

SALITE A 37 LE VITTIME DELL'E.COLI IN EUROPA

Germania, primo bimbo ucciso dal batterio-killer

HANNOVER

L'epidemia provocata dal batterio E. coli ha ucciso per la prima volta un bambino, un maschietto di due anni originario del Nord della Germania. Il decesso fa salire a 37 in Europa il bilancio dei morti causati dal batterio killer: 36 in Germania e uno in Svezia. Il piccolo è morto all'ospedale di Hannover per Sindrome uremico-emolitica (Hus) che si sviluppa in alcune persone colpite dal batterio killer. Il padre e il fratellino di dieci anni, a loro volta contagiati dal batterio, sono invece quasi guariti.

Finora la vittima più giovane era una donna di vent'anni, secondo l'Istituto federale sanitario Robert Koch. Dopo settimane di incertezza, le autorità tedesche venerdì avevano identificato l'origine della contaminazione nei germogli (di vari legumi, tra cui la soia) provenienti dall'azienda biologica Gärtnerhof, a Bienenbüttel, in Bassa Sassonia, che è stata chiusa. Intanto, malgrado l'opposizione di Spagna e Francia, l'Unione europea ha dato via libera allo stanziamento di 210 milioni di euro in aiuti agli agricoltori colpiti dal crollo dei mercati dopo l'infezione del batterio E. coli. [M. VER.]



Il Dg dell'Aifa, Guido Rasi, designato direttore esecutivo dell'Agenzia europea dei medicinali

Timoniere italiano all'Ema

La ratifica al Parlamento europeo - Insediamiento entro fine anno

SUCCESSIONI

Come ampiamente annunciato dal gossip di settore (che non ha ancora le idee chiare in tema di successione) sarà un timoniere italiano a reggere le sorti dell'Ema.

Mercoledì scorso, infatti, il direttore generale dell'Aifa, **Guido Rasi**, classe 1954, è stato nominato direttore esecutivo dell'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali, in sostituzione dello svedese **Thomas Lonngren**, giusto alla scadenza del proprio secondo mandato alla guida dell'Authority a partire dal gennaio 2011.

La nomina dovrà ora essere ratificata dal Parlamento europeo, dove Rasi si recherà per un'audizione il prossimo 13 luglio per poi assumere in pieno l'incarico entro fine anno. Nel frattempo, è ovvio, scatterà la corsa per la successione a Rasi in Aifa.

Medico, specialista in Medicina interna e in allergologia e immunologia clinica, docente di Microbiologia all'Università "Tor Vergata" di Roma, Rasi è approdato all'Aifa nel 2008, su nomina del ministro del Welfare, **Maurizio Sacconi**, dopo essere stato membro del Cda dell'Istituto superiore di sanità e della stessa Aifa nonché - fino al novembre 2009 -

responsabile della Sezione di Medicina molecolare dell'Istituto di Neurobiologia e Medicina molecolare del Cnr. Promotore e responsabile di numerosi progetti scientifici anche con istituzioni nazionali e internazionali - in particolare nel campo

dell'oncologia e delle malattie virali croniche, con la messa a punto di modelli sperimentali di chemio-immunoterapia - è autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche, come responsabile dell'Ema Rasi potrà contare su un segretariato composto da circa 500 persone e avrà il compito di coordinare le risorse scientifiche di più di 40 autorità nazionali competenti di 30 paesi in una rete di oltre 4 mila esperti europei. Il controllo finanziario dell'Agenzia è invece affidato a un Cda e comprende i 27 responsabili delle Agenzie del farmaco dei Paesi Ue più 8 rappresentanti istituzionali europei (esponenti della Commissione, del Parlamento, delle Associazioni sanitarie).

Soddisfatti per la designazione di Rasi il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, e il presidente **Farmindustria**, **Sergio Dompé**, convinti che la scelta europea rappresenti un importante successo internazionale per l'Italia e la testimonianza dell'apprezzamento per le scelte nazionali in tema di politiche **farmaceutiche**.



FARMAFACTORING**Piani di rientro salva-spesa***Senza misure deficit dieci volte più alto - Offerta al palo*

Il deficit stimato per il 2011, al netto delle manovre locali e con i piani di rientro attuali è previsto a -2,1 miliardi: senza piani di rientro esploderebbe fino a -22,8 miliardi. La stima dell'effetto "decuplicatore" sul risparmio dei piani di rientro,

ma anche sul loro freno all'offerta di prestazioni, è contenuta nel rapporto Farmafactoring 2011 che la Fondazione ha prodotto in collaborazione con Cergas Bocconi e Fondazione Censis.

A PAG. 10-11

*FARMAFACTORING/ Senza gli interventi sulle Regioni in rosso debito dieci volte maggiore***Piani di rientro irrinunciabili****Le misure rallentano la crescita della spesa su tutto il territorio nazionale**

Tra i vari capitoli della spesa pubblica, quello della Sanità è sicuramente uno dei più analizzati e monitorati. La spesa sanitaria rappresenta una componente significativa dei bilanci pubblici, e riuscire a controllarne la crescita rimane un obiettivo di primaria importanza in Italia come nella maggior parte dei Paesi industrializzati. Ciò soprattutto alla luce delle previsioni di invecchiamento della popolazione e di un costante progresso tecnologico che, per nostra fortuna, mette a disposizione terapie e procedure mediamente sempre più efficaci che permettono di curare malattie una volta mortali, allungando così le aspettative di vita e, spesso, migliorandone la qualità. La sfida per il sistema è riuscire a essere sostenibile da un punto di vista finanziario e capace di soddisfare i reali bisogni dei cittadini.

In Italia nel 2009 la spesa sanitaria totale in percentuale del Pil era pari al 9,5%, perfettamente allineata con la media dei Paesi Ocse. Anche la sua componente pubblica, che al momento è attestata intorno al 7%, risulta essere in linea, nonostante in Italia negli ultimi anni la spesa sanitaria sia cresciuta in modo considerevole. Visti i risultati del nostro sistema sanitario e le valutazioni che otteniamo a livello internazionale, tra i Paesi dell'Ocse siamo tra i più virtuosi in assoluto. Eppure, quando decliniamo questo problema a livello italiano, la Sanità appare come uno degli spauracchi della finanza pubblica, o peggio come la madre di tutti i deficit. Va in effetti riconosciuto che nel settore della Sanità i primi anni del 2000 sono stati anni in cui, a livello regionale, è assolutamente mancato il controllo sulla spesa spingendo non poche Regioni ad accumulare un livello di debito elevatissimo (10 miliardi per il

Lazio nel 2006). È però anche vero che, a partire dal 2006, i controlli avviati nella Sanità non hanno un equivalente in nessun altro settore della pubblica amministrazione. Si potrà forse non concordare sul come tutto ciò sia stato realizzato, ma è innegabile che il lavoro congiunto della Ragioneria generale dello Stato e del ministero della Salute abbia permesso in pochi anni di avviare una inversione di tendenza. Inversione che ha portato molte Regioni a un sostanziale pareggio di bilancio e ad avviare una fase di risanamento per quelle che avevano aderito ai piani di rientro. Che questo sia il trend attualmente in atto è confermato anche dai risultati riportati nel "Rapporto sulla Sanità in controluce" presentato il 15 giugno a Roma dalla Fondazione Farmafactoring, e che tra i vari aspetti presi in esame ha affrontato quello della previsione della spesa sanitaria pubblica 2010-2012.

Nella tabella vengono riportate le simulazioni della spesa sulla base di due scenari, uno "con" e uno "senza" gli effetti dei Piani di rientro. A sua volta, lo scenario con Piani di rientro è stato ulteriormente specificato sulla base di due differenti ipotesi. La prima corregge le stime tendenziali sulla base degli effetti innescati dai Piani di rientro adottati a partire dal 2006 per il periodo 2007-2009, ipotizzando un effetto "annuncio" e, successivamente, un miglioramento della capacità delle Regioni di realizzare la razionalizzazione programmata fino al 2009 (effetto "di apprendimento"), dopo di che tale capacità rimane stazionaria. Nello scenario alternativo (definito "rinforzato") si è ipotizzato che nel triennio 2010-2012 si registri un ulteriore accrescimento della capacità delle Regioni di conseguire la riduzione dei costi, come se l'effetto "di apprendimento" conti-

nuasse.

I risultati mostrano come il processo di risanamento avviato nel settore abbia portato a dei risultati concreti, visto anche che la dinamica tendenziale della spesa (colonna "e") indica che in assenza di correttivi l'esistenza di fattori strutturali porterebbe a una crescita della spesa molto sostenuta, profondamente incompatibile con i livelli di finanziamento. In termini di saldi di bilancio si può osservare che, anche nello scenario con Piani di rientro "rinforzati", non si raggiunge il pareggio. Tuttavia, va chiarito che pesa da questo punto di vista il rallentamento della dinamica del finanziamento statale, anche per il mancato ri-finanziamento del fondo straordinario riservato alle Regioni che avevano aderito ai Piani di rientro per il 2007-2009.

Se da un lato questi risultati ci presentano un dato positivo, dall'altro raccontano chiaramente che in futuro sarà necessario continuare a mantenere alta la guardia dal lato dei conti pubblici per la Sanità e che la partita non è ancora vinta. C'è molto da fare soprattutto nelle Regioni con piano di rientro che, sebbene riallineate in termini di trend, continuano ad avere costi unitari superiori alla media. I prossimi mesi saranno cruciali anche per quel che riguarda la possibilità di implementazione del decreto sui costi standard e il loro effetto sulle Regioni.

Vincenzo Atella

Direttore scientifico

Fondazione Farmafactoring

Docente di Economia Università

di Tor Vergata, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Simulazione dei risultati di esercizio del Ssn (miliardi di euro)

Anni	Risorse disponibili (a)	Costi effettivi (b)	Previsioni di spesa			Calcolo deficit			
			Scenario "con" Piani rientro rinforzati (c)	Scenario "con" Piani rientro (d)	Scenario "senza" Piani rientro (e)	Effettivi (a-b)	"Con" Piani rientro rinforzati (a-c)	"Con" Piani rientro (a-d)	"Senza" Piani rientro (a-e)
2002	78,1	81,0	80,0	80,0	80,0	-2,9	-	-	-
2003	81,4	83,7	84,7	84,7	84,7	-2,3	-	-	-
2004	86,2	92,0	91,9	91,9	91,9	-5,8	-	-	-
2005	92,9	98,6	99,5	99,5	99,5	-5,7	-	-	-
2006	97,8	102,3	101,9	101,9	104,3	-4,5	-4,1	-4,1	-6,5
2007	103,0	105,6	105,4	105,4	110,6	-2,6	-2,4	-2,4	-7,6
2008	106,3	108,7	109,0	109,0	118,1	-2,4	-2,7	-2,7	-11,8
2009	108,5	110,8	110,7	110,7	123,8	-2,4	-2,2	-2,2	-15,3
2010	110,7		111,0	111,0	127,9	-	-0,3	-0,3	-17,2
2011	112,0		112,2	114,1	134,8	-	-0,2	-2,1	-22,8
2012	114,7		115,4	118,1	142,4	-	-0,7	-3,4	-27,7

(a) Fino al 2009, ricavi Ssn (Rgsep); 2010-2012, nostre stime (finanz. statale e risorse reg., comprensive ticket); (b) Stime Rgsep.

Fonte: Rapporto Farmafactoring 2011

L'ANALISI DELL'EFFETTO SUI SERVIZI

Quando i risparmi riducono l'offerta e la compliance dei cittadini

L'efficacia dei piani di rientro è indiscutibile, ma dall'analisi dell'offerta sanitaria incrociata coi dati di spesa eseguita per Farmafactoring dal Censis emergono due "effetti collaterali" delle manovre: le Regioni in piano di rientro hanno indicatori di offerta sanitaria quasi sempre inferiori a quelli delle altre e quindi i cittadini del primo gruppo di Regioni beneficiano oggi di un set di prestazioni sanitarie pro capite inferiore a quello delle altre Regioni. Si tratta in sostanza di Regioni in cui nel 2009 si produce e consuma meno Sanità che nel resto del Paese; il divario degli indicatori di offerta e di spesa tra Regioni in piano di rientro e altre Regioni all'inizio del periodo analizzato (2002) era all'opposto tutto a favore del primo aggregato (quelle oggi con piani di rientro), mentre nell'arco di tempo 2002-2009 il divario si è ridotto, fino a capovolgersi. La riduzione del divario è stata particolarmente intensa nel triennio più recente 2006-2009.

Gli esempi che il Censis fa sulla situazione nelle Regioni sotto piani di rientro riguardano alcuni indicatori. Uno è la soddisfazione dei cittadini rispetto ad alcune dimensioni dell'offerta sanitaria, come la comodità di orario per l'accesso alle Asl, le attese non oltre i 20 minuti presso queste, la soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene; nel 2002, fatto 100 il valore medio nazionale nelle Regioni in Piano di rientro, l'indice era pari a 76,5, vale a dire nettamente inferiore alla media della soddisfazione per il Ssn, mentre nelle Regioni senza piani di rientro risultava di 112,3; nel 2009 lo stesso indicatore ha addirittura un valore inferiore nelle Regioni in piano di rientro e un valore lievemente superiore nelle altre Regioni.

Un indicatore soggettivo poi come quello sulla percezione positiva del proprio stato di salute conferma come nelle Regioni in piano di rientro il percorso dei cittadini è stato non positivo, visto che l'indicatore sintetico scende sotto 100, proprio mentre nelle altre Regioni sale sopra 100.

Tornando alla struttura dei piani, analizzata da Farmafactoring, a oggi, sulla base della documentazione disponibile, il Lazio e la Sicilia hanno presentato programmi operativi anche per il triennio 2010-2012, mentre la Campania, l'Abruzzo e il Molise solo per l'anno 2010. A queste si sono aggiunte il Piemonte, la Puglia e la Calabria. Per il Piemonte e la Puglia, il ricorso al piano è motivato dalla necessità di recuperare la parte di finanziamento vincolata al raggiungimento dell'equilibrio economico relativa, rispettivamente, al 2004 per il Piemonte, e al 2006 e 2008 per la Puglia. Differente, invece, il caso della Calabria che ha adottato il piano di rientro già alla fine del 2009, per la presenza di significativi squilibri gestionali.

Farmafactoring definisce (si veda tabella) l'ammontare della correzione necessaria, considerando anche le maggiori entrate disponibili per il finanziamento dei servizi sanitari regionali, tra cui anche quelle fiscali. Ciò spiega come le Regioni riescano a raggiungere saldi positivi di bilancio. I risultati ottenuti mostrano il ruolo rilevante dell'acquisizione di maggiori entrate, costituite in gran parte da conferimenti auto-

mi del bilancio regionale. In particolare, in Piemonte, Lazio e Sicilia, la correzione dal lato delle entrate si mantiene ben al di sopra di quella che agisce sui costi. Tuttavia, negli anni la correzione dal lato dei costi acquista un rilievo maggiore, con la parziale eccezione della Sicilia, dove gli interventi previsti comportano sia per il 2010 che per il 2012 un incremento dei costi rispetto alla previsione tendenziale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I deficit annunciati per il 2011, al netto delle manovre locali e con i piani di rientro attuali è previsto a quota -2,1 miliardi: senza piani di rientro esploderebbe fino a -22,8 miliardi. La stima di un effetto "decuplicatore" del risparmio che i piani di rientro hanno sulla spesa sanitaria pubblica è contenuta nel rapporto Farmafactoring 2011 «Il sistema sanitario in controllo» che la Fondazione ha prodotto quest'anno in collaborazione con Cergas Bocconi e Fondazione Censis.

Il tema scelto fa riferimento alla spesa delle Regioni e alle regole del federalismo che il rapporto discute offrendo una serie di spunti e di riflessioni basate su analisi empiriche ottenute a partire da dati di spesa a livello regionale e di Asl, mai analizzati prima, provenienti dal Progetto Sissi (Simulazione della spesa sanitaria italiana) realizzato dalla Simg e dal Censis Tor Vergata, sponsorizzato dalla Fondazione Farmafactoring e di cui Il Sole-24 Ore Sanità ha dato un'anticipazione esclusiva sui numeri 47/2010 e 14/2011.

In questo modo la Fondazione, tramite il progetto Sissi, intende avviare un dibattito pubblico impegnandosi nel tentativo di dare risposta a una serie di quesiti sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario e sulla sua efficienza ed efficacia.

La disponibilità dei dati del progetto Sissi permette di effettuare le analisi individuando i costi di pazienti affetti da singole patologie e dalle relative comorbidità e proverà a spiegarne le cause a partire da 1) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di erogazione delle pre-

stazioni (mix dei livelli di assistenza) e 2) le diverse scelte regionali con riferimento alle modalità di governo della medicina generale (accordi, associazionismo, budget di Mmg ecc.). Inoltre, si analizzeranno i differenziali di costo tra i diversi contesti regionali a parità di alcune patologie di riferimento, cercando di interpretarne i risultati alla luce 1) della struttura organizzativa della Regione, 2) della tipologia di management che è presente in una Regione e 3) della presenza di piani di rientro. Questo tipo di analisi permette di capire che i costi sono proporzionali alla gravità/complessità/comorbidità dei pazienti/cittadini più che alla loro età.

Dove l'ospedale è debole cresce il lavoro del Mmg

Al Sud il 20% di "contatti" in più del Nord con i pazienti (specie anziani)

Al Sud i pazienti vanno il 20% in più dai medici di medicina generale che al Nord: mancano le alternative e i Mmg svolgono anche un ruolo "sociale" secondo il rapporto Farmafactoring.

D'altra parte i Mmg assumono sempre di più il ruolo "interfaccia" sul territorio dell'evoluzione rapida del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e l'elevata complessità.

E il Mmg, nella sua doppia veste di organizzatore ed erogatore di servizi di assistenza, è tenuto a garantire: prestazioni efficaci e adeguate ai bisogni dell'utenza (appropriatezza); attività o prestazioni atte a modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute del paziente che si rivolge al servizio (efficacia); controllare i costi dei servizi erogati (costo-efficacia). Negli ultimi anni la percezione soggettiva del proprio operato da un lato, e i risultati di studi quantitativi dall'altro, hanno rilevato un incremento importante del carico di lavoro, non necessariamente a fronte di un miglioramento della qualità, in quanto sempre più spesso determinato da variabili extra-cliniche.

Per questo è estremamente interessante - commenta il rapporto - fornire un quadro sul carico di lavoro del medico, definito in termini di contatti con i propri assistiti e di prestazioni erogate, e sui principali determinanti (demografici e clinici) associati a questo aspetto fondamentale dell'attività del Mmg.

Per analizzare il carico di lavoro è stato considerato il numero medio di "contatti medico/paziente" cioè di tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceuti-

ca, di un'indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il Mmg registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, ricoveri, registrazioni di pressione arteriosa, Bmi ecc.). La stima che emerge dall'analisi rappresenta il carico di lavoro dei Mmg relativo all'attività clinica, mentre sfugge, con buona probabilità, tutta l'attività burocratica, stimata in oltre il 50% del tempo dedicato.

Dall'analisi emerge un chiaro aumento del carico di lavoro dei medici di famiglia, raggiungendo il numero massimo di contatti nel 2009, con circa 20 per paziente di 80 anni di età.

Dall'analisi per classi di età i risultati ottenuti evidenziano un progressivo aumento dei contatti all'aumentare dell'età dei pazienti. Nel 2009 si registra infatti il livello minimo di contatti nella fascia di età più giovane (15-24 anni) con 4,9 contatti medi annui per poi raggiungere il numero più elevato nella classe di età tra 75 e 84 anni con 19,4 contatti per paziente, mentre quello per i più anziani (85+) è più basso e ciò potrebbe essere dovuto al fatto che questo tipo di pazienti potrebbe essere istituzionalizzato in Rsa e quindi non essere più in carico ai Mmg.

È dall'analisi per Regione che emerge però un maggior numero di contatti per i Mmg del Sud e Isole. L'utilizzo in modo più intensivo del Mmg da parte dei pazienti del Sud e delle Isole, spiega Farmafactoring, «è la conferma per alcuni versi del ruolo sociale del Mmg e, più in generale, del ruolo suppletivo che la medicina del territorio può avere nei confronti di altri settori della Sanità al Sud piuttosto che al Nord».

FARMAFACTORING

**Al generalista
chieste garanzie
anche del rapporto
costo-efficacia**

FARMAFACTORING

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL 16 GIUGNO IL VIA LIBERA DELLE REGIONI

Fondi 2010 (in ritardo) verso l'ultimo sì

Dopo mesi in stand-by finalmente il bando della ricerca sanitaria 2010 incasserà, a meno di sorprese dell'ultima ora, il via libera definitivo delle Regioni nella riunione fissata per giovedì 16 giugno. In palio per i «progetti di ricerca clinico-assistenziale e biomedica» (che a questo punto partiranno piuttosto in ritardo a 2011 inoltrato) c'è un carico di 85 milioni. Un pacchetto di risorse sostanzioso anche se un po' in cura dimagrante rispetto al 2009 quando si raggiungevano quasi i 100 milioni di euro.

L'atteso sì delle Regioni - che arriva tra l'altro con una serie di osservazioni e limature al testo messo a punto dal ministero della Salute - apre le porte ad altre novità importanti, dopo quelle contenute nel bando del 2009. Una tra tutte è sicuramente l'invito a tutti i protagonisti del Servizio sanitario nazionale a mettersi in gara e a scommettere sulla ricerca: a cominciare dalle imprese, da quelle del farmaco fino a quelle che producono dispositivi medici (ma l'invito è aperto a tutti, compreso chi non lavora nella Sanità e anche alle società «di diritto pubblico»).

Da quest'anno, infatti, anche le aziende potranno partecipare al nuovo bando. Con la promessa, però, che le imprese si impegnino a cofinanziare almeno al 50% i progetti da realizzare insieme a ricercatori e strutture del servizio pubblico. Sulla scia di quanto già fanno le Regioni dal 2009: anche loro, per partecipare al bando, devono mettersi le mani in tasca. Una via questa che consente al piatto dei fondi di diventare più ricco. Così grazie ai «cofinanziamenti» di imprese e governatori il budget per il bando 2010 potrebbe schizzare ben oltre i 100 milioni di euro. Come del resto è già successo abbondantemente per quello del 2009.

Non è tutto. Archiviati i tentativi poco fruttuosi degli ultimi anni di riportare in Italia i nostri migliori cervelli fuggiti all'estero il nuovo bando del ministero della Salute gioca la carta, fortemente voluta dal ministro **Fernuccioazio**, delle alleanze e delle sinergie: in pratica ci saranno 10 milioni di euro a disposizione per finanziare progetti di collaborazione

tra ricercatori italiani e colleghi conazionali che lavorano all'estero.

Dopo l'iniezione nel 2009 di massicce dosi di merito e trasparenza, anche per il 2010 viene riconfermato l'affidamento ai prestigiosi «National institutes of health» di tutto il processo di valutazione dei progetti. Per assicurare la «vittoria» dei progetti migliori, sarà garantita una «netta separazione tra le fasi amministrativa, di valutazione e di verifica della procedura». Tutti i progetti saranno inviati direttamente a revisori forniti dal «Nih» d'oltreoceano che li valuteranno con il sistema imparziale del «peer review» e associati automaticamente attraverso delle «parole chiave» (topics).

Come detto il nuovo appuntamento con la ricerca sotto la stella del Servizio sanitario nazionale aggiunge due nuovi «fronti». Oltre a Irccs, ospedali, Regioni e giovani ricercatori under 40 a cui sono riservati ben 30 milioni ci saranno «a titolo sperimentale» - spiega la bozza del bando 2010 all'esame della Conferenza Stato-Regioni di giovedì - due nuove tipologie di progetto. Innanzitutto i progetti fatti in collaborazione con ricercatori di nazionalità italiana residenti e operanti all'estero e ricercatori italiani attivi in Italia. Il budget previsto è di 10 milioni. Con la postilla che le spese necessarie per gli spostamenti non superino il 30% dei finanziamenti «per i necessari spostamenti sia verso l'Italia che verso il Paese di residenza del ricercatore operante all'estero».

Poi i progetti con «cofinanziamento privato da parte di aziende con attività in Italia». Si tratta di progetti che potranno essere fatti in collaborazione «con aziende di diritto pubblico o privato - avverte ancora la bozza del bando del ministero della Salute - che si impegnano a cofinanziare per una quota almeno pari al finanziamento richiesto al ministero». In più per i progetti clinico-assistenziali sarà «obbligatorio acquisire il parere favorevole della Regione dove verrà svolta l'attività». Infine sarà «titolo preferenziale» la presenza di un eventuale cofinanziamento regionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



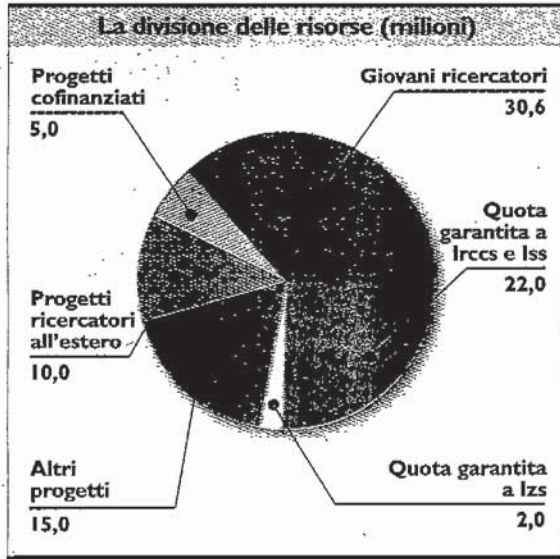
I due nuovi fronti sperimentali

Progetti presentati da ricercatori, appartenenti al Ssn, con ricercatori di nazionalità italiana residenti e operanti all'estero (progetto estero)

Sono progetti fatti in collaborazione con ricercatori di nazionalità italiana residenti e operanti all'estero e ricercatori italiani attivi in Italia. Questi progetti, salvo quanto previsto per tutti i progetti, retribuzione e overhead, prevedono una quota non superiore al 30% del finanziamento per i necessari spostamenti sia verso l'Italia che verso il Paese di residenza del ricercatore operante all'estero. È finanziata l'istituzione del presentatore del Ssn

Progetti presentati da ricercatori, appartenenti al Ssn, aventi un cofinanziamento privato garantito da aziende con attività in Italia (progetto cofinanziato) al fine di garantire sviluppi e idee o prodotti

Sono progetti fatti in collaborazione con aziende di diritto pubblico o privato che si impegnano a cofinanziare per una quota almeno pari al finanziamento richiesto al ministero. Per i progetti clinico-assistenziali è obbligatorio acquisire il parere favorevole della Regione dove verrà svolta l'attività. Sarà titolo preferenziale la presenza di un eventuale cofinanziamento regionale



BANDI 2009-2010

La ricerca si ferma a Roma

Il 90% dei progetti della Salute è andato al Centro-Nord

Metà della ricerca sanitaria è appannaggio delle Regioni settentrionali, con la Lombardia in prima fila a incassare più fondi di tutti con ben 109 progetti vincenti. A debita distanza ci sono i centri del Lazio con meno della metà dei progetti lombardi: 46 in tutto. Comunque una performance altissima. Al Sud, invece, nonostante i buoni risultati di alcuni istituti, la ricerca biomedica e quella clinico-assisten-

ziale restano molto indietro: in tutto i centri del Meridione si vedono finanziare 29 progetti sui 295 complessivi che nel 2009 hanno incassato il disco verde dal ministero della Salute. In pratica meno del 10%, contro il 50% del Nord e il 35% del Centro. Intanto in settimana è atteso il sì delle Regioni al bando 2010 sulla ricerca finalizzata.

A PAG. 4-5

I risultati del bando 2009 della Salute che ha introdotto le valutazioni «peer review»

La ricerca solo in metà Italia

Al Nord il 50% dei progetti: Lombardia e Lazio al top - Al Sud il 10%

Nord pigliatutto o quasi visto che metà della ricerca sanitaria è appannaggio delle Regioni settentrionali, con la Lombardia in prima fila a incassare più fondi di tutti con ben 109 progetti vincenti. Tra questi ben 30 hanno il sigillo del "solito" ospedale San Raffaele, primo tra gli Irccs sia per la ricerca finalizzata che per quella destinata ai giovani cervelli under 40.

A debita distanza ci sono i centri del Lazio con meno della metà dei progetti lombardi: 46 in tutto. Comunque una performance altissima. Al Sud, invece, nonostante i buoni risultati di alcuni istituti, la ricerca biomedica e quella clinico-assistenziale restano molto indietro: in tutto i centri del Meridione si vedono finanziare 29 progetti sui 295 complessivi che nel 2009 hanno incassato il disco verde dal ministero della Salute. In pratica meno del 10%, contro il 50% del Nord e il 35% del Centro.

A soppesare la ricerca sanitaria d'Italia sono alcune elaborazioni numeriche realizzate dal ministero della Salute sulla base dei risultati del bando di ricerca del 2009 - in palio 101 milioni di cui 30 per i giovani ricercatori - e che «Il Sole-24 Ore Sanità» è in grado di anticipare. Un bando, questo, che tra l'altro ha segnato una vera rivoluzione per tutta la ricerca italiana nel segno del merito grazie all'in-

troduzione di massicce dosi di «peer review», le valutazioni anonime e autorevoli utilizzate da anni all'estero e affidate in questo caso a «referee» scelti e gestiti dal più prestigioso istituto del settore, gli americani «National Institutes of Health».

Una novità assoluta per il panorama italiano fortemente voluta dal ministro **Ferruccio Fazio** che da quando è in sella al dicastero ha voluto cambiare la nostra ricerca sanitaria con un solo obiettivo: non distribuire più fondi a pioggia, ma farli vincere a chi davvero se li merita in base alla validità dei progetti presentati. Il quadro che ne esce, quindi, è davvero nitido per capire, con le cautele del caso, chi davvero fa buona ricerca e chi no.

I numeri comunque sono impressionanti: per il bando del 2009 sono stati presentati ben 2.755 progetti: 1.528 (il 55,46%) per la cosiddetta ricerca finalizzata, mentre 1.227 (44,54%) sono stati i progetti firmati dai giovani "cervelli". La valutazione ha impegnato ben 690 "referee" che hanno effettuato in tutto 7.438 valutazioni. E anche qui la "classifica" vede il Nord primeggiare con 1.183 progetti inviati, di cui 146 hanno passato l'esame del «peer review», in pratica il 12% di successo. Dal Centro Italia sono arrivati, invece, 884 progetti e 104 sono risultati "vincenti" (11,76% di successo). Infine dal Sud sono

arrivati ben 445 progetti, ma hanno meritato il finanziamento del ministero solo in 29: in pratica solo il 6%. La stessa percentuale di successo dei progetti presentati dagli istituti nazionali (Agenas, Iss ecc.). Un dato, questo, che fa capire come al Meridione ci sia voglia di fare ricerca, ma forse manchi ancora qualcosa per fare il salto di qualità.

Tra i centri che incassano più finanziamenti ci sono gli Irccs che fanno la parte del leone con 161 progetti approvati, seguiti da 103 che vedono come "capofila" le Regioni. E poi Izs (16), Iss (10), Inail-Ispesl (4) e Agenas (2). Tra gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico spiccano alcuni nomi. Per quanto riguarda la ricerca finalizzata dopo il San Raffaele di Milano, con 16 progetti vincenti, si segnalano in particolare lo Spallanzani di Roma (10), l'Istituto tumori di Milano (8), lo Ieo (7), l'Auxologico (6), la Santa Lucia di Roma (5). Sul fronte dei progetti finanziati ai giovani ricercatori spiccano, tra i nomi degli Irccs che ospitano i cervelli under-40, sempre il San Raffaele (14 progetti), la Santa Lucia (10), il San Matteo di Pavia (5), il Carlo Besta di Milano (4), lo Ieo (4), il San Raffaele la Pisana di Roma (4).

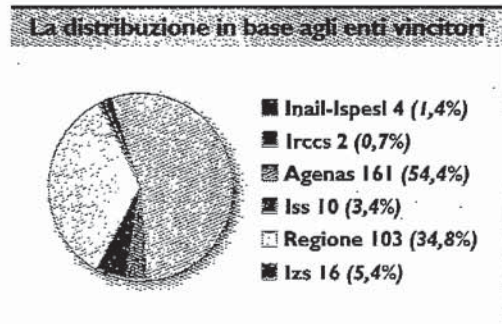
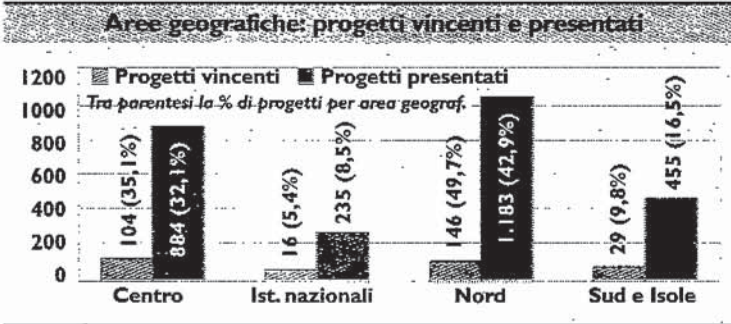
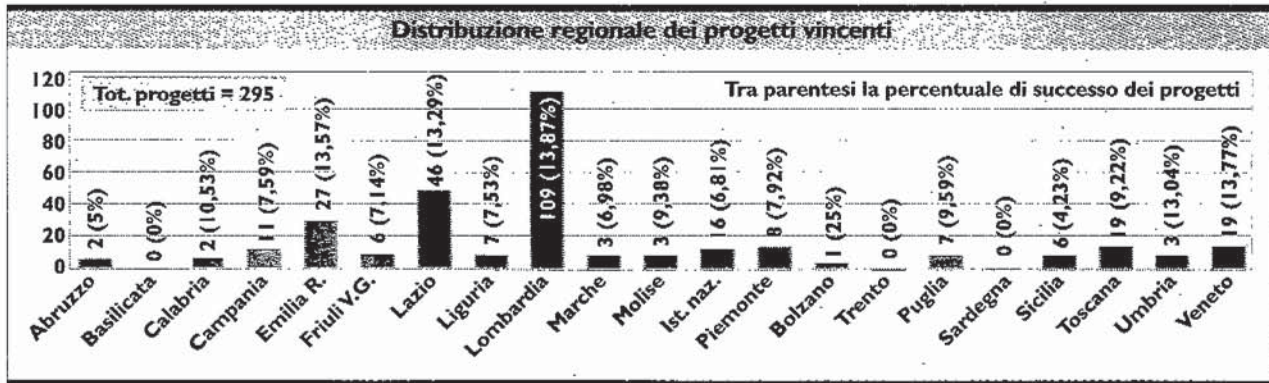
Infine l'ultima segnalazione: se si prende la qualità dei progetti in base al punteggio medio assegnato dai "referee" ne esce fuori che

l'Izs Abruzzo-Molise, l'Idi, lo Ieo e il solito San Raffaele hanno ottenuto i "voti" migliori.

pagine a cura di
Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



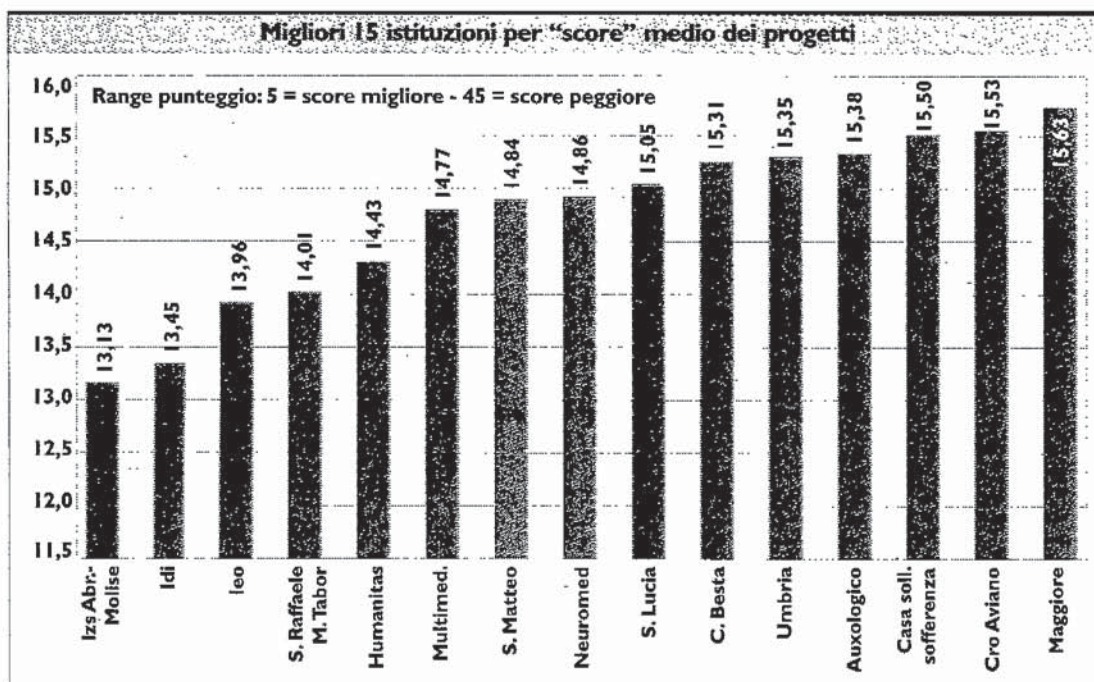


Gli Irccs che hanno vinto i fondi sui giovani ricercatori

Irccs	N. prog.	Irccs	N. prog.
San Raffaele	14	Neurolesi	3
Santa Lucia	10	Casa sollievo soff.	2
San Matteo	5	Gaslini	2
Carlo Besta	4	Iov	2
Ieo	4	Inrca	2
S. Raffaele Pisana	4	Maggiore	2
Tumori Milano	3	Auxologico	1
Mondino	3	Cro Aviano	1
		De Bellis	1

Gli Irccs che hanno vinto nella ricerca finalizzata

Irccs	N. prog.	Irccs	N. prog.
S. Raffaele	16	Don Gnocchi	3
Monte Tabor	10	Carlo Besta	3
Spallanzani	8	S. Raffaele Pisana	3
Ist. tumori Milano	7	Maugeri	2
Ieo	6	Rizzoli	2
Auxologico	5	S. Camillo	2
Santa Lucia	3	Cro Aviano	2
Osp. B. Gesù	3	Ist. Derm. Imm.	2
Maggiore	3	Ist Genova	2



Sangue, crescono i donatori

Ma aumentano anche le richieste di trasfusione

giornata mondiale

Nel nostro Paese un milione e 700mila volontari hanno assicurato nel 2010 oltre 3 milioni di donazioni di sangue intero ed emocomponenti «Occorre stimolare la donazione nelle giovani generazioni – osserva il coordinatore delle associazioni Aldo Ozino Caligaris – altrimenti nel 2020 avremo un deficit del 9 per cento»

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Novemila terapie trasfusionali al giorno in Italia è un numero enorme, che spiega la necessità di incrementare continuamente la quantità e la qualità delle donazioni di sangue. Un dato che conferma l'importanza di una giornata dedicata al donatore di sangue, che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) da otto anni ha fissato al 14 giugno, data di nascita di Karl Landsteiner, lo scopritore dei gruppi sanguigni. «Nel 2010 le donazioni in Italia sono aumentate del 3 per cento, in linea con il Piano nazionale predisposto dal Centro nazionale sangue» sottolinea Aldo Ozino Caligaris, in rappresentanza di Civis, il coordinamento delle quattro maggiori organizzazioni di donatori di sangue (Avis, Fidas, Fratres, Croce Rossa). Ma nello stesso periodo «anche il fabbisogno di sangue per trasfusioni è cresciuto del 2-3%». In Italia la Giornata è stata celebrata a Torino, nella storica sede di Palazzo Madama, sede del primo Parlamento nazionale, anche per celebrare i 150 anni dell'Unità: «Secondo uno studio di economisti della Banca d'Italia – spiega Ozino Caligaris – la donazione di sangue è risultata un elemento che unisce il Paese. Inoltre abbiamo in programma un'azione di sensibilizzazione alla donazione verso i giovani, le donne e le popolazioni immigrate che si stanno integrando nel nostro Paese, che sono le categorie ancora meno presenti tra i donatori». Lo scorso anno – secondo i dati del

Centro nazionale sangue, diretto da Giuliano Grazzini – sono state raccolte oltre 2 milioni e 600mila di donazioni di sangue intero e 500mila in aferesi (cioè separate di plasma o componenti), frutto dell'impegno di circa un milione e 700mila volontari: «Rappresentano solo il 4,4% della popolazione in età potenzialmente idonea (18-65 anni) – osserva Giuliano Grazzini –: possiamo fare di più, specie tra le nuove generazioni». Dei donatori, un milione e 550mila fanno parte di una associazione di donatori, mentre il 15% è rappresentato da donatori «occasionalisti»: «Costituiscono uno stimolo per le associazioni. Ovviamente cerchiamo di responsabilizzare e fidelizzare coloro che vengono a donare il sangue episodicamente per una campagna promozionale – aggiunge Ozino Caligaris, che è presidente di Fidas –. Ed è anche una necessità inderogabile: secondo uno studio del Censis sul futuro della donazione di sangue, nel 2020 potremmo avere un deficit del 9% se non promuoviamo l'incremento delle donazioni periodiche». Infatti le necessità dei pazienti crescono anno dopo anno: «La spiegazione – osserva Ozino Caligaris – sta nell'aumento delle terapie chirurgiche, di quelle dei pazienti oncologici e nell'allungamento della vita media». Senza considerare che alcuni pazienti, in particolare quelli pediatrici, hanno bisogno di qualche attenzione in più: «I globuli rossi "scadono" 45 giorni dopo la donazione, ma per bambini talassemici, o in cura per malattie oncoematologiche, serve sempre sangue non più vecchio di 8-12 giorni perché i globuli rossi devono avere la capacità di trasportare la maggior quantità possibile di ossigeno».

Ma l'importanza della donazione di sangue non riguarda solo l'aspetto medico. Tocca anche la partecipazione sociale e la solidarietà. «La terapia trasfusionale è salvavita – commenta Ozino Caligaris – e richiede un uso responsabile e un corretto utilizzo di una risorsa preziosa. Come associazioni ci impegniamo a trasformare il più possibile lo spontaneismo (dono perché è una cosa buona) in volontariato responsabile (voglio assicurare una terapia pronta e sicura per il malato)».



ETERNIT
REQUISITORIA AL VIA

Amianto, la parola all'accusa: "I proprietari erano consapevoli"

Per i pm i vertici dell'azienda svizzera sono responsabili di disastro ambientale

2500
le vittime
a Casale Monferrato

Si tratta di un dato parziale, destinato ad aumentare con il tempo: la malattia si può manifestare dopo anni

2100
le persone costituite
come parte civile

Sono i casalesi che hanno perso un parente: molti sono morti pur non avendo mai messo piede in fabbrica

LA STRATEGIA AZIENDALE

L'ordine era chiaro: «Massima protezione della salute con il minimo dei mezzi economici

il caso

ALBERTO GAINO
TORINO

Ci siamo convinti di dover contestare il dolo solo ad indagini avviate per reati colposi. Esaminavano i documenti sequestrati e ci rendevamo conto di trovarci di fronte a carenze addebitabili alle scelte di strategia generale dell'Eternit e alle politiche mondiali del cartello dei maggiori produttori di amianto».

Dopo 17 mesi di testimonianze e confronti fra i consulenti tecnici di accusa e difesa, il pm Raffaele Guariniello inforca gli occhialini per l'atto finale - la requisitoria - del processo ai vertici della multinazionale: il multimiliardario svizzero Stephan Schmidheiny e il barone belga, ottantenne, Louis de Cartier. Per le tremila vittime, lavoratori e residenti attorno alle loro fabbriche italiane di Casale Monferrato, Bagnoli, Rubiera (Reggio Emilia) e Cavagnolo (Torino) rispondono di disastro ambientale e omissione volontaria di cautele nei luoghi di lavoro.

La prima accusa non era mai stata contestata in Europa e l'esito del lungo dibattimento affidato al presidente Giuseppe Casalbore e ai suoi due colleghi è destinato a lasciare traccia profonda nella storia giudiziaria dei danni alla salute provocati dall'inalazione della polvere di amianto iniziata negli Stati Uniti negli anni 80 con le cause civili che mi-

sero in ginocchio il colosso americano Johns-Manville.

Altre 4 udienze occorreranno perché Guariniello e colleghi concludano la requisitoria con le richieste di condanna: la prossima il 20 giugno, l'ultima il 4 luglio. Ieri i pm hanno badato a mettersi in scia alle sentenze della Cassazione sulle responsabilità penali dei vertici quando siano state le strategie aziendali a provocare morti e disastri. Guariniello ha citato pazientemente numerosi casi con «decine di vittime l'uno» chiusi con le condanne dei «datori di lavoro». Qui le vittime sono migliaia. E altre ancora sono in arrivo. Un conto tutt'altro che chiuso.

La posizione di de Cartier appare defilata: le sue responsabilità di «datore di lavoro» si fermano a 40 anni fa. Stephan Schmidheiny, l'ultimo della dinastia svizzera dell'Eternit, gli succede nel 1972, «all'inizio di un decennio decisivo per il cartello mondiale dell'amianto», registra nella sua parte di requisitoria il pm Sara Panelli.

Il magistrato ricostruisce mezzo secolo di sforzi dei maggiori produttori, «alleatisi nella politica dei prezzi e degli approvvigionamenti anche attraverso incroci azionari», per «occultare le prime evidenze scientifiche sulla nocività dell'amianto, cooptare studiosi e sindacalisti, condizionare le politiche dei governi e della Cee». E poi arriva a Schmidheiny e al «suo cambio di strategia in cui si può intravedere il futuro profilo di filantropo scelto dall'industriale».

Per inchiodarlo alla «consapevolezza» del disastro ambientale, Panelli sceglie di giocare con «le armi» del miliardario «che a giugno 1976 riunisce a Neuss in Germania i 35 top manager e

comunica loro una vasta informazione sul pericolo dell'amianto per la salute». Ha copia del suo discorso e ne cita la raccomandazione finale: «È comunque decisamente importante che non si cada ora in forme di panico. Questi giorni di convegno sono stati determinanti per i direttori tecnici, i quali sono rimasti scioccati. Non deve succedere la stessa cosa ai lavoratori». Il pm: «A questi ultimi non verrà riferito nulla». E di Schmidheiny riporta ancora l'input ai dirigenti Eternit sparsi per il mondo: «Massima protezione della salute con il minimo dei mezzi economici».

Poi il colpo finale, da un report riservato del 2002 e sequestrato: «Proteggere l'azionista dalle cause che possono scattare in Italia, altrimenti dovrebbe pagare cifre stellari solo per la questione ambientale di Casale».

La fabbrica

Oggi simbolo di morte, quando fu inaugurata venne salutata con favore perché portava posti di lavoro

Gli imputati

Sono sotto accusa il miliardario svizzero Stephan Schmidheiny (foto) e il barone belga Louis de Cartier

Le parti lese

Sono oltre 2 mila: molti di loro ogni lunedì prendono il pullman che li porta a Torino per seguire le udienze



“Ma sulle bonifiche si fa troppo poco”

**Tra il pubblico c'è chi
ha perso un padre
e chi addirittura un figlio:
«Vogliamo giustizia»**

La rabbia dei parenti
delle vittime:
“Tragedia che poteva
essere risparmiata”

SILVANA MOSSANO
TORINO

Una gran rabbia. A sapere che i padroni dell'Eternit sapevano che l'amianto era cancerogeno e che hanno speso montagne di soldi per occultare i rischi, «cooptando» scienziati, giornalisti, sindacalisti e politici nel mondo mette addosso una gran rabbia ai casalesi che, da oltre un anno e mezzo, non mancano al «pellegrinaggio del lunedì» (con l'aggiunta di qualche martedì) per seguire il processo di Torino contro il barone belga e il magnate svizzero accusati di disastro doloso permanente per tremila vittime (tra malati e morti) di amianto. Se ci fosse un registro come a scuola, sarebbero pochissime le crocette accanto ai nomi per segnare le assenze.

Così anche ieri mattina, partenza alle 7 dalla piazza grande del Castello. Due pullman, un centinaio di cittadini, le bandiere tricolore appoggiate come scialli sulle spalle con sopra scritto «Eternit Giustizia». Tutti con un dramma nel cuore: ha il nome di un figlio, di un marito, di una moglie, di una madre, di un padre, di un fratello.

Hanno ascoltato, udienza dopo udienza, i testimoni e i consulenti, un'idea se la sono fatta. Ma ieri mattina, nel primo giorno della requisitoria, era come se sentissero non le parole del pubblico ministero nella lunga e meticolosa requisitoria, ma la voce degli stessi imputati che pronunciavano le frasi tratte dai verbali di riunioni ristrette e dalla corrispondenza riservata. Cento volte impassibili con dentro la

rabbia per «questa tragedia di migliaia di vittime che poteva essere risparmiata al mondo» dice Bruno Pesce, uno degli attivisti del Comitato Vertenza Amianto.

«Eravamo già convinti che i vertici dell'Eternit conoscessero la grave pericolosità dell'amianto - prosegue -, ma la ricostruzione di quelle manovre sistematiche attuate per occultare la verità sui rischi, il cinismo agghiacciante con cui hanno agito, impiegando un'immensità di risorse per minimizzare, per mistificare, per celare la verità in nome del profitto, se da un lato conferma il senso di tante battaglie, dall'altro aumenta la rabbia». E l'amarezza. I casalesi escono dall'aula sfiniti, alcuni con gli occhi lucidi. «Ho rivissuto i trent'anni di lotte a Casale» dice Romana Blasotti Pavesi, presidente dell'Associazione Famigliari Vittime Amianto.

Il mesotelioma è l'angelo nero che le ha portato via il marito, la sorella, due nipoti e infine, «quando mai avrei immaginato che mi toccasse ancora in sorte un così grande dolore», anche la figlia. «Ho ripensato al dramma dei nostri cari, a quelli che continuano ad ammalarsi e a morire». Tira il fiato e poi: «Vorrei urlare, perché, a dispetto di tanta indifferenza, purtroppo questa tragedia non è finita». Indifferenza? «Sì - attacca - parlare ancora di amianto sembra che addirittura dia fastidio, pure nella nostra città che conta quasi 2500 vittime. E, invece, non ci si può assuefare, bisogna continuare a mobilitarsi, per la ricerca, perché si trovi una cura per guarire, perché si continuino le bonifiche.. e, invece, ci negano altri finanziamenti. Dall'amianto dobbiamo liberarci una volta per tutte! Poi si potrà anche non parlarne più».

Certo, quando l'amianto non ci sarà più.



Aperto il Sanit

Fazio a Polverini «Ok i risparmi nelle Asl del Lazio»

«I Piani antideficit sanitari sono uno straordinario successo dell'Italia: la Corte dei Conti ha detto che si è riusciti a realizzare un risparmio di 1,5 miliardi di euro, di cui una gran parte provenivano dal Lazio». Ferruccio Fazio, ministro della Salute, ieri ha inaugurato con queste parole l'ottava edizione del «Sanit», il Forum internazionale della salute in programma fino al 17 giugno al Palazzo dei Congressi dell'Eur. Soddisfatta la presidente della Regione, Renata Polverini, di fianco a Fazio all'apertura del Sanit dopo avere donato il sangue al Sant'Eugenio: «Siamo in un percorso che ci porterà ad avere una sanità più vicina alle esigenze dei territori». Il ministro si è detto «preoccupato per i tagli lineari». E la Polverini ha precisato: «Sono partite le riconversioni degli ospedali e stiamo mettendo in campo strumenti per l'abbattimento delle liste d'attesa, ma siamo consapevoli che di lavoro da fare davanti ne abbiamo tanto per dimostrare che anche il Lazio sia capace di conciliare la salute e l'economia». Tra gli stand la governatrice ha visitato quello della Recup Italia ed ha sperimentato il «Q-Pass»: «Si tratta di un sistema automatico di elimina code - ha spiegato Maurizio Marotta, presidente del gruppo Darco che gestisce il Recup, il Centro unico di prenotazione della Regione - . Il Q-Pass fornisce al cittadino un numero di prenotazione e un appuntamento preciso per poter effettuare esami di laboratorio, ritirare referti, accedere al Cup e pagare il ticket senza perdere tempo e dover fare la fila». «Speriamo che possa essere adottato in tutti gli ospedali e nelle strutture private», ha aggiunto Marotta. La presidente della Regione ha anche ricordato che al laghetto dell'Eur, il 17 e il 18 giugno, ci sarà il «Villaggio IncontraSalute» dedicato a prevenzione, salute e benessere della donna.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pavia Al San Matteo un paziente operato senza aprire il torace: è la prima volta in Europa

«Pit stop» per cambiare l'aorta

Dimezzata la durata dell'intervento e 7 giorni di ricovero invece di 30

PAVIA — Il paziente, settantasei anni, era in codice rosso: l'aneurisma dell'aorta poteva rompersi da un momento all'altro. Giudicato inoperabile con la chirurgia tradizionale, è arrivato a Pavia in elicottero ed è stato salvato dai medici del Policlinico San Matteo, con un intervento mini-invasivo, il primo del genere in Europa.

Cinque piccole incisioni di tre centimetri l'una, invece di un taglio lungo tutto il torace e l'addome, sei ore di operazione invece di dodici, sette giorni di ricovero invece di trenta, una spesa tre volte inferiore per il sistema sanitario rispetto alla chirurgia classica: ecco tutti i vantaggi della tecnica messa a punto dal chirurgo brasiliano dell'Università di San Paolo, Armando Lobato, e adottata dall'équipe pavese per curare le dilatazioni dell'aorta, gli aneurismi, appunto.

«Attraverso le cinque incisioni — spiega Attilio Odero direttore della Chirurgia vascolare che ha operato con Stefano Pirrelli, chirurgo vascolare e Pietro Quaretti radiologo interventista — abbiamo inserito le sonde che ci hanno permesso di introdurre le endoprotesi. Si tratta, cioè, di tubi di goretex che vanno a rivestire non solo la parete interna dell'aorta, sigillando l'aneurisma, ma anche la parete delle arterie che si diramano dall'aorta. E cioè: le arterie renali e quella dell'intestino, chiamata mesenterica. In più, abbiamo "coagulato" l'aneurisma grazie all'iniezione di materiale metallico».

La tecnica tradizionale, invece, prevede l'asportazione del-

la porzione di aorta con l'aneurisma e la sua sostituzione con un tubo di materiale sintetico. Questo intervento «classico» può essere accompagnato da alcuni rischi, come una paraplegia (perché l'aorta «corre» vicino alla colonna vertebrale da dove fuoriescono i nervi), e non è indicato in pazienti anziani. La nuova tecnica comporta un trauma chirurgico limitato, non richiede rianimazione e nemmeno trasfusioni di sangue, garantisce una ripresa rapida già a partire dal giorno successivo all'intervento. Il paziente D.P., che da Udine è arrivato a Pavia, è tornato a casa dopo 7 giorni (nell'intervento «classico» la degenza dura 30 giorni).

«La principale causa di aneurismi — dice Odero — è legata all'aterosclerosi, cioè alla formazione di placche aterosclerotiche sulla parete delle arterie che determinano una perdita della loro elasticità, mentre una piccola percentuale è la conseguenza di dilatazione congenita delle arterie».

Adriana Bazzi



Professore Attilio Odero (foto Torres) ha operato con Stefano Pirrelli e Pietro Quaretti

