotone, Gian Filippo Cerauolo e Egisto Brocchini di Massa; gli "specialist" sono Valter Giorgio Ghezzi di Milano, Stefano Locciola di Villafranca Lunigiana, Federica Nascetti di Chiavari, Pier Carlo Moscatelli di Carrara, Maurizio Lazzarotti di Massa e Andrea Puccinelli di Pisa.

GLI AGENTI di commercio sono accusati di aver esercitato abusivamente la professione di infermiere, avendo partecipato direttamente ad interventi chirurgici nella sala operatoria di ortopedia del nosocomio massese compiendo "atti e condotte tipiche dell'infermiere", come manovre di riduzione dell'arto, divaricazione, tamponamento ed aspirazione delle ferite del paziente. I medici sono accusati, in qualità di primi operatori, di aver consentito l'accesso in sala operatoria a persone non qualificate, gli "specialist", e l'esercizio abusivo della professione di infermiere. Per i medici è scattata anche l'accusa di falso ideologico: avrebbero omesso di indicare, nel registro operatorio, i nomi degli "specialist" tra coloro che avevano partecipato agli interventi.



Trapianti più facili

Un albo per i donatori di organi

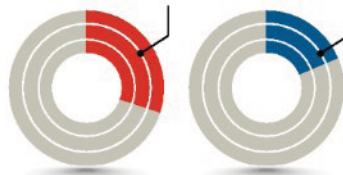
Aspettando un organo sano

Centimetri - LA STAMPA

DONATORI

per milione di abitanti

Piemonte **29,4** Italia **18,2**



ISCRITTI ALL'AIDO

Italia **1.300.000**

Piemonte **75.368**



MARCO ACCOSSATO

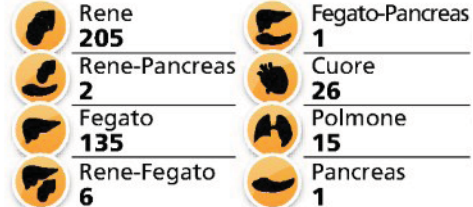
Nome e cognome di un milione e 300 tesserati Aido - l'Associazione donatori organi - sono stati messi a disposizione del Centro nazionale trapianti e delle rianimazioni degli ospedali italiani. Grazie a questa nuova banca dati sarà più semplice sapere se un paziente in terapia intensiva è o meno nella lista dei possibili donatori, rendendo meno doloroso (e in alcuni casi conflittuale) il coinvolgimento dei parenti al momento del decesso.

«A fronte del 58% di persone che in tutta Italia hanno espresso il desiderio di essere donatori di organi - è stato sottolineato ieri - 29 italiani su cento dicono ancora, direttamente o attraverso i parenti, un "no" al prelievo». Così, 10 mila malati sono e restano in lista di attesa per un organo sano: cuore, rene, fegato, pancreas, polmoni, cute e cornee. Lo scorso anno sono stati poco meno di 3 mila i trapianti eseguiti in Italia, ma ben 9 mila 400 pazienti restano in attesa.

Il Piemonte è da tempo la regione più virtuosa, in fatto di donazioni. Per questo motivo si è deciso di annunciare alle Molinette la messa in rete del sistema informatico Aido. «La banca dati - dice Valter Mione, presidente provinciale dell'Aido - è il raggiungimento di un obiettivo importante, ma molto resta ancora da fare per sensibilizzare la popolazione». L'evoluzione della medicina

I TRAPIANTI IN PIEMONTE

(anno 2010)



consente oggi prelievi e trapianti in età sempre più avanzata, ma il lungo elenco di chi ancora aspetta un organo «è il segnale che occorre sensibilizzare maggiormente sia gli italiani, sia i medici nelle rianimazioni, che non sempre segnalano la presenza di un potenziale donatore». Sul fronte della disponibilità di organi, resta per ora lettera morta persino la legge sul silenzio-assenso che avrebbe rivoluzionato il sistema dei prelievi e degli impianti.

Dell'oltre milione di iscritti Aido, 75 mila sono residenti in Piemonte. Anche i loro nomi saranno d'ora in poi in un'unica banca dati. «I potenziali donatori - ricorda il professor Antonio Amoroso, coordinatore piemontese del centro trapianti - sono stati nel 2010 oltre 500». Alla conferenza stampa alle Molinette era presente Roberto Cota: «Diventerò anch'io un donatore Aido», ha annunciato. «Grazie all'incremento dei trapianti - ha precisato il dottor Amoroso - in Piemonte le liste d'attesa non sono state esaurite, ma sostanzialmente non sono neppure aumentate: a fine 2010 erano 750 i pazienti in attesa di un rene, 63 aspettano un fegato, 57 il cuore, 22 un polmone». Negli ospedali del Piemonte molti fra i trapiantati vivono fuori regione, e siamo un punto di riferimento anche per i trapianti di tessuto: cresciuti del 6 per cento - in particolare - i trapianti di cornea, sempre nel 2010.

marco.accossato@lastampa.it



LE SUPER PASTIGLIE CHE ROVINANO STUDENTI E ATLETI

Milioni di professionisti abusano di Ritalin o Adderall, "anfetamine" legali che **accelerano il cervello**

IL PRIMO FUBIEDERMAN

È stato il primo a diagnosticare la sindrome da deficit di attenzione e a testare i farmaci

STEFANO TRINCIA

NEGLI Stati Uniti la chiamano ormai "generazione hyper". Si tratta di alcuni milioni di giovani tra i 15 e i 30 anni, studenti, professionisti, medici, professori universitari, piloti militari, agenti di polizia, agenti di borsa. Gente che ha bisogno di benzina speciale nel motore, per produrre di più e meglio in un mondo competitivo, spietato, dove l'affermazione sociale ed economica è l'obiettivo numero uno. Sono probabilmente cresciuti a scuola, fin dalla prima infanzia, nell'epoca travolgente della ADHD, l'Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: una sindrome diagnosticata a milioni di bambini troppo vivaci e distratti cui la neuropsichiatria infantile Usa ha somministrato dosi massicce di Ritalin, potenziatore della concentrazione cerebrale. Oggi, da adulti, se ne servono per battere la concorrenza e rimanere "super", sottoponendo se stessi e le proprie meningi a rischi molto seri.

Almeno questa è la preoccupata analisi di un recente rapporto del Center for Disease Control statunitense - l'ente per il controllo della malattie - che ha segnalato l'aumento verticale delle diagnosi di Attention Deficit Disorder nella fascia più giovane della popolazione: nel 2010 quasi cinque milioni e mezzo di bambini ed adolescenti tra i 5 ed i 17 anni sono risultati affetti dalla sindrome. Ed hanno di conseguenza

cominciato ad assumere farmaci come Ritalin, Adderall e Concerta, le "smart drugs" - o medicine intelligenti - più diffuse in nord America.

Il Ritalin, spiegano gli esperti Usa, è il capostipite della specie. Esiste da quasi 80 anni, ma solo da 30-40 è diventato il farmaco più amato e temuto dalle famiglie Usa con bambini iperattivi o eccessivamente distratti. Si tratta di fatto di un'anfetamina che aumenta la concentrazione di dopamina e di norepinefrina nel cervello tanto da «dare la scossa a una grande quantità di cellule cerebrali altrimenti non particolarmente attive e quindi potenziando la resa intellettuale del soggetto» spiega la psichiatra Nora Volkow del Brookhaven National Laboratory di New York, una della massime esperte del fenomeno "smart drugs".

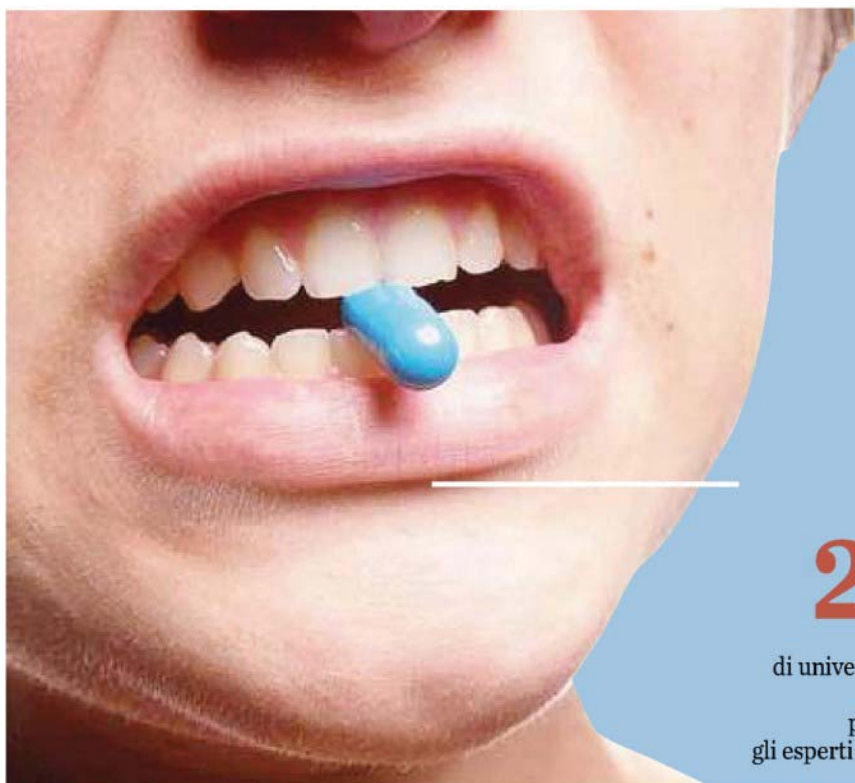
Fenomeno molto controverso che di recente è tornato d'attualità per le vicende giudiziarie del dottor Joseph Biederman dell'Università di Harvard, luminaire della neuropsichiatria infantile. Colui cioè che per primo ha diagnosticato la sindrome dell'Attention Deficit e i disturbi bipolari nei bambini e che soprattutto ha sperimentato con successo la terapia a base di farmaci neuropotenziatori come il Ritalin. Una svolta che nell'ultimo decennio del secolo scorso ha portato ad un aumento di 40 volte delle diagnosi di Adhd nella prima infanzia e alla somministrazione di "steroidi del cervello", come vengono definiti i farmaci tipo Ritalin e Adderall. Un'inchiesta del *New York Times* ha rivelato che Biederman svolgeva ricerche con i finanziamenti di colossi farmaceutici come Johnson & Johnson e Ely Lilly, incassando centinaia di migliaia di dollari per sé e miliardi di denaro per le industrie del settore.

«Il problema è che oggi l'abuso di neuropotenziatori è diventato un'autentica epidemia» ci spiega da New York la psichiatra italiana Flavia Robotti «ci sono moltissimi pazienti tra i 20 ed i 30 anni che sono schiavi degli stimolanti cerebrali. Vengono nel mio ufficio autodignosticandosi l'Attention Deficit Disorder e chiedono la ricetta di Adderall. Io ho smesso di prescriberlo a chiunque lo chieda perché capitano giovani manager di Wall Street che ne fanno uso per fare più affari, mentre nelle Università decine di migliaia di studenti si impasticcano per rendere meglio agli esami. È un fenomeno gravissimo perché questi farmaci sono simili alla cocaina, provocano assuefazione, sono molto pericolosi».

E non sono vietati dalle autorità federali Usa. Nel 2010 il **ministero della Sanità** ha autorizzato la produzione e la commercializzazione di 85mila tonnellate di neuropotenziatori. L'88% di questi farmaci viene somministrato negli Stati Uniti, il resto in vari Paesi europei, ma in quantità molto ridotte. A livello nazionale, tra gli adulti, la percentuale di persone che fa uso di smart drugs è pari a circa il 4%, ovvero quasi otto milioni di individui. In gran parte studenti e professori universitari. Come Brandon Adams, 31 anni, docente di economia ad Harvard, che fa uso frequente di Provigil, un farmaco stimolante anti narcolessia: «Mi aiuta ad essere produttivo e non vi vedo niente di negativo, in fondo è solo l'equivalente neurologico della chirurgia plastica, una farmacologia cosmetica che potenzia il nostro cervello».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il **Ritalin**, metilfenidato, è analogo alle **comuni anfetamine**

L'**Adderall** è un composto di **sali di anfetamina**

- **Negli Usa** entrambi vengono prescritti a bambini e adulti con diagnosi di Adhd, **la sindrome da deficit di attenzione e iperattività**
- **In Italia** viene prescritto **solo il Ritalin**

20%

la percentuale di universitari americani che usa questi psicofarmaci. Per gli esperti è «un'epidemia»

+ 40%

l'aumento dell'uso e abuso di queste sostanze per "curare" bambini affetti da Attention Deficit Disorder negli Usa

Pelissero

«Sbagliato tagliare cure a chi non è lombardo»

di SIMONA RAVIZZA

«Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia e la leadership della Lombardia nell'attrarre malati. È la conseguenza della manovra estiva di tagli del Pirellone».

Gabriele Pelissero, 61 anni (nella foto), è alla guida dell'Associazione italiana di ospedalità privata (Aiop) della Lombardia.

A PAGINA 5

Intervista Il presidente dell'Aiop: «È a rischio la leadership della Lombardia»

Pelissero: un errore i tagli sulle cure da fuori regione

«Non è questione di business, ma di attenzione ai malati»

Delibera sotto accusa

La giunta regionale nello scorso luglio ha deciso con una delibera di applicare le tariffe standard nazionali



La Regione dovrebbe tutelare meglio la qualità delle cure lombarde che attrae qui 150 mila malati l'anno

«D'ora in avanti chi opera al cuore un bambino siciliano guadagna meno di chi si occupa di uno lombardo. Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia e la leadership della Lombardia nell'attrarre malati. È la conseguenza della manovra estiva di tagli del Pirellone».

Gabriele Pelissero, 61 anni, è alla guida dell'Associazione italiana di ospedalità privata (Aiop) della Lombardia ed è vicepresidente del gruppo ospedaliero San Donato, tra le più grandi aziende ospedaliere italiane, con 16 strutture e quasi quattromila posti letto. Nel mi-



Non vogliamo alimentare nessuna polemica, ma solo spingere il Pirellone a una maggiore riflessione

rino di Pelissero c'è la decisione della Regione di tagliare le tariffe di rimborso sui ricoveri dei 150 mila malati che vengono da fuori Lombardia con un indotto di 760 milioni di euro annui. Sono soldi pagati dalle Regioni di provenienza dei pazienti, ma che l'assessorato alla Sanità lombardo anticipa agli ospedali e fa poi fatica a recuperare soprattutto dal Sud. Di qui

la scelta dello scorso luglio di applicare le tariffe standard nazionali: meno milioni di euro da anticipare, meno discussioni da sostenere.

Davanti alla stretta sui fondi, gli ospedali pubblici arran-

cano; quelli privati protestano. L'Aiop è arrabbiata perché la Regione non intende più alimentare il giro d'affari dei pazienti che vengono da fuori regione?

«Non è una questione di business ma di una



Sanità, parte il taglio di 800 posti letto

Punti nascita nel mirino. A fine mese verifica col governo

L'ULTIMO ADEMPIMENTO

Il consiglio regionale ieri ha approvato la revisione delle piante organiche nei reparti. Pdl: più chiarezza sul riordino

LA VICENDA DEI PRECARI

Dopo lo sblocco del turn-over, la Regione chiederà una deroga anche sulle stabilizzazioni bocciate dalla Consulta

DA 3 A 10 OSPEDALI

Previste nuove chiusure. Nelle cliniche private presto 300 letti in meno

● **BARI.** Via libera all'unanimità in consiglio regionale alla legge di adempimento del piano di rientro che prevede una revisione delle piante organiche nelle Asl, università comprese. La nuova stretta imporrà tagli alla spesa del personale e una razionalizzazione di quella complessiva in base ai nuovi standard, già individuati nel Patto della Salute e a cui la Puglia dovrà attenersi. Il tutto, riducendo il numero sproporzionato di unità operative semplici, i reparti ospedalieri «doppioni», e rivedendo il fabbisogno del personale nelle diverse specialità, il tutto alla luce del piano di riordino che ha già previsto una revisione complessiva dei posti letto e dell'organizzazione dei reparti.

L'articolo unico della legge approvata stabilisce che le Asl devono, al fine del contenimento della spesa disposto dalla legge finanziaria del 2009, ridefinire le dotazioni organiche sulla base del riordino della rete ospedaliera, della nuova organizzazione del dipartimento di prevenzione e dei Distretti socio-sanitari.

La prossima verifica col tavolo interministeriale (Salute, Affari regionali e Economia),

fissata al 30 settembre, non si limiterà a registrare i passi avanti fatti dalla Regione sui tagli decisi nell'accordo col governo. Sul tavolo, infatti, si affaccerà anche la prima bozza della fase due del piano, ovvero gli ulteriori tagli previsti entro il 2012 per circa 800 posti letto e che, questa volta, coinvolgono anche le cliniche private accreditate (circa 300 i letti da tagliare).

Il primo «step» delle sforbicate prevede, come preannunciato dall'assessore **Tommaso Fiore**, la razionalizzazione dei punti nascita, i reparti di ostetricia e maternità nei piccoli ospedali. La revisione, insieme ad altri interventi, provocherà un declassamento per le strutture considerate marginali (con meno di 50 posti letto), con una conseguenziale chiusura di ospedali ancora non quantificata dai tecnici dell'assessorato (si ipotizza un minimo di 3 e un massimo di 10 ospedali, da aggiungere ai 18 già messi in dismissione con la fase uno del piano). Quanto alle cliniche private, si terrà conto del nuovo regime di accreditamento e dei nuovi criteri di ripartizione del budget, non più basato sulle potenzialità offerte dalle strutture ma anche sul fabbisogno dei territori.

Ma sul tavolo interministeriale di fine mese si affaccerà anche l'altra questione «calda» della sanità pugliese, quella relativa al turn-over del personale. Lo sblocco concesso dalla manovra

del governo per le Regioni in piani di rientro, darà una boccata d'ossigeno ai reparti in sofferenza per carenza di personale. Il meccanismo di ricambio tra personale in uscita e personale in entrata, che ora la Regione è adibita a fare sulla base dei criteri già fissati nella legge 12 del 2010, sarà però accompagnato anche dal negoziato in corso sulla vicenda dei 600 precari «bocciati» dalla Corte Costituzionale. L'idea della Regione è di cercare di spuntare una deroga dal tavolo interministeriale - già ottenuta in linea di massima dal [ministero della Salute](#) - onde poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

Dall'opposizione, intanto, scalpitano per avere contezza in consiglio regionale dell'andamento del piano di riordino avviato nel 2010 e dei livelli di personale nelle Asl: **Rocco Palese** (Pdl) e **Francesco Damone** (Ppdt) hanno chiesto al governo di aprire al più presto un dibattito in Commissione sul tema. E, mentre **Pietro Lospinuso** (Pdl) solleva il caso della sanità jonica (2,87 posti letto ogni mille abitanti a fronte dei 4,37 di Foggia, dei 3,92 di Bari, dei 3,40 di Lecce e dei 3,23 di Brindisi), con «la chiusura di due ospedali su tre» e il «genocidio della sanità privata», **Antonio Buccoliero** (MeP) richiama l'attenzione sulla sanità a Nardò, a suo dire lasciata abbandonata (nonostante la recente vittoria alle amministrative del centrosinistra).

b. mart.



manovra affrettata che rischia di avere ripercussioni pesanti. Il Pirellone ha deciso di applicare il tariffario unico nazionale? Va bene. Il problema è che

il cosiddetto Tuc prevede voci importanti di rimborso più basse rispetto a quello lombardo. Il che vuol dire che gli ospedali della Lombardia non sono stati difesi adeguatamente a livello nazionale quando sono stati stabiliti i rimborsi per le singole prestazioni».

Che cosa avrebbe dovuto fare il Pirellone?

«Tutelare meglio la qualità delle cure lombarde che attrae qui 150 mila malati l'anno. Due esempi su tutti. Nel tariffario unico nazionale ospedali pediatrici importanti come il Gaslini

di Genova e il Bambino Gesù di Roma si vedono riconoscere tariffe di rimborso più alte del 5-15% per la complessità delle cure offerte. Lo stesso vale per il Salesi di Ancona, il Garofalo di Trieste, il Meyer di Firenze, il Regina Margherita di Torino, il Santobono di Napoli. Per quelli lombardi non c'è nessun riconoscimento extra».

Il secondo esempio?

«L'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna ha incassato un aumento del 30% dei rimborsi. Gli ortopedici di Milano nulla. Vuol dire, allora, che qui siamo meno bravi? È necessario ricontrattare le tariffe per fare valere di più le nostre capacità, indiscusse».

Operare un siciliano non converrà più, comunque.

«Finora per sostituire una valvola aortica la Lombardia rimborsava 5.523 euro più il valore della protesi inserita pari a 19.760 euro. Il tariffario nazionale non riconosce, invece, neppure un euro per gli impianti. Con che soldi saranno comprati, dunque, quelli da inserire ai pazienti di fuori Lombardia?».

Critici con la Regione. Una novità, viene da dire, nella Lombardia che dal 1997, con la legge 31, mette sullo stesso piano strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. S'è rotto l'idillio?

«L'Aiop non vuole alimentare nessuna polemica, ma spingere il Pirellone a riflettere. Sono solo osservazioni costruttive. Il 27 settembre abbiamo un incontro con i vertici dell'assessorato alla Sanità. Siamo fiduciosi».

Simona Ravizza

sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SULLA BASE DEL REDDITO INDIVIDUALE E DEL QUOZIENTE FAMILIARE

Sanità, parte delle spese a carico delle famiglie

Cota: è un'ipotesi, stiamo ragionando su un sistema di compartecipazione

* «Stiamo ragionando sulla compartecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria, tenendo conto anche del quoziente familiare. Il nostro obiettivo non è quello di avere una posizione ideologica, ma di realizzare un servizio sanitario efficiente». Lo ha detto il governatore Cota in Consiglio regionale.

* «Abbiamo richiesto una serie di studi - conferma l'assessore alla Sanità Paolo Monferino -. Il tema è quello dei ricoveri degli anziani nelle Rsa. Un'ipotesi, che potrebbe partire già dal 2012, considera il reddito della famiglia di riferimento, con l'eventualità una compartecipazione alla spesa».

* Il meccanismo potrebbe essere esteso al pagamento dei ticket. Oggi la compartecipazione è basata sul tipo di esami: bassa per quelli comuni, e frequenti, più alta per quelli specialistici. In futuro, riflette Monferino, anche il reddito entrerà in gioco per il calcolo delle quote.

Alessandro Mondo
APAGINA 59

“Sanità, anche le famiglie contribuiscano alle spese”

Cota: stiamo ragionando su un progetto di compartecipazione

Retrosena

ALESSANDRO MONDO

IL GOVERNATORE

«È un'idea che lascio al dibattito: non ci sono pregiudizi ideologici»

L'ASSESSORE

«Si può partire dal 2012 tenendo conto del reddito e del numero dei figli»

L'annuncio di un'altra possibile svolta sul fronte della Sanità piemontese, foriera di nuove polemiche, si condensa in una delle ultime frasi pronunciate da Roberto Cota in Consiglio regionale.

Il tema era quello, delicatissimo, delle liste di attesa per

anziani non autosufficienti. «Sono due le postille aggiuntive che lascio al dibattito - ha spiegato il Governatore dopo aver difeso i cardini della riforma sanitaria -. La prima: stiamo ragionando sulla compartecipazione delle famiglie, tenendo conto anche del quoziente familiare. La seconda: il rapporto pubblico-privato. Entrambi si inseriscono nel progetto di riforma. Il nostro obiettivo non è quello di avere una posizione preconcepita ideologica, ma di realizzare un servizio sanitario efficiente».

Parole sommerse dal vociere dell'Aula, che rimanda alla necessità di coniugare l'efficienza del sistema con la disponibilità delle risorse. Parole che, nel caso della compartecipazione familiare, aprono nuovi scenari.

«Abbiamo richiesto una serie di studi - conferma l'assessore alla Sanità Paolo Monferino -. Il tema è essenzialmente quello dei ricoveri degli anziani nelle Rsa: oggi il costo del servizio è pagato per il 60 per cento dalla Regione e per il restante 40 dal Comune di residenza, sulla base del reddito dell'interessato». E in futuro? «Un'ipotesi, che potrebbe partire già dall'anno prossimo, considera anche il reddito della famiglia di riferimento, con



l'eventualità una compartecipazione alla spesa qualora ne abbia le possibilità. Ovviamente tenendo conto del quoziente familiare». Dove per «quoziente familiare» si intende l'insieme dei fattori che determinano il reddito di un nucleo: «Se una famiglia è benestante ma ha cinque figli a carico, evidentemente questo è un elemento che pesa».

Il meccanismo potrebbe essere esteso al pagamento dei ticket. Oggi, per le fasce non esenti, la compartecipazione è basata sul tipo di esami: bassa per quelli comuni, e frequenti, più alta per quelli specialistici. In futuro, riflette Monferino, anche il reddito potrebbe diventare un elemento dirimente. Un futuro che non sembra essere troppo lontano.