

Deficit da 2,4 miliardi sui farmaci in ospedale

Roberto Turno

■ Continua a salire la febbre della spesa farmaceutica in ospedale: nei primi tre mesi del 2011 ha fatto segnare un rosso di 569 milioni, attestandosi quasi al doppio del budget massimo annuo a disposizione. Come dire che a fine anno il disavanzo – interamente a carico delle Regioni – sarà di circa 2,2-2,4 miliardi. In controtendenza vanno invece i conti della spesa in farmacia per pillole e sciroppi a carico dello Stato, che nel primo trimestre hanno registrato un calo del 6,2 per cento rispetto a un anno fa. Con un dato però che balza agli occhi: l'aumento del 26% dei ticket a carico degli italiani, sempre più sottoposti a un copayment che da metà aprile, tra l'altro, è destinato a una crescita addirittura più vertiginosa in seguito all'applicazione del «prezzo di rimborso» varato dall'Aifa in applicazione della manovra estiva del 2010.

È anche con questi freschissimi dati a disposizione – anticipati dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» – che il Governo nell'ambito della mano-

vera sta sfogliando il complicato dossier della farmaceutica e non solo pensando ai costi standard. Un dossier bifronte, con i conti in farmacia che tengono e quelli in ospedale che esplodono. Partita delicatissima, che chiama in causa uno settore della spesa sanitaria su cui in questi anni si sono più volte concentrati i risparmi, mentre le imprese, che domani eleggeranno il nuovo presidente di Farindustria, reclamano certezze e minacciano di disinvestire in Italia.

La farmaceutica ospedaliera – autentica spina nel fianco per i governatori – è per prima nell'occhio del ciclone. In tre mesi, da gennaio a marzo, il "tetto" s'è attestato al 4,4% dell'intera spesa sanitaria, contro un limite del 2,4 per cento. Tutte le

CONTROTENDENZA

In farmacia la spesa cala del 6,2% mentre crescono del 26% i ticket a carico degli assistiti

Regioni sono in rosso: dal picco massimo del 6,1% delle Marche al 2,8% del Molise. Con disavanzi che vanno però dai 111,2 milioni in Lombardia (al doppio esatto del budget) ai 655mila euro nelle Marche.

Tengono invece i conti in farmacia. Nonostante l'aumento dei consumi (+2% di ricette), in tre mesi nel primo trimestre dell'anno il risparmio è stato di 223 milioni, lo 0,8% sotto il tetto del 13,3. Ma sempre per forti escursioni regionali: dal tetto massimo della Sicilia (15,5% contro il 13,3% di budget) al 9,8% di Bolzano. Tutto il Sud, eccetto la Calabria, sarebbe extratetto. Ma a crescere dappertutto sono i ticket a carico dei cittadini, soprattutto per la compartecipazione sul prezzo di riferimento quando si acquista un farmaco griffato anziché il generico. In Puglia e Campania c'è stato un boom: +111% in novanta giorni. Solo l'antipasto di quel che è accaduto (ma non ancora contabilizzato) da metà aprile con l'entrata in vigore del prezzo di rimborso sui generici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tiroide

Gli endocrinologi: raddoppiano i casi di tumore anche benigni a 25 anni da Chernobyl

Tra le donne casi tre volte superiori agli uomini

Più sale iodato, ecco la dieta contro i noduli

In Cina e India lo iodio è stato aggiunto all'olio, all'irrigazione e ai mangimi

MARIA PAOLA SALMI

A quanto pare la tiroide, ghiandola a forma di farfalla poggiate sulla faccia anteriore del collo così in superficie che dita esperte possono palparla, è diventata bersaglio dell'ambiente malato e dei geni. Lievi disfunzioni, noduli e tumoretti benigni che senza preavviso mutano in cancro riguardano ormai il 7 per cento della popolazione. Colpite le donne tre volte tanto rispetto agli uomini.

A venticinque anni dalla catastrofe nucleare di Chernobyl (26 aprile 1986) il raddoppio del carcinoma tiroideo, in sesta posizione tra i tumori più frequenti, suggerisce che i progressi diagnostici non bastano da soli a giustificare la curva in costante salita. Come se non bastasse, un'altra evidenza allarma gli specialisti riuniti al 35° congresso della Società italiana di endocrinologia. «È sempre più frequente vedere casi di tumori tiroidei all'interno della stessa famiglia, ben oltre il 5 per cento di pochi anni fa — dice Alfredo Pontecorvi, ordinario di endocrinologia all'Università Cattolica di Roma — avere un paren-

te con problemi tiroidei diventa un fattore di rischio aggiuntivo se compare un nodulo». L'85 per cento dei pazienti con tumore tiroideo guarisce, ma è meglio non caderci dentro. Perciò gli endocrinologi insistono sulla prevenzione con un'attenzione speciale a bambini, donne in età fertile e anziani. La scoperta di un nodulo è quasi sempre casuale sebbene i segnali non manchino: collo ingrossato, stanchezza, irritabilità, tachicardia, osteoporosi.

«Abbiamo diversi strumenti preventivi poco costosi e per niente invasivi per sconfiggere le malattie della tiroide. Il primo consiste nell'assumere iodio con una certa regolarità. L'Italia ha un basso tenore di questo elemento specie in certe zone e le diete basate su prodotti locali non aiutano, mentre la varietà alimentare, incluso il pesce di mare con crostacei e molluschi, è la principale forma di profilassi "silente" — spiega il professor Aldo Pinchera dell'università di Pisa — un veicolo importante per introdurre iodio è il sale, il consumo abituale di 10 grammi di sale iodato assicurano 2-3 grammi al giorno di iodio che deve raddoppiare in gravidanza, lo abbiamo ribadito in occasione della giornata mondiale 2011 con lo slogan "poco sale ma iodato". Ora siamo a livelli di consumo del 60-70 per cento, bisogna arrivare al 90 per cento. In Cina, India e Sudamerica si è

aggiunto lo iodio all'olio, agli alimenti preconfezionati, alle acque di irrigazione, ai mangimi così da farlo entrare nella catena alimentare. In Finlandia è stato risolto per metà il problema gozzo e cretinismo (1: 3.000 nascite)».

Quanto alle indagini diagnostiche di primo livello si tratta di controlli semplici: ecografia ed elastogramma. La chirurgia si è trasformata. Commenta Rocco Bellantone, direttore dell'U. O. di chirurgia endocrina al Gemelli di Roma: «Endoscopia mininvasiva, bisturi a ultrasuoni, monitoraggio della funzionalità dei nervi vocali, consentono al chirurgo di operare con accuratezza ed evitare al paziente sequele spiacevoli sempre che ci si rivolga a centri specialistici».

Avanzati i trattamenti del tumore tiroideo più diffuso, il carcinoma differenziato, con TSH ricombinante. «Impiegato nella forma "ultrasensibile", l'ormone tiroideo costruito in laboratorio scopre precocemente una possibile ripresa della neoplasia — dice Efisio Puxeddu dell'Università di Perugia — per i tumori tiroidei più maligni si sperimentano farmaci a bersaglio molecolare, "piccole molecole" che spengono il segnale maligno della cellula. Di recente la Fda americana ha approvato vandetanib che ci auguriamo arrivi presto in Europa».

L'INTERVENTO ROBOTICO TRANS-ASCELLARE

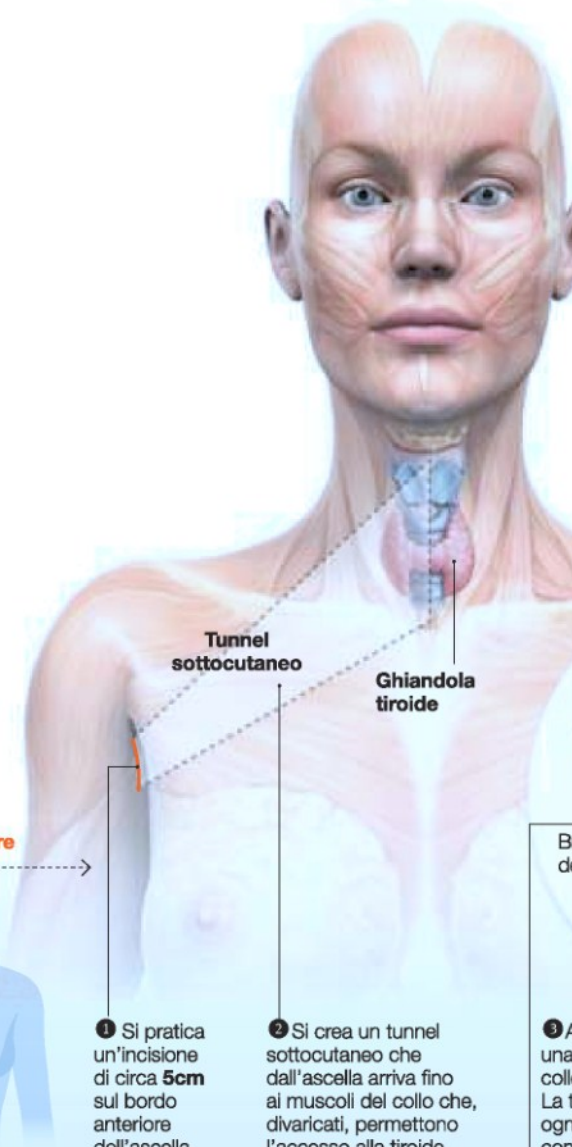
DURATA TOTALE DELL'INTERVENTO



DA 60 A 180 MINUTI

IL ROBOT "DA VINCI"

È manovrato a distanza da un chirurgo che, su una console, ha una visione in 3D ingrandita



Tunnel sottocutaneo

Ghiandola tiroide

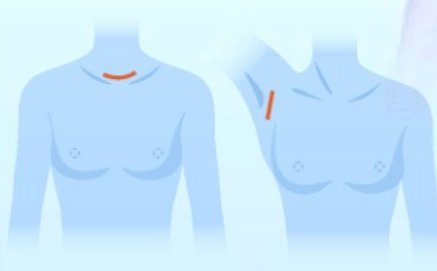


Braccia del robot

L'INCISIONE A CONFRONTO

Convenzionale sul collo

Trans-ascellare (robotica)



1 Si pratica un'incisione di circa **5cm** sul bordo anteriore dell'ascella

2 Si crea un tunnel sottocutaneo che dall'ascella arriva fino ai muscoli del collo che, divaricati, permettono l'accesso alla tiroide

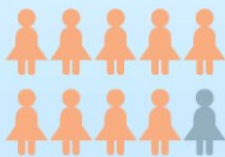
3 Attraverso l'incisione si introducono una microtelecamera e gli strumenti collegati alle 4 braccia del robot. La telecamera fa vedere ogni movimento per intervenire con precisione sulla tiroide

IN CIFRE

SITUAZIONE IN ITALIA

7 milioni

DI ITALIANI hanno oggi disturbi alla tiroide



9mila

CASI DI CANCRO della tiroide diagnosticati ogni anno

9 DONNE SU 10 che hanno disturbi alla tiroide, sono casi di gozzo (tiroide ingrossata e malfunzionante)

Le più colpite sono le donne nella fascia di età tra **25 e 50 anni**

ALTRI CASI sono di cancro della tiroide e altri disturbi

SOPRAVVIVENZA

A 10 anni dalla diagnosi di cancro

86% nel 1977 **96% nel 1997**



CASI PER SESSO



7 DONNE A 1 UOMO è in media la proporzione di casi tra uomo/donna che hanno disturbi alla tiroide (da 5/1 sino a 10/1)

MORTALITÀ

Per cancro

972 DECESSI nel 1977 **1130 DECESSI nel 1997**



+16%

in 20 anni

DISTURBI

50% delle donne soffre di qualche disturbo alla tiroide

6,4% delle donne fra 30 e 59 anni ha noduli

di questi casi il

5/10% si rivela maligno

INFOGRAFICA PAULLA SIMIONETTI

Fonte: RIELABORAZIONI DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

Flash**La spesa****SPRECHI IN SANITÀ
A QUOTA 20 MILIARDI**

Nel 2014 la spesa sanitaria arriverà a superare i 120 miliardi di euro (nel 2010 era a 109 miliardi) secondo la stima di Luca Antonini, presidente della Commissione tecnica sul federalismo fiscale (al convegno Aiop sul federalismo). Per Luca Ricolfi, analista dati Università di Torino, in sanità gli sprechi ammontano a circa 20 miliardi l'anno. Secondo l'Aiop (ospedalità privata) il pagamento a prestazione potrebbe portare a risparmi del 20%, incidendo su sprechi e inefficienze

Cassazione. Considerato responsabile per il decesso di un paziente dopo l'intervent

Anche l'infermiere paga la «colpa medica»

Gli ausiliari sono titolari di una posizione di garanzia

Giovanni Negri

MILANO

■ Anche l'infermiere è responsabile penalmente per "colpa medica". Anche a lui spetta un ruolo nella tutela della salute del paziente, un ruolo cautelare, per esempio, per quanto riguarda il controllo del decorso postoperatorio e sulla convalescenza. La Corte di cassazione (quarta sezione penale, sentenza n. 24573, depositata ieri) ha così annullato la pronuncia con cui il Gup aveva dichiarato il non luogo a procedere nei confronti di alcuni medici accusati dalla famiglia di un paziente di avere sottovalutato le condizioni di un familiare che, ricoverato d'urgenza dopo un incidente di moto, era dopo pochi giorni deceduto.

Alla base del proscioglimento, almeno per gli infermieri, c'era la considerazione per cui le funzioni di ausiliari del personale medico escludono che gli infermieri possano avere una propria autonomia di valutazione sulla verifica della compatibilità del quadro clinico del paziente con l'intervento e le cure dei medici. Insomma, gli infermieri, in punta di diritto, ma anche di fatto, per il Gup non rivestono una tipica posizione di garanzia.

Sul punto la Cassazione è però netta e dichiara di non condividere una pronuncia che ha frainteso completamente i principi applicabili nella materia. Per la Cassazione, infatti, rientra nei compiti specifici dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto «sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del me-

dico». Quello del Gup, oltretutto, è - per la Cassazione - un ragionamento che finisce per mortificare le competenze professionali degli ausiliari che invece si trovano a svolgere «un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post operatorio». È sbagliato fare riferimento all'autonomia valutativa, di cui sarebbe sprovvisto l'infermiere a differenza del medico; decisivo, invece, l'obbligo dell'infermiere, anche solo in caso di dubbio ragionevole, di chiamare l'intervento del medico di turno, cui affidare la decisione finale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MASSIMA



Del tutto improponibile giuridicamente, poi, è l'assunto del giudice teso ad escludere la sussistenza di una posizione di garanzia degli infermieri, che, oltre a essere affermazione apodittica, fraintende completamente i principi applicabili nella *subiecta materia*. È vero proprio il contrario, e cioè che, rientra nel *proprium* dell'infermiere, quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico. Il ragionamento del giudice, a tacer d'altro, finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che, invece, svolge un ruolo essenziale nella salvaguardia della salute del paziente
Cassazione penale, sentenza 24573/11



NORME PER GLI AGRICOLTORI

Batterio killer, via alle domande per gli aiuti europei

Via libera alle domande per incassare gli aiuti europei in favore degli agricoltori ortofrutticoli danneggiati dal crollo di consumi, conseguente alla psicosi del batterio killer. Sabato, sulla *Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea* legge 160 del 18 giugno 2011, è stato pubblicato il Regolamento n. 585/2011 della Commissione, del 17 giugno 2011, che istituisce misure di sostegno eccezionali a carattere temporaneo per il comparto. Sul piatto finanziamenti per 210 mln di euro, in aggiunta alle risorse già previste dalla legislazione comunitaria per le organizzazioni dei produttori (si veda, da ultimo, *ItaliaOggi* del 18 giugno 2011). Il provvedimento è da subito operativo. Intanto a Bruxelles, la Commissione ha già pronti i moduli per gli stati membri, che entro il 18 luglio dovranno inviare la richiesta di compensazione certificando i volumi totali dei prodotti ritirati dal mercato. Cosa non facile, visto che si tratta di prodotti ad elevata deperibilità. Il piano della Commissione prevede la pubblicazione dei dati finali delle compensazioni il 22 luglio. E il pagamento di massimo il 50% del prezzo della normale produzione prevista nel mese di giugno. Le misure finanziate sono indicate in un decreto firmato la scorsa settimana dal ministro per le politiche agricole, Francesco Saverio Romano. I prodotti oggetto dell'intervento straordinario sono: cetrioli, pomodori, insalate, indivie, peperoni e zucchine. Il dm, in pratica, avvia il ritiro dal mercato dei prodotti interessati dalla crisi e punta a correggere alcuni squilibri economici, generati dall'impatto mediatico sui consumi di ortofrutta della variante tedesca del batterio *escherichia coli*.



Flash**Farmafactoring****SANITÀ IN SALUTE
ORA I CONTI SONO OK**

Servizio Sanitario Nazionale economicamente in «buona salute», soprattutto grazie al «contenimento» delle spese nelle Regioni con i conti in rosso. E niente ulteriori tagli dopo quelli del 2010. È quanto emerge dal Rapporto 2011 «Il Sistema sanitario in controluce» della Fondazione Farmafactoring, elaborato su dati della Società italiana di medicina generale (Simg) e presentato di recente a Roma.

«Si può ancora migliorare - ha detto Vincenzo Atella, direttore scientifico di Farmafactoring e professore di Economia all'Università di Roma Tor Vergata - occorre recuperare efficienza per soddisfare la domanda sanitaria oltre che pareggiare i conti. Inoltre, serve una ripartizione del finanziamento statale diversa se si vuole assicurare a ciascuna Regione risorse congrue: oggi la divisione è sull'età della popolazione, troppo approssimativa. Meglio il dato sulla prevalenza delle malattie in ciascuna Regione».

Flash

Prevenzione

**MALATTIE GENETICHE
SI RIPROVA CON L'OVULO**

I genetisti non perdono occasione per spiegarci i rischi, ma l'analisi pre-impianto sull'ovulo potrebbe diventare la nuova frontiera della fecondazione in vitro. Non che la tecnica sia nuova e nemmeno così affidabile (a differenza dell'analisi pre-impianto sull'embrione, che invece ha una affidabilità vicina al 100%, con solo il 2% di errore). Ma per alcuni potrebbe rispondere a molti problemi, primo fra tutti quello etico. A Milano la prima coppia talassemica proverà a metà giugno questa tecnica, che viene da Chicago. «Da quattro anni lavoriamo per mettere a punto il protocollo. Ci sono venti coppie in lista d'attesa. Tutte sono informate dei pro e dei contro». Così Guido Ragni, che alla Mangiagalli, una delle strutture pubbliche più note di Milano, sta lavorando perché possa partire la prima sperimentazione su una coppia italiana. «Entrambi i partner sono portatori sani di beta-talassemia ed hanno alle loro spalle già due interruzioni volontarie di gravidanza post villocentesi, in quanto i feti erano ammalati – prosegue Ragni – noi operiamo per ora con coppie malate o di talassemia o di fibrosi cistica, a cui proponiamo un percorso informativo e di consulenza su tre livelli». Ogni coppia lavorerà a stretto contatto col genetista, con il medico che si occupa della fecondazione in vitro e infine con lo psicologo. «Sappiamo – prosegue Ragni – che il margine di errore è del 5%, quindi ancora molto alto. Ma se non si procede con la ricerca il margine di errore non diminuirà mai e invece questa tecnica risolve un problema etico enorme». Soprattutto in Italia. In pratica è più facile scartare un ovocita malato, che un embrione. La legge italiana impone di congelare comunque gli embrioni malati a vita. «Il globulo polare – spiega Ragni – ha le stesse informazioni genetiche dell'ovocita. Ma si può verificare un cross over, per cui il risultato dell'analisi viene falsato. I problemi che questa analisi ha sono quindi di efficienza, ma non solo». È necessario infatti anche congelare gli ovociti (l'analisi richiede più di 3 ore) «ed è noto che gli ovociti congelati hanno una percentuale di fecondazione inferiore rispetto a quelli freschi». È questo il motivo per il quale Chicago, che per prima la sperimentò, negli anni '90, l'ha poi abbandonata. Ma Ragni è fiducioso. *(letizia magnani)*

Flash**La solidarietà/2****SOS LEUCEMIE
RISPONDE L'EMATOLOGO**

«Il mio auspicio è che i tumori del sangue diventino una malattia qualunque, curabile e spesso guaribile, come una tonsillite». Così Franco Mandelli, presidente dell'Ail (Associazione italiana contro leucemie e linfomi), ha presentato la sesta edizione della Giornata nazionale delle leucemie, che si celebrerà il 21 giugno. Tra le iniziative organizzate per la Giornata (www.ail.it) ci sarà un numero verde, 800226524, dove otto illustri ematologi italiani risponderanno alle domande degli utenti dalle ore 8 alle 20 del 21 giugno.

ONU • L'agenzia globale per la salute è sempre più in mano alla «filantropia» privata

Oms, verso la privatizzazione

L'Oms è malata, è in deficit e ha legami troppo stretti con le industrie farmaceutiche. La direttrice Chan avvia una riforma. Che metterà la salute in mano ai donatori privati

La questione è piombata al centro dell'arena negoziale già all'inizio dell'anno, durante una riunione del Comitato esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), quando la direttrice Margaret Chan ha preso in contropiede i 193 stati membri annunciando il proposito di imbarcarsi in una consistente ristrutturazione dell'agenzia. Con raro coraggio, secondo alcuni; con la sola (e meno nobile) intenzione di blindare la propria candidatura a un secondo mandato, secondo molti altri. Tant'è. La decisione di riformare l'agenzia delle Nazioni Unite ha dominato incontrastata la discussione all'annuale Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso maggio, agitando non poco gli animi della comunità impegnata in salute pubblica e conquistandosi le prime pagine della stampa internazionale. Si tratta di un passaggio storico per l'Oms, lo snodo più critico dai tempi della sua fondazione nel 1948.

L'Oms è malata, i sintomi sono numerosi e anche gravi, ed emergono dai commenti di alcuni funzionari ai più alti livelli: assenza di visione sul proprio ruolo, mancanza di coraggio e di leadership, scarsa trasparenza, un'immagine pesantemente ammaccata negli ultimi anni dai ricorrenti episodi di commistione con l'industria farmaceutica (ad esempio nella gestione della influenza A e della H1N1, e nella scelta degli esperti di un gruppo di lavoro per l'innovazione medica). L'indipendenza dell'Oms è messa in dubbio dall'interno, laddove si riconosce che – sempre più spesso – la competenza tecnica dell'organizzazione deve essere negoziata *politicamente* con gli interessi degli stati, con esiti talvolta disarmonici. Ciò che alimenta crescente disimpegno e l'adattamento diffu-

so dello staff alle logiche geopolitiche dei «consensi» che a turno guidano il mondo – di gran voga, in questi anni di crisi, il *Davos consensus*.

E poi c'è la crisi dei fondi: e molti considerano che sia questa la vera spinta alla riforma. All'Oms mancano 300 milioni di dollari per far quadrare i conti. E però, prima ancora di promuovere una analisi reale della situazione, la Chan ha frettolosamente introdotto una politica di austerità per tagliare del 12% il personale di Ginevra (circa 300 persone) e ridurre il budget 2013-2013 di circa 600 milioni di dollari (3,96 miliardi di dollari) rispetto a quello del 2011-2012.

La cifra del «buco» non sarebbe di per sé stratosferica, se i 193 paesi membri ci investissero con convinzione nell'unica agenzia incaricata della salute mondiale. Purtroppo, alcuni governi hanno ammesso la reticenza al finanziamento di una agenzia poco trasparente ed ondivaga, quando si tratta di politiche pubbliche. D'altronde, la salute è terreno terribilmente controverso, crocevia di interessi commerciali immensi (la sanità è il secondo *business* mondiale per volume dopo quello delle armi): quale paese ricco è davvero interessato a promuovere un'Oms politicamente forte e capace di far prevalere le ragioni della salute? Chi vuole un'agenzia in grado di tener testa alle lobby del cibo o dell'energia, alle multinazionali del farmaco o all'industria dell'alcool, solo per citare alcuni dei comparti industriali che, sulla salute, producono un impatto diretto, e devastante? Quale governo si azzarda a contrastare l'ideologia privatistica in campo sanitario, diffusa ormai ovunque dal vento neoliberista, soprattutto nei paesi più poveri?

Oggi, il *core funding* (finanziamen-

to diretto) all'organizzazione non supera il 20% del suo budget, l'altro 80% è destinato a specifici progetti scelti dai paesi finanziatori con priorità spesso discutibili, a discapito di altre questioni cruciali: un caso per tutti il dipartimento sulla proprietà intellettuale.

In questo vuoto – che è vuoto di politica e di democrazia, più che di governance – si muove con straordinaria abilità Bill Gates, invitato per la seconda volta in sei anni ad aprire la Assemblea annuale dell'Oms per lanciare «il nuovo decennio dei vaccini». L'esortazione del miliardario americano a salvare la vita di 10 milioni di persone entro il 2020, è un inizio eloquente su chi oggi definisce le strategie in materia di salute globale. E rimanda direttamente alla riforma dell'Oms con un duplice significato. Infatti a maggio, Bill Gates risultava il primo (solo?) finanziatore del pacchetto di riforma dell'Oms, fatto che ha suscitato immediate reazioni contrarie di molti governi. Inoltre, nel suo rapporto ai delegati, Margaret Chan sollecitava i governi ad aprire un ulteriore varco ai finanziamenti privati, per risolvere le difficoltà finanziarie. Gates del resto partecipa già oggi per il 10% del budget dell'Oms, e nel 2008 era il secondo contributore volontario dopo gli Stati Uniti (con 338, 8 milioni di dollari). Insomma: sembra proprio che la strada indicata sia quella di «privatizzare» la politica dell'Onu per la salute globale.

Non c'è dubbio che una riforma dell'Oms sia indispensabile. Si tratta di un'opportunità unica per restituire l'identità multilaterale prevista dalla sua costituzione, a fronte della cre-



scente complessità delle sfide sanitarie del pianeta - basta pensare ai cambiamenti climatici globali. Di un passaggio critico per ripristinare la legittimità dell'agenzia, debilitata nell'ultimo decennio dalla irrefrenabile proliferazione di nuovi attori nel campo della salute, sulla spinta di una imprenditorialità filantropica che impone il potere dei soldi sui veri bisogni delle popolazioni.

Finora l'approccio alla riforma è stato di impronta prevalentemente manageriale, ma la sveglia che è venuta ai governi lo scorso maggio - in primo luogo dalla società civile - ha animato la discussione e ha imposto una nuova direzione «politica» al delicato processo, che deve resistere alla tentazione privatistica.

Le consultazioni proseguiranno a Ginevra nelle prossime settimane. Si tratta di dar seguito all'impegno degli stati membri dell'Oms di guidare la riforma, a partire dall'erogazione dei fondi - e per questo una decina di stati hanno attivato una cordata. La posta in palio per la salute è altissima, e siamo solo all'inizio. Si tratta di decidere se l'Oms resterà il vero pilota delle politiche sanitarie mondiali, ovvero se farà da mero arbitro tra molti giocatori, in un campo della geopolitica globale decisamente inclinato a sfavore della salute.

SCHEDA

I finanziamenti privati alla Oms

Ecco alcune delle voci più significative dei contributi privati versati all'Oms nel corso del 2010:

Bayer AG: 560.500 dollari
Bill and Melinda Gates Foundation: 219.787.513 dollari
Bloomberg Family Foundation: 15.400.000 dollari
Eli Lilly and Company Foundation: 1.096.000 dollari
GlaxoSmithKline: 523.844 dollari
Lions Clubs International Foundation: 4.930.810 dollari
Nippon Foundation: 1.634.280 dollari
Novartis: 500.000 dollari
Rotary International: 71.933.568 dollari
Sanofi-Aventis: 4.417.959 dollari
Syngenta Crop Protection AG: 395.023 dollari

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**“MALE NON MI POTRÀ FARE”
I FALSI MITI DEI FALSI FARMACI**

Si sentono molte chiacchiere in farmacia, bar, bus e treni su scelte fideistiche relative a farmaci e rimedi. È frequente che persone convinte della bontà di un prodotto assunto su consiglio di qualcuno, si sentano in dovere di spargere la “buona novella”, al pari di un missionario animato dalla propria fede. Di fede, infatti, si tratta, visto che l'evidenza scientifica su tanti prodotti sul mercato, tra integratori e rimedi, è meno di zero. D'altra parte, la medicina basata su evidenze è così stitica nell'ascoltare, spiegare, convincere, rassicurare, proteggere, gestire e consolare, ignorando la qualità della relazione di cura, che i logorroici “curanti con fantasia” trovano spazi enormi per sovrastare chiunque nel vendere la loro fede (e a che prezzi!). Chi cade in trappola ragiona così: «Male non mi potrà fare». Invece fa malissimo. Al portafogli, alla nostra cultura, che tanto più crede nella magia, all'economia, perché indirizza grandi investimenti su porcherie, sottraendoli ad una ricerca seria.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

■ ■ ■ **Salute** Al via il congresso di neurofisiologia clinica sulle tecniche per curare i danni post ictus

Il cervello studiato a fondo

Le stimolazioni non invasive agiscono sulle aree indebolite riattivandole

di Cristina Cimato

Una stimolazione non invasiva capace di accendere o spegnere alcune parti del cervello sembra essere una delle strade più promettenti per il recupero funzionale di alcune attività cerebrali in seguito a un danno da ictus. È questa una delle tematiche trattate da oggi fino a sabato dal XIV congresso della Società europea di neurofisiologia clinica, ospitato dall'Università Cattolica di Roma. Altri aspetti interessanti riguardano le tecniche più innovative che permettono un'indagine precoce delle demenze così da affinare le terapie di cura, nonché l'analisi del segnale cerebrale che viene poi trasformato in impulso e permette così di riattivare muscoli resi inermi da malattie degenerative come la Sclerosi laterale amiotrofica, di cui oggi si celebra la giornata mondiale e che colpisce circa 5 mila italiani. «Uno degli approcci più promettenti su cui la ricerca sta iniziando a fare indagini approfondite è quello della stimolazione cerebrale non invasiva, ovvero praticata dall'esterno senza l'impianto di elettrodi all'interno del cervello per la cura delle più comuni conseguenze da ictus», ha spiegato Vincenzo Di Lazzaro, responsabile della struttura semplice di neurologia della Cattolica, «la stimolazione a corrente continua e quella magnetica transcranica sono in grado di attivare o inibire alcune parti del cervello così da potenziare quelle indebolite o bloccare un'iperattività dell'emisfero sano». Gli studi sono attualmente di tipo preliminare e intendono indagare la fattibilità dell'approccio. La stimolazione è allo studio non solo per la cura dei danni da evento vascolare cerebrale, ma anche come terapia per la depressione, su cui sono stati già forniti dati incoraggianti. Queste tecniche, infatti, eccitano i neuroni con impulsi magnetici che penetrano all'interno del cranio e innescano correnti elettriche capaci di alterare l'attività dei neuroni. Studi preliminari inducono a pensare che l'efficacia della stimolazione transcranica ripetitiva possa manifestarsi anche nel trattamento del dolore cronico, di altri disturbi del movimento, nell'epilessia e nelle malattie come il Parkinson. Il congresso, che riunisce a Roma numerosi esperti provenienti dall'Europa ma anche da Stati Uniti, Giappone, Australia, indaga infatti anche sulle patologie degenerative, cercando

di anticipare sempre di più la diagnosi così da perfezionare le terapie e renderle più efficaci. «A tale scopo le tecniche più recenti di analisi matematica del segnale elettroencefalografico permettono di valutare meglio in termini quantitativi le alterazioni rispetto a una situazione normale», ha aggiunto Di Lazzaro, «anche in questo ambito si può trarre beneficio da un'analisi eseguita in seguito alla stimolazione cerebrale, così da studiare non solo l'attività spontanea, ma anche la propagazione dell'attività stessa e quindi analizzare l'integrità della comunicazione tra varie parti del cervello». La comunicazione tra la mente e il corpo è inoltre oggetto di studio costante e in occasione del congresso verranno illustrate, in sessioni specifiche, alcune novità riguardanti la possibilità di

raccogliere il segnale cerebrale e utilizzarlo per muovere un muscolo altrimenti inutilizzabile a causa di una malattia. «La neurorobotica e la neuromodulazione aprono la strada alla possibilità suggestiva di comandare con il pensiero strumenti di comunicazione, dispositivi elettronici o direttamente i propri muscoli, nonché di utilizzare campi magnetici per modulare il funzionamento del cervello», ha concluso il neurologo, «un ultimo sguardo verrà dato alla misurazione degli effetti sul cervello di campi magnetici a bassa intensità come quelli dei cellulari, capaci di indurre alcuni cambiamenti in termini di eccitabilità, non solo negativi, ma comunque misurabili». (riproduzione riservata)

