

Il caso Conti in rosso, sprechi e ritardi. Emergenza per Lazio, Puglia e Campania

Sanità, rischio bancarotta in 7 Regioni

di MARGHERITA DE BAC

Dagli incontri tra Regioni e ministro della Salute emerge un quadro drammatico della Sanità italiana, caratterizzata da sprechi e cattiva organizzazione. Esistono 21 sistemi, alcuni virtuosi e altri che, invece, sperperano e che cercano di rientrare dai bilanci in rosso, con tagli che colpiscono i cittadini.

A PAGINA 11

LA SANITÀ TAGLIATA NELLE REGIONI IN ROSSO

Meno assunzioni e posti letto, il pareggio spesso è a scapito dell'assistenza

ROMA — È scritta nelle relazioni periodiche sui piani di rientro dal deficit delle Regioni la verità sui molti disastri sanitari. Basta scorrere le conclusioni dei vari tavoli tecnici tra Regioni ed esperti del Ministro della Salute per scoprire un quadro spesso drammatico, caratterizzato da sprechi e cattiva organizzazione. I documenti che attestano lo sfacelo sono nelle mani delle sanità locali.

Analizzando l'andamento dei disavanzi delle Regioni, obbligate a risanare i conti, si comprendono le cause di una sofferenza molto più profonda di quella culminata negli episodi drammatici delle ultime settimane a Roma. L'impressione è che il peggio debba ancora arrivare. E che quanti elogiano il sistema sanitario italiano come il migliore del mondo dovrebbero ricredersi. Non si dovrebbe più parlare di equità. Esistono 21 sistemi. Alcuni virtuosi e affidabili come Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Marche che tendono al pareggio. Altri che invece sperperano.

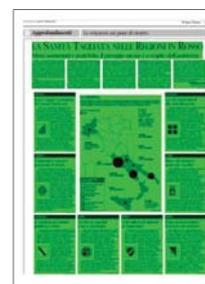
La sintesi del 25 gennaio sui primi tre trimestri del 2011 contiene giudizi che tendono al brutto. Le strategie di contenimento delle 8 indiscipline in rosso hanno portato qualche risultato. Per i cittadini però solo dolori, a tagli e chiusure non sono seguite azioni di riqualificazione. C'è ancora molto da fare. Lo sblocco dei fondi trattenuti dal governo (il 10% del budget complessivo) è stato riconosciuto solo a Calabria e Puglia, niente soldi a Lazio, Campania,

Abruzzo, Molise, Piemonte, Sicilia che però ha attuato un piano molto efficace. Le azioni economicamente più efficaci sono state ovunque il blocco del turnover con conseguente stop alle assunzioni incontrollate, centralizzazione dei bandi per l'acquisto di beni e servizi, taglio dei posti letto non compensati però da altre forme di assistenza. I cittadini la stanno pagando cara. «Stiamo lavorando con le Regioni per migliorare la rete di ambulatori e strutture alternative all'ospedale ed entro aprile sarà pronto un piano per il pronto soccorso», dice il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**.

Respinge il voto negativo Renata Polverini, governatore del Lazio: «Il tavolo di dicembre non si è concluso e le conclusioni ci sorprendono. Stiamo lavorando bene specie nel settore degli acquisti. Su 10 gare abbiamo risparmiato 350 milioni in 3 anni e da questi interventi ci aspettiamo molto». L'obiettivo è ridurre il disavanzo a 840 milioni nel 2011 e 650 quest'anno: «Ce la faremo. La qualità dei servizi? Il processo di rientro dal debito è più lento della riorganizzazione delle cure». Luciano Bresciani, assessore della «virtuosa» Sanità Lombarda contesta il meccanismo dei piani: «Non funziona, sono una scusa. Per noi mantenere il pareggio sarà sempre più dura. L'unica via è agire sulle cure inappropriate, dove abbiamo già fatto moltissimo».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Abruzzo

Stop a viaggi e consulenze Ma restano buchi neri

Per il 2011 l'Abruzzo si è impegnato a una manovra da circa 43 milioni. Interventi sul personale, accordi con i medici di famiglia, tetti per le prestazioni ospedaliere per la riduzione della spesa farmaceutica e una serie di tagli ai compensi per gli organi collegiali, alle consulenze sanitarie (meno 30%), a quelle per le relazioni



pubbliche, convegni, aumento Irpef e Irap e missioni all'estero sono alcune delle azioni che la Regione ha previsto di attuare. Ma l'ultima verifica di dicembre è finita con il pollice verso: mancano «le condizioni per ulteriori erogazioni di risorse».

Molti i buchi neri: non ancora approvato il Piano sanitario regionale e «si attendono chiarimenti sulla rete territoriale, sulle procedure per l'accreditamento definitivo e per l'acquisto di prestazioni da privati». Per il 2012 l'Abruzzo ha programmato una manovra da 75 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Calabria

Continuano i concorsi nonostante il divieto

C'è ancora molto da fare in Calabria, ma gli esperti hanno evidenziato sforzi di buona volontà tanto che dopo aver «valutato positivamente i progressi nell'attività di certificazione del debito pregresso e nella certificazione dei fatti contabili» è stata autorizzata l'erogazione di una quota delle spettanze residue del 2009 (220 milioni). Restano



però alcuni «vizi». «Le aziende malgrado l'assoluto divieto di nuove assunzioni di personale hanno continuato tale attività» e restano «gravi criticità e ritardi». Per il 2011 la Regione affidata da maggio al commissario Luigi D'Elia si era impegnata a una

manovra da oltre 260 milioni. Si partiva da una situazione disastrosa anche dal punto di vista contabile (assenza di documentazione scritta), come aveva denunciato a suo tempo l'ex ministro del Welfare Maurizio Sacconi. I problemi per i pazienti però restano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Campania

Le residenze per anziani pianificate a metà

«La proiezione del risultato di gestione per il 2011 evidenzia sulla base delle informazioni per il terzo trimestre una perdita massima di 27 milioni». Secondo i tecnici la Campania avrebbe fallito molti degli obiettivi. Tra i rilievi più gravi, quelli sulla rete territoriale: «Solo il 50% delle residenze per anziani risulta pianificato» e non c'è chiarezza su come



avverrà il raccordo fra questa e il sistema dell'emergenza. Il presidente Stefano Caldoro respinge il verdetto parziale: «A noi hanno formalizzato un giudizio positivo. È vero, siamo sprovvisti di una rete

territoriale ma siamo partiti da zero e non è un mistero che il nostro sistema si basava sulla centralità degli ospedali. In quanto al recupero del deficit possiamo considerarci tra i migliori. Partivamo da meno 768, ora siamo a meno 250 milioni. La criticità irrisolta? Il Cardarelli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lazio

Accetta su ospedali e nuovo personale

Gravissimi i ritardi. Nella relazione si parla di «mancato rafforzamento della governance regionale». È evidente «uno scostamento rispetto a quanto programmato e si profila un disavanzo non coperto di 75 milioni».

Dunque, niente fondi fino a quando non verranno rispettate alcune richieste. Manca



una relazione sulla rete ospedaliera e «in ordine al costo del personale non risultano atti di contestazione formale verso i direttori generali inadempienti». Gli interventi più pesanti riguardano la rete ospedaliera

(125 milioni nel 2011) e il personale (91 milioni di risparmi) anche attraverso il blocco del turnover (62 milioni) che però sarebbe stato solo parziale. Non ancora pervenuto l'accordo con il Policlinico Gemelli e con la Fondazione Santa Lucia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Molise

Venti milioni di stipendi da risparmiare

Il disavanzo non coperto nel Molise per il 2011 è di 22,5 milioni, quello complessivo, incluse le perdite precedenti, sfiora i 50. Gli esperti chiedono di intervenire con tutte le forme possibili «compresa l'introduzione di ticket». Il Piano operativo del biennio «manca di azioni relative all'assistenza territoriale per anziani e disabili e presenta lacune». C'è insufficiente chiarezza su come il Molise intende raggiungere l'obiettivo del bilancio di gestione pertanto «niente spettanze residue». Non esistono i presupposti per l'accesso ai fondi Fas (fondi per le aree sottoutilizzate, quelli previsti per il Sud) per la copertura del disavanzo fino al 2009. Per il biennio 2011-2012 il Molise punta su una manovra incentrata sulla gestione del personale che dovrebbe portare risparmi rispettivamente di 12 e 20 milioni.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Piemonte

Asl, dai bandi singoli alla centralizzazione

Nessuna speranza sulla base della sintesi relativa ai primi 9 mesi del 2011 e all'analisi dell'andamento dei piani di rientro viene riconosciuta al Piemonte perché la verifica degli adempimenti per il 2010 presenta ancora molte criticità mentre per il 2011 i provvedimenti sono insufficienti per provare l'attuazione di quanto previsto dal Piano. Secondo gli esperti degli organismi di verifica «emerge un disavanzo non coperto di 60 milioni». L'accordo col Piemonte, unica Regione del Nord che ha pattuito i suoi impegni col governo, è stato siglato nel 2010. La manovra è impostata principalmente sul personale (blocco parziale del turnover, mancata attivazione di nuovi servizi) e sulla gestione degli acquisti di beni e servizi. Si intende passare da bandi per le singole Asl a procedure centralizzate che in Sicilia e Lazio hanno prodotto buoni risultati.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Puglia

Blocco del turnover anche per i medici

Non completato ancora, in Puglia, il processo di riorganizzazione della rete territoriale residenziale e domiciliare. Poco efficaci i provvedimenti. Troppe deroghe nel blocco del turnover. Ritardi nell'adozione del regolamento per la gestione centralizzata degli acquisti. Risultato: sulla base dell'istruttoria vengono erogate «risorse nella misura del 60% del maggior finanziamento per il 2006 e 2008 e della quota del 60% per il 2009». Per il 2011 la Regione ha calcolato un disavanzo tendenziale strutturale di 420 milioni che prevedeva di riequilibrare con una manovra da 295 milioni circa. È stato necessario ricordare ai tecnici pugliesi che in questa situazione di difficoltà non sono possibili deroghe al blocco di nuove assunzioni. In pratica chi va in pensione non può essere sostituito, medici compresi. Il rischio è che gli ospedali vadano sotto organico.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sicilia

Resta da incrementare il servizio sul territorio

In questo panorama si salva la Sicilia dove la sanità è affidata a un magistrato, Massimo Russo. Le azioni intraprese sono valutate positivamente. «La stima a chiudere per il 2011 pari a 94,6 milioni prima delle coperture fiscali è coerente con quanto programmato di 91,7. Tale stima trova copertura nelle risorse programmate derivanti dalla leva fiscale». Ancora in corso la verifica degli adempimenti dal 2008 al 2010, superata quella sul 2007. I tecnici segnalano la necessità di incrementare l'assistenza territoriale. «Siamo partiti da meno 700 milioni nel 2008 — dice Russo —. Due anni dopo eravamo a meno 97. Abbiamo riformato un sistema feudale, ora ci sono ambulatori e punti di riferimento non ospedalieri per i cittadini. Arriveremo al pareggio nel 2013. Tutto questo è stato possibile grazie alla volontà del presidente Raffaele Lombardo». Tagliate 12 Asl su 29.



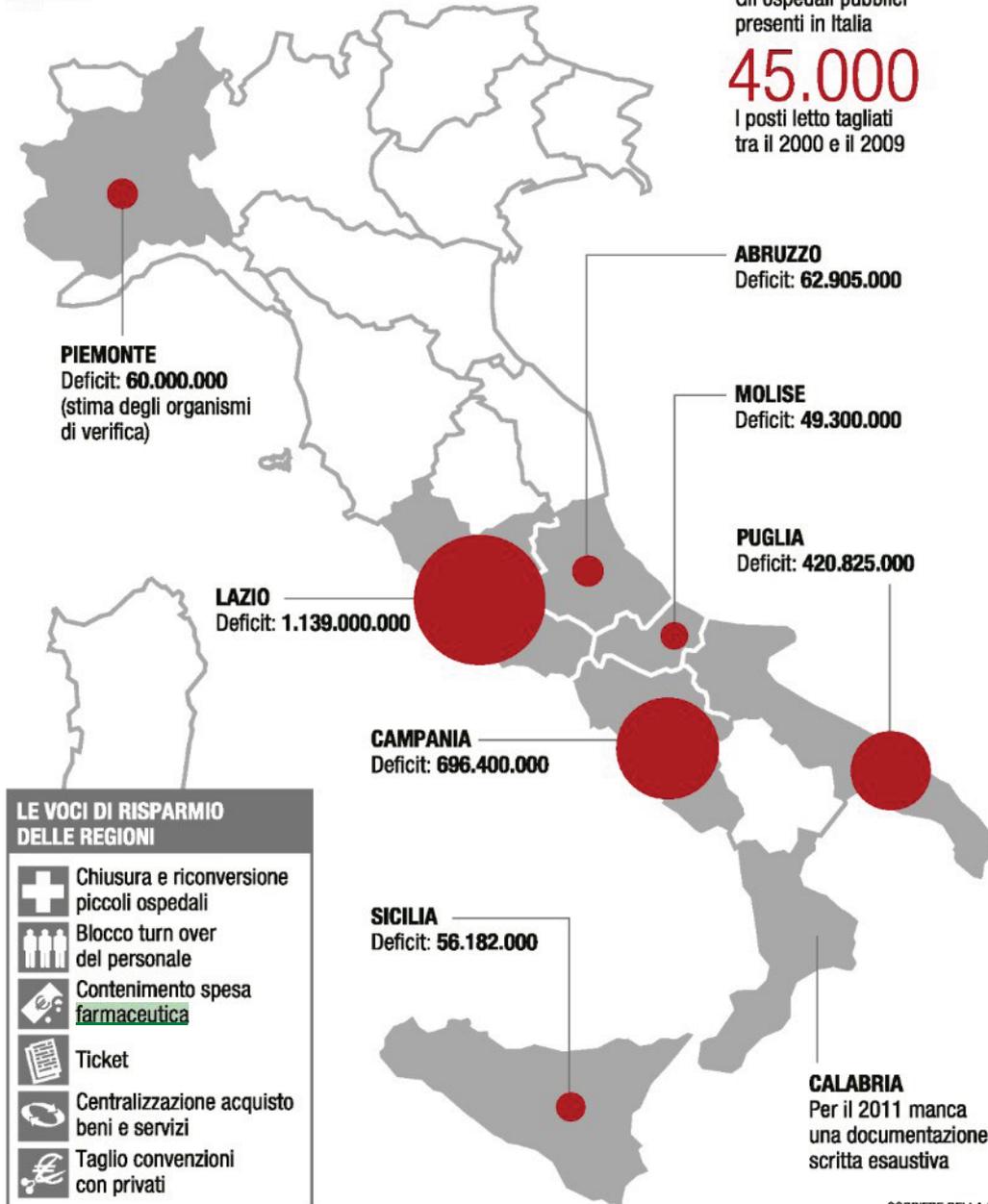
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica

Quando le Regioni non rispettano una serie di adempimenti organizzativi e gestionali e non garantiscono l'equilibrio economico finanziario possono sottoscrivere un accordo (piano di rientro) per impostare con lo Stato un programma di rientro dal deficit. Ecco le bozze presentate nel 2011 dalle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo

(dati 2011, in milioni di euro)

● Deficit



Affetti da malattie rare

«Ma non siamo più soli»

Patologie di nicchia, 62 nuove molecole in arrivo

Alessandro Malpelo

SONO RARE per modo di dire. Se le mettiamo tutte insieme, queste sindromi dai nomi strani, fanno un numero impressionante. Sono 81 le associazioni italiane che rappresentano adulti e bambini alle prese con malattie insolite, dalla genesi sconosciuta. A loro è dedicata la *Giornata delle Malattie Rare* in programma in tutto il mondo il 29 febbraio. Una data singolare. Dieci anni fa, con decreto ministeriale, erano state individuate 583 malattie rare o gruppi di malattie aventi diritto all'esonazione per le prestazioni sanitarie correlate alla malattia, e incluse nei livelli essenziali di assistenza. Molte altre sono difficili da definire, parliamo di 8.000 quadri morbosi tra varianti genetiche, congenite e idiopatiche, di cui cioè si ignora la causa.

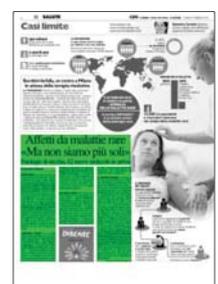
«**DENTRO I NUOVI** Lea, i livelli essenziali di assistenza, una parte molto importante è rappresentata dalle malattie rare — ha annunciato il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, a margine di un convegno all'Istituto Superiore di Sanità —. Appena insediato ho proposto di creare, all'interno del dicastero, un comitato di raccordo tra le associazioni esistenti e quelle in via di costituzione, in quanto dobbiamo aspettarci un aumento progressivo nel numero delle patologie individuate». I diritti dei malati sono tutelati dai gruppi di volontariato riuniti nella onlus *Uniamo F.I.M.R.* che coordina la Giornata a livello nazionale. «Rari ma forti insieme» è lo slogan della manifestazione.

MA QUALI PARTI del corpo sono le più colpite? «La neurologia è al

primo posto — afferma **Domenica Taruscio**, direttore del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto Superiore di Sanità —. Le patologie più frequenti sono infatti le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, con una percentuale del 21,05% rispetto al totale delle diagnosi. A seguire le malattie del sangue, con poco più del 20%, seguono le patologie ormonali, i disturbi del sistema immunitario, del metabolismo e le malformazioni congenite».

IL NOSTRO PAESE si è dotato di uno strumento prezioso, il *Registro Nazionale*, per monitorare i pazienti che affiniscono ai centri. E sono un centinaio in tutta Italia: gli appuntamenti, tra conferenze inaugurazioni di nuovi ambulatori, manifestazioni di volontariato e cerimonie, che trovano spazio nelle cronache locali. Ogni nuovo **farmaco** ammesso ai trial, o concesso in via compassionevole, è un evento. Valga l'esempio recente del pirfenidone, l'unica molecola approvata nella Ue per adulti con diagnosi di *fibrosi polmonare idiopatica* da lieve a moderata, erogabile in 12 differenti strutture sanitarie distribuite su nove regioni italiane: Veneto, Piemonte, Friuli, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia. In Europa, ha affermato il presidente Farminindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, la ricerca si orienta verso le malattie di nicchia: «I bisogni legati alle grandi patologie sono in buona parte soddisfatti. Nel nostro continente sono stati presentati 1.500 **farmaci** contro malattie rare, 500 dei quali hanno la «patente» di **farmaco** orfano, e 62 sono ora a disposizione dei pazienti.

alessandro.malpelo@quotidiano.ne



Un'italiana eccellente

RICERCA Nel giorno delle malattie rare, 29 febbraio (iniziative in Italia su *uniamo.org*), a Bruxelles, l'European Organization for Rare Diseases (*eurordis.org*) premierà Maria Grazia Roncarolo, direttore scientifico del San Raffaele di Milano, per aver "creato" un protocollo per la terapia genica di una forma di immunodeficienza, l'Ada-Scid, che ora si sta adottando in tutto il mondo anche per altre patologie. Fino a pochi anni fa questa malattia - che determina la totale assenza di difese dalle infezioni - era sempre letale; grazie alla cura messa a punto a Milano, i **15 bambini-bolla** (chiamati così perché costretti a vivere in ambienti sterili) finora trattati sono guariti. «La scelta decisiva è stata di sottoporli a una blanda chemioterapia prima di impiantare nel midollo osseo le cellule staminali ematopoietiche modificate, in cui è stata inserita con un vettore virale la versione "giusta" dei geni che con la malattia risultano alterati» spiega Roncarolo. «La chemioterapia crea spazio perché le staminali sane proliferino e producano cellule normali: con i protocolli precedenti, privi di questo passaggio, i successi erano parziali». Sono lontani i tempi in cui la terapia genica faceva paura: le tecniche sono mature per un uso più ampio, come ha sottolineato una ricerca su *Human Gene Therapy*. «Sono cure salvavita: anche l'industria l'ha capito e ne sostiene lo sviluppo. Tanto che la terapia per Ada-Scid è in fase di registrazione per poter essere commercializzata».

Elena Meli

SALUTE >> 14

IL FOSFORO IN ECCESSO FA MALE AI RENI: ECCO COME INDIVIDUARLO E DOSARLO AL MEGLIO

PIÙ ATTENZIONE A TAVOLA TROPPO FOSFORO FA MALE AI RENI

È utile alla memoria, ma se assunto in eccesso mette l'organismo in difficoltà. **Così si può individuarlo ed evitare disturbi**

FEDERICO MERETA

FORSE aiuta la memoria. Ma non bisogna esagerare perché il fosforo in eccesso può diventare un formidabile nemico per la salute dei reni e ridurre la risposta a farmaci che contrastano l'innalzamento della pressione e proteggono questi organi, "Ace-inibitori". A lanciare l'allarme sugli eccessi è una ricerca apparsa su *Journal of American Society of Nephrology*, condotta dai team di Carmine Zoccali di Reggio Calabria e di Giuseppe Remuzzi all'Istituto Mario Negri di Bergamo, che ha analizzato i dati di 331 pazienti con insufficienza renale.

Il risultato? Elevati livelli di fosforo assunto con l'alimentazione possono correlarsi a un più veloce calo della funzione del rene. Il vero problema è che il fosforo non è contenuto solo nel pesce, che peraltro aiuta l'organismo a rimanere in salute, quanto in una serie di alimenti che lo nascondono senza che ce ne accorgiamo, a partire da diversi tipi di salumi per arrivare fino alle bibite e ai formaggi, dove si utilizza per conferire un maggior gusto.

Contromisure possibili? Imparare a leggere con grande attenzione le etichette su cibi confezionati, per scoprire quanto fosforo nascosto è presente, specie se si è ipertesi, diabetici o si ha un familiare che soffre già di una malattia renale. Altrimenti si rischia che, a fine giornata, per molte persone l'assunzione di fosforo risulti più elevato rispetto al necessario. E col tempo il rene soffre, spesso in silenzio, fino a svelare le proprie difficoltà quando ormai la frittata è fatta e il danno di queste

naturali "lavatrici" del sangue è particolarmente significativo. Il messaggio giunge a pochi giorni dalla Giornata mondiale del rene, in programma per l'8 marzo.

«Sono tantissime le persone che hanno un'insufficienza renale e nemmeno lo sospettano» spiega Giacomo Deferrari, rettore dell'università di Genova e direttore della clinica di nefrologia dialisi e trapianto dell'azienda ospedaliera universitaria San Martino. Il tema è stato ampiamente trattato al Genoa Meeting on Hypertension, Diabetes and Renal Diseases nei giorni scorsi ed è emerso che solo una persona su dieci si accorge che i reni non funzionano normalmente quando la loro attività è solo al trenta per cento rispetto alla normalità.

«Un aspetto di grande importanza» dice Deferrari «è occorre una maggior attenzione alla salute di questi organi, perché troppo spesso si arriva a trattare i pazienti quando l'insufficienza renale è già significativa». Il rene è un organo molto sensibile e i fattori di rischio sono molto simili a quelli che mettono in pericolo le arterie. Quando infatti si instaura una malattia cronica come l'ipertensione, il diabete oppure gravi quadri di aterosclerosi a carico delle arterie che portano il sangue ai reni oppure un'infezione crea un danno tale da non poter essere riassorbito, si può andare verso l'insufficienza renale.

Questa condizione comporta un progressivo calo dell'attività del rene, che non è più in grado di depurare il sangue e di assicurare i normali meccanismi di controllo dei liquidi

del corpo, producendo quindi urine che non rispondono alle reali necessità dell'organismo, perché troppo o poco concentrate.

Negli anni l'insufficienza renale, che inizialmente non dà alcun disturbo, comincia a dare segni della sua presenza. Uno dei primi sintomi può essere l'incremento della quantità di urina, legata alla sua scarsa concentrazione, che induce il bisogno di alzarsi più volte durante la notte. Oppure cala di molto la quantità di urina prodotta nelle 24 ore, che arriva a scendere fino al mezzo litro al giorno. O ancora il colore dell'urina si fa più scuro, indice di possibile perdita di sangue, compare una forte stanchezza, accompagnata da prurito e inappetenza, per non parlare dei gonfiori, i cosiddetti edemi, soprattutto alle gambe, e legati all'impossibilità da parte dei reni di eliminare i liquidi in eccesso.

«Questa situazione spiega perché sia importante mantenere sotto controllo la pressione arteriosa: in chi ha problemi renali dovrebbe rimanere sotto i 130 millimetri di mercurio per la massima e intorno agli 80 per la minima» fa sapere Deferrari «purtroppo in Italia il 30 per cento degli ipertesi in trattamento si attesta sui 140 millimetri di mercurio. Questo significa che dobbiamo impiegare i farmaci giusti per curare l'ipertensione. Lo stesso deve avvenire per i valori del colesterolo. Molto spesso, infatti l'insufficienza renale si combina con le malattie cardiovascolari e il diabete e riconosce gli stessi fattori di rischio. Se curiamo bene questi, possiamo proteggere meglio il rene: quando non si segue un trattamento mirato

per queste condizioni, il danno renale è più pronunciato e la progressione verso la dialisi è più rapida».

Prevenzione e cura, in ogni caso, possono cominciare anche a tavola.

Il controllo dell'apporto di sale e di fosforo è un elemento centrale delle raccomandazioni dietetiche nei malati. Senza dimenticare che le diete a basso contenuto in sale, in

genere hanno anche un basso contenuto in proteine, altre potenziali fonti di superlavoro per i reni, e un contenuto in fosforo limitato.

RIPRODUZIONE RISERVATA

Ecco in quali alimenti si trova

GLI INSOSPETTIBILI

Budino al cioccolato
1660 milligrammi

Latte in polvere scremato
968 milligrammi

Semi di zucca arrostiti e salati
1133 milligrammi

Pancake
913 milligrammi

Budino alla vaniglia
705 milligrammi

Mozzarella light
656 milligrammi

Formaggino
650 milligrammi

Caffè in polvere istantaneo decaffeinato
286 milligrammi

I DICHIARATI

Lievito per pizza e altri prodotti da forno
2191 milligrammi

Cereali da prima colazione
1150 milligrammi

Merluzzo sotto sale
950 milligrammi

Pecorino
760 milligrammi

Cacao amaro
734 milligrammi

Grana
692 milligrammi

Salmone affumicato
650 milligrammi

Seppia in umido
580 milligrammi

Gli accertamenti utili

ESAME DEL SANGUE

In particolare sono importanti la **valutazione dell'azotemia e della creatininemia**. Se i loro valori salgono si può sospettare che i reni non riescano a svolgere bene la loro funzione, che è quella di filtrare, depurare e smaltire la grande quantità di tossine che ogni giorno il nostro corpo produce. **L'azoto**, come del resto l'urea, deriva dalla "distruzione" degli aminoacidi, componenti naturali delle proteine. La **creatinina** è invece un composto organico presente nei muscoli. Potrebbe essere necessario anche eseguire la "clearance" della creatinina, esame che prevede l'utilizzo della creatininemia e della creatinina nel sangue raccolto in 24 ore

ESAME DELLE URINE

Se le urine non sono concentrate a sufficienza e sono presenti albumina, proteine e zuccheri significa che i reni non lavorano a dovere. La **glicosuria** può segnalare anche un diabete latente. Altrettanto importante è la valutazione della **proteinuria**, ovvero della presenza di proteine nelle urine, dove normalmente non dovrebbero esserci. Infine è utile la **microalbuminuria**, cioè la presenza di minime quantità di albumina all'interno delle urine. L'albumina viene normalmente trattenuta dal rene; anche quantità ridotte di questa sostanza indicano un'alterazione

RICERCA

DIMMI IL TUO DNA E TI DIRÒ COME CURARTI

La medicina genetica personalizzata sembra davvero il futuro. Sta uscendo dai laboratori di ricerca per diventare pratica clinica. Eppure...

PIETRO GRECO

Era stato Renato Dulbecco, il premio Nobel scomparso la settimana scorsa, a lanciarlo, come grande progetto biologico che avrebbe avuto profonde ricadute sulla medicina. Ora il Progetto Genoma Umano sta iniziando a mantenere alcune tra le sue tante promesse. Poche settimane fa il Baylor College of Medicine di Houston, in Texas, ha inaugurato il suo programma di sequenziamento del genoma dei pazienti. Lo stesso ha fatto sulla West Coast la Ucla, la University of California di Los Angeles. La medicina genetica personalizzata sta finalmente uscendo dai laboratori di ricerca e sta diventando pratica clinica.

In realtà sono già molti i centri e gli ospedali che propongono ai loro pazienti di leggere, lettera biochimica per lettera biochimica, il proprio Dna. Alla ricerca delle cause genetiche di malattie attuali o potenziali. I vantaggi terapeutici, dicono, sono molti. Uno dei primi esempi di successo della medicina genetica personalizzata risale al giugno 2010, quando il piccolo Nicholas Volker ha potuto curare la sua infiammazione persistente dell'intestino con un trapianto di midollo, dopo che l'analisi del suo Dna aveva evidenziato un difetto genetico. In maniera del

tutto simmetrica a una donna malata di leucemia è stato risparmiato un trapianto di midollo dopo averne constatato l'inutilità dopo la lettura del suo genoma. Tuttavia, rivela un'indagine della rivista *Nature*, non dobbiamo farci catturare completamente da queste storie di successo. Perché i problemi aperti e non ancora risolti nella medicina genetica personalizzata sono molti. In primo luogo, i costi.

Oggi un paziente negli Stati Uniti può ottenere il sequenziamento del proprio Dna a un prezzo variabile tra i 2.500 e i 9.500 dollari. Sono costi che non sono accessibili a tutti. In secondo luogo, la reale efficacia. Non sappiamo quante volte il sequenziamento del Dna porta a una diagnosi.

NESSUNO STANDARD

Non esistono standard solidi nell'utilizzo della tecnica: per cui non sappiamo qual è la percentuale di errori in un sequenziamento del Dna e quali conseguenze hanno questi errori. Né abbiamo risolto problemi che riguardano la gestione dell'informazione: è bene conoscere la propensione a una malattia che si svilupperà, ma solo dopo decenni? E nel caso di malattie per cui non esiste ancora una cura: è meglio sapere o è meglio non sapere? Ed è giusto che in casi di malattie multifattoriali per cui c'è una propensione ma non la certezza di sviluppare la ma-

lattia, è giusto caricare di questa conoscenza un bambino o la famiglia di un bambino, rischiando di condizionarne la vita?

Gholson J. Lyon, noto ricercatore dell'Institute for Genomic Medicine presso la Utah Foundation for Biomedical Research di Salt Lake City, ha raccontato come sia riuscita a scoprire una nuova malattia – la Ogden Syndrome – attraverso il sequenziamento del Dna di un gruppo di persone del villaggio di Ogden, negli Stati Uniti. Ottenendo una plastica dimostrazione della potenza della nuova tecnologia. Ma esprime anche tutti i suoi dubbi non risolti. E la necessità di creare a ogni livello – di ricerca, di medicina clinica e di società civile – una cultura dell'informazione genetica. Entro il 2012 il College of American Pathologists, di Northfield, nell'Illinois, e l'American College of Medical Genetics di Bethesda, nel Maryland, elaboreranno alcune linee guida per la gestione della medicina genetica personalizzata. Una buona occasione per avviare un dibattito non più dilazionabile, visto che molti pensano che sarà questa la medicina del futuro. ●



LA SCOPERTA DEI MEDICI DI BOSTON

LE STAMINALI DELL'OVAIO CONTRO STERILITÀ E MENOPAUSA

I risultati dello studio aprono la strada all'allungamento dell'età fertile: le cellule individuate potranno creare ovociti e potenzialmente essere fecondate

OGNI donna ha un numero predefinito di cellule uovo che limita le sue possibilità riproduttive quando queste non ci sono più. Il dogma, che ha da sempre accompagnato le conoscenze sull'organismo femminile, viene oggi messo in discussione da una scoperta americana.

Nelle ovaie, infatti, sarebbero contenute moltissime cellule staminali pronte a trasformarsi in ovociti, potenzialmente fecondabili dagli spermatozoi per dare origine ad una nuova vita. A isolare per la prima volta queste staminali specializzate nell'ovaio femminile è stata l'equipe di Jonathan Tilly, del Massachusetts General Hospital di Boston, che già nel 2004 aveva dimostrato l'esistenza di staminali specializzate all'interno degli organi femminili del topo.

I risultati dello studio, che apre affascinanti frontiere nel pianeta della riproduzione e apre la strada a



Una cellula uovo

un prolungamento dell'età fertile nelle donne, oltre che proporre risposte per le giovani sterili, sono stati pubblicati sulla rivista Nature Medicine.

Per evitare le tante critiche che avevano seguito l'annuncio della

presenza delle staminali nell'ovaio dei topi, gli studiosi d'oltre Oceano hanno seguito un protocollo di studio molto complesso. Prima sono state isolate da ovaie di giovani don-

**IL DOGMA
DEMOLITO**
Non è vero
che esiste
un numero
limitato di
cellule uovo

ne cellule staminali germinali, cioè nelle fasi iniziali di differenziazione e quindi potenzialmente trasformabili in diverse unità cellulari: queste cellule, che potevano essere in grado di produrre le cellule uovo femminili, sono state poi "colorate" con una particolare sostanza che ha permesso di differenziarle da altre loro simili even-

tualmente presenti nel sistema di sviluppo. Le cellule marcate sono state infatti immesse in piccole aree di tessuto ovarico umano, che a loro volta è stato innestato in un topo femmina. Dopo due settimane da

quelle cellule di partenza si sono sviluppati ovociti che hanno mantenuto la "segnalazione" colorata, a riprova della loro origine dalle staminali prelevate dalle giovani.

Ovviamente la ricerca è solo all'inizio, anche perché non si sa ancora quali siano i passaggi che consentono di far sì che le staminali ovariche arrivino a dar vita alle cellule-uovo in grado di essere fecon-

date dagli spermatozoi. La ricerca di Tilly apre la strada ad interessanti applicazioni: ad esempio ricercando le staminali si potrebbe in un futuro superare la frontiera della menopausa, ma soprattutto si potrebbero offrire speranze per le giovani che non possono avere figli e per le donne che si sottopongono a terapie antitumorali in giovane età.

FE. ME.



Influenza aviaria: studi pericolosi

CRISTIANA PULCINELLI

I controversi studi sul virus dell'influenza aviaria H5N1 verranno pubblicati per intero. Lo ha deciso una commissione di 22 esperti dopo essersi riunita nella sede di Ginevra dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Però bisognerà aspettare qualche mese, tempo necessario – dicono gli esperti – per spiegare meglio quali siano i benefici per la salute pubblica di queste ricerche e placare i timori sull'aspetto sicurezza. Dunque, le richieste di Obama non vengono accettate. A dicembre scorso, infatti, il governo degli Stati Uniti e la commissione che si occupa di biosicurezza per lo stesso paese avevano esplicitamente chiesto alle riviste *Science* e *Nature* di non pubblicare i due studi in questione per questioni di sicurezza. I due gruppi di ricerca, uno dell'Erasmus Medical Center di Rotterdam, in Olanda, e uno dell'University of Wisconsin di Madison, Stati Uniti, sembra siano riusciti a trasformare H5N1, virus altamente letale ma scarsamente contagioso, aumentando la sua capacità di contagio.

ARMA LETALE

Il timore è duplice: da un lato, se liberato nell'ambiente, il virus mutato potrebbe provocare una spaventosa pandemia; dall'altro se gruppi di terroristi ne entrassero in possesso, potrebbero trasformarlo in un'arma di distruzione di massa. Un mese fa, il secondo atto della vicenda: gli scienziati coinvolti nelle ricerche decidono una moratoria di 60 giorni. Due mesi in cui le ricerche verranno sospese per dar modo alla società di discutere la questione. Ma, nel frattempo, escono articoli in cui si sottolinea l'importanza di questi studi

per capire i meccanismi di trasmissione di un virus altamente pericoloso e letale. Ora la decisione di pubblicare, accompagnata però da un ulteriore periodo di riflessione nel quale l'Oms intende organizzare altri incontri per allargare la discussione sulla biosicurezza e per non tralasciare nessun dettaglio su come evitare le conseguenze di incidente quando i dati su come rendere il virus più contagioso saranno resi pubblici. ●



Il giudice ordina: “Cura Di Bella contro il cancro”

Bari, accolto il ricorso di un malato
La terapia fu ritenuta inefficace 15 anni fa

il caso
FLAVIA AMABILE
ROMA

Se un malato vuole curarsi con il metodo Di Bella ha il diritto di chiedere alla propria Asl questa terapia in modo gratuito e immediato come ogni altro trattamento. Il giudice della sezione Lavoro del Tribunale di Bari Maria Procoli ha accolto il ricorso presentato da un malato perché il metodo Di Bella è ancora pienamente operativo, chi può averne bisogno lo sa bene e c'è sempre qualcuno che, per non sottoporsi alla chemioterapia, preferisce altre strade.

La Asl dovrebbe ora trovare un medico disposto a somministrare al paziente la terapia alternativa a base di somatostatina che la maggior parte della sanità italiana non riconosce come efficace. Il condizionale è d'obbligo perché il primo passo del direttore generale dell'Asl, Domenico Colasanto, è

stata la firma del mandato ai legali dell'Azienda sanitaria locale per opporsi alla decisione del giudice.

«Si tornano ad avallare il facile sensazionalismo e le false speranze da parte dei pazienti», avverte il segretario nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) Carmine Pintu che ricorda come ai pazienti debbano essere garantite esclusivamente cure «riconosciute valide scientificamente».

«Dobbiamo garantire ai malati - afferma Pintu - cure per le quali c'è una dimostrazione scientifica di efficacia, e non cure potenzialmente tossiche». Sul metodo Di Bella contro il cancro, sottolinea l'esperto, «sono state svolte sperimentazioni che hanno dimostrato in modo chiaro l'inefficacia della cura in questione: il metodo Di Bella non si è cioè dimostrato attivo contro la patologia; inoltre - rileva - si pose anche la questione etica del sottrarre pazienti a cure che si sono invece dimostrate efficaci scientificamente». Altro aspetto è poi quello economico: «Si sottraggono risorse autorizzando un metodo non efficace, in un momento - afferma Pintu - in cui non possiamo sicuramente permettercelo». Insomma, «per noi oncologi - conclude Pintu - questo è

un capitolo chiuso.

Molto perplesso anche Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale: «Nutro profondo rispetto per il lavoro della magistratura e tuttavia mi sembra paradossale che una terapia medica possa essere prescritta da un magistrato. Così come mi sembrerebbe strano se fosse un medico a concludere un processo». Quanto al merito, «è bene ricordare che la cura Di Bella - sottolinea - è stata ritenuta dalla comunità medica e scientifica internazionale come non affidabile».

A tutti risponde Giuseppe Di Bella, figlio del medico che inventò il metodo che ancora oggi, a distanza di quasi venti anni dalla sua pubblicizzazione, divide l'Italia. «Non conoscevo quest'ultima decisione di un giudice, ma rilevo che sono oltre duemila in Italia le sentenze che hanno condannato le Asl a erogare la terapia di mio padre. Il metodo ormai è ufficiale e si trova nelle banche dati scientifiche mondiali», spiega. Citando dati del National Cancer Institute, il figlio del ricercatore afferma che quando questo tipo di tumore è al quarto stadio la possibilità di sopravvivenza viene ritenuta non superiore al 19%, mentre «con il metodo Di Bella al quarto stadio sopravvive ormai il 50% delle donne».



Una battaglia che ha diviso l'Italia



Il pretore

L'11 febbraio '98 il pretore di Maglie obbliga le Asl a somministrare gratuitamente la somatostatina a 17 malati di cancro che lo chiedevano

I test

Il 26 maggio '98 il comitato guida per la sperimentazione definisce le modifiche ai protocolli secondo le indicazioni del professor Di Bella

La disillusione

Il 13 novembre del 1998 arrivano i dati completi relativi alla sperimentazione con il metodo Di Bella: sono tutti negativi

«Non ci sono
certezze
E' ingiusto
dare speranze»

3 **domande**
a
Amedeo Bianco
Pres. ordine medici

ROMA

Amedeo Bianco, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri: un giudice può imporre una terapia a un medico?

«Credo che il giudice possa riconoscere esclusivamente il diritto amministrativo di ottenere la somministrazione di una terapia in modo gratuito ed immediato ma non può costringere un medico ad usare quel trattamento».

Nemmeno l'Asl può essere costretta?

«L'ordine può essere discusso. Se qualcosa non fa parte dei Lea, i Livelli Essenziali di Assistenza, non esiste alcun obbligo di somministrazione gratuita. Una sentenza del genere invece fa rientrare in un profilo di diritti acquisiti quello che non vi rientrerebbe. Sinceramente non ne vedo l'utilità».

Perché?

«Correre dietro a una speranza è giusto ma le risorse non sono infinite. Decidere di utilizzare dei fondi per una cura come il metodo Di Bella su cui esistono molte perplessità in campo scientifico invece che per terapie su cui esistono evidenze, significa correre il rischio di sprecare le risorse già limitate a disposizione dei pazienti». [F. AMA.]



LOTTA AL CANCRO Si riapre la polemica

Una cura per sentenza Il giudice ordina all'Asl: usate il metodo Di Bella

Il sistema sanitario pubblico sarà obbligato dall'ordinanza a farsi carico delle spese. Il ricorso è già stato annunciato

BATTAGLIE

Come nel '97, è un tribunale pugliese ad accendere la polemica

Bepi Castellaneta

Bari Il metodo del professor Luigi Di Bella torna in un'aula di giustizia. E ancora una volta un giudice ribadisce il diritto del malato autolizzare contro il tumore il cocktail di farmaci a base di somatostatina messo a punto dal fisiologo modenese tra il 1997 e il 1998: il Tribunale di Bari ha infatti accolto l'istanza di un paziente obbligando la «Asl a concedere l'erogazione immediata e gratuita dei farmaci del trattamento».

E così, a distanza di anni, la Puglia si conferma crocevia della speranza e avamposto decisivo nella battaglia intrapresa da tanti pazienti che invocano il diritto di cura nella lotta al cancro. Una vicenda tortuosa al centro di aspre polemiche, segnata anche da momenti di grande tensione nella comunità scientifica e da scontri a livello istituzionale. Ma adesso si torna al punto di partenza. Perché un giudice ha messo nero su bianco il diritto del paziente a scegliere la terapia che ritiene migliore.

L'ordinanza che obbliga il sistema sanitario pubblico a farsi cari-

co delle spese è stata firmata dal magistrato del tribunale di Bari, sezione lavoro, Maria Procoli. Ma il caso è tutt'altro che chiuso. L'Asl ha già annunciato che intende impugnare il provvedimento e la battaglia giudiziaria si preannuncia ancora lunga. Nel frattempo, il caso ha innescato una nuova raffica di polemiche attorno alla discussa terapia innovativa nella lotta al tumore, già approdata in un'aula di giustizia tanto tempo fa.

Era il 16 dicembre del 1997 quando Carlo Madaro, all'epoca pretore di Maglie, provincia di Lecce, dispose la somministrazione gratuita di somatostatina per un bambino di due anni, colpito da un tumore al cervello. Fu una decisione rivoluzionaria, perché aprì la strada a nuovi orizzonti nella cura al cancro. Successivamente furono emessi altri sedici provvedimenti.

E la Regione Puglia, all'epoca governata da una giunta di centro-destra, scontrandosi col ministero della Sanità guidato da Rosy Bindi, emanò una delibera per avviare la somministrazione della somatostatina in due ospedali, a Casarano e a Triggiano: da quel momento migliaia di malati cominciarono a riversarsi in Puglia chiedendo di essere sottoposti alla cura nonostante gli appelli a

non intraprendere viaggi della speranza anche perché il cocktail era assicurato solo ai residenti. E così, il metodo Di Bella finì al centro di un autentico scontro anche a livello politico. Alla fine la sperimentazione del cocktail fu avviata nel marzo del '98.

Secondo la commissione oncologica nazionale il metodo non è efficace e quindi non viene riconosciuto come cura contro i tumori. Ma a distanza di quasi vent'anni c'è ancora chi invoca invece la possibilità di utilizzare la terapia del fisiologo modenese. Al punto da decidere di rivolgersi alla magistratura pur di conquistare una speranza. E così è stato ancora una volta a Bari, dove un paziente ha scelto di presentare istanza al giudice dopo che la Asl gli aveva negato la somministrazione dei farmaci necessari per seguire il protocollo.

Il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale, Domenico Colasanto, ha già firmato la delibera per procedere in appello e impugnare la decisione del giudice.

Ma il provvedimento, emesso d'urgenza, è immediatamente esecutivo.

E la Asl, nonostante la sollecitazione degli oncologi, almeno per il momento non ha scelta: dovrà procedere con la somministrazione della cura.



I numeri

1998

Il 3 marzo comincia la sperimentazione del metodo Di Bella. I media puntano l'attenzione sulla cura controversa

500

Il costo che il paziente deve sostenere per seguire la terapia, che oscilla tra i 200 ai 500 euro, a ciclo

4

I componenti del cosiddetto «cocktail» un mix che si basa sull'uso di farmaci, ormoni e vitamine

IL COCKTAIL

Ormoni e vitamine come funziona la «multiterapia»

La «multiterapia» avrà nel tempo molteplici variazioni, ma la sostanza del «cocktail», messo a punto dal fisiologo modenese, Luigi Di Bella, è costituita da quattro componenti e si basa sull'uso di farmaci, ormoni e vitamine. In particolare, la cura Di Bella si concreta nella somministrazione di: ciclofosfamide, somatostatina, somministrata per infusione, ACTH, un ormone da utilizzare solo in alcuni tumori, melatonina, unita ad adenosina secondo un brevetto del 1991 intestato ad una azienda, e del quale risulta inventore anche lo stesso Luigi Di Bella.

altri farmaci, di volta in volta diversi. Di Bella sosteneva di avere curato 10.000 persone senza effetti collaterali, ma non aveva mai pubblicato nulla di rilievo in merito.

Nel gennaio del 1998, in una conferenza a Bruxelles dichiarò che la sua cura sarebbe stata a suo dire efficace anche contro altre patologie, come l'Alzheimer e la Sclerosi multipla, sollevando le proteste degli specialisti.

Il caso Lo lite tra pro e contro non si è mai placata

Il fantasma della terapia che da 15 anni spacca l'Italia

Per i medici è inefficace. Ma ci sono ancora centinaia di pazienti che giurano il contrario

Enza Cusmai

■ Un pretore l'aveva sdoganata nel 1997, un tribunale l'ha riportata violentemente sotto i riflettori nel 2012. Parliamo della cura Di Bella, quella che sarà somministrata gratuitamente dalla Asl di Bari ad un malato di cancro che chiedeva di essere curato con il metodo ideato dal medico siciliano. I giudici si sono schierati con il paziente a dispetto dello scetticismo della comunità scientifica e delle sonore bocciature da parte del ministero della Sanità.

Insomma, ha sbagliato i calcoli chi pensava che la cura alternativa al cancro senza l'utilizzo della chemioterapia fosse una storia chiusa e caduta nel dimenticatoio. Sembra viva e vegeta. C'è persino qualcuno che la reclama in un'aula di tribunale e la ottiene gratuitamente dallo Stato. Dunque vale la pena di riparlare. Va trasmesso al lettore il fermento che gira attorno a quel viso serio, incorniciato dalla capigliatura folta e bianca del professor Luigi Di Bella. E' stato immortalato in tv, nei giornali, in Italia e all'estero quando si cercava di capire se il suo metodo a base di somatostatina fosse davvero una nuova scoperta scientifica rivoluzionaria anticancro. Molti si ricorderanno la lunga coda di pazienti davanti alla sua casa di Modena in attesa di una visita che restituisse loro la speranza di vivere. Qualcuno ha ricevuto sollievo, altri solo illusioni. Si sono scatenate guerre e faide mediche sul metodo Di Bella. E la sperimentazione del '99 ha bloccato ogni aspettativa rivoluzionaria in campo medico. Il suo cocktail di sostanze a base di vitamine, ormoni e somatostatina che avrebbe dovuto frenare la diffusione del tumore è stata dichiarata «inefficace» dal ministero della Sanità. Una stroncatura. Ma per i suoi sostenitori il professore resta un Salvatore che va sostenuto. Anche quando le luci dei riflettori si spengono. Basta dare un'occhiata al Blog di

Gioia Locati «Col senno di poi» sul *Giornale* per verificare le testimonianze dirette di gente che è guarita usando il suo cocktail di farmaci.

La storia di Marina è emblematica. E' guarita da un carcinoma mammario senza perdere il seno e senza sottoporsi a cicli di chemio e di radio. Ha seguito la cura Di Bella con scrupolo. E oggi, assieme ad altre 13 italiane colpite da carcinoma mammario che, come lei, hanno rifiutato intervento e protocollo tradizionale, è un caso scientifico di rilevanza mondiale. Il cancro di queste donne si è rimpiccolito man mano «sotto l'effetto dei farmaci, mica di zuccherini» precisa Marina perché la cura di Bella «non è una pozione preparata da un santone». Marina e tanti altri. Basta cliccare su Internet per scoprire diversi blog con testimonianze di pazienti guariti dal loro male. Il professore è scomparso nel 2003, ma il figlio Giuseppe ha continuato la sua battaglia e ha raccolto in eredità pazienti e fan del padre. E' una storia zeppa di luci e ombre. Molto delicata. Perfino il neo ministro della Sanità Renato Balduzzi sembra imbarazzato dinnanzi alla domanda di un cronista sull'ultima sentenza del tribunale di Bari: «E' una vicenda che ha già avuto tempo fa un lungo percorso e si è già definita. Non credo di dover fare alcun commento». Stop. Ma lo sa Balduzzi che Ilenia, con la cura Di Bella ha scacciato un linfoma al secondo stadio in pochi mesi e da 15 anni vive felice? Oppure che Caterina non riusciva a camminare per i tumori ossei e dopo i primi giorni di cura saliva le scale? Testimonianze on-line, certo, da prendere con le pinze. Ma non varrebbe forse la pena di rivederla, questa sperimentazione? Gli oncologi scuotono la testa perché questa cura offre «false speranze», il senatore Ignazio Marino critica i giudici perché la prescrivono per sentenza. Ma Giuseppe Di Bella insiste: «Sono 122 i casi di tumore alla mammella guariti senza operazione, chemio o radio grazie al Metodo Di Bella».

La storia

1 Il primo via libera di un pretore

Nel 1997 il pretore Carlo Madaro impone alla autorità sanitaria la somministrazione della terapia

2 La bocciatura del ministero

Il ministro della sanità Bindi ordina la sperimentazione che porta a risultati definiti «inefficaci»

3 Archiviato il ricorso dei pazienti

I pazienti di Di Bella fanno ricorso contro la sperimentazione, ma l'inchiesta viene archiviata

4 La bocciatura della Cassazione

Nel 2008 anche la Cassazione boccia la sperimentazione ufficiale di questa cura anti-cancro

