

## TAVOLO AIOM-SIGO

## Asse con i ginecologi sul tumore ovarico

Parola d'ordine:  
collaborazione

**I**l tumore ovarico è una patologia che, più di altre, necessita di un approccio multidisciplinare. In Italia purtroppo questo troppo spesso non avviene. È fondamentale quindi essere in grado di offrire alle pazienti un piano strategico d'intervento, concordato tra le due figure principalmente coinvolte: l'oncologo e il ginecologo. Per arrivare a questo obiettivo, l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e la Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) hanno deciso di avviare una serie di confronti tramite un tavolo di lavoro comune. Una volontà già espressa in passato da Marco Venturini, past president Aiom prematuramente scomparso nel dicembre scorso, che facciamo nostra con convinzione. Alla luce soprattutto del fatto che sono proprio oncologi e ginecologi a richiedere una collaborazione più stretta, ritenuta insufficiente nel 63% dei casi dai primi e nel 32% dai secondi.

I dati provengono da due sondaggi, promossi dalle due società scientifiche, condotti a ottobre 2011 tra più di 1.100 colleghi, che ha evidenziato anche come la preparazione in materia non raggiunga sempre livelli adeguati. A esempio, si registra una certa sottopercezione dell'importanza del fattore familiare/ereditario in questo tipo di tumore: solo il 37% dei ginecologi e il 29% degli oncologi hanno infatti indicato la risposta corretta. Il confronto servirà quindi a capire quali sono le strade migliori da percorrere, individuando le best practice e le zone d'ombra su cui fare luce. Si vuole giungere alla stesura di un documento tecnico, da presentare ai più alti vertici istituzionali, per definire infine vere e proprie linee guida per raggiungere l'eccellenza nell'intervento.

Questo permetterà di ottenere vantaggi su più fronti. Dal punto di vista del trattamento delle pazienti, si riuscirà ad agire in maniera sempre più efficace sul tumore. Una delle maggiori criticità registrate, infatti, è che nel nostro Paese esistono alcune realtà in cui i ginecologi operano in totale autonomia, seguendo la paziente per l'intero iter terapeutico, dall'intervento ai trattamenti farmacologici. Il lavoro del ginecologo è senz'altro determinante per la sensibilizzazione della donna e per un'individuazione tempestiva della malattia, così come nella programmazione dell'intervento. Una buona chirurgia primaria, che non lasci residui tumorali, permette alla chemioterapia successiva, condotta dall'oncologo, di mantenere la paziente libera dal cancro per 5 anni in circa il 50% dei casi. Il segreto della buona gestione è quindi una presa in carico precoce da parte di un'équipe multidisciplinare, composta ovviamente sia dal ginecologo che dall'oncologo, ma non solo. Il nostro confronto servirà anche per riflettere sulla composizione di questi gruppi d'intervento. Stanno per arrivare anche in Italia nuove terapie che hanno dimostrato concreti miglioramenti nella lotta a questo tipo di tumore che colpisce

ogni anno 4.500 italiane, con oltre 3mila decessi.

La razionalizzazione delle modalità d'azione porterà inevitabilmente a un contenimento dei costi. Una volta approvato il documento, abbiamo intenzione di procedere alla costituzione di una rete di centri ospedalieri con una completa integrazione fra le figure professionali coinvolte, che possano diventare punti di riferimento nazionali nel trattamento del carcinoma ovarico. L'elenco verrà formato con alcuni criteri il più oggettivi e concreti possibili. Tutto per stabilire un approccio globale a una malattia che colpisce la donna in maniera pesante anche nella sfera più intima e nella sua femminilità. In secondo luogo, riteniamo fondamentale coinvolgere nel progetto anche le varie associazioni di pazienti oncologici. Aiom e Sigo godono già da tempo di ottimi rapporti con molti gruppi e reti di malati. Creare un link con le persone che vivono sulla propria pelle la terribile esperienza di un tumore può infatti rappresentare un valore aggiunto a questa collaborazione, rendendo il percorso terapeutico sempre più umano e sostenibile. Le associazioni sono importanti perché permettono di allargare il raggio della comunicazione, facendo passare al contempo il messaggio che il carcinoma ovarico si può e si deve curare.

Non neghiamo che si tratti di un percorso lungo e tortuoso. Dobbiamo infatti riuscire a cambiare fin dalle fondamenta una certa cultura diffusa che ancora permette che si operino pazienti, nei due terzi dei casi a uno stadio già avanzato, in ospedali non strutturati e che non sempre dispongono di know-how sufficienti. Questa collaborazione può quindi rappresentare un vero momento di confronto e di formazione continua tra due categorie che avrebbero dovuto già da tempo collaborare fianco a fianco. Finora non si è riusciti a dare concretezza pratica a tutte queste iniziative. Ora abbiamo la possibilità di recuperare il tempo perduto: sfruttiamo questa occasione.

Non neghiamo che si tratti di un percorso lungo e tortuoso. Dobbiamo infatti riuscire a cambiare fin dalle fondamenta una certa cultura diffusa che ancora permette che si operino pazienti, nei due terzi dei casi a uno stadio già avanzato, in ospedali non strutturati e che non sempre dispongono di know-how sufficienti. Questa collaborazione può quindi rappresentare un vero momento di confronto e di formazione continua tra due categorie che avrebbero dovuto già da tempo collaborare fianco a fianco. Finora non si è riusciti a dare concretezza pratica a tutte queste iniziative. Ora abbiamo la possibilità di recuperare il tempo perduto: sfruttiamo questa occasione.

**Stefano Cascinu**  
Presidente Aiom  
**Nicola Surico**  
Presidente Sigo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SALUTE****CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**CINA, SESSO NON PROTETTO  
E COSÌ L'AIDS SI MOLTIPLICA**

Secondo il dipartimento di epidemiologia e biostatistica della Anhui Medical University in Cina, la prevalenza di rapporti sessuali non protetti in maschi Hiv positivi, che praticano rapporti anali con altri maschi, è del 75.4%, mentre i rapporti vaginali non protetti incidono "solo" per il 68%. La prevalenza di rapporti anali non protetti è diversa negli studi pubblicati, ma non esistono dubbi sul fatto che la grande maggioranza dei rapporti anali tra maschi Hiv positivi sia praticata senza preservativo. Dunque non c'è un'efficace strategia preventiva della trasmissione del virus dell'Aids e degli altri virus a trasmissione sessuale in Cina e ciò comporta per quel grande Paese il moltiplicarsi di malati nei prossimi anni. I rapporti anali non protetti hanno, infatti, una maggiore frequenza di sanguinamento da trauma e una più facile trasmissione del virus Hiv e di altri patogeni rispetto ad altro tipo di rapporto sessuale. La cavità anale, infatti, è priva dei meccanismi muscolari e ghiandolari preventivi del trauma, propri invece della vagina.

*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Procreazione assistita

Dall'interpretazione del numero di successi sbandierati con molta facilità da alcuni centri stranieri a quelli italiani che non tengono conto della "nuova" Legge 40. Un'anticipazione dell'ultimo libro di due dei massimi esperti sul tema

## Consigli per chi parte e per chi resta

**ANDREA BORINI  
CARLO FLAMIGNI**

**C**oloro che vanno in cerca di risultati migliori di quelli che ritengono di poter ottenere in Italia debbono essere sicuri di essere in grado di leggere e interpretare correttamente i dati che i vari centri rendono noti, spesso pubblicandoli anche su internet. La percentuale di successi si deve naturalmente valutare sulla base, da un lato, dei tentativi eseguiti e dall'altro delle gravidanze ottenute: solo che questa definizione è molto vaga e può portare il medico a interpretazioni diverse. Il numero di tentativi, ad esempio, può indicare le coppie che sono state ammesse al trattamento, quelle che sono state sottoposte al prelievo di oociti e quelle che sono arrivate fino al trasferimento degli embrioni. (...) In altri termini, utilizzando le stesse cifre si può arrivare a percentuali di successi pari al 20 o al 40%, senza mentire. E non ha alcun senso valutare la bontà di un laboratorio se non consideriamo anche le gravidanze multiple, le gravidanze extra-

terine e gli aborti.

I risultati ottenuti in Italia, poi, vanno interpretati con una certa cautela: noi abbiamo a che fare con un numero eccessivo di centri, molti dei quali lavorano poco e male (...) in Italia si deve valutare caso per caso: il nostro consiglio, ad esempio, è quello di evitare centri, pubblici o privati, che non dichiarano di aver completamente accettato la revisione della Legge 40 eseguita dalla Corte Costituzionale e di essere pertanto disponibili a fecondare un numero elevato di oociti e di crioconservare gli embrioni sovrannumerari (il congelamento degli oociti dà risultati inferiori). Le tecniche di Pma hanno uno statuto scientifico assai modesto e i risultati dipendono da quanti embrioni si riesce a produrre e a trasferire (...) quanti cicli di trattamento si potranno fare, in un anno, nel centro sotto casa e quanti in quello di Bruxelles? Non è un calcolo semplice (...) Per questo motivo consigliamo di discuterne con un medico che abbia anche solo un minimo di competenze (...) Anche chi si reca all'estero per una donazione di gameti o di embrioni

deve essere molto cauto (...) Ci limitiamo a un solo esempio: le infezioni da Hiv (il virus che provoca l'Aids) determinano la comparsa di una sieropositività dopo un periodo di latenza che può arrivare anche a 6 mesi. Per questa ragione non si eseguono donazioni di seme "fresco" (...). Il problema esiste anche per la donazione degli embrioni abbandonati (...)

Un ultimo consiglio prima di recarsi all'estero per un'indagine genetica pre-impianto: a noi sembra indispensabile una consulenza e un parere di un genetista, molte coppie partono per eseguire esami praticamente inutili. E poi, guardatevi intorno: in Italia ci sono molti centri in grado di praticare gli stessi esami con la medesima competenza dei laboratori stra-



**FECONDAZIONE E(S)TEROLOGA**  
C. Flamigni  
A. Borini  
196 pagine  
12 euro  
L'asino d'oro



**LA SCHEDA**

**I DATI**  
Fecondazione eterologa vietata in Italia: e così solo nel 2011 sono state più di 2000 le famiglie italiane che sono andate all'estero

**IL CASO**  
Ultimo a Creta: da ovocita non controllato è nato un bimbo con malattia genetica. La madre italiana per curarlo mette all'asta un rene

**L'APPELLO**  
L'Osservatorio turismo procreativo chiede un centro nazionale al fine di indirizzare verso le cliniche più serie le coppie infertili anche all'estero

**GLI EMIGRANTI**  
Sono 27 tra Europa (escluso l'Est) e Usa i centri che accolgono il maggior numero di coppie italiane "emigranti" per avere un figlio



## SPENDING REVIEW

**Bloccato il riparto 2012**

Stop dell'Economia, Balduzzi non ci sta - Beni e servizi nel mirino

Stop dell'Economia al riparto del fondo 2012 alla Stato-Regioni della scorsa settimana: una questione di forma è la motivazione ufficiale. Ma Regioni e Salute sono sul chi va là, soprattutto perché la spesa sanitaria è nel mirino della spending review: una spesa "non qualificata e in aumento" che costringe a contrarre le altre, secondo il ministro per i Rapporti con il Parlamento Piero Giarda. La col-

pa è anche di una «struttura politica forte dei governi regionali e di interessi coalizzati delle industrie che producono farmaci, beni e attrezzature», ha detto in un'audizione a Camera e Senato.

E nel mirino di Giarda ci sono in particolare i beni e servizi su cui a questo punto si addensano nubi e dubbi di ulteriori tagli.

A PAG. 8-9

## PREOCCUPAZIONI LEGATE ALLA SPENDING REVIEW

**Stop dell'Economia al riparto 2012: Regioni in allarme**

Stop del ministero dell'Economia all'approvazione definitiva del riparto dei 108,8 miliardi del Fondo sanitario 2012 che la scorsa settimana era stata chiesta "fuori sacco" dai governatori in Conferenza Stato-Regioni. Mobilità a parte, su cui ci sono ancora alcuni aspetti tecnici da chiarire. La motivazione ufficiale è che l'Economia si sarebbe dichiarata contraria alla procedura: il riparto non era all'ordine del giorno e la documentazione sarebbe stata trasmessa al Ministero solo la sera prima. Ma la preoccupazione delle Regioni, soprattutto in periodo di spending review, è che il rinvio possa avere motivazioni analoghe a quanto accaduto già lo scorso anno con il riparto 2011, approvato e poi rimodulato al ribasso con i tagli previsti dalla manovra di fine anno e con quella estiva (ticket sulla specialistica).

«Il ministero dell'Economia ha chiesto tempo per vedere meglio i documenti» ha confermato il ministro della Salute **Renato Balduzzi** al termine della Stato-Regioni rispondendo a chi poneva dubbi su eventuali problemi di risorse: «non credo ci siano». «Sono fiducioso di poter spiegare a Bondi e a tutti i miei interlocutori il percorso per ridurre la spesa sanitaria», ha dichiarato il ministro. Ma attenzione, aggiunge, a non scassare il sistema: «La necessaria revisione della spesa non può intaccare le risorse che servono per far funzionare il sistema e renderlo virtuoso». Niente scorciatoie, insomma, ma neppure for-

zature sull'altare dei tagli alla "cattiva" spesa pubblica.

Tutto rinviato, quindi, per ora. Al 22 maggio quando è stata fissata una conferenza straordinaria per analizzare anche un altro riparto su cui l'Economia ha chiesto il rinvio «per espletare l'esame di tutti gli aspetti»: quello dei 289 milioni di risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Psn di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2010. O al 31 maggio, data della prossima conferenza ordinaria.

«Siamo molto preoccupati, ci auguriamo che non ci siano problemi relativi alle risorse», ha commentato il presidente della Regione Basilicata **Vito De Filippo**, presente al tavolo per i governatori. «Le Regioni hanno raggiunto un accordo molto serio sul riparto - ha aggiunto -, speriamo non ci siano arretramenti».

E la preoccupazione aumenta con la piega che ha preso la spending review (Dl 52/2012, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 106) del Governo, soprattutto alla luce delle dichiarazioni del ministro per i Rapporti con il Parlamento Piero Giarda, in occasione di un'audizione sul provvedimento la scorsa settimana alle commissioni Bilancio di Camera e Senato.

La spesa sanitaria, con un'attenzione particolare a quella per beni e servizi, è tra le "anomalie" della spesa pubblica secondo Giarda. «È come se la crescita della spesa sanitaria fosse stata pagata dalla riduzione della spesa per la scuola, con altre aggiunte», ha detto Giarda all'audizione. «Se guar-

diamo alle scelte politiche fatte su cosa produrre - ha proseguito il ministro - si osserva che ci sono stati 3 cambiamenti importanti nelle cose prodotte nel settore pubblico che vengono messe a disposizione a titolo gratuito del cittadino: un rilevante calo dal 23 al 17-18% per la scuola, un calo della spesa per l'ordine pubblico e sicurezza che passa dal 9 all'8%, accompagnato da un corrispondente aumento della spesa sanitaria di 5 punti percentuali, dal 32 al 37%, e per la protezione sociale dal 4 al 5 per cento. Ciò è dovuto in parte all'andamento demografico, in parte a decisioni che riguardano la sfera politica e la struttura degli interessi costituiti».

La Sanità, ha spiegato Giarda, «è un bene affidato, come gestione, ai Governi regionali e la scuola è bene prodotto per iniziativa centrale. Quindi quando ci si interroga sul perché siano successi questi cambiamenti drastici, si può fare riferimento a fattori di domanda (ci sono più persone anziane) dietro la spesa sanitaria, e c'è una struttura politica forte dei Governi regionali, ci sono interessi coalizzati delle industrie che producono farmaci, beni e attrezzature. Il mix di domanda e strutture del Governo deve essere tenuto presente, perché non è banale».

La spesa per beni e servizi nel mirino di Giarda comprende, oltre ai beni e servizi pro-

priamente detti (sanitari e non sanitari) anche l'assistenza farmaceutica, la medicina di base e "altre prestazioni" in cui ci sono la specialistica convenzionata, l'ospedaliera accreditata, la riabilitazione, il termalismo e così via: tutte quelle voci definite "market" nei bilanci sanitari. Il loro incremento medio annuo è stato dal 2000 al 2005 dell'8,6% e dal 2006 al 2010 del 3,5%, ma in realtà l'unica voce che ha registrato il segno meno è la farmaceutica che in media ha "perso" tra il 2006 e il 2010 il 2,9% (v. tabella).

La spending review prevede ora che ciascun ministro proponga entro il 31 maggio un piano di revisione e riduzione della spesa relativa al proprio dicastero. A sua volta il neocommissario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi delle Pa previsto dal decreto e già identificato con **Enrico Bondi**, deve presentare entro 15 giorni il cronoprogramma delle attività da mettere in cantiere. Il comitato dei ministri (di cui oltre Mario Monti fanno parte Patroni Griffi, Grilli e Catricalà) dovrà sovrintendere alla riorganizzazione della spesa messa in atto con i progetti presentati dai vari dicasteri entro il 31 maggio. A sua volta il neocommissario Bondi passerà al setaccio gli acquisti della Pa che, in base al Dl, potranno utilizzare anche canali più favorevoli dal punto di vista del prezzo rispetto a quelli Consip.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Dieci anni di andamento della spesa sanitaria per beni e servizi (milioni di euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. media/anno %	
												2000-2005	2006-2010
<b>Beni e servizi</b>	13.112	14.245	15.561	16.757	18.722	20.626	21.967	23.888	25.935	27.344	28.579	9,5	6,8
<b>Assistenza farmaceutica</b>	8.743	11.661	11.723	11.096	11.988	11.849	12.334	11.543	11.226	11.010	10.936	6,3	-2,9
<b>Medicina di base</b>	4.019	4.505	4.613	4.795	5.020	6.453	5.930	6.008	6.079	6.379	6.539	9,9	2,5
<b>Altre prestazioni</b>	12.782	13.375	14.927	16.339	18.281	19.365	20.265	21.215	22.288	23.077	23.453	8,6	4,0
<b>Totale</b>	<b>38.656</b>	<b>43.786</b>	<b>46.824</b>	<b>48.987</b>	<b>54.011</b>	<b>58.293</b>	<b>60.496</b>	<b>62.654</b>	<b>65.528</b>	<b>67.810</b>	<b>69.507</b>	<b>8,6</b>	<b>3,5</b>

Variazione assoluta %		
	2000-2005	2006-2010
	57,3	30,1
	35,5	-11,3
	60,6	10,3
	51,5	15,7
	<b>50,8</b>	<b>14,9</b>

**Settori nel mirino.** Gli assessori: la stretta abbasserà il livello di servizio

# Verso la riduzione del fondo sanità Le Regioni contro il Governo

**Maurizio Caprino**

MILANO

■ Continua il braccio di ferro Governo-Regioni sui tagli alla sanità. Ieri, con la sostanziale conferma che a Roma si prepara un'ulteriore diminuzione della spesa di 1,2-1,5 miliardi per quest'anno, gli assessori di Lombardia ed Emilia-Romagna (Regioni all'avanguardia sia per servizi sia per riduzione dei costi) hanno opposto un netto rifiuto. Il confronto è avvenuto a Milano, all'Healthcare Summit organizzato dal Sole-24 Ore. Il fronte politico è stato il più caldo del convegno: tra i tecnici che vi hanno partecipato, c'era prudenza, sia sui tagli sia sul sistema di franchigia (si veda Il Sole 24 Ore del 12 maggio) allo studio per sostituire i ticket.

Per il ministero c'era il capo dipartimento Programmazione e ordinamento del Servizio sanitario nazionale, Filippo Palumbo. Da lui non è venuta alcuna smentita sui tagli 2012, ma la richiesta alle Regioni di rimettersi immediatamente al tavolo per il Patto della salute, che avrebbe dovuto attuare entro il mese scorso la manovra economica dell'estate 2011 e poi è slittato. Ora si parla di ottobre, ma al ministero vogliono accelerare.

«Sarebbe paradossale riaprire il tavolo ora - ha rispo-

sto Carlo Lusenti, assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna -. Il tavolo si era arenato per la posizione unanime delle Regioni: dopo le manovre 2010 e 2011 e il decreto Salva Italia c'è un quadro di insostenibilità».

L'assessore lombardo, Luciano Bresciani, ha aggiunto: «La riduzione degli investimenti obbliga a una revisione dei costi di produzione, oltre agli sforzi già fatti per chiudere in pareggio il bilancio sanitario lombardo da otto anni».

La conclusione di entrambi gli assessori è che il problema diventa solo politico: il Governo deve chiarire dove vuol far arrivare la sanità. Stabilito questo, si tratta solo di utilizzare gli strumenti tecnici necessari, che le Regioni hanno già. Ma stringere ancora significa costringere quelle che hanno i conti in ordine ad abbassare i livelli del servizio.

Ciò preoccupa anche Farmindustria, il cui presidente **Massimo Scaccabarozzi** ricorda che la parte farmaceutica della spesa sanitaria è già sotto controllo e fa presente il rischio di delocalizzazione: «Sarebbe anche un danno per l'export: il 60% della produzione farmaceutica italiana va all'estero. I tagli italiani abbassano la domanda e le aziende investono dove ci sono mercato e condizioni stabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SENTENZA AMIANTO**

**Alla Eternit c'è stato  
«dolo elevatissimo»**

► pagina 44

**Il caso amianto.** Le motivazioni della sentenza di condanna a 16 anni di Schmidheiny e de Cartier

# Alla Eternit «dolo elevatissimo»

Per i giudici di Torino l'azienda sapeva ma non si è fermata

PIEMONTE



**Filomena Greco**  
TORINO

Corportamenti gravi, un dolo di «elevatissima intensità» per un disastro che è tuttora in corso: le motivazioni della sentenza **Eternit** rese note ieri riaprono la ferita dei tremila morti accertati per i danni dell'amianto negli stabilimenti italiani gestiti dalla multinazionale fino agli anni 90. E rincarno la dose sulla sentenza di condanna a 16 anni per lo svizzero Stephan Schmidheiny e il belga Louis de Cartier emessa dal Tribunale di Torino il 13 febbraio scorso. Lo fanno sancendo la piena responsabilità degli imputati - sapevano e nulla hanno fatto per ridurre i rischi - e la pericolosità della loro condotta, perché hanno cercato di nascondere e minimizzare gli effetti nocivi della lavorazione dell'amianto sull'ambiente e sulle persone.

Depositato intorno a mezzogiorno, le 713 pagine compilate dal collegio giudicante, presieduto dal giudice Giuseppe Casalbone, ripercorrono le tappe del processo, la storia industriale dell'Eternit, la normativa italiana sui rischi da amianto, la distribuzione del "polverino", le ragioni del riconoscimento del dolo, la pericolosità della condotta dei due condannati in relazione ai reati di disastro ambientale doloso e omissione volontaria di cautele antinfortunistiche. Reati riconosciuti per i siti di Casale Monferrato e Cavagnolo, entrambi in Piemonte, caduti in prescrizione, invece, per Rubiera (Reggio Emilia) e Bagnoli (Napoli).

«Se si può affermare che il pro-

trarsi dell'evento disastro allunga il periodo di consumazione del reato, ecco allora che i fatti accaduti nei siti di Cavagnolo e Casale Monferrato presentano caratteristiche di gravità e pericolosità tali da mantenere in vita un disastro tuttora in atto». Questo principio, ribadito nelle motivazioni della sentenza, aveva caratterizzato l'intero impianto accusatorio della Procura di Torino e aveva "guidato" le indagini del pool coordinato dal sostituto procuratore Raffaele Guariniello, affiancato dai pm Sara Panelli e Gianfranco Colace.

Un disastro che ben conoscono i familiari delle vittime e degli ammalati di mesotelioma - la patologia più grave provocata dall'amianto, in incubazione fino a quarant'anni - che fanno capo all'associazione Afeva, visto che il territorio paga ancora un prezzo molto alto: 1.300 i casi stimati in Italia, 58 quelli segnalati nel solo comune di Casale nell'ultimo anno.

«Le motivazioni della sentenza - sottolinea Davide Petrini, docente di diritto penale presso l'Università del Piemonte Orientale ed avvocato di parte civile - contengono una ricostruzione storica molto approfondita sulle condizioni di lavoro negli stabilimenti e sanciscono le responsabilità dei due manager». Entrambi consapevoli dei rischi derivanti dalla lavorazione dell'amianto. «De Cartier e Schmidheiny si sono direttamente occupati degli stabilimenti Eternit italiani - sancisce il documento - sono risultati perfettamente a conoscenza delle condizioni in cui tali stabilimenti si trovavano, della pessima qualità dei relativi ambienti di lavoro, della pericolosità delle specifiche lavorazioni, dell'elevatissima mortalità degli operai

e dei cittadini che ne derivava, delle richieste - sempre più pressanti - che le organizzazioni sindacali avanzavano e mai nulla hanno fatto o hanno preteso che i responsabili dei singoli stabilimenti industriali facessero per migliorare tali condizioni». Sapevano, dunque, e non hanno fatto nulla per limitare rischi e pericoli. Anzi, elemento di «maggiore pericolosità» è il fatto che «gli imputati hanno cercato di nascondere e minimizzare gli effetti nocivi per l'ambiente e le persone derivanti dalla lavorazione dell'amianto, pur di proseguire nella condotta criminosa intrapresa». Una intensità del dolo, però, commenta Astolfo Di Amato, legale di Schmidheiny, «inconciliabile con il fatto che negli anni di gestione Schmidheiny non ha percepito profitti, ma ha investito 73 miliardi. Non si investe per commettere una strage».

**NESSUNA ATTENUANTE**

Nascosti e minimizzati gli effetti nocivi sulla salute negli stabilimenti piemontesi di Cavagnolo e di Casale Monferrato

**LA VICENDA**

**Gli anni della produzione**

Lo stabilimento Eternit di Casale Monferrato fu inaugurato nel 1907 e rappresentò il più grande stabilimento di manufatti in cemento-amianto dell'intera Europa. Venne definitivamente chiuso nel 1986 e nel '92 (legge n. 257/1992) lo Stato italiano mise al bando l'amianto. Lo stabilimento fu abbattuto nel 2005.

**Le denunce e le prime cause**

Sin dagli anni 70 si sviluppò

un contenzioso medico-legale portato avanti dalle associazioni sindacali. Nel 1981 la prima causa civile contro Eternit e Inail; nel 1993 la causa penale contro i dirigenti Eternit.

**Il processo**

Il 22 luglio 2009, dopo 5 anni d'indagine della Procura di Torino, scattò il rinvio a giudizio dei due responsabili della multinazionale svizzero-belga, Stephan Schmidheiny e Louis de Cartier de Marchienne. La prima udienza del processo si è svolta il 10 dicembre 2009, il processo è durato complessivamente oltre due anni; 66 le udienze.

**La sentenza**

La condanna è stata pronunciata lo scorso 13 febbraio. Ai due imputati 16 anni per i reati di disastro ambientale doloso e omissione volontaria di cautele antinfortunistiche.

**I risarcimenti**

La "provvisoria" concessa dal collegio giudicante presieduto da Giuseppe Casalbone ammonta a circa 90 milioni: 25 al Comune di Casale, 20 alla Regione Piemonte, 15 all'Inail, 5 all'Asl di Alessandria, da 30 a 60 mila euro per vittime, ammalati e familiari.



## IL CASO

## Piccoli malati cronici crescono, l'Europa corre ai ripari

DAL NOSTRO INVIATO  
ARNALDO D'AMICO

PRAGA

**O**besità, asma e allergie, disturbi psicologici, diabete, esiti neurologici di nati prematuri. Sono queste le patologie in aumento tra i bambini europei, tutte croniche. E già oggi riguardano un bimbo su cinque del Vecchio continente. Questo il dato più preoccupante emerso dall'analisi preliminare di un'indagine che ha coinvolto 28 paesi europei più Israele, 50mila pediatri e i 50 milioni di bambini che hanno in cura. I risultati sono stati al centro dell'incontro delle società che riuniscono i pediatri di base delle 29 nazioni che si è tenuto la scorsa settimana a Praga e promosso dalla Fimp (Federazione italiana medici pediatri). Oltre a minare la salute dei futuri cittadini europei, la loro capacità lavorativa e le risorse dei sistemi sanitari che mal sopporteranno la moltiplicazione di casi di malattie cardiovascolari, respiratorie e di disturbi del comportamento da curare, la crescita esponenziale della malattie croniche infantili sta richiedendo ai pediatri una rivoluzione nel loro modo di lavorare. «La classica patologia acuta — spiega Giuseppe Mele, presidente Fimp — come la febbre alta, un mal di pancia o una polmonite si affrontano sapendo visitare il bambino per coglierne i sintomi e dando poi la cura giu-

sta che si espleta in pochi giorni. Nelle patologie croniche invece i sintomi quasi mai si manifestano davanti al pediatra (vedi asma, o disturbi del comportamento) e sono quasi sempre subdoli (il diabete o i ritardi della crescita) per diventare eclatanti e allarmare la famiglia anni dopo l'inizio della malattia, quando è troppo tardi. Per questo diventa determinante la capacità del pediatra di interagire con i genitori per ottenere le informazioni indispensabili a scoprire in tempo la malattia. E poi a curarla. I trattamenti sono lunghi e coinvolgono inevitabilmente la famiglia e, perché siano efficaci, è indispensabile che il pediatra sappia interagire con i genitori. Purtroppo questa capacità non la insegnano all'università. Ma ci stiamo organizzando per trasferire la nostra esperienza ai giovani pediatri proprio su questo campo». Altro problema che emerge dall'indagine sono gli effetti perversi delle politiche di contenimento delle spese sanitarie che si stanno inasprendo in molti paesi europei. «Risparmi e ben più consistenti ci sarebbero invece — è stato l'accorato appello del pediatra tedesco Jochen Erich, delegato dell'European Paediatric Association — se si potenziassero la capacità dei pediatri di prevenire obesità, diabete infantile, malattie renali, disturbi del comportamento, facendo risparmiare miliardi di euro con milioni di casi in meno di infarti, trapianti di reni e altre gravi conseguenze».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I nuovi forzati del testosterone per una vita al massimo

ELENA DUSI  
FEDERICO RAMPINI



**A**GGIUNGI testosterone alla tua vita. Non tanto per vincere medaglie, ma per far sparire il grasso, definire i pettorali, rialzare la temperatura del desiderio sessuale, condire la giornata sul lavoro con au-

tostima e aggressività. A pensarla così non sono più solo i bodybuilder, e nessun paese è ormai immune dal consumo illecito di steroidi anabolizzanti. Sylvester Stallone oggi non verrebbe neanche più fermato con una 24 ore di fiale e pastiglie (accadde alla dogana di Sydney) grazie a quel canale di circolazione mondiale oliatissimo che è la vendita su internet.

Illegali, pericolosi, quasi sempre contraffatti, usati in veterinaria per far prendere peso a vitelli e cavalli, gli steroidi che sti-

molano il testosterone – negli uomini come nelle donne – sono ormai usciti dalle palestre. Ai consumatori tradizionali si affianca un pubblico nuovo e “laico” che non ha medaglie da inseguire, ma difficoltà di autostima da superare. «Bastano poche settimane. La massa grassa diminuisce a favore di quella muscolare» spiega Roberta Pacifici, che all’Istituto superiore di sanità dirige il reparto farmacodipendenza e doping.

ALLE PAGINE 49, 50 E 51



**ELENA DUSI**

**A**GGIUNGI testosterone alla tua vita. Non tanto per vincere medaglie, ma per far sparire il grasso, definire i pettorali, rialzare la temperatura del desiderio sessuale, condire la giornata sul lavoro con una dose extra di autostima. A pensarla così non sono più solo i bodybuilder, e nessun paese è ormai immune dal consumo illecito di steroidi anabolizzanti. Sylvester Stallone oggi non verrebbe neanche più fermato con una 24 ore di fiale e pastiglie (accadde alla dogana di Sydney) grazie

a quel canale di circolazione mondiale oliatissimo che è la vendita su internet. Ed è ormai una soap opera su giornali e tv statunitensi il processo di Roger Clemens, l'ex lanciatore di baseball soprannominato "Rocket", accusato di aver ricevuto iniezioni di testosterone dal suo allenatore. Fra gli attori trasformati in montagne di muscoli nell'intervallo fra un film e l'altro solo Charlie Sheen ha ammesso davanti ai media di aver fatto uso di steroidi per sei settimane prima di girare "Major League".

SEGUE  
NELLE PAGINE SUCCESSIVE

**Dai bodybuilder alle star come Sylvester Stallone. Dagli operatori di Borsa ai militari in missione. Per aumentare le prestazioni sessuali, per esaltare l'aggressività sul lavoro, per rafforzare l'autostima. Sono bombe vendute illegalmente soprattutto sul web, che fanno esplodere i muscoli e bruciano il grasso. Ma danneggiano fegato, reni e cuore**

# Steroidi

## La nuova droga dei forzati del successo

(segue dalla copertina)

**ELENA DUSI**

**I**sospetti su molte star rimbalzano da Hollywood a Bollywood. Ma non ci sono solo star, tra i forzati del testosterone. Lo prendono i manager di Wall Street per aumentare la loro propensione al rischio (uno studio del 2009 rivelò che i trader hanno livelli dell'ormone più alti della media). Lo usano i militari in missione, per mantenere i muscoli tonici e potenziare l'aggressività. Lo provano single, sposati e fidanzati (donne incluse) nella convin-

zione che gli ormoni maschili migliorino le prestazioni sessuali.

Dopo decenni, insomma, gli steroidi sono usciti dalle palestre. Ai consumatori tradizionali si affianca un pubblico nuovo e "laico" che non ha medaglie da inseguire, ma difficoltà di autostima da superare. «Bastano poche settimane. La massa grassa diminuisce a favore

di quella muscolare» spiega Roberta Pacifici, che all'Istituto superiore di sanità dirige il reparto farmacodipendenza e doping. «L'assunzione si chiama "top-down": si cresce gradualmente con le dosi, arrivando a un picco fino a 50 volte superiore all'uso terapeutico. Poi si cala e si trascorre un periodo

di riposo per permettere al corpo di ripulirsi: è il "wash out". Nessun fisico reggerebbe senza».

Nell'uso di queste bombe che fanno esplodere muscoli, ma anche

fegato, reni e cuore, i culturisti sono paradossalmente i più attrezziati. «Il consumatore ignorante che acquista su internet legge che non ci sono effetti collaterali e si abbandona al fai-da-te più sfrenato» spiega Marco Cosentino dell'università dell'Insubria, coautore di uno studio sui siti che vendono anabolizzanti. Che rivela: «Tra i nuovi consumatori ci sono moltissimi militari. Le basi in Iraq e Afghanistan compaiono di frequente fra gli indirizzi di conse-

gna».

Il drogato di testosterone è disposto ad accettare effetti collaterali devastanti anche solo in nome degli effetti psicologici: aggressività, motivazione, resistenza alla fatica e aumento — sia pur limitato ai periodi di assunzione — del desiderio sessuale. Un questionario dell'università di Padova fra 3mila studenti veneti di medie e superiori ha rivelato che il 6,2% di chi faceva sport ha assunto sostanze dopanti e il 10,7% ha amici che "prendono qualcosa". Ma i dati, basati su ammissioni spontanee, sono sicuramente sottostimati.

Cristina Segura Garcia, psichiatra dell'università Magna Grecia di Catanzaro, ha guidato uno studio sulle motivazioni che spingono a gonfiarsi di muscoli e pasticche. «La passione smodata per l'esercizio fisico non è dissimile, dal punto di vista psichiatrico, da disturbi ossessivo-compulsivi e anoressia. Come una ragazza anoressica non si vede mai abbastanza magra, un ragazzo che va in palestra rischia di non vedersi mai troppo muscoloso».

Ma gli steroidi possono anche uccidere, provocando insufficienza epatica, linfoma, infarto e perfino pulsioni suicide. Ma le indicazioni su quelli venduti online non citano nemmeno gli effetti collaterali "più lievi": crescita del seno negli uomini e sua riduzione nelle donne, atrofia dei testicoli e carenza di spermatozoi (l'organismo smette di produrre testosterone se lo riceve dall'esterno), irregolarità mestruale, perdita di capelli nei maschi e crescita della barba nelle signore. La sovraeccitazione e l'aggressività, anche sessuale — caratteristiche della fase "top" — lasciano il passo in quella "down" a im-

potenza e fatica di vivere. «Spesso accade — spiega Pacifici — che dagli steroidi si passi al Viagra, agli ormoni femminili per contrastare la crescita del seno, ai sonniferi per ripristinare il ritmo veglia-sonno e alla cocaina per vincere la depressione, in un crescendo di medicinali di cui si perde facilmente il controllo». Come se poi gli steroidi non facessero abbastanza male da soli. «Nella mia carriera ho visto di tutto» commenta Giuseppe Lippi, responsabile della Diagnostica ematochimica dell'ospedale universitario di Parma. «Chi rispetta i tempi di wash out riesce ad andare avanti con gli steroidi anche 15 anni. Ma con un'assunzione continuativa è questione di mesi. Infarto, trombosi o necrosi epatica fulminante sono inevitabili». Poche settimane bastano perché gli effetti dannosi diventino cronici. «Il primo segno spesso è l'ittero, un colorito giallastro» spiega Emanuela Turillazzi, medico legale all'università di Foggia. «Vuol dire che le cellule del fegato hanno cominciato a danneggiarsi».

Del sequestro di steroidi in Italia si occupano soprattutto i Carabinieri dei Nas. «Le indagini — spiega il capitano Francesco Saggio, comandante del Reparto Analisi dei Nas di Roma — possono partire da informazioni confidenziali, da altri processi o dal monitoraggio dei siti web». Gli acquirenti online vengono intercettati, e da lì si fa partire un'indagine sul terreno. A fine febbraio i Nas di Ancona hanno sequestrato 95mila dosi di sostanze dopanti (uno dei più grandi quantitativi nel nostro paese) a un 62enne di Fano che si riforniva all'estero o su internet, poi miscelava gli steroidi nel suo labo-

ratorio casalingo e li rivendeva con etichette false, simili a quelle di case farmaceutiche famose. All'uomo (un disoccupato) sono state sequestrate case e ville per 4,5 milioni.

Massimo Montisci, medico legale dell'università di Padova, gli effetti degli steroidi li ha visti in prima persona sul tavolo autoptico su cui sono finiti 4 atleti negli ultimi anni: 3 culturisti e un ciclista, morto per un attacco di cuore uscendo dal dentista. «Il cuore si gonfia. Come le cellule degli altri muscoli, anche quelle cardiache aumentano di dimensione, ma senza far crescere la forza di contrazione. Spesso anzi muoiono e vengono sostituite da tessuto fibroso. E il danno resta permanente anche quando si interrompe l'assunzione. In caso di infarto, la morte viene spesso attribuita a cause naturali, ad esempio a un attacco di cuore di origine ignota». Se si apre un'inchiesta, i test antidoping possono essere svolti non solo sull'urina, ma anche su capelli, altri peli o unghie. «Sono reperti che possono segnalarci un doping vecchio di mesi, fino a un anno» spiega Montisci. «Ma gli atleti hanno imparato. È per questo che a volte li vediamo completamente depilati».

**I consumatori subiscono gli effetti fisici devastanti pur di avere vantaggi psicologici. Dopo decenni questi farmaci escono dalle palestre e attirano un pubblico nuovo**



## I sequestri e le attività di contrasto alla vendita di steroidi illegali

Sequestri di steroidi androgeni anabolizzanti effettuati dai Carabinieri dei Nas tra il 2000 e il 2011

Stanazololo	Metenolone enantato	Testosterone propionato	Metandrostenolone + Metandienone	Trembolone
50.500 <i>tra compresse, fiale e capsule</i>	28.600	26.767	8.757	6.796
<i>Preferito dalle donne per gli scarsi effetti mascolinizanti</i>	<i>Più "leggero" di altri steroidi, a volte usato fra due cicli di trattamento con sostanze più pesanti</i>	<i>Iniettato, provoca picchi rapidissimi di testosterone nel sangue, ma cali altrettanto rapidi</i>	<i>Tra le sostanze più vecchie (è diffuso nelle palestre dagli anni '50), oggi in parte superato</i>	<i>Usato in veterinaria per aumentare peso e muscoli, tra i prodotti più economici sul mercato clandestino</i>

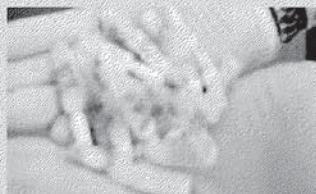
### Doping 2010-2011

471  
persone segnalate all'autorità (375 nel 2010)

44  
arresti (34 nel 2010)

273.562  
sequestri di sostanze vietate (154.896 nel 2010)

## zoom



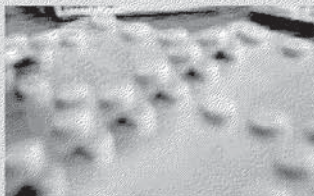
### L'EFFETTO

Gli steroidi anabolizzanti stimolano la produzione di testosterone, il quale fa crescere i muscoli a discapito del grasso



### LA TESTA

Crescono aggressività, motivazione, autostima e desiderio sessuale. Ma la fine dell'uso porta a depressione e impotenza



### IL CUORE

I danni al cuore restano anche quando finisce l'uso di steroidi. Da qui gli infarti senza causa apparente



# Scoperto a Campodimele il gene che allunga la vita

## Una mutazione del dna riduce il tasso di colesterolo

### LO STUDIO

In un paese del basso Lazio i ricercatori della Sapienza

di CARLA MASSI

ROMA - Quando un gene mutato allunga la vita. Quando tiene a freno il colesterolo e spazza via il grasso che ostruisce le arterie. E' un'anomalia che la natura ha deciso di regalare a quelli che sono nati a pochi chilometri da Latina, a Campodimele. Piccolo comune di meno di mille abitanti. Oggetto, da decenni, di ricerche proprio per questo felice danno genetico. Da sempre bollato come comune della longevità (un ristorante furbo ha perfino aperto un locale con questo nome) oggi vede il risultato degli studi pubblicato su un rivista scientifica internazionale, Journal of clinical endocrinology and metabolism.

Tutti, dagli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità ai diversi gruppi di ricercatori che hanno messo Campodimele sotto la lente, sono stati fino ad oggi convinti che

le particolari condizioni fisiche dei suoi abitanti fossero da addebitarsi allo stile di vita e all'alimentazione. Ora è stato identificato nel loro organismo un gene mutato che consente, appunto, di eliminare i grassi che sono nel sangue. Una sofisticata forma di auto-protezione del corpo. In grado, evitando problemi cardiovascolari, di allungare la vita. E di arrivare quasi ai cento in condizioni più che accettabili per l'età.

Lo studio è dell'équipe del dipartimento di Medicina interna dell'università La Sapienza di Roma guidata da Marcello Arca. «In coloro che abitano in questo piccolo paese del basso Lazio - spiega il ricercatore - abbiamo individuato una variante genetica che potrebbe racchiudere il segreto di una vita lunga e in buona salute». Il gruppo ha

condotto uno screening accurato sulle caratteristiche di chi vive a Campodimele che presentano valori particolarmente bassi di colesterolemia totale e LDL (il cosiddetto cattivo). «Oltre a presentare valori molto bassi - aggiunge Arca - i portatori della mutazione godono di una specie di protezione contro aterosclerosi e diabete. Le persone prive di questa proteina, la Angptl3, e che al contempo godono di buona salute, ci fa ipotizzare lo sviluppo di farmaci diretti contro questa molecola per tutelare i pazienti a rischio di aterosclerosi».

Come quel 25% degli italiani che soffre di colesterolo alto (in crescita anche tra i bambini delle elementari) che è costretto a dimezzare le dosi di grassi nel piatto e, se non basta, ad affidarsi ai medicinali. Pro-

prio la pillola anticolesterolo è tra i primi cinque farmaci più venduti nel nostro paese.

