

Intervista al ministro Ricetta Balduzzi: ticket per reddito o la Sanità fa crac

«Stiamo pensando a un sistema di franchigia o di franchigia-ticket che eviti il ritocco dei ticket e punti a un sistema più equo e trasparente, chiamando a contribuire in funzione delle proprie capacità di reddito. Se non lo facessimo sarebbe difficile impedire ai cittadini di rivolgersi direttamente al privato per molte prestazioni diagnostiche o specialistiche». Così il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, in un'intervista al Mattino, spiega le linee di azione del governo per la sanità italiana.

> **Santonastaso a pag. 12**

L'intervista

«Ticket in base al reddito o la Sanità rischia il crac»

Balduzzi: Campania, stop al commissario? Presto per decidere

Nando Santonastaso

La sanità italiana deve eliminare tagli e sprechi ma ha anche bisogno, entro l'1 gennaio 2014, di altri 2 miliardi perché altrimenti il sistema non regge. Come recuperarli? Per **Renato Balduzzi, ministro della salute**, non è sostenibile un raddoppio del ticket a carico dei cittadini previsto dalla manovra Tremonti del 2011: ecco perché il governo, anche in quest'ultimo scorcio di legislatura, lavorerà per preparare il terreno a misure alternative.

Sta pensando a qualcosa di specifico per il futuro esecutivo?

«Stiamo pensando ad un sistema di franchigia o di franchigia-ticket che eviti il ritocco dei ticket e punti ad un sistema più equo e trasparente, chiamando a contribuire in funzione delle proprie capacità di reddito. Se non lo facessimo sarebbe difficile impedire ai cittadini di rivolgersi direttamente al



privato per molte prestazioni diagnostiche o specialistiche. Penso che produrremo un documento, una sorta di linee-guida su cui il Parlamento e il nuovo governo potranno pronunciarsi».

Ma i tagli già imposti dalla spending review al Servizio sanitario nazionale non rischiano di dequalificarne l'offerta, a prescindere dall'aumento dei ticket?

«No. Non si tratta di tagli ai servizi ma di riduzione di sprechi e di inefficienze, di disorganizzazioni

che non ci possiamo più permettere: non solo perché la ricchezza del Paese diminuisce e di conseguenza calano le spese per la sanità ma anche perché è l'unica strada per migliorare la qualità dei servizi ai cittadini. Ho sempre detto che la sanità deve concorrere ai conti del Paese, ma senza danneggiare il servizio all'utenza che resta fondamentale e prioritario».

Nel governo c'era chi voleva imporre alla sanità

definanziamenti tre volte superiori alla legge di stabilità...

«C'è stato un ampio confronto, ho spiegato ai colleghi ministri che questa proposta non era sostenibile. Si è scelta una strada percorribile, un definanziamento realistico a patto però che tutti facciano la loro parte. Alle Regioni e alle Aziende sanitarie si sono dati gli strumenti per eliminare sprechi e inefficienze, bisognava intervenire: nel rapporto del commissario Bondi si calcola che ce ne sono per almeno 3 miliardi all'anno. Del resto chi parla di scure sulla sanità pubblica dimentica che nel 2013, anche dopo la spending review e i tagli della legge di stabilità, il Servizio sanitario nazionale avrà un Fondo di 107 miliardi, con un aumento dello 0,5% sul Pil».

Anche il Capo dello Stato ha chiesto alla sanità pubblica di non perdere credibilità sul piano della qualità delle prestazioni: ritiene di poterlo garantire?

«Le parole del Capo dello Stato mi hanno particolarmente confortato. Il suo appello al fatto che ha di più deve contribuire maggiormente, è stata la traduzione più efficace e comprensibile di un grande principio costituzionale. Al pari del riconoscimento del formidabile valore aggiunto del Servizio Sanitario nazionale: parole che ci hanno inorgoguito».

Ma sul piano delle emergenze lo scenario resta preoccupante: terra dei fuochi, ad esempio, e il rischio di aumento dei tumori in Campania, sono sicuramente al primo posto. A che punto è lo screening da lei stesso avviato?

«Entro questa settimana dovrei avere la relazione conclusiva e definitiva del gruppo di lavoro da me insediata dopo quanto è accaduto in Campania. Abbiamo ricevuto finora valutazioni parziali da cui sembra emergere la non esistenza di una correlazione tra gli incendi e la crescita delle malattie tumorali nelle aree più a rischio di Napoli e Caserta. Per pronunciarmi però attendo la relazione definitiva. Non è un problema burocratico-amministrativo, ma solo di completezza di informazione. Prima di allora non mi pare opportuno anticipare nulla».

Tra i nodi da sciogliere c'è anche il commissariamento della Campania per il buco nella sanità: siamo alla fine del percorso o ci vorrà ancora tempo?

«Una risposta non potrà essere data prima di febbraio-marzo, quando scadranno i tempi delle verifiche contabile e sanitaria previste dalla legge. Mi sono arrivati finora segnali in chiaroscuro: accanto ad elementi incoraggianti, sussistono fattori di criticità. Per questo, e considerato la specificità della situazione della Campania, la prudenza è d'obbligo: io posso rientrare cioè dal punto di vista dei costi ma se la qualità dei servizi non migliora, la situazione



non cambierebbe».

Intanto i medici protestano per la ristrutturazione dell'intramoenia e contestano la cosiddetta tassa a loro carico. Come risponde?

«Il nuovo meccanismo dell'intramoenia è finalizzato a garantire più trasparenza ed equità. Tutti devono sapere cosa fanno tutti. Più che interrogarsi e prevedere quanto rimane ai medici e quanto all'azienda sanitaria, credo che bisognerà preoccuparsi della qualità della salute dei cittadini e dei servizi loro offerti. Perché la centralità resta questa, senza alcun dubbio. Anzi, il nuovo sistema non può che migliorare le prestazioni

nei confronti dell'utenza a condizione che sia legale e non surrettizio, ad esempio, per bypassare le liste di attesa».

Niente privilegi, insomma?

«Assolutamente. L'intramoenia non nasce per garantire una categoria o per creare problemi al Servizio sanitario nazionale ma per assicurare un'opportunità in più ai cittadini. Regole più rigore, ecco

l'obiettivo, Francamente mi auguro che in tutte le regioni si capisca che la sostanza è questa e che certe discussioni devono lasciare il tempo che trovano. Vogliamo una rete infrastrutturale seria e trasparente, perché la sostenibilità del sistema viene prima di ogni cosa. Lo dobbiamo ai cittadini».

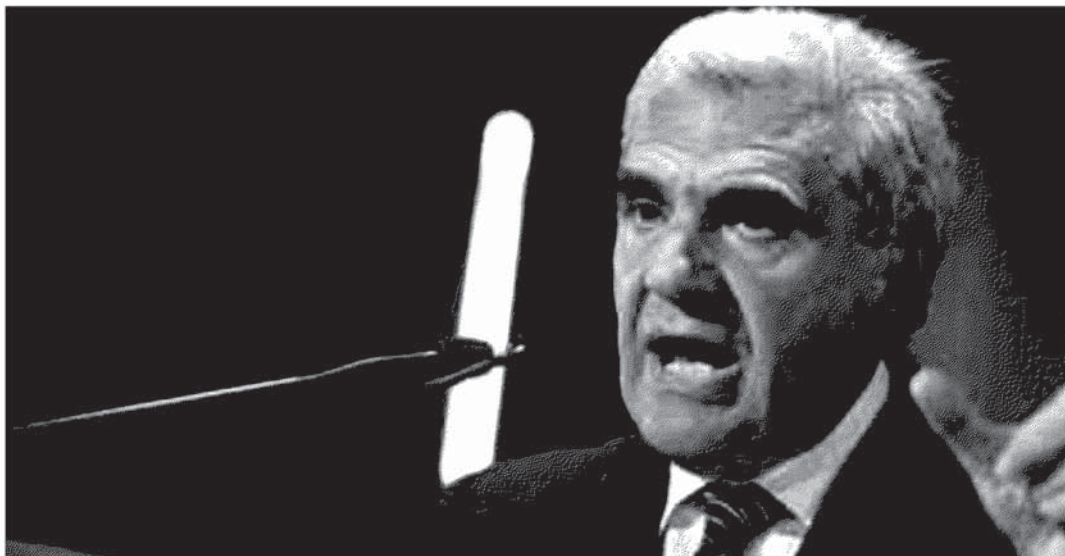
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli

«Inefficienze e sprechi valgono 3 miliardi: ma il Fondo nazionale crescerà»

Memorandum

«Lasceremo al Parlamento le linee-guida per evitare che i privati siano più convenienti»



Balduzzi: da ripensare le regole sul rapporto fra Università e Sanità

È stato un peccato che al X convegno nazionale di Diritto sanitario su «La sanità universitaria. Profili generali e specificità del Piemonte», organizzato ieri dal Ceims (Centro di eccellenza interfacoltà di servizi per il management sanitario) ai Buoi Rossi, non sia arrivato, come era in programma, il ministro all'Istruzione Francesco Profumo, che avrebbe potuto confrontarsi con il collega **Renato Balduzzi** su quello che dai relatori è stato presentato come il tema di fondo intorno a cui ruotano i mag-

giori problemi di due mondi non sempre comunicanti, quello delle aziende ospedaliere universitarie e quello più in generale della sanità.

«Le regole che riguardano il rapporto Università-Servizio sanitario nazionale vanno profondamente ripensate». È la convinzione del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**.

«Finora si è sempre detto - ha aggiunto - che Università e Regioni debbono accordarsi, ma non si è detto in quale direzione. Probabilmente la direzione è quella di dire che la sanità è una, dunque la

specificità universitaria va riferita a questa unitarietà di fondo della sanità. È un fatto culturale e politico, prima ancora che tecnico. Questo seminario operativo lo ha dimostrato e, dunque, a questo punto spetta alla politica trarne le conseguenze, anche ai tecnici della politica».

Il caposaldo ribadito da tutti i relatori è comunque che «la salute è un diritto e come tale va salvaguardato», un impegno sottolineato anche dallo stesso **ministro Balduzzi**, che ha lodato la sanità nel Paese come «uno de-

gli esempi più avanzati a livello internazionale e che andrebbe esportato».

E Paolo Monferino, assessore regionale alla Sanità, ha parlato della «capacità di cambiare, pur razionalizzando, perché a fronte delle risorse disponibili oggi non è più pensabile avere il sistema sanitario degli anni passati». [F.N.]



Il **ministro Renato Balduzzi** al convegno alessandrino



Sanità, oggi vertice decisivo Bondi taglia 900 posti letto

► Incontro al ministero con i direttori delle Asl di Roma e del Lazio

Taglio di circa 900 posti letto e non 1.973 come aveva annunciato inizialmente il Ministero della Salute. Si salva il San Filippo Neri, ma pagherà un conto salato in termini di posti letto, non sarà chiuso lo Spallanzani. Per il Cto la situazione è più complessa: Bondi chiede una razionalizzazione portando a una maggiore integrazione con il Sant'Eugenio. Più arduo ipotizzare che si salveranno dai tagli (o comunque da una riconversione) il Forlanini, l'Eastman e l'Oftalmico. Ecco, in sostanza, il piano che oggi alle ore 11, al ministero dell'Economia, illustrerà Bondi. Il commissario per la sanità incontrerà infatti i direttori generali delle Asl di Roma e del Lazio nel giorno delle decisioni finali sui tagli dei posti letto in applicazione della spending review.

a pag. 48

Ospedali, Bondi taglia con qualche sconto

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI «SE IL COMMISSARIO NON CI RICEVE MI DIMETTO»

► Oggi il vertice decisivo con i direttori generali via 900 posti letto

SANITÀ

Ore 11, ministero dell'Economia: l'appuntamento è per oggi nelle austere sale dell'immenso palazzo di via XX Settembre. Torneranno a vedersi il commissario per la sanità, Enrico Bondi, e i direttori generali delle Asl di Roma e del Lazio. Dovrebbe essere il giorno delle decisioni finali sui tagli dei posti letto in applicazione della spending review. La situazione è rovente. L'Associazione Dossetti ha chiesto le dimissioni di Bondi: «Intervenga il ministro». Il presidente dell'Ordine dei medici, Roberto Lala, ha spiegato: «Abbiamo chiesto un incontro al commissario

Bondi. Non può rifiutare il confronto con un'altra istituzione, competente in materia e che ha oltre 40 mila iscritti. Sono pronto a dimettermi». Da oggi inizierà anche la mobilitazione di Cgil, Cisl e Uil che per giovedì annunciano una fiaccolata sotto il Ministero dell'Economia.

ESPOSTO DEL PD

Marco Miccoli, segretario romano del Pd, ha annunciato un esposto alla Corte dei Conti per bloccare «i maxi-appalti varati dalla Polverini, nonostante le dimissioni, scopriamo che ha affidato gare e appalti per la ristorazione e il trasporto nella sanità addirittura per 266 milioni». Infine Esterino Montino, capogruppo regionale del Pd, chiede le dimissioni del direttore dell'Asp (l'agenzia regionale della sanità).

IL PIANO

Cosa prevederà l'esito di questa dura trattativa tra Bondi e direttori generali? Prima di tutto, il risultato finale dei posti letto da eliminare si attesterà a quota 900, non a 1.973 come aveva annunciato inizialmente il Ministero della Salute e neppure a 1.800 come detto nel primo incontro da Bondi. Si salva

il San Filippo Neri, ma pagherà un conto salato in termini di posti letto. Non chiuderà, ma se non ci saranno ulteriori correttivi dovrà rinunciare al 20 per cento dei posti (s'ipotizza un taglio di 100 letti) e a tre reparti (cardiologia, neurochirurgia e geriatria). Ieri commentava il direttore generale facente funzione Lorenzo Sommelia: «A lungo si è parlato addirittura di chiusura per il nostro ospedale, ora il rischio è scongiurato ma non la trasfigurazione della struttura. Non meritiamo questo trattamento, per efficienza e risultati raggiunti. Ci attende una giornata forse decisiva, Bondi presenterà il piano di riassetto, così come è stato concepito da lui e dai tecnici dell'assessorato regionale e dell'Asp. A metà della settimana però ci sarà un incontro con parti sociali per avere ulteriori confronti».



ALTRI TAGLI

Non ci sarà la chiusura dello Spalanzani, di cui si era parlato (ma mai ufficialmente) all'inizio. Per il Cto la situazione è più complessa. Bondi chiede una razionalizzazione portando a una maggiore integrazione con il Sant'Eugenio, che di fatto significherebbe spostare ortopedia nel secondo ospedale, per dare al Cto un futuro più legato alla sanità sul territorio. Più arduo ipotizzare che si salveranno dai tagli (o comunque da una riconversione) il Forlanini, l'Eastman e l'Oftalmico. Più in generale, i tagli vanno a toccare anche altri ospedali per raggiungere quota 900: si parla di meno 50 posti al Pertini, di una ventina in meno al San Giovanni che perderebbe una delle due urologie.

Resta un dubbio: quando Bondi avrà completato il piano, lo lascerà in eredità al nuovo presidente della Regione o andrà all'applicazione rapida e dolorosa dei tagli? Con il governo che si avvicina al termine della legislatura, è difficile che Bondi possa avere la forza per applicare una rivoluzione così radicale.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri del San Filippo Neri



Nel Lazio rischia il San Raffaele

C'è un buco da 40 miliardi La sanità sta sempre peggio

Cibo, farmaci, fornitori: i finanziamenti calano e i conti del Ssn precipitano

■ ■ ■ CATERINA MANIACI

■ ■ ■ Una vera voragine, più che un buco: il Servizio sanitario nazionale affoga letteralmente nei debiti, con circa 40 miliardi di euro verso i fornitori. Una montagna di denaro frutto dell'acquisto di beni e servizi necessari a far funzionare la macchina della sanità: dai farmaci ai dispositivi medici, dai servizi di lavanderia a quelli di ristorazione. Lo spiega con chiarezza la Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini del Cnel (Consiglio nazionale economia e lavoro), che ha preso come riferimento la rilevazione della Corte dei conti sulla finanza regionale del 2011.

Nel documento della Corte dei conti preso in considerazione dal Cnel i debiti verso fornitori costituiscono la parte preponderante dei debiti sanitari: quasi il 69% nel 2009 e oltre il 67% nel 2010, con incrementi nel 2011 (ad eccezione della Liguria). Nel testo della relazione del Cnel si legge che «il debito ammonta a 35,5 miliardi nel 2010 di cui quasi il 50% (oltre 16 miliardi) fa capo alle Regioni commissariate o sottoposte a piani di rientro dal deficit. Nello specifico, il Lazio ha debiti per 7,5 miliardi, la Campania per 6,5 e la Sicilia per 2».

Non solo. Nel 2014, secondo una stima della Ragioneria dello Stato, si prevede che ci saranno 18 mld di euro di sottofinanziamento rispetto al fabbisogno stimato per la spesa sanitaria. È questo il quadro che emerge da una tabella della Ragioneria dello Stato rielaborata dalla Fiaso (Federazione

Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e illustrata qualche giorno fa a Roma. Da questa analisi emerge, infatti, che fra due anni, a fronte di una previsione di spesa sanitaria pari a 129 mld di euro, è previsto un finanziamento statale programmato pari a 110 mld. Mancherebbero quindi all'appello circa 18 mld. La stessa stima, proiettata al 2013, prevede un sottofinanziamento per il Ssn di circa 15 mld. Questo dato, però, secondo la stessa Ragioneria Generale dello Stato, presenta degli errori, perché il livello di spesa previsto dalla Ragioneria per il 2014, che ingloba le ulteriori misure di contenimento previste nella legge di stabilità 2013, è pari a 112,42 mld di euro. Lo precisa il ministero dell'Economia e finanze. Il «buco» di 18 mld per il Ssn per il 2014, stimato dalla Fiaso deriverebbe, infatti, dal differenziale fra il finanziamento ordinario, posto pari a 110,79 mld, e il livello di spesa, posto pari a 129,19 mld di euro.

Intanto, ci saranno controlli straordinari per stanare i «fannulloni» della sanità. Lo prevede l'emendamento al ddl stabilità, presentato dai relatori in commissione Bilancio al Senato.

Caso emblematico delle difficoltà in cui versa la nostra sanità è quello delle 13 strutture sanitarie del gruppo San Raffaele nel Lazio, i cui vertici dirigenziali hanno annunciato la chiusura entro il 30 dicembre, per mancanza di fondi sufficienti, a causa dei mancati pagamenti della Regione Lazio. La situazione è bloccata, dopo l'ultimo incontro di due giorni fa in Prefettura con il commissario per la sanità del Lazio, Enrico Bondi, le rappresentanze del gruppo, i sin-

dacati, in attesa di verificare la disponibilità di Bondi a trovare una soluzione entro la prossima settimana. Con la possibilità di sbloccare i fondi per il pagamento degli stipendi arretrati agli oltre duemila dipendenti del gruppo.

■ ■ ■ I CONTI

IL DEBITO

Il Servizio sanitario nazionale ha un debito di 40 miliardi di euro verso i fornitori: quasi il 69% nel 2009 e oltre il 67% nel 2010, con incrementi nel 2011 (eccetto la Liguria)

LA RELAZIONE

Nel testo della relazione del Cnel si legge che «il debito ammonta a 35,5 miliardi nel 2010 di cui quasi il 50% (oltre 16 miliardi) fa capo alle Regioni commissariate o sottoposte a piani di rientro dal deficit

LE REGIONI

Il Lazio ha debiti per 7,5 miliardi, la Campania per 6,5 e la Sicilia per 2

LE PREVISIONI

Nel 2014 si prevedono 18 miliardi di euro di sottofinanziamento rispetto al fabbisogno stimato per la spesa sanitaria: a fronte di una previsione di spesa pari a 129 miliardi di euro è previsto un finanziamento statale pari a 110 miliardi. La stessa stima, proiettata al 2013, prevede un sottofinanziamento per il Ssn di circa 15 miliardi. Un dato che secondo la Ragioneria Generale dello Stato presenta però degli errori



WELFARE

A dirigenti e dipendenti piace la sanità integrativa

► pagina 48

Salute. Oggi i 35 anni del Fasi Sanità integrativa vero benefit per i lavoratori

Marzio Bartoloni

■ Più di asili nido aziendali o pensioni complementari il benefit più agognato dalla stragrande maggioranza di lavoratori e dirigenti d'azienda è la sanità integrativa. Tanto più ora che il welfare sanitario aziendale da sogno proibito è diventato una realtà già nel 15% delle imprese manifatturiere (il 25% in alcune zone del Nord), con ricadute positive per le aziende stesse che oltre alle agevolazioni fiscali guadagnano in termini di immagine e clima aziendale. In una parola aumentano la produttività.

A puntare i riflettori sulla sanità integrativa è il Fasi, il Fondo per l'assistenza integrativa dei dirigenti d'azienda (300 mila persone assistite e mezzo milione di prestazioni all'anno), che oggi festeggia i suoi 35 anni di vita con un incontro a Roma a Palazzo Madama. E con una ricerca ad hoc dalla quale emerge che lo sviluppo della sanità integrativa sembra ormai una sfida ineludibile di fronte a un Servizio sanitario sempre più in cura dimagrante per i tagli ai fondi e sempre più schiacciato dal peso di ticket e costi a carico del paziente che crescono ogni gior-

no. L'allarme lanciato qualche settimana fa dal premier Mario Monti sul rischio sostenibilità del Ssn è condiviso da almeno due terzi del campione sentito nella ricerca (oltre 3000 interviste a dirigenti, lavoratori e imprenditori). Il 74% è infatti convinto che nei prossimi 4-5 anni le risorse pubbliche per la sanità diminuiranno. Il 56% è sicuro che la qualità delle cure peggiorerà, mentre il 33% prevede che il Ssn non potrà garantire lo stesso livello di cure di oggi (il 42% solo in parte). Da qui la convinzione, per l'82% degli intervistati, che la sanità integrativa - più della previdenza integrativa e dell'assicurazione sui rischi infortuni e vita - rappresenti il benefit più atteso e desiderato dai lavoratori nel sistema di welfare dell'«azienda ideale».

Un benefit che porta con sé anche effetti molto positivi per l'azienda: per il 79% degli imprenditori la sanità in azienda «contribuisce a migliorare la produttività». Insomma il secondo pilastro sanitario - fatto oggi da circa 350 tra Fondi, casse e mutue per 7 milioni di iscritti e un valore di circa

4,5 miliardi - deve crescere. Come? Il Fasi nella sua ricerca ha chiesto, a esempio, se il welfare aziendale dovesse essere agevolato con una serie di incentivi fiscali alle imprese. Ebbene l'87% dei lavoratori e il 74% degli imprenditori si è detto favorevole.

In più a beneficiare dell'avvento di una sanità integrativa più forte potrebbero essere anche, alla fine, la stessa sanità pubblica che potrebbe "vendere" le prestazioni dei propri ospedali e medici del Ssn non utilizzate a pieno. Per non parlare poi - avverte la ricerca del Fasi - dell'effetto «calmierante sui prezzi» che avrebbero i tariffarie e le convenzioni stipulate dai Fondi integrativi. E della possibilità di aiutare l'emersione dei redditi nella lotta senza quartiere del fisco contro l'evasione.

Per i lavoratori bisogna dunque andare avanti con il welfare sanitario aziendale, da estendere anche ai propri familiari. Ma con una cautela che viene avvertita soprattutto dai non dirigenti e dagli imprenditori. La sanità integrati-

va aziendale può affiancare il Ssn, a patto però che non si limiti l'equità e l'universalità del Servizio pubblico e che gli oneri non pesino solo su imprese e lavoratori.



L'INIZIATIVA

Nasce una «superagenzia» contro la criminalità del farmaco

DA ROMA

Nasce la superagenzia italiana del farmaco. L'accordo è stato preso ieri dal direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco, Luca Pani, e dal comandante dei Carabinieri per la Tutela della Salute (Nas), il generale Cosimo Piccinno che hanno siglato il protocollo operativo che disciplinerà le attività di controllo in materia di farmaci. L'intesa, che è stata suggellata dal **ministero della salute**, punta a migliorare le procedure tecnico-operative per migliorare la qualità dei controlli nel nevralgico settore dei medicinali ad uso umano. «È stato finalmente raggiunto un obiettivo di straordinaria portata – ha dichiarato il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, frutto di una visione strategica

che il nostro Paese persegue oramai da un decennio e che pone l'Italia all'avanguardia». Il contrasto al crimine farmaceutico è ormai divenuto un problema transnazionale ed ha comportato una maggiore e più stretta collaborazione tra le Autorità internazionali istituzionalmente preposte alla vigilanza superando, sul piano investigativo e dei controlli amministrativi, il limite finora rappresentato dal frazionamento delle competenze tra **Ministero della salute**, Agenzia italiana del farmaco, Regioni e Province autonome. Una più efficace sinergia tra le istituzioni consentirà di seguire la vita del "medicinale" nelle fasi della produzione,

dell'immissione in commercio, della distribuzione, della dispensazione e della distruzione, per evitare che la filiera ufficiale farmaceutica possa essere inquinata da principi attivi, sostanze e farmaci illegali, potenzialmente pericolosi per la salute pubblica. Le migliori professionalità del **Ministero della salute**, dell'Agenzia italiana del farmaco e dei Carabinieri dei Nas potranno realizzare un'evoluta struttura di intelligence per esaminare informazioni, segnalazioni, flussi commerciali e la coerenza con l'andamento delle patologie sul territorio, al fine di rilevare anomalie di sistema, di migliorare la programmazione dei controlli e di intervenire con la necessaria rapidità in fase di emergenza.

Accordo tra ministero e Nas dei carabinieri: tante situazioni a rischio



CorriereSalute

Il numero

In aumento i casi di influenza Il picco sarà a febbraio

357.300

È il numero di casi di influenza stimati dall'inizio della sorveglianza (in otto settimane) dal Centro nazionale di epidemiologia. Nell'ultima settimana sono stati 69.600

Le temperature si abbassano e i virus colpiscono un po' più duro. In Italia i casi di sindrome influenzale segnalati dai medici sentinella della rete Influnet hanno ormai superato i 60 mila a settimana. Sono stati 69.600 nell'ultimo periodo monitorato, dal 3 al 9 dicembre: esattamente 6.100 in più rispetto alla settimana precedente. Nella popolazione generale, l'incidenza delle sindromi influenzali è pari a 1,15 casi ogni mille assistiti, in calo rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, in cui aveva raggiunto l'1,36 ogni mille

assistiti. Come sempre, la fascia di età più colpita è quella dei bimbi da zero a 4 anni: 3,97 casi per mille, quasi 3 volte in più rispetto alla media. Nella categoria dei 5-14enni l'incidenza è di 1,43 casi per mille; dai 15 ai 64 anni di 1,05 per mille, e dai 65 anni in poi di 0,4/mille. Dall'inizio del periodo di sorveglianza, gli italiani messi a letto dal virus sono stati 357.300. «L'incidenza delle sindromi influenzali è al livello di base — si legge nell'ultimo rapporto Influnet —. L'andamento della curva epidemica è paragonabile a quello delle passate stagioni influenzali». Il picco è previsto per febbraio.



Per saperne di più
Influnet - Ist. Superiore di sanità
www.iss.it/flue/



CorriereSalute

SE LA SALUTE VALE UN EURO



**Possibili
scenari
per il nostro
Sistema sanitario
nazionale**

di LUIGI RIPAMONTI

Il livello raggiunto dai sistemi sanitari dei principali Paesi europei, sia in termini di avanzamento scientifico e tecnologico sia di accesso alle cure, rappresenta una grande conquista sociale e politica. Tendiamo a scordarlo perché ormai la diamo per scontata.

Ci irritiamo per una coda, ci arrabbiamo per la mancanza di cortesia di un infermiere o di un medico, e non ci viene in mente che la cura che stiamo per fare in altre nazioni ci costerebbe migliaia di euro (in contanti o sotto forma di polizza sanitaria), mentre in altre ancora, semplicemente, non sarebbe proprio possibile. La sintesi di livello e universalità del nostro Sistema sanitario è un bene prezioso, da preservare.

E, a dispetto delle nostre «amnesie» come singoli cittadini, la sensibilità collettiva su questo tema è ben rappresentata dalle reazioni allarmate all'ipotesi

di futura insostenibilità di tale Sistema paventata nelle scorse settimane. Reazioni che, anche su questo giornale, hanno informato numerosi

e approfonditi interventi sui pro e contro delle diverse, possibili, soluzioni da adottare in un contesto economico e demografico di crescente difficoltà. Ogni strategia ha una sua validità, che,

però, non può essere misurata eludendo i diversi scenari macroeconomici in cui potrebbe trovarsi a essere declinata. Se, per esempio, si dovesse, oppure si volesse, uscire dall'area euro, tutte le variabili in gioco andrebbero rivalutate. Se, da un lato, forse, potremmo «esportare salute» in termini intellettuali e magari anche industriali, dall'altro lato c'è da dubitare che le multinazionali del farmaco o dei dispositivi medici ci farebbero sconti pari alla presumibile svalutazione cui andrebbe incontro la nostra moneta. E ciò nella pratica clinica, significherebbe, probabilmente, l'indisponibilità di cure avanzate per i tumori e di terapie croniche per talune infezioni, l'irrealizzabilità di interventi chirurgici praticabili solo con strumenti o protesi di alto profilo tecnologico, l'inaccessibilità a procedure diagnostiche sofisticate. Si tratta solo di ipotesi ovviamente, però forse vale la pena tenerle presente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vent'anni dopo risarcimento negato ai familiari delle vittime

Sangue infetto, beffa di Stato

di GIAN ANTONIO STELLA

È una storia brutta, quella del sangue infetto, in cui s'intrecciano malasanità e malagiustizia. Furono 2.605, secondo l'Associazione Politrasfusi, dei quali circa 550 emofilici, gli italiani deceduti tra il 1985 e il 2008 per una trasfusione con plasma infetto. Sono state 76 mila le richieste di risarcimento: circa 49 mila hanno avuto un modesto assegno di 1.080 euro a bimestre (i vivi) o una cifra «una tantum» (i parenti dei morti) di 49 mila euro. Gli altri sono in attesa, mentre avanza la prescrizione dei processi.

A PAGINA 21

Il caso

Il ministero ai familiari di molte vittime: il reato è caduto in prescrizione

Ivan e gli emofilici infettati senza giustizia 20 anni dopo

Malati di Aids per una trasfusione, non saranno risarciti

La malattia

CHE COS'È

L'emofilia (dal greco *emo*, sangue, e *filia*, propensione) è una malattia ereditaria che colpisce quasi esclusivamente i maschi (le donne possono essere portatrici sane)



COSA PROVOCA

L'emofilia si manifesta con frequenti e prolungate emorragie, spontanee o provocate da piccoli tagli



IL «MALE DEI RE»

La regina Vittoria d'Inghilterra (a destra) era portatrice sana di emofilia: attraverso la sua discendenza la malattia si diffuse tra le case regnanti europee tanto da meritarsi l'appellativo di «male dei re». Ne soffrì anche Alessio Romanov, figlio dello zar Nicola e pronipote della regina

IL DIVO DEL CINEMA

Anche Richard Burton (nella foto, con Liz Taylor) era emofilico: nel 1964, per promuovere la ricerca creò il Richard Burton Hemophilia fund



Il legale

«Nel processo, di rinvio in rinvio, hanno cambiato anche tre giudici»

Lo Stato ha tradito troppe volte il padre e la madre di Ivan Cavalli. Prima ha garantito come sano il sangue infetto iniettato al loro figlio emofilico, poi li ha abbandonati quando il ragazzo si è malato di Aids, quindi ha tirato in lungo per anni il processo per il risarcimento. Finché sono scaduti i termini della prescrizione. Chi ha dato ha dato, chi ha avuto ha avuto.

Quella di Ivan e della sua famiglia non è la storia di un tradimento isolato. Furono 2.605, secondo l'Associazione Politrasfusi, dei quali circa 550 emofilici,

gli italiani deceduti tra il 1985 e il 2008 in seguito a una trasfusione con plasma infetto. E sono state 76 mila le richieste di risarcimento via via presentate al ministero della Salute. Circa 49 mila hanno avuto un modesto assegno di 1.080 euro a bimestre (i vivi) o una «una tantum» (i parenti dei morti) di 49 mila euro. Gli altri sono ancora in attesa di definire i loro diritti.

È una storia brutta, quella del sangue infetto. Una storia dove si intrecciano la malasanità e la malagiustizia. La prima perché, come ha definitivamente sancito la Corte di Cassazione, fin dalla fine degli anni Sessanta era chiaro che l'epatite B e l'epatite C (alle quali si sarebbe poi aggiunto l'Aids) potevano essere trasmesse at-

traverso le trasfusioni di emoderivati prodotti partendo dal sangue di persone a rischio e non adeguatamente monitorate. Come ad esempio i detenuti di alcune carceri statunitensi.

La seconda, cioè la malagiustizia, perché solo sabato prossimo, 22 dicembre, alla vigilia di Natale (scontato un nuovo rinvio) si terrà davanti al gup del Tribunale di Napoli Loredana Di Girolamo l'udienza preliminare del processo «plasma infetto». Sabato prossimo. Cioè 19 anni (più o meno il tempo impiegato dagli antichi egizi per costruire la piramide di Cheope) dopo l'arresto del più famoso degli imputati. Quell'ex direttore generale del servizio farmaceutico ministeriale Duilio Poggiolini che di-



venò uno dei personaggi simbolo della stagione di Tangentopoli il giorno in cui la Guardia di Finanza impiegò dieci ore per elencare tutti i pezzi dell'incredibile tesoro del valore di diversi miliardi che aveva nella sua casa di Napoli: gioielli, dipinti antichi, rubli dello zar Nicola II, lingotti d'oro, pacchi di banconote nascosti dalla moglie Pierr Di Maria perfino dentro un puff.

Ed è qui, sulla misura dei tempi, che l'Italia sta tradendo per l'ennesima volta le famiglie come quella di Ivan. La stessa Avvocatura dello Stato, infatti, si regola in modo assolutamente diverso. Al processo di Napoli dove sta tra gli accusatori ha rivendicato il diritto dello Stato a costituirsi parte civile sostenendo che la porcheria commessa ai danni dei cittadini italiani dagli 11 imputati (7 dei quali dirigenti o ex dirigenti del gruppo farmaceutico Marcucci, a partire dal fondatore Guelfo Marcucci) va classificata come «epidemia colposa». Nei processi in cui sta dalla parte dei difensori del ministero della Salute contro i malati e i parenti dei morti sostiene al contrario che si tratta di «lesioni colpose». Come mai? Perché nel primo caso la prescrizione è di 15 anni, nel secondo di 5. Quindi quando accusa lo Stato pretende tempi più lunghi, quando si difende li esige più corti. Inaccettabile.

Ma torniamo alla nostra storia emblematica. Ivan Cavalli era un ragazzo di Rimini affetto da emofilia di tipo A, la più grave. Aveva continuo bisogno di trasfusioni ed emoderivati di fattore VIII. «Nonostante le difficoltà che la malattia gli procurava — racconta sua mamma, Giovanna Toni Cavalli — era felice di vivere e cresceva sereno». Fino al 25 febbraio 1986, quando i risultati di un'analisi di controllo gli fermarono il fiato: era stato infettato dal virus dell'Hiv. Una infezione contratta a causa della somministrazione di emoderivati con ogni evidenza infetti.

In quel momento si trattava di una diagnosi che non lasciava speranze. Pochi mesi prima, in America, era morto l'attore Rock Hudson. Tutti i laboratori del mondo erano al lavoro nel tenta-

tivo di trovare il sistema di combattere la Sindrome da immunodeficienza acquisita ma le possibili soluzioni sembravano in quel momento lontanissime.

«Da quel momento la vita di Ivan e quella di tutta la nostra famiglia cambiò radicalmente — racconta la madre —. Stava studiando Economia e commercio all'Università di Bologna e lavorava come collaboratore in uno studio professionale: l'insorgere della malattia lo costrinse ad abbandonare il lavoro e l'aggravarsi del suo quadro clinico gli impedì di arrivare alla laurea, traguardo per raggiungere il quale aveva fatto tanti sacrifici».

Cinque anni di calvario. Di andirivieni dagli ospedali. Di analisi e controanalisi. Di illusioni e delusioni. Spiega una perizia medica: «La vicenda del figlio portò ad un profondo cambiamento della personalità e del carattere del padre del giovane. Dopo la reazione depressiva iniziale si manifestò una tendenza all'introspezione e all'isolamento, che hanno inciso pesantemente nei rapporti familiari e nelle relazioni sociali». Quanto alla madre, la malattia di Ivan le «provocò profonde ripercussioni sia sulla sua salute che sul suo equilibrio psicologico accanto a disturbi tipo anoressia con grave dimagrimento (la signora Giovanna arrivò a pesare 35 chili), insonnia, disturbi vari da somatizzazione, isolamento e disturbi del carattere; la vicenda protrattasi per vari anni portò ad una profonda prostrazione...».

Ivan se ne andò dopo indicibili sofferenze il 10 settembre 1991. Non aveva ancora compiuto 26 anni. Un anno e mezzo dopo, ai sensi della legge 210 del 1992, una Commissione medica ospedaliera di Ancona era incaricata di approfondire il caso. Altri due anni e comunicava al papà del ragazzo, Cesare Cavalli, che sì, esisteva «un nesso causale tra la somministrazione di emoderivati con il decesso avvenuto per Aids complicata da polmonite da *Pneumocystis carinii*-neurotoxoplasmosi». Il che dava alla famiglia il diritto a un indennizzo, diciamo così provvisorio, di 150 milioni di lire. Pochissimo, per la perdita di un figlio.

Fu solo all'inizio del nuovo secolo, però, quando fu avviato a Trento il processo poi trasferito a Napoli, che emersero fino in fondo le responsabilità pesantissime di chi non aveva controllato. E solo del 2003 lo Stato riconobbe il diritto di circa 700 emofilici ad avere un risarcimento serio: circa 400 mila euro ai malati ancora in vita e 615 mila ai familiari dei morti. Avuta la notizia, anche la famiglia di Ivan, come tante altre, avviò una causa giudiziaria per avere ciò che lo Stato ad altri aveva già riconosciuto. Da allora, però, il processo andato per le lunghe: «Di rinvio in rinvio, hanno cambiato anche tre giudici... — si sfoga Giovanna Toni Cavalli —. Nel frattempo si è prospettata, quando al governo c'era Prodi, l'ipotesi d'una transazione». Transazione che, avviata nel 2007, spiega l'avvocato Marco Calandrino di Bologna che segue alcune decine di famiglie, «riguardava circa 7 mila emofilici, talassemici e trasfusi occasionali, gente che magari aveva fatto un incidente stradale e si era beccata l'Aids o l'epatite per una sacca infetta».

Da allora, sono passati cinque anni. Finché un decreto ministeriale del 4 maggio 2012 del governo Monti non ha escluso dalla transazione i familiari dei deceduti che avevano iniziato una causa dopo oltre 10 anni dal decesso del congiunto. Una batosta. «Ho già ricevuto otto comunicazioni dal ministero che escludono risarcimenti invocando la caduta del reato di prescrizione — sospira l'avvocato Calandrino —. L'ho detto anche ai Cavalli: è una vergogna, ma è praticamente scontato che saranno tagliati fuori».

Sintesi finale: lo Stato non controlla il sangue che somministra ai suoi cittadini emofilici e li infetta, quello stesso Stato impiega due decenni a imbastire un processo (chissà quando finirà) contro i responsabili della «strage degli emoderivati» e ancora quel medesimo Stato invoca i propri ritardi per pretendere la caduta in prescrizione dei reati e negare ai cittadini colpiti il legittimo risarcimento. Sinceramente, è accettabile?

Gian Antonio Stella

Il caso Dieci indagati: avevano raccolto 100 mila euro. Migliaia i raggirati

I falsari della clown therapy

Offerte per progetti inesistenti

Una truffa vergognosa ai danni dei bambini malati di tumore. Era quella organizzata da una banda di 10 napoletani, denunciati dai carabinieri, che gestiva una onlus per raccogliere offerte e promuovere progetti a favore dei piccoli pazienti. Per gli investigatori era tutto falso. In sei mesi la gang ha raccolto 100 mila euro, ora spariti. Vittima anche l'ospedale «Bambino Gesù», usato per convincere le vittime a fare donazioni.

A PAGINA 5
Rinaldo Frignani

Il caso Scoperto un conto corrente sul quale erano finiti 100 mila euro. Migliaia di vittime

Offerte per i bambini malati

La truffa della «clown therapy»

Soldi in cambio di una ricevuta falsa e progetti inesistenti: 10 indagati

108 volontari con foglio di via
I collaboratori della onlus truffa scoperta dai carabinieri

Che dietro ci possa essere una truffa lo immaginano un po' tutti. Ma c'è sempre qualcuno che non si fa troppe domande e pensa che la sua donazione finisca davvero per aiutare i bambini malati. Ma ciò che hanno scoperto ieri i carabinieri di Velletri aiuterà forse questi ultimi a essere più guardinghi. I militari dell'Arma hanno infatti denunciato 10 persone - cinque uomini e cinque donne, tutti napoletani, fra i 49 e i 28 anni - per associazione a delinquere finalizzata alla truffa.

Un raggio che in sei mesi ha consentito alla banda di incassare 100 mila euro di offerte depositate su un conto corrente a Milano e poi fatte sparire. Denaro raccolto da ben 108 falsi volontari, molti dei quali ancora in circolazione e con i fogli di

via obbligatori emessi da 93 comuni e 35 province: da Napoli a Bolzano - passando ovviamente per Roma - hanno ingannato migliaia di persone. Le vittime venivano avvicinate soprattutto da coppie di ragazze con tesserino di riconoscimento, magliette, pettorine e depliant del Caom - Centro animazione oncologica minorile -, con sede vicino a Napoli, in un piccolo ufficio dove, come hanno ricostruito i carabinieri, una segretaria rispondeva al telefono per rassicurare gli scettici sulle attività dell'organizzazione.

Sulla carta c'erano un presidente, i vice, i tesoreri. Una onlus che, nella presentazione, si avvaleva della collaborazione di veri medici-clown per portare un sorriso nelle pediatrie de-

gli ospedali. Attività benemerita e quasi sempre regolare, ma in questo caso, hanno concluso i carabinieri e la procura di Velletri, del tutto falsa. A far scattare le indagini è stata la denuncia di un abitante di Ariccia che nel 2011 si è insospettito quando le volontarie gli hanno chiesto un'offerta in cambio di una ricevuta della Caom, con tanto di partita Iva e Iban.

Scene analoghe si sono verificate dovunque, anche a Roma, sul litorale e a Ponza. Il logo del «Bambino Gesù» (che ha subi-

to sporto denuncia) e le brochure con foto che descrivevano progetti a favore dei bimbi malati di tumore servivano per convincere i più scettici. Su Internet compare anche l'organizzazione di una partita del cuore ad Arzano (Napoli), ora finita sotto indagine.

Rinaldo Frignani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SFIDA PER CHI GOVERNA

NIENTE ALIBI
SULLA RICERCA

di SERGIO HARARI

C'è una parola che ne accomuna molte altre, ed è ricerca.

La ricerca mette insieme in modo trasversale molti dei temi al centro delle politiche nazionali e regionali: sanità, ambiente, sociale, nuove tecnologie, innovazione. «La ricerca scientifica è essenziale per il progresso economico», è un'affermazione da tutti condivisa ma da quasi tutti dimenticata quando devono essere operate scelte concrete. Tanto che i dati Ocse classificano il nostro Paese come 31esimo su 34 per finanziamenti alla ricerca. Malgrado ciò nel 2010 la produzione scientifica italiana è risultata all'ottavo posto mondiale, al settimo specificatamente nel settore sanitario, settore in cui l'Italia si è posizionata al quarto posto europeo dopo Inghilterra, Germania e Francia.

La Lombardia ha un ruolo chiave: nella nostra regione infatti sono attive il 50% delle imprese e il 70% degli operatori italiani del campo delle biotecnologie e in questo territorio sono presenti più del 60% degli insediamenti farmaceutici produttivi a livello nazionale. Un patrimonio straordinario che crisi, spending review e miopia dei politici di turno rischiano di far naufragare invece di valorizzare come uno straordinario traino per una solida strategia di rilancio del Paese. In questi anni difficili una delle poche autorevoli voci che ha dimostrato sensibilità e attenzione per questo tema così importante è stata quella del presidente Napolitano, che ha anche recentemente evitato ulteriori scempi a un settore già in gravi difficoltà.

Chi si candida al prossimo governo della Lombardia deve avere ben presen-

te nella propria agenda questo argomento fondamentale per il progresso economico e sociale, che può peraltro contare su un importante bacino di risorse intellettuali che, in molti casi, non aspettano altro che poter esprimere potenzialità frustate e inespresse.

La ricerca può anche costituire un'importante base politica per un rilancio economico fatto di innovazione, merito, valorizzazione dei giovani e dei loro talenti e che può trovare un forte supporto nell'importante rete universitaria e di istituti di ricerca che rappresentano uno dei patrimoni della Lombardia.

Non basta affermare che non ci sono finanziamenti e con questo chiudere le porte a qualsiasi prospettiva, ovvero al proprio futuro. Fondi e finanziamenti si possono e si devono trovare. Gli esempi e le modalità per farlo sono tante: sia chi scrive, sia altre autorevoli voci tra le quali cito solo il prof. Garattini, da anni propongono una tassa di scopo sui pacchetti di sigarette, i cui proventi potrebbero essere reinvestiti in ricerca e assistenza sanitaria. È solo un esempio, se ne potrebbero fare molti altri, ma il vero problema è crederci davvero. La ricerca deve essere organizzata e razionalizzata, e per questo mesi fa lanciamo da queste pagine anche l'idea di una «Consulta della ricerca biomedica». E molte altre potrebbero essere le idee e le proposte ma la cosa più importante è affermare che la conoscenza è sempre un bene di per sé e non un costo. Questo vorremmo vedere scritto e tradotto in programmi da chi si candiderà nel prossimo futuro a governare la nostra Regione.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Farmaci Ricerche per rendere ottimale l'utilizzo delle cure

L'ora esatta per la terapia

Picco di efficacia, minimi effetti collaterali

Altri medicinali

Le molecole contro l'ipertensione dovrebbero essere in circolo al pieno dosaggio al mattino

Formulazioni

Esistono già principi a lento rilascio per garantire la concentrazione ideale quando serve di più

Parafrasando l'Ecclesiaste, «c'è un tempo per ogni cosa», anche per le pillole. Così facendo, stando ai farmacologi, si possono ottimizzare gli effetti delle terapie, riducendo il rischio di eventi avversi e quindi risparmiando.

Gli esempi sono parecchi: gli antiipertensivi dovrebbero essere in circolo al massimo dosaggio al mattino, quando la pressione tende a salire, ma dovrebbero «coprire» anche la notte nei pazienti senza il fisiologico calo pressorio notturno; se per l'artrosi al ginocchio si prende l'ibuprofene, è bene assumerlo a mezzogiorno, perché il picco di concentrazione ci sia di notte quando il dolore è più fastidioso; con l'aspirina alla sera il rischio di effetti collaterali gastrointestinali si riduce perché è diversa l'attività dello stomaco.

«Le statine per il colesterolo andrebbero prese di sera, così come la teofillina per gli attacchi di asma; — aggiunge Massimo Baraldo, farmacologo dell'Università di Udine — tutti dati ormai noti, che i medici dovrebbero mettere in pratica, ma che non conoscono a sufficienza. Si tratta di acquisire la sensibilità e l'abitudine a gestire i **farmaci** in modo diverso dalla dose standard, uguale sempre e per chiunque: la cronoterapia, assieme alla farmacodinamica che studia come il medicinale viene assorbito e metabolizzato dall'organismo (per sapere quanto e come va

in circolo), è una via per personalizzare le cure a costo zero, anzi: consentendo spesso un risparmio di risorse. Purtroppo in questo settore si fa poca ricerca, perché le aziende puntano a portare in commercio nuovi principi attivi piuttosto che a scoprire come ottimizzare l'uso di quelli "vecchi"».

Qualcosa si muove, ad esempio ci sono già formulazioni a lento rilascio per avere il farmaco nella massima concentrazione quando serve di più, ma la strada da fare è ancora lunga. Lo è un po' meno in oncologia: negli ultimi anni si è capito che la chemioterapia può avere effetti diversi a seconda del momento in cui viene somministrata. Ed è recente la pubblicazione di una metanalisi che dimostra come la cronoterapia del tumore del colon-retto garantisca una maggior sopravvivenza negli uomini (nessun vantaggio invece nelle donne, che avrebbero un orologio biologico più delicato). Il motivo è intuibile: dare il chemioterapico nel momento migliore, in cui è più probabile che le cellule tumorali si stiano moltiplicando, aiuta ad avere su di esse un maggior effetto «distruttivo», contenendo invece i danni sui tessuti sani, che hanno tempi di duplicazione diversi. «I dati raccolti indicano che individuare il ritmo giusto per la somministrazione di un farmaco può significare un guadagno in termini di sopravvivenza, circa tre

mesi nel nostro studio — spiega Carlo Garufi, coautore della metanalisi e oncologo dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma —. Per ottimizzare la terapia sarebbe perciò opportuno conoscere le oscillazioni circadiane di ciascun paziente ad esempio usando l'*actigraph*, uno strumento per studiare il ritmo attività/riposo. Sappiamo inoltre che la sopravvivenza, almeno nel tumore al colon, peggiora in chi ha l'orologio biologico "sballato": in questi casi l'obiettivo è trovare un farmaco che aiuti a re-sincronizzare il paziente. Negli animali da esperimento è possibile con il cortisone o agendo su sonno e orario dei pasti». Intanto si accumulano prove di efficacia della cronoterapia anche sui tumori renali o per rendere operabili metastasi epatiche di tumori del colon-retto, come ha da poco dimostrato uno studio del Regina Elena. Più carente la pratica: «In Italia la cronoterapia è usata in pochi Centri e di fatto solo nell'ambito di studi sperimentali» conclude Garufi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Suggerimento/1 Esiste anche l'opposto del «placebo»

Farmaci innocui che fanno male per effetto «nocebo»

Correlazione

Il timore può far scattare la comparsa dei disturbi ritenuti possibili

Universale

Questo evento si osserva sia nel rapporto con il proprio dottore, sia in studi clinici

Neuroscienze

Nuovi risvolti di un fenomeno che condiziona gli esiti delle cure

Conoscere in anticipo quali potrebbero essere gli effetti collaterali di un trattamento, ad esempio il rischio che quegli effetti si presentino realmente. Sembra strano, ma è così, si tratta del cosiddetto effetto *nocebo*, in pratica l'opposto dell'effetto *placebo*. Se quest'ultimo è la risposta dell'organismo agli effetti benefici attesi, anche quando in realtà si è esposti a un trattamento finto (il *placebo*, appunto, ad esempio un «farmaco» inerte), l'effetto *nocebo* è la risposta dell'organismo agli effetti negativi attesi.

Questo fenomeno è osservabile sia nel rapporto con il proprio medico, sia all'interno degli studi clinici nei quali si fa uso del placebo. Ad esempio, una revisione sistematica di quasi 70 studi clinici nei quali veri **farmaci** contro l'emicrania erano stati confrontati con il placebo, ha dimostrato che tra le persone trattate con placebo si erano presentati effetti collaterali simili, e con la stessa frequenza, di quelli che si erano manifestati tra le persone trattate con veri antiemigranici.

Il fatto è che in questi studi era corretto, e anche dovuto, informare le persone trattate con placebo su quali avrebbero potuto essere gli effetti collaterali degli antiemigranici, e così la suggestione ha fatto scattare la comparsa proprio

di quei sintomi. Come ha riportato un gruppo di ricercatori dei National Institutes of Health di Bethesda guidati da Luana Colloca, in una revisione sull'argomento pubblicata sulla rivista *Psychosomatic Medicine*, questo strano fenomeno mette un po' in discussione il comportamento sempre più diffuso da parte dei medici di spiegare al paziente, anche nella normale pratica clinica, quindi al di fuori degli studi clinici, quelli che potrebbero essere gli effetti non voluti di un trattamento. «I medici hanno l'obbligo di fornire ai pazienti informazioni veritiere, in modo che essi possano effettuare scelte informate sul proprio trattamento medico» dicono i ricercatori americani. Eppure, da quando la ricerca ha dimostrato che conoscere i possibili effetti collaterali aumenta il rischio che questi si presentino, i medici devono cercare di bilanciare il diritto all'informazione con la necessità di esporre il paziente a minori rischi possibili.

Si è visto che la comparsa dell'effetto *nocebo* può essere limitata se il medico presenta in maniera positiva i possibili effetti collaterali di un trattamento. Ad esempio, focalizzando l'attenzione sulla percentuale di persone che facendo quel trattamento non hanno presentato effetti collaterali. L'altra modalità, quella negativa, si concentra invece sulla percentuale di

persone che hanno avuto gli effetti collaterali. Il medico dice la verità in entrambi i casi, ma la semplice accortezza della presentazione in positivo fa sì che realmente meno persone sviluppino quegli specifici sintomi.

Un'altra modalità per contenere l'effetto *nocebo* è più complicata, e consiste nel cosiddetto «nascondimento autorizzato». In pratica, all'interno della loro relazione clinica, medico e paziente si accordano sul fatto che il medico è autorizzato dal paziente a tenergli nascosti alcuni possibili effetti collaterali dei trattamenti che gli prescriverà, per non influenzarlo ed esporlo così al rischio di svilupparli. Naturalmente l'accordo vale solo per effetti collaterali non gravi. Per questi ultimi invece il medico deve dare tutta la corretta informazione, dal momento che la loro conoscenza è indispensabile al paziente per poter partecipare attivamente e in maniera competente alla decisione su quale trattamento intraprendere. «L'effetto *nocebo*, così come l'effetto *placebo*, essendo basato sulla suggestione, può attivarsi, soprattutto quando si tratta di dolore,

semplicemente perché si crea nel paziente l'aspettativa che un qualsiasi stimolo innocuo aumenterà il livello del dolore che sta provando. Creare quindi aspettative negative fa sì che risulti amplificata la spiacevolezza di uno stimolo innocuo, come viene rilevato attraverso misurazioni psicofisiche del dolore» dice in una revisione pubblicata sul *Journal of acupuncture and meridian studies*, Fabrizio Benedetti del dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, uno dei maggiori esperti internazionali del fenomeno placebo/nocebo. «Ma aumentano anche le risposte rilevabili alla Risonanza magnetica funzionale nella corteccia cingolata anteriore, l'insula, l'ipotalamo, le aree somatosensoriali secondarie e la corteccia prefrontale». Si tratta delle stesse aree individuate come responsabili della risposta analgesica indotta dal placebo.

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

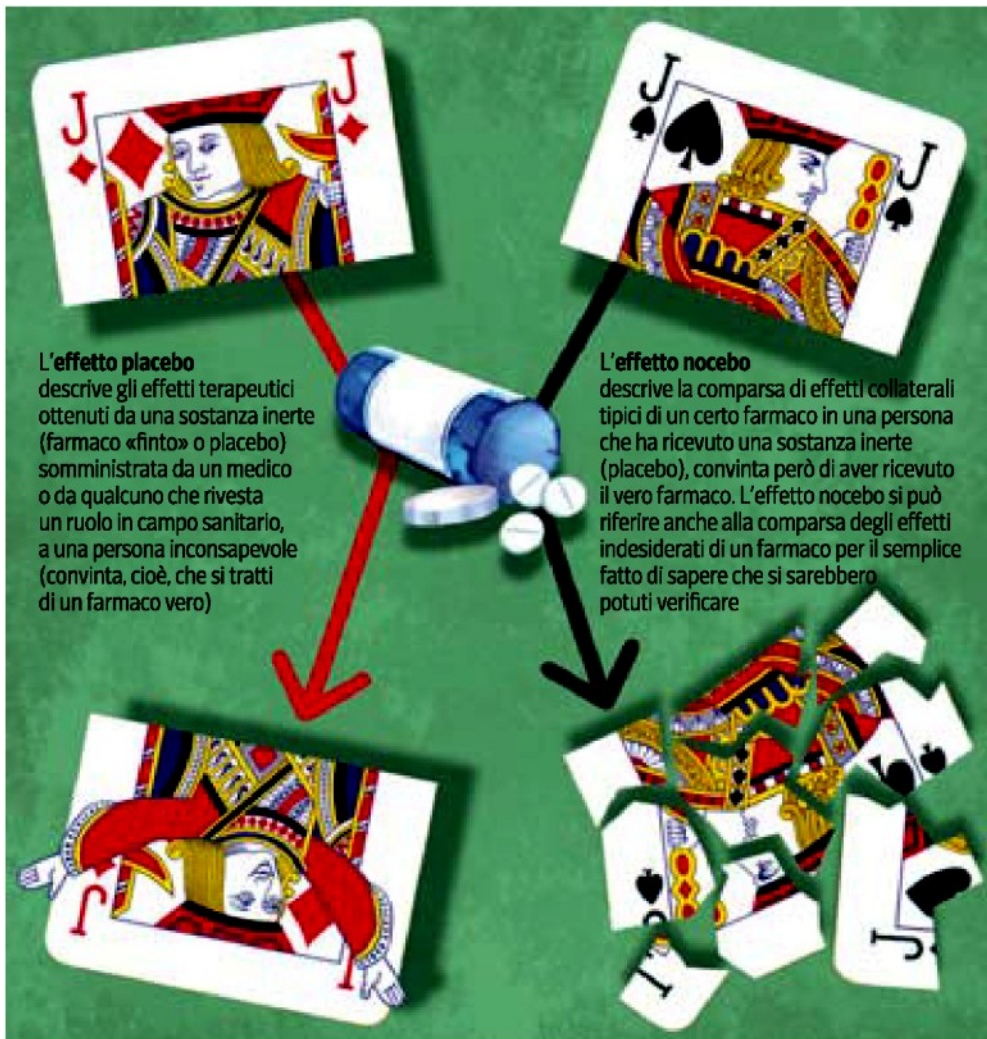


L'esperienza

Analgesico inutile se si crede di non averlo preso

L'effetto nocebo può essere così marcato da arrestare perfino l'efficacia di potenti antidolorifici.

Alcune ricerche hanno dimostrato che l'azione analgesica di una molecola chiamata remifentanil può essere annullata se si dice alla persona che lo sta ricevendo in una fleboclisi che la sua somministrazione è stata interrotta, anche quando in realtà il farmaco sta continuando a essere erogato. Questi risultati nell'ambito del dolore hanno rilevanza per i pazienti con dolore cronico e, probabilmente, anche in altre situazioni cliniche nelle quali i processi mentali agiscono come fatto di significativa importanza nel determinare gli esiti degli interventi medici.



L'effetto placebo descrive gli effetti terapeutici ottenuti da una sostanza inerte (farmaco «finto» o placebo) somministrata da un medico o da qualcuno che riveste un ruolo in campo sanitario, a una persona inconsapevole (convinta, cioè, che si tratti di un farmaco vero)

L'effetto nocebo descrive la comparsa di effetti collaterali tipici di un certo farmaco in una persona che ha ricevuto una sostanza inerte (placebo), convinta però di aver ricevuto il vero farmaco. L'effetto nocebo si può riferire anche alla comparsa degli effetti indesiderati di un farmaco per il semplice fatto di sapere che si sarebbero potuti verificare

CorriereSalute

Suggerione/2 Scoperta una predisposizione individuale

Un gene può predire se l'«inganno» funzionerà

Nel cervello

Chi ha più alte concentrazioni di dopamina è incline a «reagire» positivamente

Anche l'effetto placebo non è uguale per tutti: alcune persone hanno una predisposizione genetica che le rende più esposte a questo fenomeno.

È il risultato di una ricerca realizzata da un gruppo di ricercatori guidati da Kathryn Hall della Harvard Medical School di Boston e dai suoi collaboratori, pubblicata sulla rivista *Plos One*.

Lo studio ha dimostrato che è una mutazione specifica nel gene di un enzima, il cosiddetto Comt (un enzima che scompone la dopamina, inattivandola), a determinare una maggiore concentrazione del neurotrasmettitore dopamina nella corteccia prefrontale di alcune persone. Da studi precedenti si sapeva che chi ha alte concentrazioni di dopamina nel cervello è molto più portato a rispondere positivamente al placebo.

Lo studio è importante sia per la normale pratica clinica, sia per la ricerca. Infatti, a partire da questi risultati si potrà sviluppare la possibilità di individuare precisamente le persone alle quali i medici potranno, per alcune condizioni cliniche, prescrivere semplicemente un placebo invece

del farmaco attivo, aspettandosi buone possibilità di risposta. Un vantaggio non da poco che consentirebbe di ridurre l'esposizione dell'organismo a sostanze farmacologicamente attive.

D'altro canto, sarà possibile sapere in anticipo qual è il livello di sensibilità al placebo di pazienti che entrano negli studi clinici, e questo permetterà ai ricercatori di effettuare raffronti più calibrati con l'efficacia reale dei nuovi trattamenti che sono studiati per l'immissione nella pratica clinica.

L'argomento è considerato molto importante dai ricercatori, dal momento che l'uso del placebo negli studi clinici come confronto con un nuovo farmaco che si vorrebbe sviluppare, può esporre i pazienti a rischi non accettabili, nei casi in cui esistano in realtà già altri **farmaci** considerati efficaci. In un recente articolo pubblicato sull'*European Journal of Clinical Pharmacology* da Silvio Garattini, Vittorio Bertelé e Rita Banzi, si riportano i risultati aggregati di 10 studi clinici in pazienti affetti da sclerosi multipla, dai quali emerge che l'uso del placebo, invece di un altro farmaco attivo, ha provocato almeno 600 ricadute complessive in tutti i pazienti entrati negli studi, ricadute che si sarebbero potute evitare se il confronto fosse stato effettuato con un farmaco attivo in realtà disponibile, come l'interferone beta o il copolimero 1.

D. d. D

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le molecole che riparano il cuore

I microRna riescono a stimolare la rigenerazione cellulare
Ora è più facile sviluppare **farmaci** contro infarto e scompensi

Studio

Condotto a Trieste
dal Centro internazionale
di ingegneria genetica

Proliferazione

Nella fase embrionale
è attiva. Si blocca
subito dopo la nascita

■ Il cuore infartuato può essere «riparato», con le stesse modalità utilizzate da pesci e salamandre. La scoperta, appena pubblicata sulla prestigiosa rivista «Nature», è frutto della ricerca scientifica italiana, in particolare dell'equipe coordinata dal prof. Mauro Giacca del laboratorio triestino dell'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology. Si tratta di una novità rivoluzionaria per la cura delle patologie cardiovascolari, principale causa di mortalità al mondo. Lo staff di Trieste ha identificato una serie di piccole molecole di Rna, dette microRna, in grado di stimolare la riparazione del danno cardiaco stimolando la proliferazione di cellule del cuore. Il principale problema delle cure di queste patologie, infatti, è che le cellule cardiache nella vita adulta non sono in grado di replicarsi e di rigenerare il tessuto danneggiato, come avviene dopo un infarto. I microRna, sequenze di Rna molto corte, composte da 21-22 nucleotidi (le 4 sostanze chimiche fondamentali Adenina, Guanina, Citosina e Timina che compongono il genoma) sembrano in grado di superare questo scoglio. Tramite uno screening robotizzato, il team dell'ICGEB ha analizzato la funzione di tutti i microRna, che sono molecole con funzione regolatoria, scoprendo che 40 di questi sono in grado di stimolare la proliferazione delle cellule adulte del cuore. Alcuni microRna so-

no attivi durante lo sviluppo embrionale, quando il cuore si forma e le sue cellule sono ancora in grado di replicarsi, ma la loro espressione si spegne immediatamente dopo la nascita. Quando questi microRna vengono somministrati ad un cuore che ha subito un infarto, sono in grado di rimettere in moto la replicazione dei cardiomiociti e quindi stimolare la riparazione del danno non attraverso la formazione di una cicatrice ma promuovendo la formazione di nuove cellule cardiache, senza bisogno di utilizzare cellule staminali. Di fatto, è la stessa modalità con cui si ripara il cuore di salamandre e pesci, funzionalità scomparsa nei mammiferi. Non sfugge l'enorme valenza applicativa di questa scoperta. I microRna potrebbero essere sviluppati per produrre **farmaci** che, inoculati dal cardiologo nel cuore subito dopo l'infarto o nei pazienti con scompenso, stimolano la rigenerazione di porzioni del cuore riparando quindi le parti danneggiate.

L'ICGEB è un'organizzazione internazionale che opera dal 1987 all'interno del sistema dell'Onu, concepita quale centro di eccellenza per la ricerca e la formazione nel campo delle scienze della vita. Le tre Sedi del Centro, situate a Trieste, New Delhi (India) e Cape Town (Sudafrica) operano in collaborazione con più di 40 Centri affiliati nel mondo.

An. Ac.

Statistiche

Un decesso su tre causato da malattie cardiache

■ Ogni anno vengono diagnosticati 15 milioni di nuovi casi di scompenso cardiaco, di cui l'80% causati dall'ischemia dopo infarto; la terapia dei pazienti costa il 2% del Pil dei Paesi industrializzati ma i **farmaci** disponibili sono essenzialmente quelli sviluppati fino agli anni '90. Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia, con 224.830 decessi, il 38,2% del totale. Colpiscono più le donne (42,1%), mentre per gli uomini sono le patologie al secondo posto (34,1%) per letalità dopo il tumore. A fronte di questi ultimi dati dell'Istat (2009), i cardiologi italiani, riuniti a Roma per il 73° congresso della Società di cardiologia (Sic), lanciano l'allarme contro i tagli lineari previsti dalla spending review. «La situazione economica - afferma Francesco Romeo, presidente della Federazione di cardiologia - che impone scelte di priorità, non deve danneggiare la cardiologia che ha contribuito per l'80% al risultato dell'allungamento dell'aspettativa di vita di 7 anni negli ultimi 30 e che - precisa - non può essere trattata con un taglio lineare».



Gli stati membri liberi di adottare le confezioni "anonime"

Fumo, giro di vite dell'Ue al bando i pacchetti da 10

BRUXELLES. Domani sarà presentato ufficialmente il nuovo giro di vite dell'Unione europea contro il tabagismo, che in Europa uccide 700mila persone l'anno. Nella proposta di direttiva, secondo fonti europee, è previsto un drastico aumento dello spazio per gli avvertimenti con uso di immagini-choc, che dovranno coprire almeno il 75% della superficie del pacchetto ed i singoli stati membri saranno liberi di adottare il cosiddetto "pacchetto anonimo" già adottato in Australia. Inoltre sarà standardizzato il prodotto: sarà cioè ammesso solo il formato "king size" e dovranno sparire le sigarette "slim" o superslim, nonché i pacchetti da dieci, particolarmente diffusi tra i giovani. No anche alle sigarette "aromatizzate", come quelle al mentolo. E sarà confermato il divieto di commercializzazione per i prodotti senza fumo, come il cosiddetto

"snus", tabacco umido da masticare prodotto e venduto in Svezia in deroga alle norme europee, attorno al quale ha ruotato lo scandalo di presunta concussione che il 16 ottobre scorso ha portato alle dimissioni forzate del Commissario alla salute John Dalli.

A presentare il testo della nuova direttiva sul tabacco, che non ha subito ritardi dal cambio alla guida del "ministero della salute" europeo, sarà Tonio Borg, il maltese successore di Dalli. La portavoce della Commissione europea oggi si è limitata ad indicare che la proposta riguarderà «la fabbricazione, la presentazione e la vendita» dei prodotti.

Il giro di vite annunciato preoccupa l'industria del tabacco ed i paesi principali produttori, tra i quali Italia, Spagna e Polonia, di una filiera che in Europa impiega 1,5 milioni di persone.

Se il menù del pantagruelico

pranzo di Natale è ormai già deciso, sarà forse il caso di contare quanto gli eccessi costano in termini di aspettativa di vita.

Uno studio britannico ha calcolato quante mezz'ore (definite microvite) di vita mediamente perdiamo ogni volta che indulgiamo in qualche cattiva abitudine. La conta delle microvite si deve a David Spiegelhalter, docente di Biostatistica alla University of Cambridge, e il suo studio è stato pubblicato sull'edizione natalizia del British Medical Journal.

Per ogni giorno in cui indulgi in attività quali fumare, bere anche solo un paio di bicchieri di bevande alcoliche, o ancora mangiare carne rossa e guardare la televisione, la tua aspettativa di vita si riduce di almeno 30 minuti. Al contrario, ogni giorno in

cui ci si attiene a corretti stili di vita (consumare una sola bevanda alcolica al dì, mangiare molta frutta e verdura e fare esercizio fisico) "aggiunge" fino a due ore di vita. ◀



LA RICERCA

SEI SU DIECI CON DISAGI MA IN ITALIA LO PSICOLOGO È ANCORA TABÙ

Gli italiani benché forti fruitori dei servizi medici e specialistici (la media è di una visita ogni due mesi), sono restii a parlare dei propri disagi psichici e ancor meno a farsi aiutare dallo psicologo. I dati

della ricerca condotta da "Sinopia" rivelano che oltre il 60% della popolazione ha problemi della sfera psichica, quasi il 70% riferisce una precisa sintomatologia (mal di testa, colite, ansia, depressione, insonnia).

Ma secondo l'Iss (Istituto Superiore di Sanità) solo il 3% chiede aiuto.

«Stigma sociale, paura di esporsi sono alcuni dei motivi per cui da noi si chiede aiuto al medico di base, a uno specialista, non allo psicologo – afferma Luigi Solano del

Dipartimento di psicologia dinamica e clinica della "Sapienza" – il ritardo medio per i problemi di ansia e depressione supera i tre anni». L'esperienza condotta nella provincia di Roma, affiancare ad un

generalista lo psicologo, ha portato a un risparmio del 14% solo sulla spesa farmaceutica. E in Gran Bretagna il Governo ha pensato, per risparmiare, di assumere 6 mila psicologi.

(mp. s.)



GENTE SALUTE / IL PEDIATRA

ENZO CORBELLA

Chi dona il cordone ombelicale salva la vita a tanti bambini

Con "donazione del cordone ombelicale" si intende l'offerta del sangue presente nel funicolo ombelicale, di quella struttura cioè che collega il feto con la placenta, all'interno della quale avvengono gli scambi di ossigeno e di tutte le sostanze nutritive utili all'accrescimento del feto. Il sangue del cordone ombelicale e della stessa placenta viene raccolto al momento della nascita, dopo che il cordone è stato reciso e la placenta espulsa.

A disposizione di tutti

Questo sangue è particolare poiché contiene le cellule staminali ematopoietiche, cioè quelle cellule che sono progenitrici di tutte le linee cellulari e sono quindi in grado di generare globuli rossi, globuli bianchi, piastrine e tessuto osseo di sostegno. Le cellule staminali sono presenti anche nel midollo osseo e nel sangue periferico, ma la modalità per estrarle è più complessa o traumatica.

Queste cellule vengono trapiantate in numero adeguato per trattare patologie del sangue, come leucemie o linfomi, ma anche forme di anemia grave, come

86 GENTE

l'anemia mediterranea e le malattie metaboliche o dell'immunità. Il sangue del cordone ombelicale diviene quindi un materiale molto prezioso e attualmente può essere conservato. In Italia oggi è possibile, totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la conservazione del sangue di cordone a scopo allogeneico, cioè solo a disposizione della collettività in apposite banche pubbliche che ne permettono di garantire la conformità di requisiti di qualità e di sicurezza. Solo in casi particolari viene preso in considerazione, da una apposita commissione, la possibilità di una conservazione del sangue per uso dedicato, cioè finalizzato a situazioni particolari curabili con il trapianto di cellule staminali.

Non è invece consentito, in Italia, la conservazione del sangue cordonale a uso autologo, cioè per un possibile impiego per il neonato stesso.

Ci sono pure banche private

Per questi genitori che lo richiedono, circa 10.000 all'anno, e che scelgono perciò una conservazione a fini di assicurazione biologica del figlio, è consentita l'esportazione dei campioni per la conservazione in banche private operanti all'estero. Senza entrare approfonditamente nel merito, è chiaro che dal punto di vista etico, di equità e solidarietà, la banca pubblica nazionale, dove possano afferire tutte le donazioni di sangue da cordone ombelicale, resta il riferimento più logico anche riconosciuto dalle società scientifiche. Una opportuna informazione e comunicazione deve proprio tendere a far aumentare, almeno triplicare, le donazioni di sangue cordonale ora possibili.

Il sangue estratto dal collegamento tra il feto e la placenta è ricco di cellule staminali, una vera terapia per malattie gravi, come anemia, linfomi e leucemie

