

# CorriereSalute

LE PAGINE DEL VIVERE BENE

[www.corriere.it/salute](http://www.corriere.it/salute)

## FACCIAMO TUTTI LA NOSTRA PARTE

di SILVIO GARATTINI\*

**Non solo medici  
e farmacisti,  
ma ogni cittadino  
deve segnalare  
gli effetti avversi**

**N**on ci sono **farmaci** innocui. Quando si parla di sicurezza si intende che la tossicità di un **farmaco** è accettabile in vista dei benefici attesi. Si deve mettere in conto qualche danno per il nostro organismo nella speranza di ottenere qualche vantaggio. Questa è la realtà, però il sistema **farmaceutico** è orientato a enfatizzare i benefici. Quando attraverso gli studi clinici si valuta un nuovo **farmaco**, il protocollo è orientato a trovare le condizioni ideali per dimostrare i benefici. Infatti la numerosità dei pazienti non è tale da permettere di valutare gli effetti tossici, soprattutto i più rari. La reale tossicità si può stabilire solo dopo molti anni dall'entrata in commercio e talvolta accade che un **farmaco** venga ritirato dopo aver procurato più danni che vantaggi. È più facile pubblicare dati positivi che negativi. Ricercare i benefici dà notorietà e visibilità attraverso i mass-media. La ricerca della tossicità è invece considerata di «serie B». Poche risorse sono disponibili per valutare gli effetti collaterali. Si studia molto il sinergismo tra **farmaci** per ottenere maggiori benefici; ma si fa poco per sapere se le interazioni possano aumentare gli effetti indesiderati. Di rado si trovano fondi per la farmacovigilanza "attiva", cioè per raccogliere gli effetti tossici e per distinguere quelli dovuti alla malattia che si vuol curare, oppure al caso, rispetto a quelli determinati dal **farmaco**. È un compito difficile perché raramente si è in presenza della somministrazione di un solo **farmaco** per una sola malattia. L'aumento della durata di vita, cui le medicine hanno molto contribuito, ha determinato spesso la presenza di polipatologie e l'impiego contemporaneo o in successione di molti **farmaci**. La raccolta degli effetti tossici dipende largamente dai rapporti spontanei. Sono medici, infermieri e gli stessi pazienti che informano l'Aifa, l'Agenzia Italiana del **Farmaco**, sugli effetti tossici. Ma i dati così raccolti sottostimano la realtà. Bisogna creare condizioni adatte ad aumentare i rapporti spontanei. Un impegno di tutti in questo senso consentirebbe di essere tempestivi nell'eliminare dal mercato i **farmaci** con un rapporto beneficio-rischio negativo.

\* Direttore Istituto Mario Negri, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# CorriereSalute

LE PAGINE DEL VIVERE BENE

[www.corriere.it/salute](http://www.corriere.it/salute)

## Farmaci sorvegliati speciali

Allungano la vita e la migliorano.  
Ma hanno anche effetti collaterali,  
che però possono essere ridotti.  
In due modi: usandoli meglio  
e partecipando direttamente  
alla «farmacosorveglianza»

Servizio di Elena Meli  
alle pagine 46-47

## dossier medicina

servizio di ELENA MELI

**Effetti collaterali** Molti pensano che, se una medicina è approvata, sia anche sicura. Ma bisogna sempre fare i conti con i cosiddetti «eventi avversi»

## Farmaci necessari ed efficaci Ma solo se si prendono bene

L'uso appropriato riduce fino al 70% i problemi

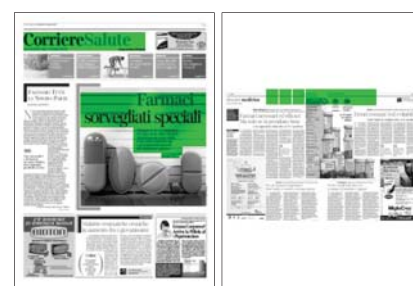
In Veneto, con i **farmaci** sono stati distribuiti anche i moduli per la farmacovigilanza

**S**e oggi tantissimi tagliano il traguardo della "quarta età" in buona salute è anche grazie ai **farmaci**, che ci hanno allungato e migliorato la vita. Ma, proprio perché

non sono "acqua fresca", non sono privi di effetti collaterali. Peccato che, secondo una recente indagine Usa, più del 33% delle persone creda che, se una medicina è approvata, debba essere certamente sicura. «Quando si mette in commercio un **farmaco**, questo funziona ed è ben tollerato in una buona quota di pazienti, ma non sempre e comunque — commenta Stefano Vella, direttore del Dipartimento del **farmaco** all'Istituto Superiore

di Sanità —. Inoltre, il peso degli effetti collaterali è più o meno accettabile sulla base di ciò che si vuole curare: se un me-

dicinale serve a eliminare la febbre non si tollera che induca vomito, ma lo si può sop-



portare se si tratta di un **farmaco** anticancro».

Detto ciò, la questione effetti collaterali preoccupa: secondo alcune stime, le reazioni avverse ai medicinali provocano dal 2 al 6% degli accessi ai Pronto soccorso e il 10% dei pazienti ricoverati in ospedale si ritrova alle prese con un effetto collaterale. La buona notizia è che oltre la metà di questi inconvenienti si potrebbe evitare, come ha appena dimostrato un'indagine svedese; negli anziani la possibilità di scongiurare incidenti supera il 70%. Per giunta, gli eventi avversi evitabili sono quelli più gravi.

Così, negli ultimi tempi, si rincorrono i tentativi di mettere a punto metodi per prevedere gli eventi avversi: al Children's Hospital di Boston hanno costruito un modello matematico, il *Predictive Pharmacosafety Network*, che sembra in grado di azzeccare anche gli effetti collaterali più inusuali e rari dei **farmaci** prima che vengano messi in commercio; alcuni ricercatori di Stanford hanno appena pubblicato due database, l'*Offside* e il *Twosides*, utilissimi per conoscere in anticipo reazioni avverse e interazioni. «Gli effetti collaterali sono un problema con cui dovremo sempre convivere, anche perché usiamo un numero sempre maggiore di principi attivi, che aumentano le possibilità di interferenze e reazioni indesiderate — commenta Achille Caputi, della Società Italiana di Farmacologia —. Lo strumento per indagare gli effetti collaterali è la farmacovigilanza: pazienti, medici e farmacisti, comunicando reazioni insolite, aiutano a capire meglio i profili di sicurezza dei principi attivi».

Il tasso di segnalazioni al sistema di farmacovigilanza sta crescendo e sono stati avviati progetti per coinvolgere di più i cittadini: in Veneto, ad esempio, i moduli per comunicare

un evento avverso sono stati distribuiti dai farmacisti assieme ai medicinali. «Nel dubbio meglio una segnalazione in più che sottovalutare un evento avverso — sintetizza Alessandro Nobili, farmacologo dell'Istituto Mario Negri di Milano —. Soprattutto nelle prime settimane di somministrazione di un nuovo medicinale, è opportuno fare attenzione a ciò che è insolito, anche se non è segnalato nel foglietto illustrativo: la realtà è diversa dalle sperimentazioni, nelle quali i pazienti non sono tantissimi e prendono solo il **farmaco** in esame».

I rischi maggiori li corre infatti chi assume più di un **farmaco**, perché all'aumentare del "mix" cresce la probabilità di interazioni, ma anche chi ha deficit nella funzione di organi come reni o fegato, oppure gli anziani, perché oltre a prendere spesso molte medicine, hanno un metabolismo che "scricchiola". Più esposti anche i pazienti con malattie croniche che, paradossalmente, possono andare incontro a effetti collaterali perché smettono di prendere un **farmaco** importante, dall'antipertensivo all'ipoglicemizzante.

Accanto alle reazioni avverse dovute al **farmaco** in sé, infatti, c'è il lungo capitolo dei guai che derivano dalla mancata aderenza alle cure e dagli sbagli nel prendere i medicinali. «Per ridurre al minimo il rischio occorre educare il paziente perché sappia gestire in prima persona la sua malattia, ma serve anche una guida coordinata da parte di medici di base, ospedalieri e specialisti — interviene Roberto Raschetti, direttore dell'Unità di farmacoepidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità —. Per questo ci può aiutare l'informatica: molti medici di famiglia usano cartelle cliniche digitali con sistemi che allertano se una prescrizione "si scontra" con i **farmaci** già as-

sunti dal paziente. Allo stesso modo, in ospedale i "carrelli elettronici" per dispensare le medicine riducono le possibilità di sbagliare». Gli algoritmi elettronici per individuare possibili interazioni o errori di prescrizione in base alle caratteristiche del paziente iniziano a essere numerosi: la Comunità Europea, ad esempio, ha finanziato con oltre sette milioni di euro il progetto PSIP (*Patient Safety through Intelligent Procedures in medication*), che negli ospedali danesi, francesi e bulgari ha consentito di ridurre del 20% gli eventi avversi. «Però, non è opportuno delegare tutto (o troppo) agli strumenti — avverte Nobili —. Dietro a ciascuna prescrizione ci deve essere sempre la valutazione del medico che ogni volta consideri l'età del paziente, le sue condizioni, le precedenti reazioni avverse, stabilisca il grado di rischio di effetti collaterali e quindi prescriva i **farmaci** più importanti, sostituendo o modificando l'assunzione di alcuni, se necessario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Proposte

### Modi diversi di evitare gli sprechi

**Prendereste un **farmaco** «riciclato»? Lo hanno chiesto a mille inglesi esperti del National Health Service: l'idea è raccogliere i medicinali scaduti, valutare se funzionano ancora e immetterli di nuovo sul mercato a costo ridotto. Solo il 20% degli intervistati ha detto che non li prenderebbe. «Occorre molta prudenza, ma sarebbe un modo per ridurre gli sprechi — commenta Stefano Vella dell'Istituto Superiore di Sanità —. Sono comunque meritevoli iniziative come quella del Banco Farmaceutico, che raccoglie medicinali che stanno per scadere per distribuirli ai meno abbienti».**

## Il modulo per la farmacovigilanza

Sul sito [www.farmacovigilanza.org](http://www.farmacovigilanza.org) c'è una sezione con le istruzioni per segnalare gli effetti collaterali alle Asl di competenza: qui sotto uno schema riassuntivo del modulo scaricabile dal sito

### Effetti indesiderati da farmaci *(da compilarsi a cura del cittadino)*

- 1 Quale reazione indesiderata ha osservato?
- 2 Quando?
- 3 Quanto è durata?
- 4 Quali medicinali stava prendendo?
  - a) fiale
  - b) supposte
  - c) uso locale
  - d) per bocca
- 5 Quante volte al dì?
- 6 Da quanto tempo?
  - a) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_ e) \_\_\_\_\_
  - c) \_\_\_\_\_
- 7 Per quale disturbo?
- 8 Il **farmaco** le è stato prescritto dal medico?
 

SI  No
- 9 L'aveva già preso in passato?
 

SI  No
- 10 Ha mai avuto la stessa reazione?
 

SI  No
- 11 Con quale medicinale?
- 12 Chi è il suo medico curante?  
*(cognome, nome, indirizzo e telefono)*
- 13 Lo ha informato?
 

SI  No
- 14 Come è stata curata la reazione?
 

	SI	No
sospeso il medicinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ridotta la dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 15 Adesso la reazione è scomparsa?
 

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> completamente
<input type="checkbox"/> Non del tutto	<input type="checkbox"/> No

USL n. \_\_\_\_\_

Indirizzo e n. tel. del paziente \_\_\_\_\_ FIRMA

Osservazioni del medico della USL a cui viene riferito il caso: \_\_\_\_\_ FIRMA



La media degli effetti collaterali indicati dai foglietti illustrativi

Fonte: Duke et al, Archives Internal Medicine maggio 2011



La quota di persone che è particolarmente vulnerabile agli effetti collaterali (perché anziano, con deficit d'organo, con molte patologie)

Fonte: Guthrie et al, BMJ 2011

## Le 10 regole da seguire sempre



Salute

# dossier medicina

servizio di ELENA MELI

**Over 65** Più reazioni indesiderate perché fegato e reni funzionano meno

## Per gli anziani è importante bere molto e curarsi a stomaco pieno

**L**a scorsa estate fece scalpore uno studio che dimostrava come molti **farmaci** usati spesso dagli anziani (per cuore, pressione, dolore, glaucoma) riducano l'acetilcolina nel cervello, un neurotrasmettitore importante per le funzioni cognitive: poiché gli anziani spesso e volentieri sono esposti a cocktail di molti di questi principi attivi, l'effetto collaterale possibile sarebbe un'accelerazione verso il declino cognitivo. Un (ennesimo) motivo in più per essere cauti quando si danno **farmaci** agli over 65, che, purtroppo, secondo le stime, sono vittime di prescrizioni inappropriate nel 12-40% dei casi. Un problema ben noto anche ai medici di base, come spiega una ricerca condotta nell'Azienda Sanitaria di Parma, secondo cui il 75-80% dei dottori ritiene pericolosi per gli anziani i mix di numerosi **farmaci** e le possibili interazioni fra loro. Però, denuncia l'indagine, c'è ancora carenza di informazioni e conoscenze per esser certi di ridurre al minimo i rischi. «Il pericolo di reazioni avverse negli anziani aumenta anche perché con l'età diminuisce la funzionalità di organi come i reni o il fegato, coinvolti nel metabolismo dei **farmaci**. Questo, associato all'uso di parecchi medicinali, accresce la probabilità di effetti collaterali — osserva Giuseppe Paolisso, presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria —. In un sistema così "fragile", il modo per ridurre i rischi è prescrivere solo i medicinali necessari e per il tempo strettamente indispensabile». I medicinali a cui si deve stare più attenti

sono quelli che spesso gli over 65 prendono senza neanche parlarne al medico: gli antinfiammatori, non di rado usati assieme ad altri analgesici per combattere i dolori dell'artrosi, e gli ansiolitici come le benzodiazepine, presi (a sproposito) per dormire. «Entrambi possono provocare numerosi effetti collaterali, rispettivamente, ad esempio, ulcere o problemi di orientamento e stabilità — dice Paolisso —. Anche con i **farmaci** cardiovascolari, molto usati dagli anziani, occorre cautela e attenzione ai dosaggi che spesso vanno ridotti rispetto alle indicazioni standard: una delle principali cause di errore nelle prescrizioni infatti è considerare gli over 65 come "adulti", scegliendo le stesse posologie. Ma il pericolo più grande è il fai da te: l'automedicazione non è mai opportuna in un anziano». Peraltro, con l'andare degli anni, alcune modifiche nelle abitudini possono incidere sull'assorbimento e quindi sugli effetti dei medicinali: «Gli anziani bevono meno, perché sentono meno il senso di sete. Una ridotta idratazione, però, peggiora la funzione renale e aumenta la pericolosità dei **farmaci** — spiega il geriatra —. Allo stesso modo, il tratto gastrointestinale tende ad assorbire in minor misura i medicinali e questo può portare a una riduzione nei loro effetti. Anche per questo nell'anziano è fondamentale stare attenti alle modalità di assunzione: soprattutto, mai prendere i medicinali a stomaco vuoto, perché la mucosa è più fragile e più sottoposta a danneggiarsi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

# dossier medicina

servizio di ELENA MELI

**Rischi** Scambi di pillole, dimenticanze e spesso pericolosi «fai da te»

## Errori comuni (ed evitabili)

Tanti i malati che sbagliano dosi o se le autoriducono

”

Mai assumere un medicinale solo perché lo si è usato in passato per sintomi simili

”

Bisogna riferire al medico tutto quello che si sta utilizzando, erbe comprese

Una ricerca americana di qualche tempo fa ha segnalato che in media, sui "bugiardini" dei medicinali, sono elencati settanta effetti collaterali. Avventurarsi in una terapia parrebbe perciò materia da coraggiosi, e i pazienti ne sembrano coscienti: un'indagine condotta in Australia su 4 mila persone ha dimostrato che la consapevolezza dei rischi connessi ai farmaci negli ultimi 10 anni è aumentata. Purtroppo, non è cresciuta di pari passo la nostra "bravura" nel prendere le medicine come si deve: tuttora gli errori si sprecano, con la maggioranza dei malati che sbaglia i dosaggi o li "aggiusta" da sé, combina guai nel conservare i medicinali, li prende senza chiedere consiglio al medico.

«Il fai da te è senza dubbio

lo sbaglio più frequente e accade soprattutto con i medicinali da banco che, non richiedendo la ricetta, vengono percepiti a torto come innocui — osserva Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco all'Istituto Superiore di Sanità —. Invece dovremmo sempre consultarci col medico, informandolo anche di quello che stiamo eventualmente assumendo, comprese le erbe, tutt'altro che inoffensive: contengono sostanze chimiche che possono "fare a pugni" con certi farmaci. Altro errore tipico, prendere un medicinale perché lo abbiamo in casa e lo abbiamo usato in passato per sintomi simili: non è detto che sia di nuovo il più adatto, senza contare che potremmo averlo conservato male».

Un grande classico è rappresentato dalla valigetta coi farmaci piazzata nel bagagliaio dell'auto in estate: difficile che non si superino temperature roventi, che pregiudicano la qualità dei principi attivi. «Sciropi, soluzioni, pomate e unguenti sono più deperibili delle compresse in blister — spiega Alessandro Nobili, farmacologo dell'Istituto Mario Negri di Milano —. Dopo averli usati, bisogna chiuderli bene e tenerli al riparo da luce, fonti di calore, sbalzi di temperatura e umidità (l'armadietto nel bagno non è sempre una buona idea: meglio un mobile in camera, inaccessibile ai bambini, ndr). In genere, un farma-

co mal conservato non diventa tossico, casomai inutile: questo, però, può essere rischioso in certi casi, per cui è sempre opportuno assicurarsi che non ci siano alterazioni nel colore o nel sapore, evitando di usarlo comunque dopo la scadenza. Anche per questo è consigliabile non fare "scorte" di farmaci, meglio acquistarli solo se e quando occorrono». Errori comuni riguardano poi la sospensione arbitraria della cura quando ci si sente un po' meglio (succede spesso con gli antibiotici): si può finire per avere problemi peggiori, non curandosi fino a quando stabilito dal medico. E c'è chi, dovendo prendere parecchie medicine, fa confusione e le scambia negli orari: il modo migliore per evitare questi sbagli è scrivere su ogni scatola a che cosa serve il medicinale e quando va assunto.

Ancora: tanti prendono iniziative per "facilitare" la somministrazione dei medicinali e ad esempio aprono le capsule: «Del tutto sconsigliabile, perché la capsula serve a proteggere il principio attivo per farlo assorbire dove e come si deve — spiega Nobili —. Non bisogna neppure rimediare alle dimenticanze di una dose di medicinale raddoppiando quella successiva: sono rari i casi in cui non prendere la medicina all'ora precisa ha effetti

davvero gravi. Per limitare al massimo gli errori, tuttavia, la prima regola è informarsi dal medico e attenersi alle sue indicazioni. Quando usciamo dall'ambulatorio con una ricetta in mano, dobbiamo sapere perché e come si deve assumere quel farmaco, quanto ne dobbiamo prendere, per quanto tempo dura la terapia, se sono possibili interazioni con cibi o altri farmaci e come ridurre: a volte basta spostare di qualche ora l'assunzione della medicina per evitare problemi».

«Infine, bisogna leggere i foglietti illustrativi, nonostante non sia sempre facile interpretarli: possono aiutare a capire se quanto si sta sperimentando è un effetto collaterale del medicinale, da discutere col medico», conclude il farmacologo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

# dossier medicina

servizio di ELENA MELI

**Età pediatrica** I disturbi vanno indagati prima che «zittiti»

## Pochi i medicinali davvero a misura di bambini e ragazzi

**B**ambini e adolescenti prendono **farmaci**, eccome: infatti, secondo un'indagine appena presentata all'ultimo congresso dell'International Pharmaceutical Federation, dal 35 al 45% degli under 18 ha preso almeno una volta un antidolorifico per il mal di testa, uno su tre una volta al mese ricorre a un medicinale per combattere il mal di stomaco, il 6% ha usato **farmaci** per il sonno. Il guaio è che, in età pediatrica come da anziani, il rischio di effetti collaterali cresce: perché il metabolismo non è quello di un adulto e anche perché gran parte dei medicinali purtroppo non ha ancora indicazioni precise per l'uso nei bambini. «Per fortuna cinque anni fa l'Unione Europea ha obbligato le aziende **farmaceutiche** a studiare i loro prodotti su adulti e bambini prima di immetterli in commercio: da allora la sensibilità sul tema è cresciuta, basti pensare che si sono approvati oltre mille piani di sviluppo di medicinali per l'età pediatrica. È finito, insomma, il tempo in cui si pensava a torto che per curare un bimbo bastasse dimezzare la dose dell'adulto — interviene Adriana Ceci, membro del Comitato Pediatrico dell'European Medicines Agency —. Avremo perciò presto indicazioni molto più certe sull'uso dei **farmaci** nei bimbi, per adesso è importante affidarsi ai pediatri e alla loro esperienza. La prima raccomandazione per i genitori è leggere i foglietti illustrativi, perché spesso i **farmaci** "fanno male" perché sono usati male. Quando in farmacovigilanza si è esaminato il caso delle segnalazioni di eventi avversi da decongestionanti, ad esempio, si è visto che l'80% degli incidenti era dovuto a un impiego diverso da quello riportato nel "bugiardino": ad esempio, l'utilizzo del prodotto al di sotto dei tre anni, nonostante fosse scritto a chiare lettere che ciò non doveva esser fatto».

Insomma, molti problemi si potrebbero evitare: basta ad esempio controllare che il bimbo non stia assumendo due medicinali con gli stessi principi attivi (capita spesso) per evitare i sovradosaggi, oppure chiedere consiglio al medico se si hanno dubbi su posologia o modalità di somministrazione. Il cucchiaino di sciroppo, per dire, è foriero di sbagli: una ricerca di qualche tempo fa ha dimostrato che è difficilissimo azzeccare la dose se non ci si aiuta con un misurino graduato. «Oggi nelle confezioni si trovano strumenti graduati, ma esistono ancora molti **farmaci** privi di formulazioni adatte all'uso pediatrico in cui sbagliare è ancora più probabile: dare mezza o tre quarti di pillola è effettivamente un'impresa — osserva Ceci —. Bisogna perciò fare molta attenzione, soprattutto nei bambini piccoli: il basso peso fa sì che oscillazioni minime delle dosi possano avere effetti indesiderati maggiori, inoltre al di sotto dei due anni il livello di maturazione degli organi che metabolizzano i **farmaci**, come i reni o il fegato, o che ne sono il bersaglio, come il cervello, è incompleta e richiede cautele supplementari. Infine, un consiglio a tutte le mamme: non pretendete un **farmaco** a tutti i costi per curare i vostri figli. Gli antitosse, ad esempio, non andrebbero dati ai bimbi piccoli: è molto più opportuno indagare le cause di una tosse che non si risolve da sé che tentare di "zittire" il problema con uno sciroppo».

PRODUZIONE RISERVATA



# La cura digitale della sanità

**È il settore pubblico su cui internet avrà il maggior impatto. Solo l'assistenza a casa può garantire risparmi di oltre 3 miliardi l'anno**

di **Luca Tremolada**

**L**a spesa complessiva in informatica e tecnologie (Ict) per la sanità è di 1,3 miliardi di euro, pari a circa l'1,1% del costo totale. Fanno 22 euro per abitante. Poco, sostiene l'Osservatorio Ict in Sanità nel 2012 della School of Management del Politecnico di Milano in un rapporto che verrà diffuso martedì. Poco, se si considerano altri paesi con sistemi sanitari confrontabili. Molto se si considera che dal 2005 al 2011 quella sanitaria è l'unica voce di spesa in Ict che cresce rispetto a tutta la Pa. Eppure, anche questi investimenti potrebbero essere a rischio. «Effettuare tagli al sistema sanitario italiano non è facile», si legge nel rapporto. «Esiste una sola leva che potrà consentire di conciliare in futuro la qualità del servizio e il controllo della spesa: l'innovazione, che nelle nuove tecnologie, e in particolare nel *virtual health*, trova un suo driver fondamentale».

Dentro *virtual health* o *e-health* ci sono tecnologie e servizi, soluzioni per la medicina sul territorio, monitoraggio, prevenzione e cura a distanza per ridurre i costi della gestione dell'ospedalizzazione, in particolare della popolazione anziana e dei cronici. L'esigenza è spostare l'assistenza dall'ospedale verso il territorio, diminuendo in modo rilevante la degenza e i costi di assistenza. L'area del Long Term Care è infatti tra quelle che maggiormente preoccupa chi deve far quadrare i conti della sanità. «L'opportunità di introduzione di innovazione in queste aree è oggi enorme - commenta Mario Salerno di Fonda-

zione Filarete -. Senza dimenticare le possibilità fornite dalla disponibilità di enormi quantità di dati il cui utilizzo può avere impatti significativi su analisi epidemiologiche e sulla gestione della salute pubblica»,. Il solo effetto della deospedalizzazione, ad esempio, può valere oltre tre miliardi di euro l'anno. Confindustria l'anno scorso ha calcolato che la telemedicina, da sola, farebbe risparmiare 7,3 miliardi, ricetta digitale e fascicolo sanitario congelerebbero a loro volta altri quattro miliardi.

«Potremmo assistere alla tempesta perfetta, a una *singularity* tecnologica che vede l'healthcare da un lato e digitale e internet delle cose dall'altro convergere e alimentarsi a vicenda», spiega Leandro Agrò, global director user experience di Publicis Healthware International, azienda che offre servizi di consulenza strategica e comunicazione digitale in ambito healthcare. Paradossalmente la sanità che ha conosciuto per ultima il web lo cavalcherà meglio di editori, banche e telco. Negli Stati Uniti otto medici su dieci posseggono un tablet e lo usano per il loro lavoro. Esistono tra i sei e sette braccialetti che monitorano pressione, battito cardiaco, temperatura, di poche decine di dollari. Diverse centinaia di applicazioni per smartphone che ci monitorano ogni singolo istante della nostra vita. Il processo a cui stiamo assistendo parte dall'accesso all'informazione medica, oggi democratizzato dalla vastità di opportunità disponibili in rete. Ma prosegue cavalcando devices di monitoraggio nati per il wellness che si stanno sempre più integrando con profili medici, e da lì risale verso un futuro di autodiagnosi e autocura. Leandro Agrò sintetizza questo fenomeno con "consumerizzazione dell'healthcare". E si spinge oltre. I prossimi tre step sono informazione (*epatients*), monitoraggio (*self tracking*), autodiagnosi (Ai), autocura. Oggi, si legge in un Whitepaper di prossima pubblicazione, saremmo solo alla prima fase, quella degli *epatients*.

In Italia sull'onda del britannico Patient Opinion e dello statunitense PatientSlikeme già da qualche anno è attivo Patienti.it, fondato da una giovane medico, Linnea Passaler. «I pazienti che mi arrivano - ricorda - spesso erano all'oscuro di





informazioni fondamentali per la loro salute. Se avessero scelto con più cura dove affidarsi avrebbero avuto esiti diversi. Da qui è nata la voglia di dare un servizio che permettesse a chiunque, anche a chi non avesse conoscenze di medici, di informarsi e di scegliere consapevolmente». Pazienti.it oggi raccoglie migliaia di informazioni, recensioni, dati su tutte le strutture sanitarie italiane. Informazioni che continuano ad aumentare, eppure, il dialogo tra tecnologi, medici e istituzioni è tutt'altro che sereno, almeno in Italia. I pazienti, spiega la Passaler, diventano sempre più consumatori di salute, «pretendono più servizi, più qualità a costi più bassi. La medicina è invece ancora arroccata su posizioni molto paternalistiche, si mette poco in discussione; il sistema sanitario è basato su diritti acquisiti che riteniamo sacrosanti ma che diventano sempre più difficili da garantire con il prolungarsi dell'età». Queste due istanze apparentemente opposte producono attriti fortissimi.

L'altro terreno scivolosissimo è quello della privacy e del trattamento dei dati sensibili. Questi servizi innovativi in rete, lamentano i tecnologi, sono ostacolati da normative che rendono impossibile sbloccarne le potenzialità. All'estero ci sono certamente meno limitazioni e forse anche per questo si sta sviluppando rapidamente la geomedicina, ovvero il posizionamento dei dati medicali sulle mappe per analizzarli alla luce del contesto. Così come le ricerca collaborativa attraverso gli open data delle università. Quest'anno scadranno importanti brevetti per Big Pharma. Le grandi del **farmaco** hanno iniziato a guardare in basso, al digitale, a vendere prodotto (**farmaco**) e servizio. Come? Tenendo d'occhio il mondo delle startup della salute. Nell'ultimo anno Rock Health, un acceleratore di seed capital ha finanziato ben 15 startup attive su mobile e web applicazioni. Anche qui da noi il biomedicale produce idee. Ogni mese Fondazione Filarete presenta e lancia startup attive nel settore biomedicale. All'ultima Filarete Healthy Startups di marzo, Roberto Lattuada di MyHealthbox ha raccontato la sua idea: progettare e distribuire bugiardini elettronici per medicinali e prodotti per la salute. Il 2 maggio Samuele Burastero, ricercatore al San Raffaele, proporrà Dya, un chip per scoprire in tempi rapidi le allergie. Non sarà solo. Con lui innovatori che racconteranno un'altra sanità possibile.

*luca.tremolada@ilsol24ore.com*

**E-HEALTH**

# Quasi la metà degli ospedali non usa la cartella elettronica

**Via la carta e meno errori in corsia: risparmi stimati tra 1,5 e 2 miliardi di euro**  
di Paolo Del Bufalo

**L'**Italia è uno dei fanalini di coda in Europa per l'utilizzo della cartella clinica elettronica: secondo un'indagine della Commissione europea nel 2010 poco meno della metà degli ospedali la utilizzavano (il 48%, contro una media Ue a 27 paesi del 70%, concentrati soprattutto nelle regioni del Nord), con una fetta ampia di strutture (46%) dove di Epr (Electronic patient record) non c'era traccia.

Ora, con la legge sulle semplificazioni (n. 35/2012), la cartella clinica elettronica deve invece diventare una regola di gestione per regioni, Asl e ospedali che dovranno "privilegiarla", si legge nel testo, assieme ai sistemi di prenotazione online, per «ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi». L'ottica è quella dei risparmi ma per centrare l'obiettivo tutto dovrà essere fatto a costo zero. Un'impresa complessa visto il divario nel paese. Al Nord infatti, come ha rilevato Federsanità Anci, la federazione delle aziende sanitarie e dei comuni, in cinque regioni (Lombardia, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna e Liguria) c'è già tutto ciò che serve per informatizzare la sanità e l'e-health è una realtà. Al Centro-Sud quattro regioni sono ancora all'età della pietra (Lazio, Campania, Molise e Calabria). Nelle altre i lavori sono in corso.

Asl e ospedali, secondo il Politecnico di Milano, mettono la cartella clinica elet-

tronica al terzo posto tra i loro investimenti in Ict e le intenzioni sono quelle di incrementarli almeno del 13% durante quest'anno, raggiungendo una media per azienda di circa 160mila euro l'anno (oggi si aggira sui 130mila euro).

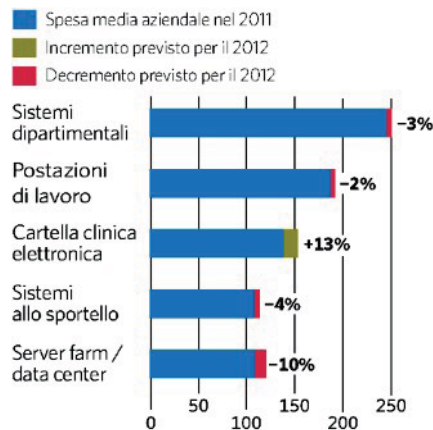
Certo, l'Italia non brilla in assoluto per investimenti in e-health: nel 2011 si è raggiunto appena l'1% della spesa totale (circa un miliardo), contro una media del 3% dei principali paesi europei, Inghilterra e Svezia in testa.

In realtà le dotazioni informatiche ci sono, sia negli ospedali che negli studi di medicina generale - per questi ultimi soprattutto dopo l'obbligo di invio dei certificati malattia online - ma ancora troppo spesso vengono utilizzati per la gestione amministrativa e non servono a facilitare il percorso clinico dei pazienti. Inoltre i sistemi utilizzati nelle varie regioni non sono, in gran parte dei casi, in grado di dialogare tra loro per creare una rete efficiente.

Eppure i vantaggi economici della cartella clinica digitale ci sono. Con l'Epr, secondo stime di Confindustria confermate lo scorso anno dal ministero dell'Innovazione, una volta a regime (entro il 2015-2016) si otterrebbe un risparmio di circa 1,5-2 miliardi, legati alla dematerializzazione e ai minori costi di carta e archiviazione, ma anche alla riduzione degli errori "umani" in corsia. Beneficio questo che dal punto di vista economico fa risparmiare prima di tutto in termini di salute dei pazienti, ma poi per il taglio agli sprechi legati agli errori clinici e per il minore contenzioso medico-legale che ne deriva e che oggi è uno dei fattori che contribuiscono di più ad alzare la spesa.

## L'ICT NELLA SANITÀ

**Investimenti.** I primi 5 ambiti Ict (dati in migliaia di euro). Campione 86 Cio



**Spesa.** Composizione, stima su dati 2011 (dati in milioni di euro)



FONTE: Politecnico di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La terapia****Un trattamento  
usato anche  
per il Parkinson**

**Non solo distonia muscolare: la terapia della stimolazione cerebrale profonda (conosciuta anche con il termine inglese di Dbs, cioè *Deep brain stimulation*) viene utilizzata anche per il trattamento di altri disordini del movimento come il tremore essenziale, la sindrome di Tourette e il morbo di Parkinson. È stata sperimentata anche in casi di cefalea a grappolo, nel trattamento del dolore cronico, dei disturbi ossessivo-compulsivi e della depressione maggiore non controllabili con le terapie farmacologiche. Il metodo consiste nella stimolazione elettrica ad alta frequenza, mediante elettrodi posizionati permanentemente in zone diverse del cervello, attraverso un pacemaker impiantato sotto la clavicola. Il padre della Dbs è il neurochirurgo francese Alim Louis Benabid che, con il suo gruppo di Grenoble, negli anni '90 ne dimostrò l'efficacia sul Parkinson. Il trattamento va sottolineato, è però tuttora oggetto di studio, perché devono essere ancora valutati su larga scala possibili effetti collaterali, alcuni dei quali potenzialmente significativi, sulla sfera psicologica.**



# Gay umiliato in ospedale dopo l'aggressione omofoba

REGGIO CALABRIA - Prima il pugno in faccia di un teppista, che gli provoca fratture multiple e lo spostamento del setto nasale, poi le frasi umilianti di un infermiere in ospedale. C'è intolleranza, in riva allo Stretto, per chi non nasconde la propria omosessualità. E' la denuncia dell'Arcigay-Comitato I due mari di Reggio Calabria che racconta della violenta aggressione fisica a sfondo omofobo subita da Claudio Toscano, un 28enne attivista dell'associazione, ma anche gli atteggiamenti molesti e le frasi insultanti subiti dalla vittima all'interno del servizio di pronto soccorso degli Ospedale Riuniti, la più importante struttura sanitaria pubblica della città.

«Prima sono stato picchiato in modo barbaro per strada e poi sono stato umiliato da un infermiere in ospedale dove

mi sono recato per le ferite». E' questo il racconto di Claudio, che dopo avere trascorso la notte in ospedale, ieri è stato dimesso con una prognosi di trenta giorni.

Venerdì sera in pieno centro, nei pressi di un locale dove spesso l'Arcigay svolge iniziative pubbliche con banchetti sul marciapiedi per la raccolta di firme, tre giovani teppisti, dopo aver insultato Claudio Toscano e altri suoi amici, sono passati a vie di fatto e uno di loro ha colpito con un pugno il ragazzo in viso.

E' intervenuta una pattuglia della Polizia perché il colpo ha fatto quasi perdere i sensi a Toscano e il ragazzo ha voluto far scrivere nel verbale degli agenti che si era trattato di un'azione omofoba. Poi il trasporto al pronto soccorso e un'altra brutta sorpresa.

«Non era finita - riferisce Claudio-. Un infermiere ha iniziato a dispensare le sue perle di saggezza, dicendomi "te la presento io una bella ragazza e poi vedi..."», "se fossi stato con

una bella ragazza questo non sarebbe accaduto" ed anche "ti porto da un bravo psicologo che ti guarisce". Una situazione davvero imbarazzante perché l'infermiere ha continuato a fare una strana confusione su vicende che riguardano gli ormoni e l'omosessualità. Insomma - conclude Claudio - mi sono sentito trattato come un essere anormale: nel lasso di un'ora ho finito col subire due violente aggressioni». «L'infermiere - commentano gli amici dell'associazione - forse ha dimenticato, o mai saputo, che da tempo, precisamente dal 1973, l'Organizzazione mon-

diale della sanità ha cancellato l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali. Non è una malattia, non è nulla da cui dover guarire».

Dopo aver trascorso l'intera nottata in ospedale sotto osservazione Claudio Toscano è andato a Catanzaro dove, ha fatto sapere agli amici, si sottoporà ad altri esami clinici. I problemi alla faccia, a suo avviso, potrebbero essere molto più complessi di quelli refertati. «Il pugno sono le sue parole - è stato molto violento. Mi ha provocato delle fratture al setto nasale ma anche delle lesioni ad un occhio»

G.Man.



*«L'infermiere mi ha detto di farmi curare e che se fossi stato con una ragazza non mi avrebbero pestato»*

**Il pronto soccorso di Reggio Calabria dove è stato portato il ragazzo colpito**



**Il focus**

**Troppo stress o farmaci?  
Quella moria di giovani**

**Gino Giaculli**

**E** adesso ci dicono: «Non si può accettare. Non doveva accadere». Invece non è solo triste, è assurdo considerare che in meno di un mese l'Italia piange due giovani atleti stroncati in campo, il povero Piermario Morosini e il pallavolista Vigor Bovolenta.

> Segue a pag. 4

**L'allarme**

**Traditi dal cuore  
nonostante i test  
L'incubo del doping**

**Curi, Bovolenta: quando la morte  
arriva all'improvviso durante la partita**

**Gino Giaculli**

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

mentre negli stessi giorni si è sfiorata la fine, in Gran Bretagna, del centrocampista del Bolton Fabrice Muamba, 24 anni: arresto cardiaco, stramazzato in campo mentre giocava. Come è stato possibile? La scia del dolore negli ultimi tempi si è intensificata. Sempre di più il cuore tradisce l'atleta mentre sta dando il meglio di sé ma questi crolli devono far riflettere. Aprire interrogativi. Come non pensare - ad esempio - al troppo stress sportivo, a gare ravvicinate o anche ad effetti di un possibile uso di farmaci? Sempre più decisive - dicono i medici - sono le condizioni dell'atleta colpito da arresto cardiaco, come la tempestività dei soccorsi.

Per la tragedia di Morosini il cardiologo Bruno Carù, spiega a Sky che «bisogna considerare due possibilità: la morte cardiaca e la cosiddetta morte cerebrale. Le immagini fanno pensare più a una morte di origine cerebrale che cardiaca. Penso - dice Carù - alla possibilità della una rottura di un aneurisma cerebrale. Una situazione che

non dà nessun segno di sé fin quando non capita il grave inconveniente. In Italia la morte improvvisa da sport è stata notevolmente ridotta, ma non potrà mai essere azzerata». I sanitari insistono: i defibrillatori sono essenziali quando si pratica sport. Diversi gli episodi drammatici negli ultimi mesi. Ad agosto la fi-

ne choc di Naoki Matsuda, 34 anni, difensore, ex nazionale del Giappone. Morì a due giorni dal ricovero, dopo aver perso i sensi nell'allenamento con la sua squadra il Matsumoto Yamaga.

Allarme cuore. L'1-2% degli sportivi agonisti non è idoneo, il 70% per cause cardiache. Fabio Pigozzi, presidente Federazione internazionale medicina sportiva (Fims) rileva: «Il modello italiano di valutazione pre-attività sportiva è valido e ha fatto scuola negli altri Paesi. Purtroppo alcune patologie sono asintomatiche e possono non essere diagnosticate: non possiamo azzerare il rischio di morte improvvisa, ma sicuramente minimizzarlo. Il dato epidemiologico è di un caso di morte improvvisa ogni 100-300 mila atleti sotto i 35 anni».

Altro grande spavento è stato vissuto da Antonio Casano del Milan, un malore di ritorno da una partita a Roma. Poi gli accertamenti. La scoperta della patologia. Il recupero e pochi giorni fa la convocazione per tornare a giocare. I medici spiegano ancora che il cuore del calciatore, sottoposto alle cure del medico sportivo, «è come se finisse su un banco di prova di un meccanico. Dove può venire stressato a dovere per vederne le reazioni».

Andare a fondo, capire. E questo anche se il calcio non è in vetta alla classifica degli sport più a rischio cardiovascolare, che vede invece primeggiare il basket. «Oggi la letteratura scientifica - affer-

ma Pigozzi - ci dice che, tra gli episodi cardiologici più frequenti nei calciatori, ci sono cardiopatie ipertrofiche, displasie ventricolari e problemi alle coronarie». Altro Calvario quello di Antonio Puerta, giocatore della Nazionale spagnola e del Siviglia, crollato in campo

nel 2007: gara contro il Getafe. Arresto cardiaco, poi il soccorso, ebbe il massaggio cardiaco e quindi tornò nello spogliatoio, poi un altro, fatale blocco cardiaco. Aveva displasia ventricolare destra, un'aritmia visibile solo ad esami approfonditi. Tragica ancora - nel 2003 - la fine di Marc Foè, 28enne del Camerun, stroncato da arresto cardiaco in campo.

E ritorniamo all'Italia. Il primo choc più «mediatico» fu quello di Giuliano Taccola, attaccante della Roma colpito nel '69 da un infarto nello spogliatoio di Cagliari e morto nell'ambulanza che lo portava in ospedale. Fino ad allora era

nota solo la tragedia di Ferraris IV, mediano campione del mondo morto in campo per infarto, ma a 43 anni durante un'amichevole. Nessuno ha cancellato dalla memoria il 30 ottobre 1977: Perugia-Juventus, il 24enne centrocampista degli umbri Renato Curi crollò in campo dopo uno scatto. Passarono 12 anni e a Bologna Lionello Manfredonia della Roma si accasciò sull'erba. Soccorso immediato e salvataggio. «Gli sportivi professionisti sono monitorati, per Morosini è stato un triste destino - ha detto ieri a Sky Manfredonia - Nel mio caso c'era un'ambulanza nello stadio e ho avuto la fortuna

di salvarmi, Morosini non ha avuto la stessa sorte. A me dissero che era stato infarto, ma non l'hanno confermato. Dopo sei mesi non ho più avuto l'idoneità a giocare e forse è stato meglio così».

E Andrea Roberti del Forum nazionale giovani e portavoce della campagna «Non mi gioco il cuore» chiede «a Coni e Federazioni di dotare di un defibrillatore ogni struttura sportiva e al ministro della Salute e al presidente del Coni un tavolo di concertazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**In campo**  
Cassano, Muamba e Manfredonia choc e ripresa  
L'ex romanista: ma io sono stato un fortunato



**Soccorsi** Il pallavolista Vigor Bovolenta soccorso dopo che lo che era stato colpito da malore mentre giocava. A sinistra il milanista Antonio Cassano



## L'intervista

# Il cardiologo: «I controlli esistono ma usiamo di più il defibrillatore»

ROMA — «Per poter salvare una persona colpita da arresto cardiaco occorre che il defibrillatore sia disponibile in quattro, massimo cinque minuti. A ogni minuto di ritardo si riduce del 10 per cento il margine di successo».

In attesa dell'esito dell'autopsia, Giuliano Altamura, primario cardiologo all'ospedale Pertini di Roma, non si sbilancia sulle possibili cause della morte di Piermario Morosini. Sottolinea però come l'uso immediato del macchinario sia l'unico trattamento salvavita.

**Qualche settimana fa Fabrice Muamba (che si è ripreso), poi Vigor Bovolenta, ora Piermario Morosini. I casi di atleti che crollano in campo fulminati da arresto cardiaco sono in aumento?**

«No, sono eventi rari, ma la sensazione che il fenomeno sia in espansione è legata alla grande risonanza. In realtà ogni anno in Italia si contano 60 mila casi di arresto cardiaco, per la maggior parte in persone sopra i 45 anni. Solo il 3, 4 per cento si salva».

**Possibile che non si riesca a prevenire queste disgrazie? I controlli non sono adeguati?**

«I nostri atleti sono controllati molto bene. Utilizziamo le migliori tecnologie per individuare i "difetti visibili". I calciatori professionisti, poi, sono super monitorati. Nel settore della medicina sportiva siamo persino più avanti degli Stati Uniti, dove il tasso di mortalità da attacco cardiaco è più alto».

**Quali sono gli esami per ottenere l'abilitazione a giocare?**

«Abbiamo regole molto rigide, a volte è capitato che atleti siano stati fermati con "atteggiamento conservativo". Ad esempio lo stop di Cassano è stato più lungo del necessario. Nelle serie minori i controlli sono meno severi, mediamente però il livello è molto buono».

**Inevitabile pensare che la patologia mortale possa essere collegata all'uso di sostanze che migliorano le prestazioni.**

«Purtroppo l'assunzione di farmaci può avere un'influenza importante

sulla salute degli atleti, anche perché nella maggior parte dei casi sono medicinali sconosciuti, a volte somministrati all'insaputa dei calciatori».

**A Pescara l'ambulanza ha tardato perché l'ingresso in campo era ostruito. Questo può essere stato fatale a Morosini?**

«Non conosco i dettagli. In generale però si pensa che l'organizzazione del soccorso possa essere delegata. Invece è fondamentale poter contare sull'intervento di figure addestrate. Ma in Italia manca la cultura del defibrillatore. Pensi che a Fiumicino ci sono soltanto quelli del pronto soccorso».

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

## Severità

«Noi siamo più avanti degli Usa sulla sicurezza»

## Fatalità

«Ogni anno 60 mila casi, per gli atleti è raro»

## Il soccorso corretto

In caso di arresto cardiaco, si «spegne» l'attività elettrica del cuore: quella che comanda contrazioni e battito. Importante quindi è ridare elettricità al cuore il prima possibile

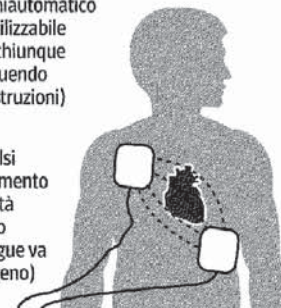
### Effettuare subito il massaggio cardiaco manuale

Se entro 5 minuti il cuore non riparte, applicare il defibrillatore



(oggi semiautomatico e utilizzabile da chiunque seguendo le istruzioni)

Il defibrillatore dà impulsi elettrici: riporta in movimento il cuore e riattiva l'attività cerebrale dell'infartuato (se il cuore batte, il sangue va al cervello e porta ossigeno)



Entro un'ora dall'infarto il paziente va sottoposto ad angioplastica. Fondamentale non superare le 6-12 ore dal momento dell'infarto perché altrimenti qualsiasi intervento risulta vano



## L'amianto killer: altra ecatombe processo a Pavia

VIANA A PAGINA 4

### I NUMERI DELLA TRAGEDIA

**30MILA**

SITI CONTAMINATI DALL'AMIANTO IN ITALIA

**32**

MILIONI DI TONNELLATE DI AMIANTO NELLE CITTÀ

**57**

AREE DA BONIFICARE (580MILA ETTARI)

**9MILA**

CASI DI MESOTELIOMA

# Amianto, l'altra ecatombe

*Inizia domani il processo per le 800 vittime alla Fibronit di Broni*

DAL NOSTRO INVIATO  
A BRONI (PAVIA)  
PAOLO VIANA

**S**ottili come i capelli di suo padre. Emilia Mingrino se le immagina così le fibre d'amianto che gliel'hanno portato via nel '99. Volavano invisibili e micidiali nel cielo di Broni (Pavia) nei giorni in cui la Cementifera Fibronit lavorava a tutto vapore. Abitare sottovento poteva significare la condanna a morte, proprio come lavorare senza protezioni in mezzo alla polvere assassina. Il verdetto, ma lo

si sa solo oggi, sarebbe stato pronunciato venti, trent'anni dopo, in quanto i tempi di incubazione di un tumore causato dall'esposizione all'amianto sono lunghissimi. «Papà tornava "borotalcato" dalla fabbrica, ricoperto di polvere d'amianto. La mamma lavava e rilavava la tuta da lavoro e io cercavo di liberargliene i capelli, sempre più sottili, sempre più sfiibrati e disidratati»: la signora Mingrino ha acconciato

generazioni di bronesi nel suo salone che dà sulla via Emilia, costruita dai romani quando la "grande fabbrica" non esisteva ancora ma l'Ol-

trepo custodiva già i segreti del Pinot nero. Per la "città della vite e del vino" quello agli ex dirigenti Fibronit che si apre domattina a Voghera è il processo del secolo perché tutte le famiglie hanno una vittima o potrebbero avercela. «Non ne parlo mai con le clienti - ammette però l'Emilia - qui ciascuno si tiene il proprio dolore». I malati di mesotelioma pleurico muoiono soffocati tra atroci sofferenze, ma non aspettatevi grandi discorsi a Broni; non siamo ancora nel frizzante piacentino, questa è la brumosa Lombardia, e



per di più tradita dal sogno industriale. Sono oltre 800 le vittime accertate dalla procura: ex operai bronesi, mo- gli di Stradella, figli di Portalbera, chi lavorava alla Cementifera, chi ha respirato le fibre killer per sessant'anni, tanto è rimasta aperta la "grande fabbrica". Si parla di tremila morti sospette, tante quante i posti di lavoro Fibronit. Già, perché non è un segreto che durante la ricostruzione e il miracolo economico, ma anche fino agli anni '80 c'era chi pagava per aggiudicarsi uno di quei posti di lavoro. Stipendio e pensione, il sogno proibito dell'Italia di ieri come di oggi. E pazienza se ci si spaccava la schiena per spostare sacchi di amianto a mani nude; pazienza se l'asbestosi - nella migliore delle ipotesi - ti avrebbe tolto il respiro; pazienza se nessuno ti spiegava che diecimila lire non erano il prezzo di una vita «e invece si sceglieva l'aumento in busta, rinunciando alla mascherina», come attesta l'Emilia. Pazienza, infine, se i sindacati tacevano. E pazienza se per l'Usl era tutto regolare. Otto anni d'indagini, dieci ex dirigenti alla sbarra, una scia di morti che arriverà, dicono, al 2020: si giunge così al secondo grande processo contro l'amianto dopo l'Eternit. L'udienza preliminare, a porte chiuse, nella piscina coperta di Voghera, potrebbe non bastare nemmeno per la costituzione di parte civile di tutte le persone offese. Si contano già 200 parti civili ma potrebbero aumentare ulteriormente, malgrado pene e risarcimenti si annuncino anch'essi sottili. La Fibronit è fallita e la proprietà si è estinta, non c'è uno Schmidheiny da processare, questa volta non c'è un magnate "filantropo" che si offra di comprare a suon di

milioni il perdono delle famiglie e l'oblio di tutti gli altri. Le accuse di disastro ambientale doloso, omissione dolosa di cautele antinfortunistiche e omicidio colposo colpiscono manager in pensione da anni, anonimi e anziani, che vorrebbero essere dimenticati e invece si trovano additati come gli untori del "triangolo della morte", coloro che hanno permesso che i veleni contaminassero operai e città. L'esposizione all'amianto è una cambiale a scadenza non solo per i lavoratori ma per chiunque abitasse tra Broni, Stradella e Portalbera prima del '94, quando la Fibronit chiuse i battenti. Questione di vento e di fortuna,

pare anche di predisposizione genetica, ma i medici non hanno dubbi sul nesso di causalità: «Qui si concentra più di un terzo dei casi di mesotelioma pleurico della provincia di Pavia e più

della metà degli esiti infelici» conferma Giovanni Belloni, primario di medicina interna a Stradella.

Il processo dovrebbe chiarire anche se la lunga strage poteva essere evitata. Silvio Mingrino, fratello di Emilia e presidente dell'Avani, una delle associazioni dei familiari delle vittime, chiede: «Perché i sindacati che imposero la chiusura della Eternit a Casale hanno taciuto a Broni? Perché il Comune e l'Usl che dovevano controllare hanno attestato che era tutto regolare?». Anche per l'Associazione italiana esposti amianto «il sindacato

sulla Fibronit si è defilato e l'intervento delle istituzioni è stato tardivo» come afferma Costanza Pace, per la quale «le famiglie delle vittime chiedono giustizia, ci siamo costituiti parte civile perché questo strazio abbia

fine». Lo strazio dei Mingrino - dopo papà Armando, anche mamma Carmela è deceduta per «il male della cementifera», colpa delle troppe tute lavate... - e delle migliaia di bronesi che affolleranno il processo: «Dopo tanto dolore, la richiesta di giustizia delle famiglie ha soprattutto un profilo etico e morale» spiega uno dei legali di parte civile, Luca Angelieri. Non si punta a provvisori record ma ad una sentenza-fotocopia dell'Eternit.

A Torino, Stephan Schmidheiny e Louis de Cartier, proprietari della multinazionale dell'amianto, furono condannati a 16 anni; a Voghera la difesa chiederà il rito abbreviato, condizionandolo ad alcune perizie che potrebbero ridimensionare le responsabilità degli imputati: in caso di condanna, dai tre ai cinque anni. Se poi risultassero nullatenenti, addio risarcimenti alle parti civili. «Capisco l'attenzione mediatica, ma un processo deve definire la responsabilità personale - precisa l'avvocato Pietro Folchi Pistolesi - e taluni imputati non avevano deleghe in materia di sicurezza dei lavoratori e dell'ambiente...». La difesa chiederà anche di «chiarire il rapporto tra il periodo di lavoro in Fibronit, l'insorgere della malattia e la responsabilità eventuale dell'ex manager sotto accusa». Insomma, comunque vada, i tempi saranno lunghi. E poi, non è solo l'Avani a chiedere conto del comportamento delle istituzioni: «Se non sono mai state rilevate irregolarità alla Fibronit, come è possibile far ricadere il disastro sui dirigenti?», domanda infatti Graziano Lissandrini, che assiste l'ex amministratore delegato della Fibronit, già condannato per la morte di alcuni dipendenti dello stabilimento di Bari.

Dopo il caso  
 Eternit a Casale,  
 si alza il velo su  
 un'altra grande  
 tragedia del  
 lavoro che  
 coinvolse  
 migliaia di  
 famiglie pavesi

---

**il caso**

Per anni in fabbrica si sono respirate le micidiali fibre, ma adesso l'azienda è fallita, la proprietà si è estinta e alla sbarra potrebbero finire soltanto ex-dirigenti ormai in pensione da tempo. Intanto la gente continua a morire, e oggi i superstiti puntano il dito contro i sindacati e le istituzioni: «Perché hanno attestato che era tutto regolare?»



Il numero

# Malattie reumatiche croniche in aumento fra i giovanissimi

«Le patologie reumatiche croniche sono una priorità di sanità pubblica ancora solo sulla carta». Lo denuncia l'Anmar (Associazione Nazionale Malati Reumatici) in una lettera inviata al **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, e al direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, insieme con altre 13 associazioni e al

Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (Cname) di Cittadinanzattiva. Le associazioni lamentano che «il Piano sanitario nazionale 2011-2013, approvato ormai

da oltre 7 mesi, che definisce le malattie reumatiche come patologie rilevanti, è totalmente disatteso». «È ora - scrivono - di mettere in pratica quello che lo Stato sancisce all'interno di proprie norme e atti di programmazione». Le malattie reumatiche colpiscono circa 5 milioni di italiani, il 78% donne, e sono in aumento fra i bambini. Le associazioni chiedono l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza con particolare riguardo all'ampliamento dell'elenco delle patologie croniche-invalidanti esenti da ticket e alla revisione del Nomenclatore tariffario di presidi, protesi e ausili.

## 5 milioni

Sono gli italiani che soffrono di malattie reumatiche croniche. Di questi, circa il 78 per cento è costituito da donne

