



08/12/2014

Sempre più in bilico l'addio al test di Medicina, i rettori chiedono di confermarlo per il 2015

di Marzio Bartoloni



Non è un siluro al progetto di abolizione dei contestati test di medicina, ma poco ci manca. Ieri i rettori delle università, dopo averla votata all'unanimità durante l'ultima assemblea, hanno inviato una lettera al ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, per chiederle di confermare «almeno» per il prossimo anno accademico i quiz, magari «adeguandoli ai saperi» degli studenti delle scuole superiori. Da tempo è nota la contrarietà dei rettori preoccupati da una maxi invasione di matricole già dal prossimo anno, ma ora con questa lettera si aggiunge un nuovo segnale che rema contro il progetto del ministro. Che tra l'altro da diverse settimane ha fatto calare un pesante silenzio sulla vicenda. Il tempo per fare una riforma, tra l'altro, è sempre più stretto. Mentre gli studenti che aspirano a iscriversi a Medicina, sempre più disorientati, chiedono chiarezza.

La lettera della Crui. Confermare, certamente per il 2015-16, i test per l'accesso a Medicina «anche adeguandoli ai contenuti dei saperi acquisiti dai candidati nel corso degli studi superiori»; facilitare la preparazione degli studenti e ridurre «l'incongruo impatto economico» al quale sono esposte le famiglie con l'attuale modello di selezione; dare riscontro immediato alle famiglie circa il calendario e le modalità di selezione previste per il prossimo anno. Queste le proposte avanzate dai rettori in gran parte contrari alla riforma (soprattutto i Magnifici dei maxi atenei) in una lettera inviata ieri al ministro Giannini in cui riconfermano la propria disponibilità a fornire «ogni utile contributo» al dibattito in corso per la modifica dei criteri di ammissione ai corsi di laurea a programmazione nazionale, con particolare riferimento alle Facoltà e Scuole di medicina e chirurgia. Sottolineando l'esigenza di «prevenire possibili e ulteriori contenziosi attraverso la puntuale rivisitazione delle procedure di selezione», la Crui ribadisce di essere favorevole a criteri selettivi «che rispettino la programmazione nazionale e la sostenibilità accademica dei

corsi, valorizzando il merito dei candidati». Riguardo alla regolazione degli accessi, i rettori esprimono «forti e motivate perplessità sulla possibilità di conseguire il libero accesso a un percorso formativo al cui esito finale subordinare le ammissioni ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia». E nell'avanzare le loro proposte confermano la «massima disponibilità per la ricerca di condivise procedure che assicurino rigore, sostenibilità e tutela del merito dell'accesso agli studi di Medicina e chirurgia».

Il destino dei test. Il progetto originario del ministro Giannini, annunciato con grande enfasi già dalla primavera scorsa, era quella di procedere con l'abolizione del test di medicina già dal 2015 prevedendo al suo posto, sul modello francese, una forma di sbarramento alla fine del primo anno. Una soluzione questa per abolire da una parte la lotteria dei test e dall'altra per preservare il principio del numero chiuso. A ottobre il ministro Giannini ha annunciato la composizione di una commissione straordinaria incaricata di studiare il dossier. Ma da allora è calato il silenzio. Al ministero i tecnici avrebbero già studiato una proposta di massima che poi dovrebbe tradursi in una proposta normativa da inserire a gennaio nel decreto scuola. Ma al momento manca un elemento essenziale: il placet politico. Non mancano infatti forti riserve al progetto del ministro, soprattutto all'interno del Pd. E mancherebbe ancora soprattutto il via libera del premier Renzi che sul punto non avrebbe sciolto le riserve. Fatto sta che i tempi tecnici per mettere in piedi una riforma che tra l'altro dovrebbe ridisegnare gli ordinamenti di alcune facoltà (da Medicina a Farmacia fino a Biologia che dovrebbero avere un tronco unico al primo anno prima dello sbarramento) sono sempre più stretti. L'ipotesi, quindi, che l'abolizione dei test quantomeno slitti al prossimo anno è sempre più vicina.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2014-12-05/sempr-bilico-addio-test-111543.php?uuid=AbV2z5jK>

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 08 DICEMBRE 2014

Vaccinarsi contro l'influenza fa bene. E forse protegge anche dall'aviaria

Lo rivelano i risultati di uno studio condotto negli Usa e pubblicato su mBio. Il vaccino antinfluenzale stagionale dunque offrire una possibile protezione anche contro nuovi ceppi pandemici, che potrebbero emergere in ambito aviario

I vaccini anti-influenzali stagionali potrebbero avere effetti benefici imprevisti, oltre quelli ovvi per i quali vengono somministrati.

Lo rivela un nuovo studio pubblicato su mBio, organo ufficiale *open-access* dell'*American Society for Microbiology*.

Un gruppo di scienziati americani ha scoperto che i partecipanti ad uno studio condotto dal *St. Jude Children's Research Hospital di Memphis (Usa)*, vaccinati contro il ceppo influenzale stagionale H3N2 nel 2010 (epoca in cui sono stati prelevati campioni di sangue per le analisi), hanno sviluppato una robusta risposta immunitaria anche contro altri sottotipi influenzali, non presenti in alcuna formulazione vaccinale.

“Si tratta di una scoperta molto interessante – afferma **Paul G. Thomas**, autore dello studio, Dipartimento di Immunologia al *St. Jude* – poiché suggerisce che vaccinarsi contro l'influenza potenzia le risposte anticorpali e dunque offre in qualche modo protezione contro nuovi ceppi pandemici, che potrebbero emergere anche in ambito aviario. In altre parole, la vaccinazione potrebbe scatenare una gamma di reazioni più ampia di quanto atteso nella popolazione normale, e dirette anche contro alcune di queste rare varianti virali”.

Thomase colleghi sono anche andati a verificare se l'esposizione a vari tipi di uccelli fosse in grado di evocare una risposta immunitaria contro il virus dell'influenza aviaria nell'uomo. A questo scopo, hanno utilizzato come 'cavie' 95 ornitologi partecipanti al congresso annuale (2010) dell'*American Ornithologist Union*, ai quali è stato prelevato un campione di sangue. Il plasma di questi campioni è stato quindi cimentato con proteine purificate del virus dell'influenza aviaria (sottotipi H3, H4, H5, H6 H7, H8 e H12), per valutare la presenza di un'eventuale reazione a questi virus e la sua potenza.

Attraverso un test ELISA è stata ricercata la presenza di anticorpi contro la proteina HA, presente sulla superficie dei virus. Con il test HAI, invece, gli scienziati americani sono andati a valutare se gli anticorpi leganti la proteina HA, fossero anche in grado di interrompere la sua associazione con una sostanza che i virus utilizzano per penetrare all'interno delle cellule dell'uomo.

Il test ELISA è risultato positivo nel 77% dei partecipanti, che presentavano cioè anticorpi contro le proteine del virus dell'influenza aviaria. La maggior parte dei soggetti valutati presentava una marcata risposta anticorpale contro il virus dell'influenza umana H3N2, parte del vaccino utilizzato nella stagione 2009-2010, ma molti di loro mostravano anche una forte risposta anticorpale contro i sottotipi del gruppo 1 HA (aviaria H5, H6, H8, H12) e del gruppo 2 HA (aviaria H4, influenza umana H7).

Il 66% delle persone testate presentava anticorpi contro quattro o più proteine HA, ma alcuni avevano sviluppato una risposta anticorpale contro tutti i sottotipi considerati, alcuni dei quali non erano mai

stati individuati in precedenza nell'uomo.

Un successivo esperimento ha tuttavia rivelato che il fatto di avere una risposta anticorpale non necessariamente significa avere anche una significativa risposta immunitaria mediata da cellule T contro i virus dell'influenza aviaria; ciò significa che i due 'bracci armati' dell'immunità possono essere stimolati indipendentemente, e non necessariamente entrambi, dopo una vaccinazione o un'infezione. I soggetti sottoposti a vaccinazione antinfluenzale stagionale presentavano tuttavia titoli anticorpali più elevati contro i sottotipi H4, H5, H6 e H8 dell'aviaria. Infine gli individui esposti per lavoro al pollame presentavano risposte anticorpali significativamente più elevate contro il sottotipo H7, ma nessuna risposta anticorpale contro gli altri sottotipi dell'aviaria considerati.

Questo studio ha aperto molte domande sul perché individui diversi, montino risposte anticorpali così diverse ma ha anche suggerito che la vaccinazione stagionale antinfluenzale potrebbe giocare un ruolo nel potenziare queste risposte. Per questo motivo **Thomas** e colleghi hanno avviato altri studi su persone sottoposte a vaccinazioni varie e con diverse storie di esposizione a malattie infettive per comprendere meglio quali tipi di esposizioni potenzino le risposte immunitarie contro l'influenza aviaria.

Lo studio è stato finanziato dai *National Institutes of Health Centers of Excellence for Influenza Research and Surveillance* e dalle *American Lebanese Syrian Associated Charities*.

Maria Rita Montebelli

► **L'INCHIESTA** ► L'allarme: farmaci e cure studiati soltanto per gli uomini

Donne e cuore: discriminate anche in corsia

di Chiara Daina

Discriminate perfino nel cuore. È la prima causa di morte anche per le donne. Ma le medicine sono studiate soprattutto per gli uomini. E negli ospedali i medici spesso sono preparati per riconoscere i sintomi "maschili". Il racconto dei nostri lettori. ► pag. 10 - 11

LE STATISTICHE LA PRIMA CAUSA DI MORTE PER "LEI" SONO I DISTURBI CARDIOVASCOLARI. MA LE MEDICINE SONO TESTATE SUGLI UOMINI E I MEDICI NON SANNO RICONOSCERE I SINTOMI FEMMINILI DEL MALE

Quelle donne discriminate anche nel cuore

70%
GLI UOMINI
SOTTOPOSTI A TEST
MEDICI

PERCHÉ C'È DIFFERENZA Si crede che le donne fino alla menopausa siano protette dagli ormoni e grazie al ciclo mestruale abbiano un sangue più fluido. In realtà, negli ultimi anni, si è capito che non è automatico

37.304
LE DONNE COLPITE
DA PATOLOGIE
CARDIOVASCOLARI

29%
LE PERSONE CHE
VENGONO CURATE
TEMPESTIVAMENTE

IN OSPEDALE CHI PRESTA SOCCORSO RICONOSCE I SINTOMI DELL'UOMO: DOLORE AL TORACE, ALLE BRACCIA. LE DONNE HANNO SEGNALI DIVERSI CHE SONO SCAMBIATI PER ANSIA E PANICO. COSÌ LE CURE SONO TARDIVE

di Chiara Daina

Sono di più le donne che muoiono per un attacco cardiaco di quelle stroncate dal tumore al seno. Il

rapporto, secondo l'American heart association, è di uno a sei. Chi l'avrebbe mai detto. Non solo. In età fertile il rischio nelle femmine di essere colpite da infarto è più alto del quattro per cento di quello dei maschi.

Una differenza che si mantiene sotto i 65 anni. Poi è l'uomo a pagarne maggiormente le conseguenze. Un bilancio contro le aspettative, che coglie impreparate le pazienti, ma anche molti cardiologi. Il motivo? Un pregiudizio di genere che ha influenzato studi, ricerche e manuali di medicina. "Si crede che le donne fino alla menopausa siano protette dagli ormoni e grazie al ciclo mestruale abbiano un sangue più fluido. Ma è un errore" spiega Carmelo Cernigliaro, primario emerito di cardiologia a Novara, il primo in Italia ad aver sperimentato negli anni Ottanta il trattamento dell'infarto attraverso l'apertura delle coronarie occluse. Così i sintomi presi come riferi-

mento per un attacco di cuore sono sempre stati quelli che si manifestano esclusivamente negli uomini: un dolore costrittivo al torace che può estendersi al collo, alle braccia e al dorso, e un senso di oppressione allo stomaco.

Test sugli uomini

"I farmaci vengono testati sul 70 per cento degli uomini e appena il 30 per cento delle donne - sottolinea il medico - Ma queste non rispondono alle stesse stimolazioni perché i loro recettori sono diversi,



hanno le coronarie più piccole e strette e la microcircolazione è meno efficiente. Per questo sono più predisposte alle malattie del muscolo cardiaco". La diagnosi quindi non vale per entrambi i sessi. La difficoltà sta nel fatto che nelle donne i segnali sono più vaghi, spesso scambiati per un disturbo d'ansia, un po' di stress emotivo, niente di più. Arrivano al pronto soccorso con respiro affannoso, un senso di malessere generale, sudorazione, diarrea, nausea e vertigini. Il quadro clinico è sottovalutato e di solito vengono rispediti a casa con un consiglio: "Si faccia vedere da un neurologo e poi da uno psicologo". E rassicurazioni. "Non si preoccupi, è solo stanchezza". Un articolo del 26 settembre sul *New York Times* affrontava la questione. "Nel 1996 un'indagine nazionale - si legge - dimostra che i due terzi dei medici ignorano le differenze di genere nei sintomi dell'infarto". Solo nel 2001 l'Istituto di medicina degli Stati Uniti ha analizzato una serie di dati che hanno portato alla luce pregiudizi di genere in tutti i settori della ricerca medica. Nel tentativo di correre ai ripari "il National Institutes of Health ha annunciato che destinerà 10,1 milioni di dollari a fondo perduto agli scienziati per includere più donne nei test clinici" e ottenere più informazioni. Oltreoceano lo chiamano "Hollywood heart attack", l'infarto negli uomini, una scena forti, drammatica, quasi teatrale, ma vera. Nelle donne nulla di simile.

Anche da noi i numeri non devono più stupire. Il 3 dicembre è uscita l'ultima indagine Istat sulle principali cause di morte nel nostro Paese. L'anno di riferimento è il 2012. Nelle femmine le prime due sono le malattie cerebrovascolari (37.304 casi contro i 23.951 maschili) e le malattie ischemiche del cuore (37.140; sono 600 in più

quelli registrati nell'altro sesso). Seguono i decessi per altre malattie al cuore (28.050; 20.334 negli uomini), per i disturbi ipertensivi (20.367), demenza e Alzheimer (18.226) e solo al settimo posto ci sono le morti per un tumore maligno alle mammelle (12.004). In America l'impatto è ancora più forte. Secondo una ricerca del National Center for Health Statistics (NCHS) del 2009, la mortalità femminile è dovuta in primo luogo a malattie cardiovascolari: 401 mila casi, circa 20 mila in più di quelli registrati negli uomini. Al secondo posto quella per il cancro (270 mila casi).

L'elettrocardiogramma soltanto ai maschi

C'è un altro problema per le donne. Riguarda l'accesso alle cure. "Una signora che accusa una sindrome coronarica acuta viene trattata più timidamente, con meno tempestività, se poi è anziana si preferisce non intervenire - lamenta Cernigliaro -. La paura è che muoia sotto i ferri. Ma l'età anagrafica - aggiunge - non deve costituire un ostacolo alle terapie più adeguate". I numeri, ancora una volta, ne sono la prova.

Solo al 29 per cento delle pazienti viene effettuato un elettrocardiogramma entro dieci minuti, un tempo vitale, contro il 38 per cento degli uomini. "Il resto viene fatto in ritardo" dice il medico. Anche l'intervento di angioplastica (cioè la dilatazione della coronaria mediante un impianto di stent, una specie di spirale) viene eseguito entro i 90 minuti neanche nella metà dei casi (il 48 per cento; il 66 negli uomini). Lo rivela uno studio del Canadian medical association journal (Cmaj), una delle più importanti riviste scientifiche a livello internazionale, pubblicato il 17 marzo scorso. Oltre dieci anni fa

una ricerca dell'Ospedale di Novara portò agli stessi risultati. "Dal 1996 al 2001 abbiamo analizzato 986 pazienti - va nel dettaglio Cernigliaro -. Di queste la metà è stata sottoposta a un'angioplastica in tempo utile, cioè entro 24 ore, ancora meglio 90 minuti, perché non ci sia una necrosi ischemica del miocardio; sottovalutati i sintomi delle altre, alle quali è stata prescritta una terapia standard con farmaci antiaggreganti, per ridurre il rischio di trombosi, quelli per abbassare il colesterolo e non affaticare il cuore". Conclusione: "Le morti si concentrano nelle donne che non hanno fatto l'angioplastica in tempo". Cosa serve allora? "Di sicuro più informazione, cure più incisive, non per spaventare, ma per aumentare la sopravvivenza. Le donne cardiopatiche in genere tendono a interrompere le cure a causa degli effetti collaterali dei medicinali, come mal di testa e gonfiore alle gambe. Il medico dovrebbe impedirlo e tenerle monitorate. I sintomi - ripete il cardiologo - sembrano più soft ma non sono meno gravi di quelli di un uomo".

Come ridurre i rischi

I fattori di rischio sono il fumo delle sigarette, ovviamente, la familiarità (se altri parenti soffrono o hanno sofferto in passato di problemi al cuore), valori alti del colesterolo, sovrappeso, iperglicemia. **"In presenza di queste caratteristiche, alla prima comparsa dei sintomi - suggerisce il medico - prendere un'aspirina e correre al pronto soccorso può salvare la vita". La prevenzione si fa con una dieta alimentare variegata e sana, riduzione del sale a tavola, e movimento. Basta una passeggiata, andare a fare la spesa a piedi, usare le scale al posto dell'ascensore.**

Occhio a colesterolo e pressione

PREVENIRE, MEGLIO CHE CURARE Le malattie del cuore si manifestano soprattutto oltre i 45 anni di vita. Ma la prevenzione deve cominciare prima. Anzi, dicono gli esperti, una buona maturità si prepara a cominciare dai trent'anni. Come? Tanto per cominciare con controlli periodici. Un buon modo per tenersi sotto osservazione è donare il sangue. Al momento del prelievo vengono effettuati infatti anche gli esami del sangue. Da tenere sotto controllo soprattutto il

valore del colesterolo. Secondo i parametri più recenti, il valore massimo deve essere inferiore a 200. Ma i medici tengono d'occhio anche la differenza tra colesterolo "cattivo" e "buono". Attenzione poi alla pressione, il cosiddetto killer silenzioso. Molti infatti sono gli ipertesi che non si accorgono di esserlo. Basta entrare in farmacia per un controllo. Il primo rimedio contro colesterolo e pressione alta è una buona dieta. Poi il moto, camminare un'ora al giorno è essenziale.



08/12/2014

FUMO: GALLES, 6% DEI BAMBINI HA PROVATO E-CIG

(AGI) - Londra, 7 dic. - I bambini hanno tre volte piu' probabilita' di provare la sigaretta elettronica rispetto alla "bionda" tradizionale. A lanciare l'allarme e' stato uno studio condotto in Galles, i cui risultati alimentano i timori di chi crede che l'e-cig possano spingere i giovani a passare alla nicotina. Lo studio ha coinvolto 1.601 bambini tra i 10 e gli 11 anni d'eta'. Dai risultati e' emerso che il 6 per cento aveva provato a "svapare" contro il 2 per cento di chi aveva fumato il tabacco. Inoltre, coloro che avevano provato l'e-cig sono gli stessi che hanno ammesso di avere sette volte piu' probabilita' di iniziare a fumare nei due anni successivi. In pratica, il 14 per cento dei bambini che ha provato la sigaretta elettronica ha detto che potrebbe iniziare a fumare contro appena il 2 per cento di coloro che non ha mai provato il dispositivo. "Questi risultati - ha detto Mark Drakeford, ministro della Sanita' del Galles, come riporta il Daily Mail - fanno luce sul potenziale impatto delle e-cig sui nostri bambini e sui giovani. Mi preoccupa che l'uso delle e-cig mi possa essere come un gateway e possa ri-normalizzare il fumo, soprattutto per una generazione cresciuta in gran parte in una societa' di non fumatori".

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Circoncisione, per i medici Usa utilissima alla prevenzione delle malattie del pene

La procedura che accomuna musulmani ed ebrei ridurrebbe il rischio di malattie veneree ma anche di tumori e infezioni alla vie urinarie



Tutti circoncisi: senza se e senza ma. «Le evidenze scientifiche ci dicono che i benefici superano di gran lunga i rischi», afferma Jonathan Mermin, responsabile dei programmi di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili dei Centers for Disease Control and Prevention americani.

L'ipotesi, portata avanti negli Stati Uniti a partire dal 2009, è per la prima volta stata inserita in una bozza di linee guida che dovrà essere approvata nei prossimi 45 giorni. Quante chance ci sono che il documento possa arrivare in porto così com'è stato redatto? Gli esperti, che battono questa strada da tempo, non si sbilanciano. Non è ancora giunta una replica da parte delle associazioni che si oppongono alla circoncisione, ma è prevedibile che il fronte si compatti nelle prossime settimane.

Così, nel momento in cui i tassi di circoncisione nella popolazione infantile americana fanno registrare una flessione, la comunità scientifica statunitense torna a battere sulla procedura che accomuna ebrei e musulmani, per questioni religiose. Questa volta, però, la devozione non conta. Più semplicemente, **gli scienziati**

d'oltreoceano sono convinti che, portando i bambini in sala operatoria poche ore dopo la nascita, si potrebbero abbattere i tassi di contagio delle malattie sessualmente trasmissibili, delle infezioni delle vie urinarie e del tumore del pene.

L'evidenza scientifica, in effetti, non manca. Pochi mesi fa, in Gran Bretagna, alcuni ricercatori hanno riscontrato un aumento del 70% delle diagnosi di tumore del pene - quasi del tutto assente tra gli ebrei, circumcisi dalla nascita - negli ultimi trent'anni. Le responsabilità sono state ascritte a una maggiore promiscuità nei rapporti sessuali e a un tasso di adesione alla circoncisione in calo. Tutto ciò nonostante nei Paesi anglosassoni la procedura sia più diffusa rispetto alle nostre latitudini.

In Italia, infatti, si ricorre alla pratica soltanto per specifiche indicazioni, come la fimosi e il lichen scleroatrofico: una malattia immunitaria che colpisce la cute, spesso degli organi genitali. Non vi è alcuna indicazione per ricorrere a una circoncisione preventiva. « Le condizioni igienico-sanitarie in cui viviamo ci permettono di assumere altre precauzioni, meno invasive, per ridurre il rischio di contagio delle infezioni citate», è l'opinione condivisa da urologi e pediatri.

<http://www.lastampa.it/2014/12/05/scienza/benessere/circoncisione-per-i-medici-usa-utilissima-alla-prevenzione-delle-malattie-del-pene-yhbTSzZWOKsCiTTE3YKFdK/pagina.html>

Come è difficile restare vegetariani

Ricerca americana: solo uno su cinque resiste. Da noi va un po' meglio: uno su tre

di **Mario Pappagallo**

Essere vegetariani è bello, ma è anche difficile resistere alla tentazione di tornare sui propri passi. Secondo una ricerca americana, solo uno su cinque riesce a resistere alle regole della dieta verde e taglia definitivamente i ponti con la carne. Gli altri fanno marcia indietro. Il cedimento ha varie spiegazioni: «Ci si sente fuori dal gruppo» è la più frequente. In Italia va un po' meglio: resiste uno su tre.

a pagina 29

Vita (dura) da vegetariani

Negli Stati Uniti solo uno su cinque resiste nella scelta alimentare. La metà cede dopo il primo anno: «Ci si sente fuori dal gruppo»

4,2 **450** **60%** **1,4** **2,4**

Milioni
i vegetariani in
Italia secondo
il rapporto
Eurispes 2014

Mila i vegani
italiani (che
non mangiano
derivati
animali)

La percentuale
di vegetariani
e vegani che
assumono
integratori
nella loro dieta

I chilogrammi
di carne a testa
consumati
dagli italiani
ogni
settimana

I chilogrammi
di carne
a testa
consumati
dagli americani
ogni settimana

In Italia

Secondo l'Eurispes oltre 4 milioni di italiani sono vegetariani: uno su tre cambia idea

Si diventa vegetariani o vegani con convinzione, ma soltanto una persona su cinque sembra mantenere nel tempo la scelta fatta.

Lo ha rilevato un'indagine condotta su 11 mila adulti effettuata dallo *Humane Research Council*, un ente che si occupa di difesa degli animali. Lo studio è limitato agli Stati Uniti, dove la pressione culturale e psicologica verso grigliate e barbecue non aiuta certo scelte radicali. Anche se, dati alla mano, i ricchi americani non brillano per buona salute e longevità. A 40 anni circa le loro cellule hanno perso ogni capacità di riparazione dei danni ai geni e di rigenerazione, mentre chi ha sempre frequentato menu in chiave Mediterranea (non proprio vegetariani, ma limita-

ti in fatto di proteine animali) sempre a 40 anni ha ancora un 70% di capacità di autoriparazione cellulare. Parola della scienza statunitense che per anni ha cercato, senza riuscirci, di dimostrare che gli hamburger fanno bene.

Vita dura quindi per i vegetariani a stelle e strisce. Le continue tentazioni e il senso di «esclusione dal gruppo» e di «diversità» per il fatto di non consumare certi alimenti fanno tornare indietro l'84% di coloro che hanno fatto la scelta della Piramide alimentare verde. Più della metà (53%) rinuncia dopo un anno, il 30% dopo appena tre mesi. Solo una persona su cinque riesce a rimanere ferma nel cambiamento.

Dietro alle scelte alimentari si nascondono interessi molteplici e a volte gli studi in materia sono ispirati da soggetti «interessati». Di sicuro c'è che nel mondo si consumano circa 300 milioni di tonnellate di carne all'anno, 42 chili in media

pro capite (l'anno) per ogni abitante del pianeta. Ma' oltre 2,4 chili a testa la settimana vanno ai cittadini americani (Paese carnivoro per eccellenza), 1,4 chili pro capite a settimana arrivano sulle tavole italiane (con prevalenza però di carne suina), solo 84 grammi a testa la settimana in India, dove la cultura vegetariana è dominante.

Attualmente, secondo l'Eurispes, in Italia le persone che avrebbero scelto di non toccare prodotti animali sarebbero 4,2 milioni, il 7,1% della popolazione (per lo 0,6% la scelta è vega-



na). Si stima che solo un terzo, dopo un anno, rettifichi in parte la propria scelta: mangiando soprattutto pesce e limitando comunque la carne rossa.

Vegetarianesimo significa non mangiare carne, senza escludere del tutto prodotti animali come latticini e uova. Il veganesimo invece elimina anche quelli: solo frutta, verdura e legumi. In tutto il mondo i vegani e vegetariani sono un miliardo di persone, una su sette. Il Paese dove è più alto il numero di persone che non mangia carne è l'India (30%), in Europa

è invece la Germania, dove sono l'8,6%. I motivi per cui si diventa vegetariani o vegani possono essere diversi: economici (la carne di qualità costa più della verdura), ambientali (gli allevamenti producono molti più gas serra dell'agricoltura), di salute. O anche etici: non far soffrire gli animali. Chi lo fa per etica spesso mantiene la sua posizione.

Invecchiare in salute è un altro buon motivo. Tumori e malattie degenerative trovano nelle proteine animali il loro innesco. «Studiamo i centenari per

capire che cosa fa invecchiare e ammalare l'organismo», dice al Corriere Giovanni Scapagnini, biochimico clinico dell'università del Molise. I segreti scoperti? Mangiare poco e solo cibi di qualità, abbondare in frutta e verdura soprattutto colorate (pigmenti come le antocianine e il resveratrolo attivano la longevità cellulare), abbondare in acidi grassi poli-insaturi omega 3 (pesce e alghe). Ecco perché il pesce spesso «inquina» la filosofia vegetariana.

Mario Pappagallo
 @Mariopaps
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

Le piramidi alimentari

DIETA VEGETARIANA

Consumo settimanale

Consumo giornaliero

Ogni pasto



DIETA ONNIVORA



DIETA VEGANA



Corriere della Sera

Camila Raznovich

«Io, allevata senza carne, adesso sono onnivora»

MILANO Fino ai dieci anni è stata vegetariana per forza: «Più che altro era il regime alimentare scelto dai miei genitori, seguaci di Osho. Mangiavamo molte verdure, riso nero con salsa di soia, farro, carote bollite. Quando arrivavano i nonni dall'Argentina, però, mi passavano sottobanco tutto quello che desideravo, a partire dal prosciutto». Camila Raznovich, oggi conduttrice di Kilimangiaro su Rai Tre la domenica pomeriggio, è diventata di nuovo vegetariana a metà degli Anni 90, quando è andata a vivere in Inghilterra ed è esplosa la sindrome della mucca pazza: «Si trattava di una scelta dettata dalla cautela salutista. E comunque lì era molto facile essere vegetariani, in una città poliedrica, poliglotta e policulturale come Londra. Mi rendo conto che sarebbe stato ben più difficile in un piccolo centro sperduto di un altro Paese».

Mai avuto problemi con partner di regime alimentare diverso dal suo?

«No, mai, non sono talebana. Il mio motto è vivi e lascia vivere. Oggi alle mie figlie faccio mangiare di tutto, ma Sole, la più piccola, mastica la carne e poi la sputa, non le piace; Viola invece non ha problemi».

E lei cosa mangia adesso?

«Tutto: sono anemica e il medico mi ha imposto la carne rossa, che fosse per me leverei ma non per un discorso etico, altrimenti dovrei essere vegana; il problema è il modo in cui vengono allevati gli animali, con un carico di antibiotici e adrenalina che poi noi assimiliamo».

Potrebbe mangiare i legumi, in alternativa.

«Purtroppo ho una malattia auto-immune all'intestino e non posso. Ma va bene così».

El. Ser.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Conduttrice
Camila
Raznovich





Lotta all'obesità Scoperte 2 molecole che trasformano le cellule staminali «Basta tapis roulant»

Le troppe calorie ingerite si trasformano in cellule di "grasso bianco", difficili da smaltire. Tuttavia uno studio dell'Università di Harvard ha forse trovato il modo, tramite due molecole, di convertire le cellule staminali che producono grasso bianco in quello "marrone", che invece brucia l'energia in eccesso,

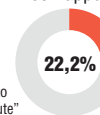
Il fenomeno ai raggi X

LA CLASSIFICA UE

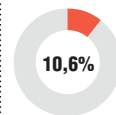
- 1 Grecia
- 2 Portogallo
- 3 Spagna
- 4 Croazia
- 5 ITALIA
- 6 Polonia
- 7 Svezia
- 8 Galles

IN ITALIA

Bambini in sovrappeso



Obesi



Che mangiano frutta



Fonte: Rapporto "Okkio alla salute"



Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità

ANSA centimetri

Mai più grassi con la pillola

..... **Antonio Caperna**

ROMA - Un giorno basterà una pillola per restare in forma ed evitare ore di sudore in palestra. I ricercatori dell'Harvard Stem Cell Institute e del Massachusetts General Hospital di Boston affermano di essere sulla buona strada, anche se ci vorrà del tempo. Hanno compiuto «il primo passo verso una pillola che può sostituire il tapis roulant»

per il controllo dell'obesità: risultato che, ovviamente, non dovrebbe sostituire tutti i benefici legati all'esercizio, a cominciare dal buonumore. Lo studio è descritto nella rivista scientifica 'Nature Cell Biology'. Le cellule di grasso bianco immagazzinano energia come lipidi e svolgono un ruolo nello sviluppo di obesità, diabete di tipo 2 e patologie correlate, tra cui quelle cardiache, mentre è stato dimo-

strato che il grasso marrone abbassa i livelli di trigliceridi, riduce la resistenza all'insulina associata al diabete di tipo 2 e brucia il grasso bianco, generando calore. I ricercatori hanno scoperto due piccole molecole che normalmente produrrebbero grasso bianco, "convertibili" in cellule di grasso marrone. I loro studi puntano a governare questa scelta tra i due tipi di cellule. Il professor Chad

Cowan e il suo staff lavorano con le cellule staminali adipose da oltre sette anni, per trovare il modo di prevenire l'obesità e le malattie correlate. Una delle due molecole è già approvata per trattare l'artrite reumatoide ma gli scienziati avvertono che al momento non si riesce ancora ad ottenere una vera e propria pillola anti-obesità: «Questi composti hanno come bersaglio le stesse sostanze

che svolgono un ruolo nella risposta infiammatoria - sottolineano gli studiosi - quindi bisogna evitare una compromissione del sistema immunitario, se ci fosse una somministrazione per un periodo prolungato». Al momento è in discussione, con diverse aziende farmaceutiche, il modo in cui produrre un farmaco: gli studi clinici sono già iniziati in Germania.

riproduzione riservata ©

Ebola Respirazione assistita e prognosi riservata per il volontario di Emergency contagiato

Stabile il medico ricoverato allo Spallanzani

■ **ROMA** Il medico italiano di Emergency ricoverato allo Spallanzani di Roma dopo aver contratto il virus dell'Ebola è «in condizioni stabili». Nell'ultimo bollettino medico, i sanitari che hanno in cura il volontario cinquantenne fanno sapere che «il paziente continua ad essere sottoposto ad assistenza respiratoria meccanica» e pertanto «la prognosi permane riservata». Le condizioni dunque restano critiche anche se nella giornata di ieri non si sono registrati peggioramenti.

Purtroppo l'epidemia continua a mietere vittime tra quanti si prodigano per assistere le persone colpite da questa emergenza sanitaria. Un altro medico della Sierra Leone, il decimo su 11 infettati, è infatti morto a causa del virus. Il medico deceduto si chiamava Aiah Solomon Konoyeima e lavorava in un ospedale infantile della capitale. Era risultato positivo al test due settimane fa. È stato curato al centro Hastings Ebola, dove operano solo medici del Paese. L'Ebola ha contagiato più di 17.500 persone, la gran parte in Guinea, Liberia e Sierra Leone. Di queste, circa 6.200 sono morte. I lavoratori sanitari sono particolarmente a rischio, perché il virus si trasmette con i fluidi corporei dei pazienti. **Sal. Cap.**



Gli italiani e le nuove tecnologie

Così la rete confonde lavoro e tempo libero

Siamo un Paese iperconnesso: il 43% lo fa per ragioni professionali, tre su quattro per motivi personali

Marini e Rizzato A PAGINA 11

Dossier / L'indagine LaST

Così le nuove tecnologie cambiano il tempo e lo spazio degli italiani

La ricerca disegna il ritratto di un Paese già iperconnesso
La Rete confonde lavoro e tempo libero, pubblico e privato

I quattro profili degli internauti

36,4%

Gli iperconnessi

Coloro che utilizzano la Rete, sia al lavoro sia per motivi personali, tutti giorni

37,9%

I liberi

Chi si connette alla Rete quotidianamente per esclusivo motivo personale

7,9%

I casuali

Coloro che si collegano sporadicamente a Internet sia sul lavoro che nel tempo libero

17,8%

Gli scollegati

Quelli che non si connettono alla Rete né per motivi professionali né personali

PER LAVORO

Il 43,1% della popolazione si connette tutti i giorni per ragioni professionali

PER DILETTO

Tre italiani su quattro si collegano ogni giorno per motivi personali

DANIELE MARINI*

Un pezzo consistente della nostra vita convive con una realtà virtuale: smartphone, computer, tablet, antenna parabolica e molte altre tecnologie sono entrate a far parte della quotidianità. Sono innovazioni che hanno generato una forte discontinuità con il passato anche nei nostri mondi d'ogni giorno.

La dimensione dello spazio fisico si è quasi annullata: in qualsiasi momento e luogo possiamo vedere o sapere co-

sa accade altrove, comunicare con qualcuno. E così pure è per il tempo: possiamo essere online costantemente connettendoci a Internet o con la televisione la cui programmazione è 24 ore su 24. Soprattutto, e diversamente dal passato, queste tecnologie rendono permeabili ambiti un tempo separati: il lavoro, il tempo libero, la famiglia.

Quanto siamo immersi nelle nuove tecnologie digitali, quanto fanno parte della nostra quotidianità è l'oggetto dell'Indagine LaST (Community Media Research in collaborazione con Intesa Sanpao-

lo, per La Stampa). I nove decimi della popolazione italiana dispongono di almeno di un computer (91,0%), dell'accesso a Internet (90,6%) e del cellulare (88,0%).

Ma è ancora più interessante provare a osservare

quanto siamo connessi con simili strumenti. Le nostre comunicazioni transitano in misura crescente attraverso Internet: mail, whatsapp, social network... E quanto questo sia parte costitutiva della nostra sfera professionale è



presto detto: il 43,1% della popolazione si connette alla Rete quotidianamente per lavoro. E se escludiamo quanti non sono attivi (pensionati, casalinghe, studenti) e circoscriviamo il risultato ai soli occupati scopriamo che il 72,4% si collega tutti i giorni a Internet.

Ma un conto è essere obbligati a connettersi a Internet per motivi di lavoro, altro è farlo autonomamente per motivi personali, tenersi al corrente o per diletto. In quest'ultimo caso, ben tre interpellati su quattro (74,1%) dichiarano di connettersi quotidianamente alla Rete.

Se a questi sommiamo quanti lo fanno più sporadicamente (3-4 volte la settimana e almeno una volta la settimana: 14,4%) raggiungiamo la ragguardevole quota di 88,5%. Ma quanto le due sfere (professionale e personale) si sovrappongono nella nostra vita?

Per cercare di offrire una misura di tale fenomeno abbiamo creato i profili degli internauti, sommando le risposte nei diversi ambiti. Due gruppi prevalgono. Gli «iperconnessi» rappresentano il 36,4% degli interpellati e sono coloro che uti-

lizzano la Rete, sia al lavoro che per motivi personali, tutti giorni. Il profilo è più diffuso fra i maschi, chi è in età lavorativa ed è dirigente o imprenditore, i residenti del Centro-Nord e soprattutto fra i laureati.

I «liberi» costituiscono l'altro gruppo (37,9%): in questo caso annoveriamo chi si connette alla Rete quotidianamente per esclusivo motivo personale. Se in questo profilo è facile attendersi che le giovani generazioni siano più rappresentate (fino a 24 anni: 61,6%), meno scontato è trovare che il 53,4% degli over 65 e di pensionati si colleghi alla Rete ogni giorno. Segno che le nuove tecnologie della comunicazione limano anche i confini generazionali.

Infine, otteniamo altri due gruppi. Da un lato, i «casuali» (7,9%), coloro che si collegano sporadicamente a Internet sia sul lavoro che nel tempo libero. Dall'altro, gli «scollegati» (17,8%), che annovera quanti sostanzialmente non si connettono alla Rete né per motivi professionali, né personali, e ciò si verifica in misura maggiore per la componente femminile, gli over 65enni, le casalinghe, chi ha un basso titolo di studio e ri-

siede nel Mezzogiorno.

* Università di Padova

Nota metodologica

L'indagine LaST (Laboratorio sulla società e il territorio), realizzata da Community Media Research in collaborazione con Intesa Sanpaolo per La Stampa, si è svolta a livello nazionale dal 16 ottobre al 3 novembre su un campione rappresentativo della popolazione residente in Italia, con età superiore ai 18 anni. Metodo, rilevazione ed elaborazione sono a cura della società Questlab. I rispondenti totali sono stati 1.554 e l'analisi dei dati è stata riproporzionata sulla base del genere, del territorio, delle classi d'età, della condizione professionale e del titolo di studio. I partecipanti all'indagine sono stati invitati a rispondere a un questionario via web attraverso un coinvolgimento sui social network e grazie all'attivazione di un campione casuale di nominativi raggiungibili via e-mail e via telefono. Daniele Marini ha progettato e diretto la ricerca. I risultati sono visitabili su www.indaginelast.it.

Fra i seguenti beni tecnologici di quali dispone (di sua proprietà o di qualcuno in famiglia)?

Fonte: Community Media Research-Intesa Sanpaolo per La Stampa, novembre 2014 (n. casi: 1.554)



Generalmente, con quale frequenza si collega a internet?



LADRI DI SALUTE

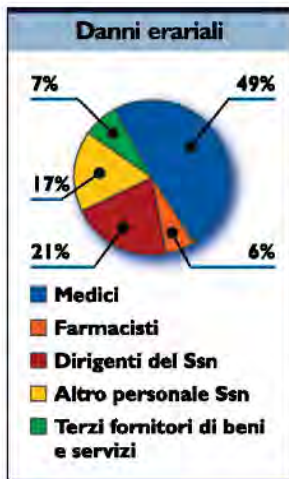
Corruzione mala pianta

Ssn ad alta tensione - Ora serve un approccio sistemico

Frodi e corruzione costituiscono un fenomeno sociale insito nella società italiana, che la Corte dei conti ha definito come un «burocratico/pulviscolare» e «politico-amministrativo-sistemico». Una piaga che non si può curare con interventi limitati e circoscritti sulla normativa. Serve un approccio articolato e altrettanto sistemico. Con policy specifiche per la Sanità, che tra illegalità e inefficienze subisce un danno da 6 miliardi. Serve insomma un «vestito tagliato e confezionato sartorialmente» contro la mal-administration, calibrata sugli urgenti e gravi biso-

gni del Ssn.

Disaggregare quindi il fenomeno della corruzione, per pervenire a una classificazione in micro-contenitori. Analizzare e confrontare i trend nel tempo e in parallelo fra le varie Regioni italiane potrebbe così consentire di stilare delle good-practice di riferimento per la «prevenzione» dell'illegalità da disseminare nelle strutture regionali e locali del Ssn, oltre che nelle forze dell'ordine preposte (Gdf e Nas). Per stanare finalmente il grande male italiano.



SARGIACOMO A PAG. 16-17

Una griglia di indicatori e best practice per individuare i campanelli d'allarme delle frodi sanitarie nelle strutture Ssn

Il detector che «stana» la corruzione

Un fenomeno politico-sistemico che sottrae risorse per 6 mld tra inefficienze e illegalità

DI MASSIMO SARGIACOMO *

Non è oramai di certo una novità che le frodi e la corruzione costituiscano un fenomeno sociale insito nella società italiana, la cui gravità ha però raggiunto un livello tale che il presidente della Corte dei conti, nel discorso di apertura dell'anno giudiziario 2013, lo ha definito come un: «fenomeno burocratico/pulviscolare, fenomeno politico-amministrativo-sistemico» rilevando che «la risposta non può essere di soli puntuali, limitati interventi - circoscritti, per di più su singole norme, del codice penale - ma la risposta deve essere articolata e anch'essa sistemica». «In effetti, la corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità e al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica, da un lato, la legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni e, dall'altro (...) l'economia della Nazione».

Il Corruption perception in-

dex (Cpi) annualmente stilato da Transparency international pone l'Italia al 69esimo della triste classifica mondiale per corruzione percepita a "pari merito" con Kuwait e Romania, e ben dopo tanti altri Paesi come Costa Rica, Rwanda, Cuba, Ghana ecc.

L'indagine condotta dal Censis nel 2012 riporta che l'87% degli italiani, contro il 74% della media Ue, ritiene che la corruzione sia un problema grave e il 43% lo considera insieme alla crisi morale della politica, quale causa principale della recessione economica in atto. Tale risultato è peraltro confermato anche dalla Commissione europea nell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione 2012, nella quale l'89% dei cittadini italiani intervistati reputa il nostro sistema economico gravemente contagiato dal fenomeno, che insieme alle frodi costituisce non solo un danno economico per la società, bensì un esempio di bad practices non etiche in uso nel

nostro Paese, oltre che uno sperpero di risorse pubbliche che potrebbero essere altrimenti destinate a settori di assoluto bisogno, come l'assistenza alle famiglie con presenza di malati di Alzheimer, alle differenti categorie di diversamente abili, alla sanità penitenziaria ecc.

A fronte della gravità del descritto fenomeno nella generale pubblica amministrazione, diversi interventi legislativi si sono succeduti nel corso degli ultimi anni, nei quali le misure anti-corruzione si sono inasprite molto, rafforzando notevolmente i poteri dell'Anac (ex Civit).

Nel settore sanitario, il libro bianco sulla corruzione (2012), noto anche come relazione Garofalo, ha messo in risalto gli elevati livelli di rischio corruttivo presenti, connessi alle diverse situazioni che possono dare atto a tentativi di condizionamento illecito, ovvero spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegit-

timi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni. Oltre a ciò, la cattiva gestione e lo spreco delle risorse destinate a soddisfare il bisogno di salute fanno sì che l'attività sanitaria sia svolta in maniera inefficiente.

Secondo la Corte dei conti (Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica) il settore sanitario evidenzia dei livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale che vanno a incrementare i danni già provocati dagli episodi di



corruzione.

Infatti, l'inefficienza media della spesa sanitaria italiana è stata stimata pari al 3%, ossia equivalente a 3,5 miliardi di euro l'anno, con estremi a livello regionale che vanno dallo 0,7% al 25,7% (Piacenza and Turati, 2013).

Inoltre, è stato stimato che il tasso medio di corruzione e frode in sanità è pari al 5,59%, con un range che varia tra il 3,29 e il 10% (Button and Ley, 2013). In Italia, la cui spesa sanitaria si attesta attorno a circa 110 miliardi di euro l'anno, ciò corrisponderebbe a circa 6 miliardi di euro di risorse all'anno sottratte al sistema sanitario. Stando al recente report della Guardia di Finanza e della Corte dei conti, il settore della Sanità risulta fortemente interessato da frodi e corruzione, e sembra coinvolgere - come noto - 1.176 soggetti per un totale di danni alla spesa pari a 1 miliardo e 280 milioni di euro. Il fenomeno però è talmente complesso e sistemico - come ha giustamente sottolineato il presidente della Corte dei conti nel 2013 nel richiamato discorso - che deve essere necessariamente disaggregato, al fine di pervenire a una classificazione in micro-contenitori, le cui tendenze confrontate longitudinalmente nel tempo, e spazialmente fra le varie Regioni italiane in parallelo, potrebbero consentire di stilare delle best e/o good-practices di riferimento per la prevenzione - per singola sub-tipologia - da disseminare nella nostra Penisola nelle strutture regionali e locali del Ssn, oltre che nel corpo della GdF/Nas.

Tali evidenze disvelerebbero una grande utilità per poi addivvenire alla creazione di policy specifiche per la Sanità, che agendo altrimenti sarebbero solo di derivazione generale della mal-administration della Pubblica amministrazione, e non sarebbero invece un "vestito tagliato e confezionato sartorialmente", per gli urgenti e gravi bisogni del Ssn.

A titolo di esempio, i danni erariali derivanti da frodi e corruzione in Sanità che hanno interessato la magistratura contabile, e che di certo non esauriscono affatto le fattispecie fraudolente che arrecano danni significativi al Ssn e all'Erario stesso, sono quelli rappresentati nella figura 1, dove - sebbene ancora con dati parziali a novembre 2014 - spicca che il fenomeno è in forte crescita, con la punta record toccata nel Lazio (oltre 152 milioni di euro).

Dal dato generale, se volessimo veramente investigare l'eziologia del danno erariale, dovrem-

mo riclassificare tutte le informazioni presenti nel database della Corte dei conti, suddividendole per gruppi omogenei, ottenendo così i seguenti clusters:

a) **appalti**: all'interno di questa categoria si possono ricomprendere tutte le fattispecie di danno erariale afferenti l'esecuzione di ogni forma di approvvigionamento di beni o servizi;

b) **personale**: in questo gruppo sono annoverate tutte le fattispecie di danno erariale afferenti il personale che opera nell'ambito del Ssn (medici, paramedici, farmacisti, infermieri, dirigenti);

c) **spesa farmaceutica**: questa categoria sintetizza tutte le fattispecie di danno erariale afferenti farmaci, presidi sanitari e simili;

d) **prestazioni sanitarie**: questo cluster aggruppa tutte le fattispecie di danno erariale afferenti l'attività professionale relativa all'erogazione di prestazioni medico-sanitarie.

Con tali premesse, nelle figure 2-3 si evidenziano le seguenti difformità nei comportamenti, nel tempo e nello spazio, comparando i dati definitivi del 2013 rispetto a quelli del 2008.

Se si confrontano le quattro classi riclassificate negli anni 2008 e 2013 spiccano differenze marcate nel mix in percentuale, in quanto mentre nel 2008 la prevalenza dei casi sembra ascrivere alla categoria del "Personale" e agli "Appalti", nel 2013 emerge, sine ullo dubio, la classe della "Spesa farmaceutica".

Tale stridente differenza emerge molto nitidamente nella figura 4, dove appare il paragone in valore assoluto in euro delle quattro classi enucleate, relativamente agli anni 2008 e 2013.

Va da sé che se si volesse investigare ulteriormente il fenomeno, seguendo la metodologia in uso nei Paesi anglosassoni, dovremmo ulteriormente disaggregare i già riclassificati fenomeni. A esempio, per la categoria degli Appalti, potremmo suddividerli su base regionale e nazionale per clusters di diverso ammontare (e.g., <euro 250.000,00; euro 250.000,00-euro 500.000,00; euro 500.000,00-euro 1 mln; euro 1 mln-euro 5 mln; euro 5 mln-euro 15 mln; >euro 15 mln), per anno, per tipologia (i.e., Servizi di Pulizia reparti e biancherecci e letterecchi, ristorazione, lavori di costruzione ex articolo 70; lavori di ammodernamento; manutenzione ecc), e per ciclo di vita, dal pre-contrattuale all'ultimazione del servizio/lavoro e/o collaudo, quando previsto a se-

conda della tipologia di appalto.

Così facendo, agendo in una maniera simile a quanto in uso nella casistica ospedaliera (e.g., Tasso di occupazione posti letto, Indice di complessità media dei ricoveri, o percentili dei codici rossi nei pronto soccorso per apertura o chiusura strutture sanitarie locali rispetto alla media regionale o nazionale), e utilizzando un modus operandi tipico del Risk management bancario, si potrebbero sviluppare accorgimenti di rischiosità. Una volta ottenuti gli indicatori, tutto quello che si colloca sopra o sotto l'indicatore regionale omogeneo (a seconda del caso) segnalerebbe un "warning" per ipotesi di rischio frode/corruzione, anche se non garantirebbe per sé la presenza del fenomeno corruttivo, che non sarebbe d'altro canto affatto esclusa nell'ipotesi contraria, ovvero nel caso di completa assenza di accensione di "warning".

A prescindere dai summenzionati clusters, e dall'eventuale sviluppo di precisi indicatori, il mutamento del fenomeno "camaleontico" delle frodi e corruzione in Sanità è altresì rinvenibile se ci si focalizza sui "soggetti coinvolti" nei procedimenti.

Al riguardo le sentenze della Corte dei conti offrono anche questa possibilità di riclassificazione, identificando le seguenti tipologie di responsabile coinvolto nei procedimenti che hanno interessato la magistratura contabile: i) medici; ii) farmacisti; iii) dirigenti del Servizio sanitario nazionale; iv) altro personale del Ssn; v) terzi fornitori di beni e servizi.

Le figure 5-6 illustrano la riclassificazione operata per soggetto coinvolto nei procedimenti.

Anche in questo caso, le differenze fra gli anni del campionamento appaiono ancora più marcate nel confronto in valore assoluto 2008 vs 2013, esposto nella figura 7. Alla luce delle difformità appena evidenziate, sembra quasi inutile sottolineare che gli illeciti stessi sono di una tale natura variegata e composita, che richiederebbero un'acconcia unità speciale organizzata che operi solo ed esclusivamente per l'analisi, la prevenzione e la lotta alle frodi e alla corruzione nella Sanità, seguendo il modello di successo già implementato nel Nhs da circa venti anni, con il Nhs Counter fraud and security management service/division.

Tralasciando il vasto elenco in materia di evasione dell'obbligo di contribuzione alla spesa sanitaria derivante dalle false attestazioni nelle liste di esenzioni o agevolazioni fornite dalle strut-

ture del Ssn, giova segnalare - senza ipotizzare di poter essere esaustivi - qualche esempio di diversità dei casi di frodi finanziarie e corruzione occorsi in Italia negli ultimi anni:

a) **indennità**: illecite elargizioni di indennità non spettanti al personale e/o illeciti avanzamenti di carriera, e/o illecite assunzioni;

b) **servizi alberghieri**: illecito affidamento dei servizi per i ricoverati nella struttura pubblica;

c) **irregolarità**: nei lavori di ammodernamento di strutture ospedaliere;

d) **illeciti rimborsi**: per ricoveri d'urgenza a favore di case di cura convenzionate, ma non autorizzate al servizio di pronto soccorso;

e) **illegittima aggiudicazione**: servizio di archiviazione ottica documentale;

f) **illegittimo affidamento diretto**: servizio di manutenzione di apparecchiature elettromedicali e impianti tecnologici, oltre al rimborso di prestazioni inesistenti con riguardo a forniture di gas medicale;

g) **false attestazioni e illeciti rimborsi**: prestazioni prestate da centri convenzionati, poi de facto superiori alle reali capacità massime funzionali della struttura;

h) **indebiti rimborsi a centri di riabilitazione**: prestazioni mai effettuate grazie alla connivenza degli organi amministrativi responsabili della liquidazione delle somme;

i) **cartolarizzazione**: scandali per operazioni di avvenuta cartolarizzazione;

j) **illeciti e illegittimi rimborsi**: scandali per illeciti rimborsi a cliniche private accreditate per servizi pediatrici;

k) **prestazioni farmaceutiche**: scandali per prestazioni non appropriate, illegittime o mai rese.

I succitati esempi, sicuramente non esaustivi della ricchezza di casistica disponibile nel nostro Paese nell'ultimo decennio, sono oltremodo utili per rappresentare un rapido affresco dei contorni camaleontici del fenomeno delle frodi e della corruzione nella Sanità italiana, che sta mutando nel tempo anche la sua diffusione nelle diverse Regioni italiane. Come si evince chiaramente nella figura 8, mentre negli anni passati sussisteva una forte concentrazione meridionale, ora si nota come il fenomeno stia permeando e si vada diffondendo anche in diverse Regioni del Nord, oltre a essersi focalizzato nel Centro Italia.

Alla luce di quanto testé rappresentato, ognuno dei menzio-

nati casi - e tanti altri non elencati - dovrebbe essere studiato singolarmente ab-initio per verificare come e dove i controlli non hanno funzionato, o sono stati neutralizzati, e/o il malaffare si sia riuscito a insinuare in alcune Regioni - e per alcune tipologie specifiche - con fenomeni corruttivi e/o di distrazione e devastazione di fondi pubblici che potevano, e potrebbero tuttora, essere utilizzati efficacemente ed efficientemente per la più efficace tutela della salute nel nostro Paese.

L'obiettivo finale sarebbe quello di pervenire a delle utili linee guida, specifiche per fenomeno tipo, e disseminabile nelle strutture regionali e locali del Ssn, e d'intesa coi corpi GdF/Nas, in modo poi da pervenire alle modifiche utili delle procedure in corso di prevenzione e accertamento, e al suggerimento di idonee policies anti-frode e corruzione al ministero. In tale ottica, il recente accordo di Novembre fra Anac-Agenas rappresenta già un primo importante step forward, ma forse, seguendo il modello del Regno Unito da cui abbiamo attinto per decenni i più importanti principi ispiratori, occorrerebbe prevedere a breve termine la costituzione di una Direzione generale anti-frode e corruzione in Sanità all'interno del ministero della Salute, con la presenza di un corpus di specialisti multidisciplinari, come peraltro già previsto in passato dal DL 32/2003, che poi però non è mai stato implementato.

Oltre a quanto appena menzionato, si potrebbe agire sull'etica insita nel comportamento umano, che non è egualmente distribuita nella popolazione, ma su questo, lo si è capito da tempo, sebbene si stia agendo molto sulla sensibilizzazione a una nuova "Cultura dell'etica", senza adatte misure preventive associate a un efficace sistema sanzionatorio, è sarà molto difficile incidere a breve termine nel nostro Paese!

** professore ordinario di Economia aziendale, Dipartimento di Economia aziendale, Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara - Componente Comitato nazionale di Bioetica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

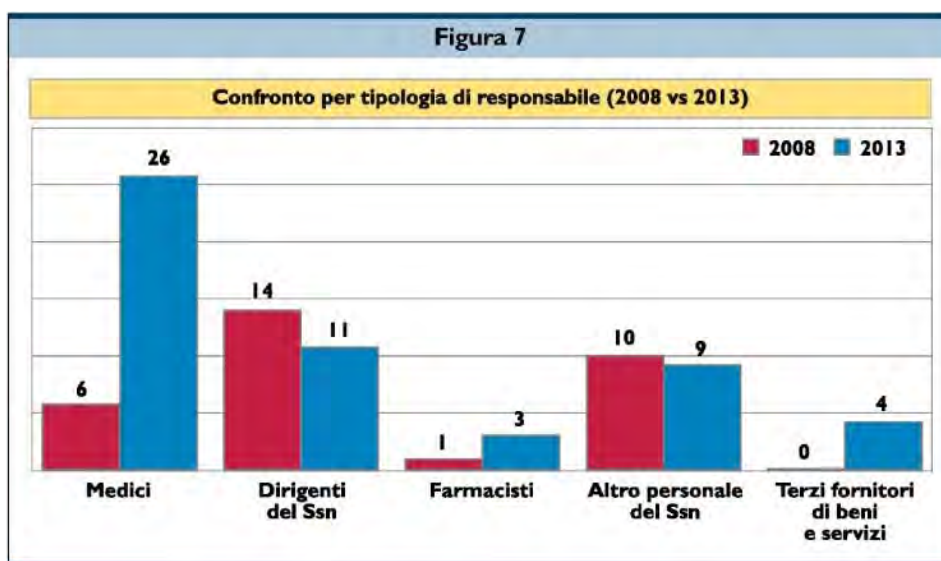
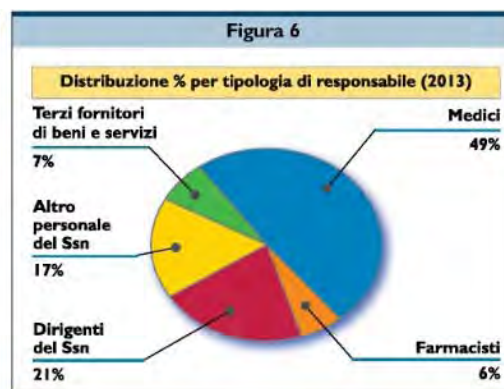
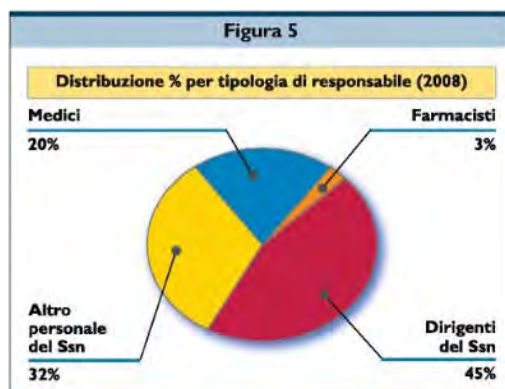
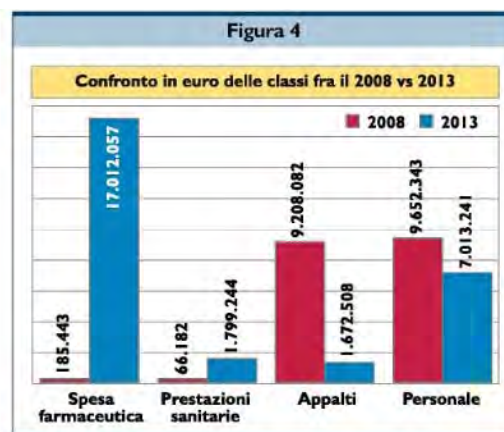
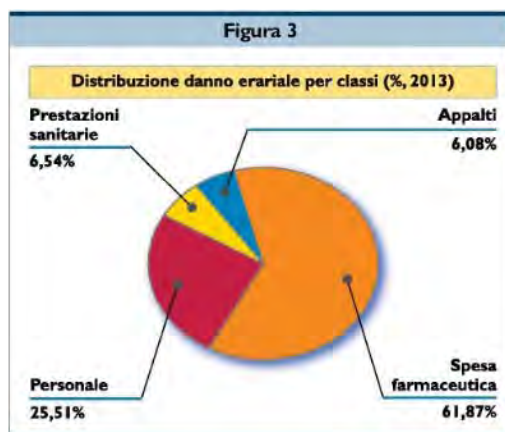
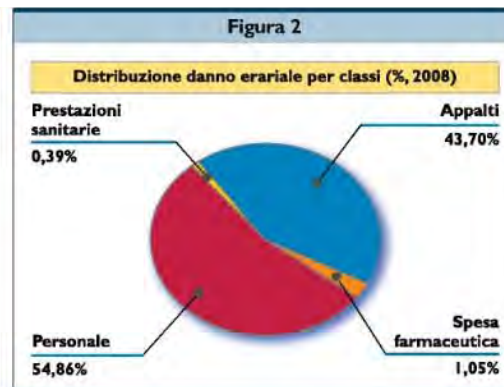
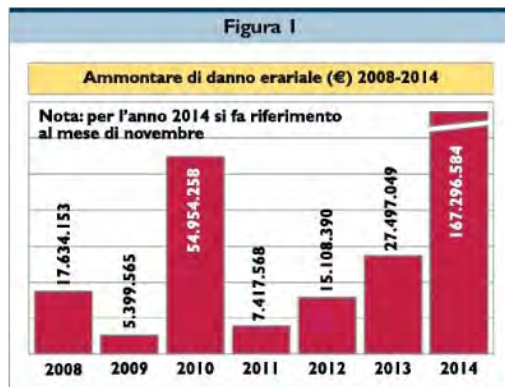


Figura 8 - Confronto in euro del danno erariale per Regione (2008 vs 2013)

Regione	2013	2008	Regione	2013	2008
Valle d'Aosta	-	5.867	Umbria	43.850	40.170
Trentino A.A.	3.106.445	5.781	Marche	47.593	10.478
Piemonte	420.503	70.000	Lazio	17.392.664	16.287.224
Lombardia	179.628	274.058	Abruzzo	376.633	35.864
Friuli V.G.	52.936	27.424	Sardegna	130.644	-
Veneto	20.000	-	Molise	988	.
Liguria	26.060	155.651	Campania	2.539.583	-
Emilia R.	11.603	-	Puglia	-	4.146
Toscana	1.787.582	281.496	Calabria	1.000.690	410.994
			Sicilia	359.648	25.000