

Rassegna del 01/03/2010

UNITA' - Tumori al seno, la prevenzione finisce nel mirino - Pulcinelli Cristiana	1
CITY - Troppa carne e insaccati. Dieta a rischio per gli italiani - ...	2

→ **Usa** Le nuove linee guida: esami solo biennali e solo dopo i 50 anni
→ **È polemica** Ma anche in Europa la linea è: gli eccessi sono dannosi

Tumori al seno, la prevenzione finisce nel mirino

Usa, le nuove linee guida per la prevenzione dei tumori al seno fanno discutere: è giusto fare gli esami solo tra i 50 e i 74 anni e solo ogni due anni? Ma vediamo cosa succede anche in Europa e in Italia.

CRISTIANA PULCINELLI

scienza@unita.it

Lo screening per il tumore al seno va effettuato solo tra i 50 e i 74 anni di età. Inoltre, in quell'arco di tempo, l'esame va fatto ogni due anni e non una volta all'anno come detto in precedenza. Quindi, le donne tra i 40 e i 49 anni e al di sopra dei 74 anni non dovrebbero sottoporsi a mammografie a meno che il medico curante non abbia identificato un elevato rischio individuale. Anche l'autopalpazione del seno non è più raccomandata.

Questo dicono le nuove linee guida della Task Force sulla Prevenzione degli Usa. Ed è subito polemica: i direttori degli *Annals of Internal Medicine*, su cui sono state pubblicate, affermano in un editoriale uscito nell'edizione on line che nessuna delle 50 linee guida uscite sul giornale negli ultimi anni aveva scatenato un dibattito così acceso.

DONNE INFURIATE

Le nuove indicazioni si basano sul fatto che la riduzione della mortalità per tumore al seno offerta dallo screening effettuato prima dei 50 anni è modesta. E, d'altra parte, lo screening può avere «effetti collaterali». Tuttavia, questo sembra non aver convinto l'opinione pubblica. Gli *Annals of Internal Medicine* hanno pubblicato i risultati di un sondaggio tra medici, operatori sanitari e popolazione. Il risultato è che se i medici sono abbastanza (ma non del tutto) disposti a cambiare comportamenti, le donne invece non lo

sono affatto. Il 71% delle intervistate sostiene che continuerà a fare la mammografia prima dei 50 anni. Alcune hanno mandato commenti di fuoco alla rivista, come: «mi domando cosa stessero fumando gli esperti mentre stendevano le nuove racco-

mandazioni». Eppure, le nuove linee guida sono in accordo con quanto consigliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. «In Italia - spiega Antonio Ponti del Centro di prevenzione oncologica della Regione Piemonte e della AOU S. Giovanni Battista di Torino - le linee guida di riferimento sono quelle europee. Una raccomandazione della Commissione europea del 2003 incoraggiava lo screening per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni perché è noto che in questo gruppo d'età dà i benefici maggiori in termini di mortalità evitata». Le raccomandazioni europee però insistono sulla qualità dello screening: «una cattiva esecuzione degli esami o un percorso successivo non corretto può portare effetti negativi. E' per questo motivo che sono da preferire i programmi di screening organizzati, in cui la qualità di tutto il percorso è controllata».

IN ITALIA

Il bilancio tra rischi e benefici è sempre delicato, spiega Ponti, particolarmente prima dei 50 anni. Ma, a parte quelli economici, quali sono questi effetti negativi? «In primo luogo le radiazioni ionizzanti. È vero che l'esposizione è molto piccola, ma se si comincia a fare le mammografie a 40 anni e le si fa ogni anno, un certo rischio c'è. Più importanza hanno i richiami inutili. Se si individua quello che sembra un carcinoma, ma che non lo è, si genera ansia e c'è il rischio di imboccare una strada di medicalizzazione che può portare a esami inva-

sivi e interventi chirurgici inutili. Infine, c'è da considerare che un piccolo numero di forme tumorali che vengono individuate dalla mammografia non avrebbero causato alcun danno: è la cosiddetta sovradiagnosi».

Perché quindi le polemiche? «C'è un movimento clinico che sostiene che più si fa, meglio è. Ma è un atteggiamento che non tiene conto dei rischi di cui parlavamo. In Piemonte abbiamo scelto di offrire lo screening organizzato invitando donne a partire dai 45 anni ma di ridurre drasticamente l'accesso sotto quest'età e ricondurre entro il programma la maggior quota possibile di diagnosi precoce spontanea». ♦



Troppa carne e insaccati Dieta a rischio per gli italiani

IN PERICOLO

Mangiano male gli italiani, tanto male da mettere a rischio la propria salute. Sei italiani su 10 hanno abitudini alimentari sbagliate e pericolose.

MILANO - Allarme carne rossa: gli italiani ne mangiano troppa. Lo dice una ricerca dell'Aiom (associazione italiana di **oncologia** medica) condotta su 600 cittadini.

Inconsapevoli

Secondo i dati raccolti, gli italiani mangiano troppi insaccati e carne rossa: il 9% tutti i giorni; il 56% 3/4 volte alla settimana. Solo il 10% assume frutta e verdura correttamente. Ma, nonostante queste cattive abitudini, il 70% non si considera a rischio. Sarà perché solo il 42% considera alimentazione scorretta e mancanza di attività fisica come



■ **ECCESSI** Esagerare con le grigliate può essere dannoso.

fattori di rischio, antepo-
ad essi l'inquinamento (49%),
l'età (51%), l'obesità (61%) e i
casi di tumore in famiglia
(66%). Inoltre il 7% degli italia-
ni non ha mai sentito parlare di
tumore allo stomaco, per il 79%
è inguaribile. Invece proprio il
tumore allo stomaco è una delle
patologie più comuni derivanti
da un'alimentazione troppo

sbilanciata sulla carne. Il tumore
allo stomaco è la seconda
causa di morte associata al can-
cro nel mondo. In Italia è il
quarto "big killer", con 10.620
decessi nel 2006 e 12.600 nuovi
casi nel 2008. Tra i fattori che
aumentano il rischio ci sono: il
fumo, l'obesità, l'elevato consumo
di cibi salati e, appunto, di
carne conservata. (CITY)



OSPEDALE E UNIVERSITA'

Il ruolo chiave dei medici-ricercatori

di ALBERTO MANTOVANI

Caro Direttore, sul *Corriere* del 20 febbraio ho letto con attenzione l'articolo «Fondazioni per creare Scuole di Medicina», a firma del professore Giuseppe Scotti. Un tema che mi sta molto a cuore e sul quale vorrei insistere, sottolineando la necessità di un percorso formativo adeguato per i medici-ricercatori.

Negli ultimi anni, infatti, l'introduzione e lo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate nell'ambito della ricerca di base e clinica ha fatto in modo che si riducesse l'intervallo di tempo tra la scoperta scientifica e la sua concreta applicazione, ossia la pratica quotidiana in ambulatorio o in reparto. La garanzia di un trasferimento in tempi brevi dei risultati dal laboratorio al paziente è divenuta necessità fondamentale per la pratica medica ed è la principale finalità della cosiddetta ricerca traslazionale, che presuppone una stretta integrazione, con uno scambio continuo di informazioni, fra laboratorio e attività clinica. In questo senso università e ospedale devono costituire un luogo d'elezione per la formazione medica e di ricerca: un ambiente stimolante e di confronto dove far crescere i medici e i ricercatori di domani. In particolare gli ospedali che coniugano ricerca scientifica e attività clinica, come gli Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) che istituzionalmente perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico e di organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La necessità dunque è garantire la formazione di figure professionali che sappiano far convergere l'attività clinica e quella di ricerca: medici-ricercatori, MD-PhD nel vocabolario internazionale. Professionisti formati alla ricerca scientifica ma che al tempo stesso lavorano a stretto contatto con i pazienti. In tutto il mondo questo bisogno viene affrontato in particolare con la formazione di MD-PhD. In Giappone, l'Università di Tokio si pone l'obiettivo di coinvolgere almeno il 2% degli studenti di Medicina in un percorso formativo volto alla pratica della ricerca traslazionale. Ma basta varcare le Alpi per trovare, come in Svizzera, programmi dedicati di MD-PhD. In Italia invece non c'è stata una risposta organica a questa necessità, benché *charity* come AIRC enfatizzino il ruolo dei medici nei progetti di ricerca. Il nostro Paese ha una grande tradizione di ricerca clinica, in parte riflesso di un tempo in cui la formazione del medico lasciava spazio per verifiche vocazionali ai giovani che entravano nelle facoltà di Medicina: chi scrive, al secondo anno era in un laboratorio di ricerca. Questo spazio oggi si è ridotto, seppure per meccanismi comprensibili e legittimi, data la maggior strutturazione della formazione universitaria. Inoltre, l'attuale tendenza è dedicarsi ad attività mediche giudicate più stimolanti o redditizie, trascurando la ricerca scientifica.

È dunque dovere del nostro Paese difendere quest'area di eccellenza: non solo per preservare il passato, ma anche — e soprattutto — per guardare al futuro. Incentivare e promuovere percorsi MD-PhD ove vi siano le

condizioni appropriate è fondamentale nell'interesse della ricerca e della cura dei pazienti: dove si fa ricerca, infatti, si cura meglio, per questo tutti i centri di eccellenza clinica sono anche importanti poli di ricerca.

Istituire percorsi MD-PhD per un numero limitato di studenti, con una componente internazionale, ci porrebbe in linea con i Paesi più avanzati: percorsi di formazione medica di alta qualità, vincolati a meccanismi di controllo e selezione, che premiano gli studenti in base al merito, anche con borse di studio adeguate. È una sfida che il nostro sistema universitario e l'intero Paese non possono non raccogliere. Si tratta di salvare una specie in via di estinzione, i medici-ricercatori, nell'interesse dei pazienti.

Direttore scientifico
dell'Istituto clinico

Humanitas Irccs di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Serve uno scambio continuo tra attività clinica e laboratori



Tagli e no. Da ginecologia a pediatria, risparmiati i settori strategici per il Ssn

Pigliatutto. La Sapienza e Milano Statale Penalizzate le «provinciali» come L'Aquila

Medicina taglia le specialità che hanno un solo studente

Chiuse 466 strutture - Posti accorpati ai grandi atenei

PAGINA A CURA DI
Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone

Finalmente di partita per 466 scuole di specializzazione in medicina: chiudono i battenti in nome della razionalizzazione che intende evitare strutture per un solo studente (o poco più); altrettanti professori non potranno più fregiarsi del titolo di direttore di scuola. I relativi posti da specializzando - in tutto 616 -, invece, restano e i loro contratti da 25 mila euro l'anno verranno trasferiti a un'università capofila, cui le altre sono "aggreate".

È l'effetto della riforma di Mariastella Gelmini, varata con il decreto Miur firmato il 5 febbraio. Di tagli si salvano dieci scuole "strategiche" per il Ssn, che raccolgono la metà dei quasi 5 mila specializzandi annui: anestesia, malattie dell'apparato cardiovascolare, ginecologia, chirurgia generale, medicina d'emergenza-urgenza, medicina fisica e della riabilitazione, medicina interna, pediatria, psichiatria e radiagnostica. Sfuggono all'accetta anche i tre atenei

privati: San Raffaele di Milano, Cattolica e Campus biomedico di Roma.

Una rivoluzione che già suscita le proteste di rettori e presidi ma che, nei fatti, potrebbe rivelarsi meno urticante di quanto sembra. La riforma polarizza la formazione dei futuri specialisti attorno ai grandi atenei. Come si vede dalla tabella pubblicata a destra, La Sapienza di Roma è l'asso pigliatutto: aggrega 60 scuole (sulle 990 che restano autonome a livello nazionale) e 72 contratti, soprattutto dal centro Italia. La Statale di Milano ne accorpa 40, con 51 contratti. Al contrario alcuni atenei sono "svuotati": Foggia perde 20 scuole su 21, l'Aquila 18 su 26 delle 1.178 su cui agisce la riforma.

Tra le specialità, la sorte peggiore è per tossicologia che subisce il taglio di sei scuole su otto: chi vorrà iscriversi potrà farlo solo a Catania o a Firenze. Destino simile per audiologia e chirurgia pediatrica (attivata in soli 7 poli contro i 23 di partenza).

Quattro i parametri seguiti per

l'aggregazione delle scuole, perfezionati da una commissione di esperti guidata dall'endocrinologo Aldo Pinchera: dotazione di docenti, volumi di attività della rete formativa, adeguatezza delle dimensioni della facoltà di medicina, assegnazione media di almeno tre contratti nel quinquennio 2003-2008. Requisito non vincolante, ma utilizzato per aggregare

458 scuole: ben 327 avevano un solo specializzando. «L'obiettivo - spiega Gabriella Bacchiocchi del ministero dell'Università - è avvicinare l'Italia all'Europa come totale di scuole, passando da quasi 1.600 a meno di mille. E la riforma potrà prevedere nuove strategie: dall'esame unico nazionale all'accorpamento di alcune specialità, come chirurgia pediatrica a chirurgia generale».

A dispetto dei numeri, tuttavia, sembra già pronta la contromossa: il Miur ha emanato linee guida sugli accordi interuniversitari in base alle quali la sede amministrativa delle scuole sarà quella dell'ateneo capofila, ma le tasse saranno ripartite equamente tra le università aggregate che dovranno assicurare «aula, laboratori, docenza e supporto amministrativo» della didattica. Il titolo finale di specialista sarà congiunto. E ogni facoltà dovrà nominare un responsabile per scuola, che farà parte del «comitato ordinatore» che coordina le attività.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SULLA GUIDA

Sanità

Specializzazioni, saltano 466 scuole

Aggregati ad alcuni 616 ruoli di formazione. Più di 600 nuovi 180 posti

PUNTO PER PUNTO LE NOVITÀ DELLA RIFORMA E DEI TAGLI DELLE SCUOLE DI SPECIALITÀ



Il bilancio

ENTRATE E USCITE PER ATENEO

Scuole di specializzazione in medicina tagliate e numero contratti per specializzandi persi nelle varie università

Università	Scuole chiuse*	Contratti di specializzazione		
		Persi	Acquisiti	Diff.
Ancona	11	13	11	-2
Bari	9	12	23	11
Bologna	10	13	33	20
Brescia	19	25	10	-15
Cagliari	5	5	16	11
Catania	12	18	33	15
Catanzaro	17	19	0	-19
Chieti	12	15	20	5
Ferrara	19	21	12	-9
Firenze	15	20	26	6
Foggia	20	20	0	-20
Genova	13	18	11	-7
L'Aquila	18	22	10	-12
Messina	19	25	9	-16
Milano	2	3	51	48
Milano Bicocca	13	16	11	-5
Milano S.Raffaele	0	0	0	0
Modena	17	25	22	-3
Napoli Federico II	8	14	39	25
Napoli 2	15	27	21	-6
Novara Piemonte O.	6	7	0	-7
Padova	8	11	32	21
Palermo	10	13	27	14
Parma	18	23	10	-13
Pavia	14	18	13	-5
Perugia	19	26	0	-26
Pisa	13	19	19	0
Roma Sapienza	3	4	72	68
Roma Sapienza 2	22	42	0	-42
Roma Tor Vergata	13	17	16	-1
Roma Cattolica	0	0	0	0
Roma Campus	0	0	0	0
Sassari	14	16	5	-11
Siena	17	23	19	-4
Torino	6	6	17	11
Trieste	12	116	2	-14
Udine	12	13	6	-7
Varese	17	22	5	-17
Verona	8	9	15	6
Totale	466	616	616	

LA GRADUATORIA DELLE RIDUZIONI

Percentuale di scuole di specializzazione in medicina tagliate per specialità

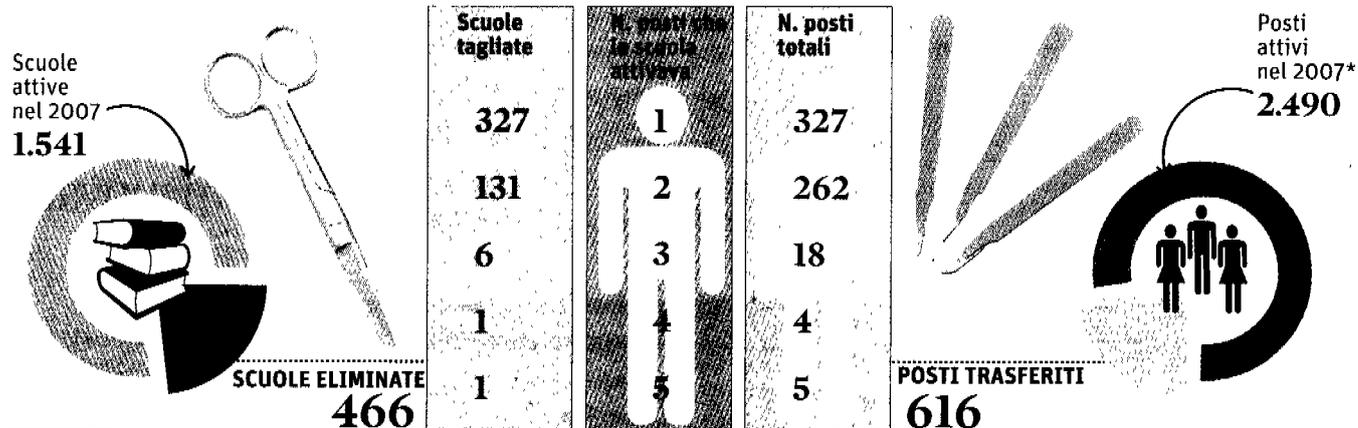
Specialità	% taglio scuole
1 Tossicologia medica	75
2 Audiologia e Foniatria	71
3 Chirurgia pediatrica	70
4 Farmacologia	67
Genetica medica	67
6 Medicina dello sport	66
7 Biochimica clinica	65
8 Chirurgia vascolare	63
Chirurgia dell'apparato digerente	63
10 Chirurgia toracica	61
11 Microbiologia e Virologia	59
12 Reumatologia	56
13 Chirurgia plastica e ricostruttiva	55
14 Allergologia e immunologia clinica	52
15 Medicina di comunità	50
Medicina tropicale	50
Scienza dell'alimentazione	50
18 Patologia clinica	46
Anatomia patologica	46
Malattie infettive	46
21 Dermatologia e Venereologia	45
22 Neurochirurgia	45
23 Endocrinologia e malattie del ricambio	43
24 Chirurgia maxillo-facciale	41
Ematologia	41
26 Gastroenterologia	39
27 Medicina legale	38
28 Urologia	37
Cardiochirurgia	37
30 Neurofisiopatologia	36
31 Neuropsichiatria infantile	31
32 Medicina nucleare	30
Otorinolaringoiatria	30
34 Medicina del lavoro	25
35 Malattie dell'apparato respiratorio	24
36 Oftalmologia	23
37 Neurologia	21
38 Radioterapia	16
39 Nefrologia	10
40 Geriatria	9
Oncologia	9
Igiene e Medicina preventiva	9
43 Ortopedia e Traumatologia	3

(*) rispetto al 2007-08, ultimo anno prima della riforma

Fonte: elaborazione Il Sole 24 Ore Sanità su dati Dm Miur del 22 novembre 2007 e del 5 febbraio 2010

La razionalizzazione

Scuole di specializzazione in medicina abolite e numero di posti che la scuola attivava:
di 466 scuole eliminate oltre la metà erano aperte per un solo specializzando



(*) nelle specialità ridotte con la riforma

I rettori in trincea: «Servono deroghe»

La riforma delle scuole di specializzazione lascia l'amaro in bocca a presidi e rettori. Con una mozione approvata giovedì 25 febbraio, la Conferenza dei rettori ha definito il riassetto «penalizzante» per la potenzialità formativa del sistema universitario e chiede che ministeri e regioni «affrontino immediatamente la valutazione del fabbisogno».

Anche i presidi di medicina hanno redatto un documento per il ministro Gelmini in cui condividono la necessità di razionalizzazione, ma bocchiano il metodo: non fa risparmiare e crea disagi. La preside dell'Aquila, Maria Grazia Cifone, è pronta a fare ricorso: «La riforma crea confusione, non produce risparmi e lede la capacità di attrazione della facoltà».

Non meno agguerriti i rettori. «Il riassetto uccide le eccellenze dei piccoli atenei - dice il rettore dell'Università di Trieste, Francesco Peroni - e impone un sacrificio al sistema salute regionale su cui le scuole hanno un impatto decisivo. Noi avevamo proposto un piano federato con Udine, che è stato ignorato». «Avevamo messo a punto un meccanismo in accordo tra università e regioni - spiega Luigi Frati, rettore della Sapienza di Roma - per consentire di seguire il criterio territoriale, ma le modifiche dell'ultima ora hanno creato problemi». Rettori e presidi chiedono deroghe e modifiche, ad esempio nelle regioni con una sola università e le isole, al numero minimo di tre specializzandi per scuola.

Unica voce a favore quella di FederSpecializzandi che plaude alla riforma ma avverte: «Adesso - dicono Giovanni Di Lorenzo e Riccardo Casadei - esame unico nazionale e verifiche sulla qualità delle scuole sono ineludibili».

© RIPRODUZIONE FIN-RVATA



Zoom

Esperienze e cenni storici nel portale dei farmaci

ILARIA FUSCO

Navigare nel mondo dei farmaci per conoscere la loro genesi, saperne di più sulla loro corretta somministrazione e lasciarsi affascinare dalla loro storia, sono gli obiettivi del nuovo portale di Farindustria: www.farmaci-e-vita.it. L'interattività del web è uno stimolo per coinvolgere associazioni di pazienti, istituzioni e il pubblico più giovane, che troverà informazioni sulla ricerca farmaceutica e la storia della farmacologia illustrate in maniera chiara e innovativa. Il portale è un'enciclopedia online ricca di informazioni sulle scoperte farmacologiche con il valore aggiunto della multimedialità. L'utente da lettore diventa protagonista grazie alla finestra di dialogo, e racconta le sue esperienze. Il fascino di protagonisti quali Louis Pasteur, Frederick Banting, Charles Best, Christopher Wren e Alexander Fleming e delle loro scoperte rivoluzionarie, si affianca all'attualità con personaggi noti dei nostri tempi: Lino Banfi, Gigi Proietti, Massimo Dapporto, Luca Barbareschi danno le loro testimonianze. Artisti, politici, scienziati e cittadini si incontrano nel convivio di Farindustria per raccontare il rapporto col mondo dei farmaci e della medicina ed esprimere opinioni su patologie quali sclerosi multipla, depressione, malattie rare.



Il fascino di protagonisti quali Louis Pasteur, Frederick Banting, Charles Best, Christopher Wren e Alexander Fleming e delle loro scoperte rivoluzionarie, si affianca all'attualità con personaggi noti dei nostri tempi: Lino Banfi, Gigi Proietti, Massimo Dapporto, Luca Barbareschi danno le loro testimonianze. Artisti, politici, scienziati e cittadini si incontrano nel convivio di Farindustria per raccontare il rapporto col mondo dei farmaci e della medicina ed esprimere opinioni su patologie quali sclerosi multipla, depressione, malattie rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Continua a crescere la domanda di servizi intramoenia

Visite private in ospedale: spesa a quota 1,2 miliardi

Roberto Turno

ROMA

■ Gli italiani spendono di tasca propria più di 1,2 miliardi l'anno per curarsi nelle strutture pubbliche per avere prestazioni in libera professione dai medici del servizio sanitario nazionale. Una crescita boom, la spesa per l'«intramoenia», schizzata del 77% dal 2001 e che per l'85% va ai medici. Il costo medio è di 21 euro pro-capite, che salgono a 28 al Nord e scendono a 9 euro al Sud anche per la fuga dal Mezzogiorno in cerca di cure. Le prestazioni più richieste sono quelle di specialistica (il 70%) mentre in ospedale sono i parti cesarei gli interventi più gettonati per scegliere

LO SCENARIO

Secondo l'Agenas è quasi raddoppiato dal 2001 a oggi il mercato delle prestazioni professionali

re dottore, equipe, stanza singola e optional.

La sanità pubblica che "fa il privato" va insomma sempre più di moda. E va "a intramoenia". Lo dimostra l'analisi dei dati appena elaborati dall'Agenas per i servizi sanitari regionali (Agenas), che fotografa i risultati di tutte le prestazioni in regime di libera professione intramuraria svolte nel Ssn dal 2001 al 2009. Un check a tutto campo (i dati 2009 sono stime non ancora a consuntivo), anticipato dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità», che in qualche modo conferma la tendenza degli assistiti - quelli che "possono" - a cercare sempre di più cure tempestive e qualità anche nel comfort.

L'aumento al ricorso degli assistiti alla libera professione dei medici pubblici, è ormai

una costante: dai 700 milioni del 2001 la spesa dei cittadini è salita a 1,258 miliardi a consuntivo nel 2008 (+77,15%). Nello stesso periodo i costi sostenuti dal servizio pubblico per rimborsare i medici (ma anche per costi generali e prelievi fiscali) sono passati dai 604 milioni del 2001 a ben 1,109 miliardi del 2008: un aumento del 71% (che diventa +76% secondo i dati provvisori del 2009). Quel che resta nelle casse del Ssn, insomma, è poca cosa: 150 milioni nel 2008 (contro i 95 milioni del 2001), circa il 12% della torta complessiva dei ricavi per le prestazioni sanitarie in intramoenia.

A fare la parte del leone sono le richieste degli assistiti per le prestazioni di specialistica a pagamento: nel 2008 hanno fatturato 711 milioni, mentre l'area ospedaliera ha fruttato 368 milioni, valori che più o meno risultano confermati anche dalle stime per il 2009. E in ospedale le due prestazioni più richieste sono gli interventi legati al parto, in testa quelli col cesareo.

La fotografia scattata dall'Agenas - in riferimento ai dati a consuntivo fino al 2008 - permette di focalizzare anche una sorta di classifica regionale dell'andamento dei ricavi totali per la spesa privata sostenuta dai cittadini per ottenere prestazioni sanitarie in intramoenia. Il Nord sbanca con 737 milioni e un trend di aumento del 65,8% dal 2001, le regioni del Centro ricavano 316 milioni ma segnano un'esplosione in nove anni del 118%, il Sud incassa 204 milioni con una crescita dell'88%. Lombardia (262 milioni) e Emilia Romagna (142 milioni) e Lazio (137 milioni) sono in testa a tutte le regioni. Il Sud - Sicilia a parte - è invece in coda agli incassi per intramoenia. Anche perché a fare la differenza sono i viaggi della speranza in cerca di cure dal Sud al Nord.



Norme più flessibili per medici e infermieri

ROMA

Una libera professione sempre più "liberal" e con meno vincoli per i medici pubblici. E apertura alla libera professione intramuraria anche per gli infermieri del Ssn. Più volte annunciata e promessa, arriva dalla Camera la riforma dell'attività privata dei medici pubblici. Ma non solo quella: perché il cambio di rotta in cantiere investe anche altri aspetti delicati e controversi, come la politicizzazione delle scelte (e dunque delle nomine) di primari e manager (i direttori generali) di Asl e ospedali.

Ormai i tempi della riforma potrebbero essere strettissimi. Il nuovo testo della governance del Ssn è stato presentato giovedì in commissione Affari sociali dal relatore Domenico Di Virgilio (Pdl), che rispetto a una prima versione di ottobre ha recepito i pareri negativi delle regioni e delle commissioni Affari costituzionali e affari regionali. Martedì scadono i termini per presentare gli emendamenti in commissione e poi, da lì in avanti, si procederà per consegnare il testo all'aula. In ogni caso, non prima della tornata elettorale per le regionali di fine marzo. Dopo di che il testo passerà all'esame del Senato, dove però la maggioranza si sta già attrezzando per dire la sua senza per questo dover ratificare a scatola chiusa le scelte che farà la Camera.



Una cura da 400mila dollari l'affare dei farmaci ipercostosi

Esplode in America la protesta sui costi di certi medicinali. Le aziende rispondono che sono prodotti per pochi casi con spese di ricerca ingenti: ma altissimi sono anche i profitti

I farmaci più costosi

Nome del farmaco, casa produttrice e costo annuo in dollari

Soliris Alexion Pharmaceuticals	409.500
Elaprase Shire Pharmaceuticals	375.000
Naglazime BioMarin Pharmaceuticals	365.000
Cinryze Viropharma	350.000
Myozyme Genzyme	300.000
Cerezyme Genzyme	200.000



ANDREA RUSTICHELLI

Curarsi con il Soliris, prodotto da Alexion Pharmaceuticals, costa 409.500 dollari all'anno. Il farmaco contiene l'anticorpo che combatte una malattia (PNH, paroxysmal nocturnal hemoglobinuria) a causa della quale una reazione del sistema immunitario distrugge i globuli rossi durante la notte. Ne sono affetti 8 mila americani, poco più dello 0,002% della popolazione. Le vendite di Soliris, nel 2009, hanno raggiunto 295 milioni di dollari. E da quando la casa farmaceutica ha cominciato a vendere il farmaco, un paio di anni fa, le sue azioni sono cresciute del 130%. Un plusvalore enorme, che ha fatto scattare in America la domanda: ma perché un farmaco deve costare tanto? E così si è scoperto che non è il solo. Costi sproporzionati, ma una ricerca di base altrettanto onerosa.

È un mondo coperto da riserbo quasi totale: non c'è marketing, perché praticamente non c'è concorrenza. È il pianeta sommerso dei cosiddetti "farmaci orfani", destinati alle malattie rare. I pazienti sono pochissimi (al massimo 5 su 10.000, secondo la normativa italiana), ma il business

delle case farmaceutiche raggiunge cifre con molti zeri. Il problema è il rischio: che la ricerca non produca frutti, e allora di enorme ci sarebbe lo spreco di risorse. Sono sofisticati prodotti biotech, che trattano malattie di origine genetica, tumori senza nome, disturbi anomali del metabolismo. E le grandi imprese sembrano trovarvi una qualche prospettiva per bilanciare il declino nelle vendite dei farmaci tradizionali, quelli per le malattie di massa.

Negli Stati Uniti per la verità se ne discute da tempo. Già dal 1983 il Congresso ha approvato l'Orphan Drug Act, per promuovere la ricerca e la diffusione delle medicine, allora pressoché inesistenti. L'Europa si è data delle regole dal 2000: si stabilisce che i produttori di tali farmaci, destinati a una percentuale microscopica della popolazione, possono beneficiare dell'esclusività sul mercato per 10 anni. Alle imprese farmaceutiche viene anche riconosciuta l'esenzione dal pagamento dei diritti percepiti dall'Agenzia Europea di Valutazione dei Medi-

cinali per l'autorizzazione al commercio.

Un'occhiata ai casi più eclatanti lascia sbalorditi. E può irritare una considerazione: le aziende che operano in questo settore, praticamente in regime di monopolio, possono fare il prezzo che vogliono. Si tratta indubbiamente dei farmaci più costosi in assoluto. Del primo postosi è detto, al secondo c'è l'Elaprase, di Shire Pharmaceuticals, che ha un costo medio di 375.000 dollari annui (non per singola somministrazione). Tratta un tipo rarissimo di disordine del metabolismo, la sindrome di Hunter. Soltanto 500 persone, negli Stati Uniti, soffrono di questa grave malattia, che causa infezioni, problemi alla respirazione e danni al cervello. Il farmaco ha fatturato l'anno scorso 353 milioni di dollari. Costa poco meno, 365.000 dollari all'anno, Naglazime, della BioMarin Pharmaceuticals, che tratta un altro disordine metabolico. Cinryze, della Viropharma, ha un prezzo ogni 12 mesi di 350.000 dollari. Cura una patologia che provoca un grave rigonfiamento del viso. Fattura 350 milioni di dollari all'anno.

I meno cari, si fa per dire, sono il Myozyme e il Cerezyme, entrambi dell'azienda Genzyme. Da

noi sono distribuiti dalla filiale italiana e sono disponibili esclusivamente nelle strutture ospedaliere. Il primo costa 300.000 dollari annui e si utilizza per il trattamento della malattia di Pompe (dal nome dello scienziato che l'ha diagnosticata), che causa il progressivo indebolimento della muscolatura e della respirazione. Il secondo farmaco, Cerezyme, ha un prezzo all'anno di 200.000 dollari (con un fatturato complessivo da 1 miliardo); tratta la malattia di Gaucher, che provoca alterazioni alla milza, al fegato e al midollo osseo. Ma chi pagatutti questi soldi? Nessun privato, o quasi, potrebbe sostenere simili spese, che spesso si protraggono per tutta la vita. Negli Usa le assicurazioni sanitarie coprono, in genere, tali cifre. Ma il problema è la diagnosi. Talvolta passano anni prima che sintomi estenuanti vengano ricondotti a una malattia riconosciuta dalla comunità scientifica, che

Il titolo Alexion è cresciuto del 130% da quando ha iniziato a vendere il Soliris



abbia almeno un nome. Talerico-noscimento è imprescindibile ai fini del finanziamento delle cure: nessuna assicurazione paga per una malattia che non esiste nella letteratura medica.

Le assicurazioni prima di coprire le spese vogliono essere sicure della diagnosi

Stesso problema in Italia. Nel maggio 2001 è stato emanato il decreto ministeriale 279/2001.

L'articolo 3 predispone il Registro nazionale delle malattie rare, presso l'Istituto superiore di sanità. Nell'elenco figurano 583 patologie, le cui cure sono passate dal sistema sanitario nazionale. Soltanto un paziente a cui sia diagnosticata una malattia riconosciuta dal Registro può ricevere in ospedale il trattamento gratuito. E gli altri? Considerando che queste malattie sommerse sono circa 6.000, non è infrequente il caso di pazienti condannati a morte dalla burocrazia. E i medici denunciano comunque la carenza di farmaci: quelli che hanno ricevuto l'approvazione sono soltanto una cinquantina. Assai pochi, dunque, rispetto alle malattie già catalogate.

Milleproroghe. Dal 1° marzo Pignoramenti in vista per le Asl insolventi

NEWS Si sbloccano, da lunedì 1° marzo, i pignoramenti sui beni delle Asl e delle aziende ospedaliere debentrici nei confronti dei fornitori, nelle sei regioni (Lazio, Sicilia, Campania, Calabria, Abruzzo e Molise) che hanno un piano di rientro dal deficit sanitario già approvato. Sarà questo uno dei primi risultati dell'entrata in vigore della legge di conversione del decreto milleproroghe (Dl 194/09), che dovrebbe essere pubblicata oggi sulla «Gazzetta ufficiale».

In pratica, il blocco dei pignoramenti che era stato disposto per un anno dalla Finanziaria 2010 (legge 191/2009, articolo 2, comma 89), suscitando le proteste delle aziende fornitrici del Ssn (le 200 aderenti a **Farmindustria**, ad esempio, esposte per 3,5 miliardi, di cui oltre un miliardo nelle sei regioni in dissesto sanitario), è stato ridotto da 12 mesi a due (articolo 1, comma 23-bis della legge di conversione del Dl 194/09). Da marzo, dunque, non ha più effetto la norma della Finanziaria 2010 secondo cui non potevano essere «intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere», e «i pignoramenti eventualmente eseguiti» non vincolavano «gli enti debitori e i tesorieri», che anzi avrebbero potuto disporre delle relative somme «per le finali-

tà istituzionali degli enti». Obiettivo del blocco, era infatti quello di liberare risorse, nelle regioni in deficit, per poter pagare i debiti con i fornitori. Nell'anno di stop ai pagamenti esecutivi, sarebbero comunque maturati, a carico delle amministrazioni, gli interessi legali sui debiti insoluti.

Cause in Cassazione

Slitta al 1° gennaio 2011, poi, l'obbligo di pagare il contributo unificato per le controversie di lavoro davanti alla Corte di Cassazione. Il milleproroghe (articolo 1, comma 23-quinquiesdecies) stabilisce infatti che, sino alla fine di quest'anno, si applicherà la disciplina in vigore prima della Finanziaria 2010 (legge 191/09, articolo 2, comma 212, lettera b), numero 2), che ha introdotto un aggravio delle imposte e dei contributi per alcuni processi. Nei giudizi di lavoro in Cassazione, dunque, resterà sino al termine del 2010, il solo obbligo di versare l'imposta fissa di registrazione.

Sicurezza delle scuole

Il milleproroghe fa slittare a giugno 2010 un'altra scadenza fissata dall'ultima Finanziaria: è il termine entro il quale devono essere individuati gli interventi immediatamente realizzabili per mettere in sicurezza le scuole e adeguarle alle norme antisismiche, fino a una spesa massima di 300 milioni di euro, da ripartire tra «gli enti territoriali interessati» (legge 191/09, articolo 2, comma 239). Proprio per garantire la «massima celerità» nella realizzazione degli interventi necessari, la Finanziaria aveva fissato il termine ravvicinato di 30 giorni per individuare le azioni da mettere in campo. Ora il rinvio suscita le critiche di Cittadinanzattiva e Legambiente. «La proroga, l'ennesima registrata in questi ultimi dodici anni - osservano le due organizzazioni - interviene su un tema che tutti, parlamentari compresi, definiscono una emergenza nazionale ma su cui non si interviene con la tempestività e la determinazione che si richiederebbero». Cittadinanzattiva e Legambiente denunciano anche il «gravissimo» ritardo nella realizzazione dell'Anagrafe dell'edilizia scolastica e della successiva mappatura degli elementi non strutturali degli edifici scolastici.

V.Me.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRA I RINVII

Per tutto il 2010 non si verserà il contributo unificato per le cause di lavoro davanti alla Cassazione

