

Enti locali. Soddisfatte le Regioni

La dote per la sanità sale a 108,8 miliardi

Paolo Del Bufalo

■ Riparto da 106,2 miliardi a tempo di record per il **Fondo sanitario** nazionale del 2012. Ieri le Regioni hanno concordato infatti in sole sei ore l'assegnazione delle somme (il fondo supera i 108,8 miliardi, ma 2,6 sono somme vincolate). «Le Regioni hanno dimostrato ancora una volta una grande coesione e un forte senso di responsabilità», ha commentato con soddisfazione il rappresentante dei governatori Vasco Errani (Emilia-Romagna).

L'accordo conferma l'impianto della divisione della torta decisa nel 2011 e riconosce quote aggiuntive alle Regioni che hanno registrato aumenti di popolazione. Per quest'anno, quindi, nessuna modifica ai vecchi criteri di divisione dei fondi: il riparto sarà basato soprattutto su età e numerosità della popolazione, rinviando il cambio di rotta chiesto da

alcune Regioni al 2013, primo anno del federalismo fiscale, a partire dalla deprivazione invocata dal Sud.

A guadagnare di più rispetto al 2011 (per tutte le differenze www.24oresanita.com) sono la Lombardia (350 milioni circa), il Lazio (poco meno di 200), l'Emilia-Romagna (150 circa), la Campania e il Veneto (entrambe 140 milioni in più).

Oggi i governatori incontreranno il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, con il quale discuteranno, oltre all'ok definitivo delle tabelle del riparto, anche di una parte delle risorse del fondo: 30-40 milioni necessari per garantire che tutte le Regioni ottengano un incremento rispetto al 2011. E daranno la loro disponibilità a discutere del «Patto per la salute 2013-2015», sempreché si chiarisca l'intreccio tagli-disponibilità per i prossimi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli importi non vincolati

La ripartizione per Regione del fondo. **Dati in mln di €**

Regioni	Riparto 2012	Regioni	Riparto 2012
Piemonte	7.978	Marche	2.787
Valle d'Aosta	225	Lazio	9.982
Lombardia	17.341	Abruzzo	2.383
Bolzano	865	Molise	575
Trento	918	Campania	9.895
Veneto	8.608	Puglia	7.028
Friuli	2.218	Basilicata	1.032
Liguria	3.054	Calabria	3.484
Emilia Romagna	7.902	Sicilia	8.674
Toscana	6.730	Sardegna	2.912
Umbria	1.622	Totale	106.214



Governo e Regioni trovano l'intesa sul fondo sanità

Ammonta a 108 miliardi di euro la somma del riparto del Fondo sanitario nazionale 2012. Una fumata bianca a tempi record: in meno di 6 ore le Regioni hanno raggiunto un accordo sulla suddivisione della somma, forse anche perché la cifra non era di molto superiore a quella destinata per il 2011, di 106 miliardi. Tempi straordinari se messi a confronto con le sedute degli ultimi anni, per le quali venivano spese giornate e nottate intere. «Oggi è stato fatto un ottimo lavoro, con grande responsabilità e ne sono molto soddisfatto». Queste le parole di commento del Presidente della Regione Piemonte Roberto Cota. Come il Presidente leghista, soddisfatti si sono detti anche l'assessore alla sanità Lombardia Luciano Bresciani e il Presidente della regione Lazio Renata Polverini: «L'incremento del 2%, pari a circa 200 milioni nel riparto per il 2012, è la risposta più appropriata alle tantissime polemiche strumentali ed inutili di questi giorni». Accanto all'entusiasmo però anche la preoccupazione per le risorse elargite che restano pur sempre limitate rispetto ai numerosissimi bisogni degli ospedali italiani. Ha infatti aggiunto il Presidente della regione Campania Stefano Caldoro: «La grande partita si apre l'anno prossimo con l'introduzione dei costi standard. Bisogna introdurre altri parametri, dalle patologie, all'attesa di vita, ai parametri socio-sanitari». Per gli ultimi dettagli è previsto per domani alle 13.00 un incontro delle Regioni con il **ministro della salute Renato Balduzzi**.

IRENE ELISEI



.....
sanità

Regioni, a tempo di record l'accordo sul riparto del Fondo

DA ROMA

Leri in un tempo record, in meno di 6 ore, le regioni hanno raggiunto l'accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2012, che quest'anno ammonta a 108 miliardi di euro. Un record perché da sempre l'intesa viene raggiunta dopo moltissime ore e spesso dopo qualche notte di veglia. Quest'anno, invece, complice il fatto che l'incremento del Fondo è limitato (lo scorso anno ammontava a circa 106 miliardi) e che dal prossimo anno scatteranno i costi standard, da applicare sulla base dei risultati di esercizio del 2011 secondo parametri indicati dal decreto legislativo sul federalismo fiscale, i governatori hanno convenuto sull'opportunità di trovare al più presto un accordo. Oggi incontreranno il ministro della Salute, Renato Balduzzi per definire gli ultimi dettagli tecnici. Tutti contenti, dunque (anche se preoccupati per le risorse limitate), a partire dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, che ha manifestato «grande soddisfazione perché si tratta di un accordo che abbiamo raggiunto grazie ad un lavoro approfondito e ad un confronto ampio, fondato sul senso di responsabilità di tutte le regioni e



Lo stanziamento sale da 106 a 108 miliardi di euro.

Ma il prossimo anno con i costi standard cambia tutto

testimoniato anche dalla rapidità con cui siamo riusciti a raggiungere l'intesa». «La grande partita – osserva però il governatore della Campania, Stefano Caldoro – si apre l'anno prossimo. Con l'introduzione dei costi standard bisogna introdurre altri parametri, dalle patologie, all'attesa di vita, ai parametri socio-sanitari». Ma è ottimista il coordinatore degli assessori alla Sanità, Luca Coletto che sottolinea: «Dall'anno prossimo si parte con i costi standard e questa sarà la chiave di volta per superare inappropriately e sprechi». «L'anno prossimo non sarà semplice», prevede in ogni modo l'assessore alla Sanità della Basilicata, Attilio

Martorano, che pertanto pensa che i maggiori introiti ricevuti dalla sua regione «serviranno a fare razionalizzazioni». Il governatore dell'Abruzzo, Giovanni Chiodi è soddisfatto perché l'accordo porterà 48 milioni di euro in più alla sua regione e perché si è tenuto conto della mobilità sanitaria passiva legata al post terremoto. L'assessore al Bilancio della Lombardia, Romano Colozzi, ha reso noto che la regione ottiene 350 milioni in più rispetto al 2011 grazie all'aumento della popolazione di 90mila persone.



Sanità. Le aziende private sono decisive per far marciare cliniche e ospedali ma sono a corto di liquidità

La Asl di Napoli paga dopo 1.596 giorni

RISCHIO FALLIMENTI

Il Servizio sanitario nazionale è un grande debitore, che onora le fatture sempre più tardi. Allarme al Sud: in Calabria ritardi di 993 giorni

Roberto Turno

ROMA

■ Dai **farmaci** alle siringhe, dalle lenzuola alle tac, dalle lavanderie alle farmacie, dai ferri chirurgici alle pulizie e all'igiene in corsia. Ovvero: come far marciare con mezzi e servizi (privati) la macchina pubblica della salute, ma non riuscire a passare all'incasso da parte di asl e ospedali sempre più col fiato corto di liquidità. Una situazione di sofferenza che complessivamente per le imprese che lavorano per il Ssn vale 40 miliardi di crediti insoluti, ha denunciato l'anno scorso la Corte dei conti. Con tempi medi d'attesa di un anno, che però si allungano sempre di più. Ma con punte regionali che in Calabria sono appena arrivati a 993 giorni e con casi da record (negativo) mondiale: la Asl del centro di Napoli rimborsa i suoi fornitori di prodotti biomedicali dopo 1.596 giorni (4 anni, 4 mesi e 15 giorni). Mentre, chissà come e perché, la asl 3 dell'alto Friuli ce ne mette soltanto 61: solo in Germania si riesce a fare meglio.

È la sanità pubblica il primo e più grave nervo scoperto per le imprese che vantano crediti rimasti impigliati nei gironi infernali del "non pagherò mai" della pubblica amministrazione. Segno delle sofferenze finanziarie e di cassa sempre più pesanti che affliggono asl e ospedali e i sistemi regionali che proprio alla sanità dedica-

no mediamente il 73% dei propri bilanci. Un grande debitore, il servizio sanitario nazionale, che onora le fatture sempre più tardi. Col Sud che sta diventando un pagatore impossibile, soprattutto nelle regioni commissariate (Campania, Calabria, Molise, Abruzzo) e sottoposte dal Governo a severi piani di rientro dai deficit miliardari accumulati in anni e anni di gestione allegre. Risultato: in queste aree, mentre (con risultati non sempre positivi) si cerca di tagliare e di tirare la cinghia della spesa sopra le righe, intanto mancano i mezzi finanziari per pagare i debiti ai fornitori. E così la catena dei ritardi di pagamento alle imprese continua ad allungarsi, con effetti che si ripercuotono anche sugli assistiti e sui contribuenti, che proprio nelle regioni in deficit devono pagare più Irpef e più Irap. Ma anche più ticket.

E intanto le imprese, già nella morsa del credit crunch, falliscono o lasciano il campo in Italia. Le multinazionali hanno un motivo in più per non investire. E per le aziende piccole e medie il danno è doppio: andare avanti sta diventando impossibile, per loro c'è lo spettro del fallimento e per i loro dipendenti della disoccupazione.

«Non siamo ancora arrivati al livello di sospendere le forniture perché ci rendiamo conto che porterebbe disagi ai pazienti che devono stare fuori da tutto questo, ma confidiamo che le istituzioni si rendano conto della situazione», afferma il presidente di **Farmindustria**, **Massimo Scaccabarozzi**. Le stime di Prometeia sono da brivido: i ritardati pagamenti in Italia comportano

un gap di competitività e di potenziali investimenti perduti in **farmaceutica** valutato in 5 miliardi verso la Germania, 3 miliardi nei confronti della Gran Bretagna, 2,1 sulla Francia e di 800 milioni sulla Spagna. Quando in Italia le imprese **farmaceutiche** incassano le fatture, in Germania i loro crediti sono stati saldati quattro volte. Solo la Grecia fa peggio di noi. Non è un caso, aggiunge **Scaccabarozzi**, che «il problema dei crediti è all'attenzione delle corporation internazionali, comprese quelle a capitale italiano».

Uno scenario da tempo condiviso da Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica (industrie biomedicali): «Per noi ormai è questione di vita o di morte, soprattutto per le piccole e medie imprese, mentre tra le multinazionali cresce la voglia di delocalizzare». Lasciare l'Italia, trovare riparo in mercati più sicuri. Non è un caso che tra i progetti di Assobiomedica sia spuntato anche quello di sospendere l'assistenza alle macchine e, come ultima spiaggia, di bloccare le forniture. Come dire, la paralisi della sanità pubblica. E per i malati, anzitutto. Chissà se ora il progetto del Governo per sbloccare almeno in parte i debiti verso i fornitori privati fermerà anche le proteste estreme.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

4 miliardi

Industrie farmaceutiche

Il valore dello scoperto. Tempi medi pagamento 240 giorni; punta di 687 giorni in Molise e Calabria, tempi più veloci in Friuli con 84 giorni

5,5 miliardi

Industrie biomedicali

Il valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento di 317 giorni; punta di 993 giorni in Calabria, tempi più veloci in Trentino con 91 giorni

1 miliardo

Servizi di sterilizzazione

Valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento: 240 giorni; punta di 470 in Calabria, in Lombardia-Friuli e Valle d'Aosta sotto i 100 giorni

1,4 miliardi

Farmacie

Valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento Crotona (Calabria): 8 mesi



La colpa è sempre degli amministratori

Leoluca Orlando, presidente della Commissione parlamentare sugli errori sanitari. «C'è soprattutto un problema strutturale od organizzativo».

«**D**a quanto denunciato sulla stampa, la situazione in cui versa il Pronto soccorso dell'Ospedale San Camillo di Roma è oltre il limite della decenza. Detto questo, però, è importante capire se vi sia una correlazione tra gli episodi denunciati e le implicazioni derivanti dall'attuazione del piano di rientro, ossia dal risanamento del bilancio. Inoltre, chiederemo alla presidente della Regione Lazio Polverini se la situazione di sovraffollamento o altre disfunzioni di carattere organizzativo e gestionale fossero già state in precedenza segnalate dai responsabili delle strutture interessate e quale risposta sia stata fornita loro dalla Regione». A parlare è l'onorevole **Leoluca Orlando**, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e i disavanzi sanitari regionali. La commissione ha preso in esame una casistica di oltre 500 episodi di malasantità, disfunzioni e problemi di organizzazione legati al sistema sanitario italiano.

– Roma e il Lazio sono la “maglia nera”?

«La Regione Lazio è fra quelle con più criticità. Ma non è la peggiore. La maglia nera è la Calabria. Il caso calabrese è emblematico: è la Regione col record di medici ma anche di pazienti che vanno al Nord».

– E dopo la Calabria?

«Ci sono in ordine Sicilia, Lazio, Campania, Puglia. Sono tutte Regioni con un pesante disavanzo. Non è vero che chi più spende meglio spende. Sono drammatiche, ad esempio, le condizioni del Pronto soccorso del Cardarelli di Napoli, così come al Loreto Mare, dove i pazienti parcheggiati in barella nei corridoi sono una costante e i dirigenti denunciano, da mesi, sovraccarico di lavoro e carenza di organico. Alla Polverini

chiederemo che relazione c'è fra le disfunzioni dei reparti d'emergenza e il taglio dei servizi sanitari fuori città e nelle periferie cittadine».

– Che significa?

«Significa che, nelle scelte relative al piano di rientro, cioè al risanamento del bilancio, deve restare prioritaria l'attenzione per la tutela del diritto alla salute dei cittadini. Troppo spesso, per far quadrare i conti, si effettuano tagli di personale e posti letto».

– Insomma, non sempre è colpa di medici e sanitari...

«Quasi mai. Errori e disfunzioni sovente sono da attribuire non tanto a imperizie da parte degli operatori sanitari, quanto ad anomalie funzionali e amministrative. La casistica ci dice che nel 99 per cento dei casi il “chi” dell'errore medico-sanitario non coincide col “perché”. Quasi sempre c'è un problema organizzativo o strutturale. Mi spiego: se il medico entra in sala operatoria ubriaco e sbaglia, il responsabile dell'errore e la sua causa coincidono. Ma se il “118” interviene in ritardo perché non ha mezzi sufficienti, la colpa non è del pilota dell'elisoccorso. È un problema di risorse e di organizzazione».

– Perché le situazioni più gravi riguardano i servizi d'emergenza?

«Il Pronto soccorso è il luogo di connessione fra il territorio e l'ospedale. Ma oggi l'ingresso si è dilatato e l'uscita, ossia l'accesso al reparto, si è fortemente ridotta. Perciò è di-

ventato il termometro della situazione del nostro sistema sanitario. Tanti vi si rivolgono perché manca il servizio sul territorio. I tagli di spesa a Roma, come a Palermo, o a Napoli sono stati operati senza tener conto del servizio al cittadino».

– Qual è la radice del problema?

«La risposta sarebbe complessa. Ma in sintesi possiamo dire che l'idea di “aziendalizzazione” le strutture sanitarie trattandole come fossero imprese ha portato a pesanti distorsioni. È da rivedere il modello, che oggi è basato fondamentalmente su quello assicurativo-sanitario statunitense. Ormai sembra importante solo che i conti tornino. Non è così. Conta cosa si taglia. Eliminare certi servizi è inaccettabile».

L.S.

Attesa media per visita specialistica

NUMERO DI MESI

Urologia	12
Oculistica	8
Cardiologia	7,5
Ortopedia	6

Attesa media per intervento chirurgico

NUMERO DI MESI

Chirurgia plastica ricostruttiva	13,5
Maxillo facciale	13
Protesi d'anca	9
Ipertrofia prostatica	8,5

Presunta disfunzione e sicurezza delle strutture

NUMERO DI MESI

Presunti errori diagnostici e terapeutici	58,9%
Disattenzione del personale sanitario	12,6%
Infezioni nosocomiali	6,6%
Condizioni delle strutture	17,8%
Sangue infetto	3,8%

Fonte: Rapporto 2011
"Diritti al taglio" del Tribunale
diritti del malato-Cittadinanzattiva.
I dati sono relativi all'anno 2010.



→ **Sono 485** quelle censite. Ieri la Quinta giornata mondiale

→ **Intergruppo** parlamentare. Chiesto al governo un intervento

Malattie rare, in Italia ne soffrono circa due milioni di persone

Le malattie colpiscono non più di 5 individui su 10mila, in maggioranza riguardano il sistema nervoso e gli organi di senso. In Italia ci sono 485 malattie censite secondo elenchi fermi a prima del 2008 e due milioni di malati.

DELIA VACCARELLO

ROMA

Urge una «buona politica» per le malattie rare. «Dinanzi alla commissione di invalidità il genitore di un ragazzo "raro" si sente sotto processo: poiché la malattia non è riconosciuta scatta subito il sospetto che si tratti di un falso invalido». «Quando hai una malattia rara vieni rimandato di medico in medico, in un giro delle sette chiese senza speranza». Sono alcune delle testimonianze di genitori e di persone affette da quelle malattie che colpiscono non più di 5 individui su 10mila e che in buona parte riguardano il sistema nervoso e gli organi di senso. In Italia ci sono 485 malattie censite secondo elenchi fermi a prima del 2008 e due milioni di malati che, in aggiunta alle sofferenze della patologia, vivono confusione, frustrazione, isolamento come è stato ricordato ieri in occasione della Quinta giornata mondiale delle malattie rare dal tema «La forza dello stare insieme».

Secondo il ministro della Salute **Renato Balduzzi** una giornata utile a far sentire il bisogno di «un serio lavoro di rete, che veda coinvolti soggetti isti-

tuzionali, centri di ricerca, famiglie e associazioni». Di fatto, una giornata «per fare pressione». A mancare è una sana politica che riesca a raccordare le esigenze dei malati con gli interventi che servono davvero. Per ascoltare le necessità di pazienti e familiari e sollecitare il governo affinché scelga bene, è stato battezzato ieri l'Intergruppo parlamentare per le malattie rare coordinato dalle senatrici Paola Binetti ed Emanuela Baio, che conta già 23 adesioni al Senato e circa una quarantina alla Camera.

A precedere l'iniziativa l'approvazione in gennaio di una mozione ad hoc presentata da Paola Binetti che ha chiesto precisi impegni all'esecutivo. Tra le priorità: aggiornare l'elenco delle malattie rare, inserendo 109 patologie che sono a tutt'oggi reali ma «fantasma» perché citate in un Decreto del Presidente del consiglio dei ministri del marzo 2008 mai entrato in vigore; istituire un fondo mirato per garantire che i cosiddetti **farmaci** «orfani», cioè quelli che servono per diagnosticare o curare una malattia considerata rara, siano a carico del Servizio sanitario nazionale; adottare un piano nazionale che possa assicurare prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e riabilitazione ai pazienti, garantendo un equo accesso a tutti. Su questo fronte, il Pd con Margherita Miotto ha chiesto al ministro di intervenire con un decreto. ♦



NELLA VENDITA *Parafarmacie e farmacie più libere*

DI MARILISA BOMBI

Libertà di orario anche per le farmacie che potranno rimanere aperte anche in fasce orarie diverse dall'orario obbligatorio; parità di accesso al concorso per soli titoli per l'assegnazione di nuove sedi farmaceutiche sia per i titolari di sedi rurali sia di quelle in soprannumero, ma anche per i titolari o dipendenti delle parafarmacie. Agevolazioni per gli under 40 che decideranno di partecipare al concorso in forma associata. Il numero di nuove sedi sarà determinato ogni due anni, sulla base dei dati della popolazione rilevati dall'Istat e sarà il Comune, sentita l'Asl e l'ordine pro-

fessionale, ad individuare la zona più idonea ad ospitare l'eventuale nuova farmacia. La prossima verifica dovrà essere fatta entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del dl 1/2012. Sul servizio di distribuzione dei farmaci nel suo complesso, la Commissione Senato riscrive l'intero articolo 11 del decreto legge 1/2012 e decide di fare un passo avanti verso il potenziamento della rete attraverso una efficace distribuzione sul territorio mediante una sostanziale riforma della disciplina del settore attualmente contenuta nella legge 475/1968.

FARMACIE. *Passa, quindi, da 5.000 a 3.300 abitanti il rapporto ottimale tra la popola-*

zione di un comune ed una farmacia, anche se, a dire il vero, la Commissione Senato ha ritoccato del 10 per cento la scelta del Governo che aveva originariamente previsto il rapporto ottimale di uno a 3 mila.



PARAFARMACIE. *Le novità più rilevanti, secondo quanto emerge dalla lettura dell'emendamento sostitutivo dell'articolo 11 del decreto legge 1/2012 votato dalla Commissione Senato, sono indubbiamente quelle che riguardano il settore delle parafarmacie istituite con il decreto legge 223/2006. Per queste, infatti, sarà d'ora innanzi consentito l'allestimento di preparazioni galeniche officinali, anche se limitatamente a sostanze che non prevedono la presentazione di ricetta medica e previo adeguamento dei locali alle prescrizioni tecniche che saranno individuate da un decreto ministeriale.*



Pronto Qnexa, il nuovo **farmaco** anti-obesità
 Presto il sì della Food and Drug Administration

Dieta

Se una pillola ordina al cervello di perdere peso

Dopo la bocciatura di due anni fa l'azienda farmaceutica ha accettato che sia somministrata solo su ricetta medica

Per gli esperti dell'istituto i rischi per la salute connessi al grasso eccessivo sono peggiori di quelli della pasticca

DAL NOSTRO INVIATO
ANGELO AQUARO

NEW YORK

Ci abbiamo messo milioni di anni per allenare il nostro corpo a non soccombere alla fame. Ma abbiamo impiegato l'ultimo secolo per abbattere quella difesa che l'evoluzione — troppa grazia — ci aveva regalato: il grasso. L'attesa è finita: arriva la prima pillola che ci renderà più leggeri. Addio obesità. L'annuncio è più che storico. Il mondo aveva davvero bisogno di quest'attesissima pasticca dimagrante. Non solo perché soltanto in America gli obesi sono il 35 per cento e i sovrappeso il 33. Ma anche perché l'unica pillola finora approvata dalla sanità Usa ha il poco simpatico effetto collaterale di stimolare i rumori di fondo. E qualcosa di più: vi sembra così strano che Xenical, l'unica pillola finora autorizzata, non sia riuscita a fare breccia nei tormentati dalla ciccia?

Intendiamoci: gli scaffali di farmacie e perfino supermercati sono pieni di pasticche che in realtà non sono altro che aiutini per la dieta. Ma qui parliamo invece della pillola anti-obesità vera e propria. Che per la prima volta in un decennio — Xenical fu approvata nel 2007 — sembra a portata di mano. I saggi della Food and Drug Administration hanno dato in questi giorni il via libera all'attesissima Qnexa. Il sì definitivo è atteso per metà aprile. Ma l'istituto ha quasi sempre vidimato il parere dei suoi saggi. Che appena due anni fa avevano peraltro bocciato la stessa pillola. Accusata di provocare pensieri

suicidi, pericolosissime palpitazioni al cuore, perdita della memoria e perfino rischi di deformazione perineonati. Com'è riuscita Vivus, la piccola compagnia di Mountain View, la città nella Silicon Valley dove è di casa Google, a fare cambiare idea ai saggi?

Si è impegnata a fare nuove ricerche, ad accettare che la pillola sia somministrata solo su ricetta medica, a sconsigliarla alle donne incinta o che pensano di restarci. Ma soprattutto ha colto l'attimo: la giuria degli esperti ha giustificato il cambiamento di opinione sostenendo che l'obesità, con tutti i disturbi che comporta dal diabete al cuore, è un pericolo peggiore dei rischi della pillola. Non è neppure un caso che Qnexa sia solo la prima di altre due pasticche in attesa di giudizio: l'emergenza grasso è ormai troppo grossa, la pasticca non può più attendere. Ma come funziona?

David Katz della Yale University ricorda all'*Associated Press* che l'uomo «non ha difese naturali contro l'ingrassamento perché nella nostra storia evolutiva non ne avevamo mai avuto bisogno: avevamo dovuto lottare invece col problema opposto — la difficoltà di trovare da nutrirsi — ed è per questo che abbiamo sviluppato difese naturali contro la fame». Per milioni di anni, insomma, il corpo umano è stato programmato per immagazzinare l'energia preziosa delle calorie nei grassi: è solo nell'ultimo secolo e mezzo che l'Occidente ha scoperto il problema contrario.

Le prime pillole per dimagrire hanno così cercato di velocizzare il metabolismo: cioè la capacità di bruciare le calorie e quindi il



peso. Il dinitrophenol era un ritrovato chimico utilizzato negli anni '30, ma causava febbre ed era anche tossico, e proprio il suo boom portò gli Usa a inventare la Food and drug administration. Gli anni '50 hanno visto l'esplosione delle anfetamine, che acceleravano il metabolismo e toglievano l'appetito, però aumentavano pericolosamente la pressione e in più producevano dipendenza: per questo oggi sono usate solo per periodi non più lunghi di 12 settimane. La rumorosissima Xenical, invece, è basata sull'orlistat, un **farmaco** ottenuto dal lipstatin, che è un potente inibitore naturale: la pillola infatti agisce bloccando l'assorbimento

del grasso. Ma la nuova frontiera della medicina punta dritto al nostro centro di comando: il cervello.

La nuova Qnexa è la combinazione di due vecchi **farmaci**. Proprio un'anfetamina, il phentermine, che è già approvata per la perdita di peso per brevi periodi, e il topiramato, che viene usato come antiepilettico: l'anfetamina sopprime l'appetito mentre l'antiepilettico agisce sul cervello dando un senso di sazietà. Domanda: ma se tutto dipende dal cervello, non basterebbe un po' più di volontà? Assolutamente sì. Peccato che il grasso, in tutti noi, è solo lì che non cola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

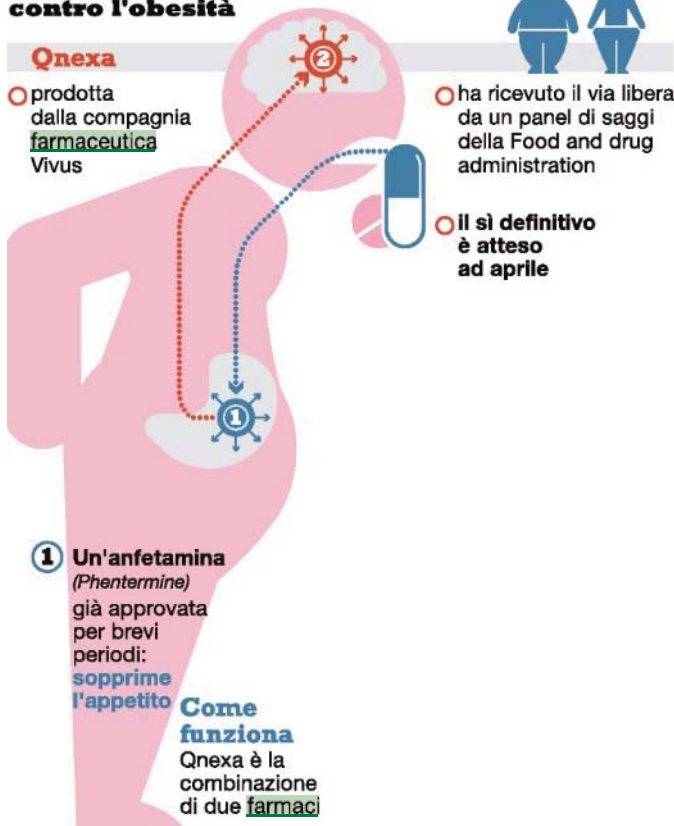
La battaglia per la pillola contro l'obesità

Qnexa

○ prodotta dalla compagnia farmaceutica Vivus

○ ha ricevuto il via libera da un panel di saggi della Food and drug administration

○ il sì definitivo è atteso ad aprile



1 Un'anfetamina (Phentermine) già approvata per brevi periodi: **sopprime l'appetito**

Come funziona
Qnexa è la combinazione di due **farmaci**

2 Un antiepilettico (Topiramato)

agisce sul cervello dando un **senso di sazietà**

2 anni fa la pillola era stata bocciata dalla Fda
Accusata di provocare anche:

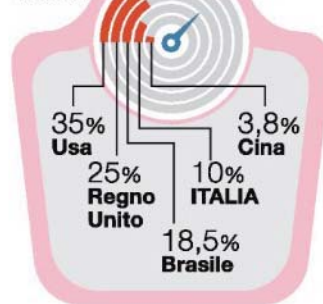
- pensieri suicidi
- palpitazioni al cuore

La compagnia **farmaceutica** si è impegnata a fare nuove ricerche

Ora ha accettato che sia somministrata su ricetta

La sconsiglia a donne incinta o che pensano di avere un figlio

Adulti obesi



5 milioni di italiani obesi

20 milioni di italiani in sovrappeso

8,3 miliardi di euro il costo dell'obesità per lo Stato

g.granati@repubblica.it