

Sanità. Dopo la pubblicazione in «Gazzetta», mercoledì parte alla Camera l'esame del decreto legge

Medici fuori dagli «studi»

Il 31 dicembre scade la proroga per l'attività professionale in aree private

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

■ Otto giorni di suspense dal varo del Consiglio dei ministri del 5 settembre. Giovedì la pubblicazione in «Gazzetta». In vigore da ieri e già ai nastri di partenza per l'avvio dell'iter parlamentare (l'esame sull'A.C. 5440 - Relatore Lucio Barani, Pdl - prenderà il via mercoledì 19 alla Commissione Affari sociali della Camera), per il «**decretone Balduzzi**» la stagione dei confronti e degli scontri è appena iniziata.

Nei sessanta giorni disponibili per la conversione in legge il provvedimento subirà gli assalti incrociati di Regioni, medici, imprese.

E dopo mesi di riflettori accesi sull'argomento delle cure primarie - che sul piano operativo potranno partire solo dal 2015, con il rinnovo della convenzione - il primo tema sugli scudi sarà invece inevitabilmente quello della libera professione dei medici pubblici.

Il nodo dell'**intraomnia**, del resto, è uno dei pochi cui più o meno tutte le parti in causa sono disposte a riconoscere il requisito dell'urgenza.

Dopo oltre dieci anni di proroghe, il 31 dicembre scadrà l'ultima proroga concessa allo svolgimento della libera professione intraomnia anche negli studi privati dei medici dipendenti del Ssn.

Il decreto affronta la questio-

ne con uno scadenziario da brivido. Entro ottobre le Regioni dovrebbero effettuare la ricognizione degli spazi disponibili all'interno delle strutture sanitarie pubbliche; entro novembre, invece, dovrebbero definire l'infrastruttura telematica che consentirà lo svolgimento dell'attività libero-professionale nei nuovi studi in rete previsti dal decreto e il controllo di tutti relativi pagamenti. E i nuovi studi in rete dovranno acquistare di tasca propria le apparecchiature necessarie alla tracciabilità entro il 30 aprile 2013.

Scadenze ravvicinate, dunque. Ma si tratta di operazioni che le Regioni avvieranno verosimilmente solo dopo aver verificato tutti i possibili spazi di modifica del decreto. Del resto - tolto l'appuntamento del 30 giugno 2013 per la revisione straordinaria del Prontuario - altre scadenze "urgenti" a carattere strettamente sanitario non ce ne sono. La stretta su fumo e slot machine scatterà dal 2013; le pochissime altre misure calendarizzate per il settore riguardano il regolatorio farmaceutico e figurano sul 2014. Per il resto il «decretone» sciorina una serie di tappe affidate a decreti ministeriali, Dpr, Dpcm, e regolamenti senza data di nascita.

A gettare il pepe dell'urgenza sul prossimo bimestre sanitario sono piuttosto le scadenze della "spending review" di

luglio che riportano in primo piano il fantasma del Patto per la salute 2013-2015. Dopo un primo tormentato avvio del confronto a febbraio, la siderale distanza sulla parte economica ha spezzato il dialogo Governo-Regioni. I Governatori sanno però molto bene che la sigla dell'accordo è indispensabile per ammortizzare in qualche modo i 4,7 miliardi di tagli previsti al capitolo sanità dalla manovra di luglio. Lo stesso **ministro Balduzzi**, in un faccia a faccia con il presidente dei governatori, Vasco Errani (Emilia Romagna), ha del resto garantito alle Regioni che lo sviluppo delle cure primarie e le altre modifiche ritenute indispensabili saranno recepite e realizzate nel Patto per la salute. Da sottoscrivere entro metà novembre, dice la spending, che ri-

schia di rubare la scena al decretone in transito in Parlamento.

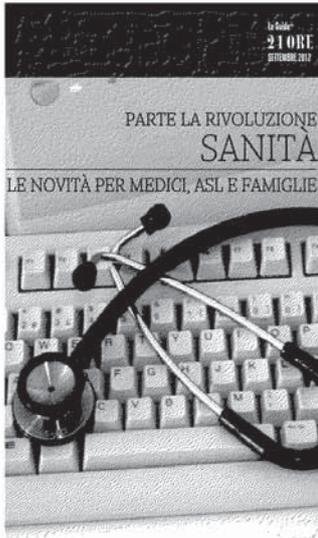
E sempre sulle cure primarie, intanto, non scende l'alta tensione da parte dei medici: «La rivoluzione di Balduzzi - commenta la Cgil - è di fatto un "copia e incolla" della legge vigente e la convenzione della Medicina generale già prevede l'assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su sette».

Ma questo molti italiani non lo hanno mai saputo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ONLINE



LA GUIDA+

Cosa cambia per dottori, famiglie e aziende

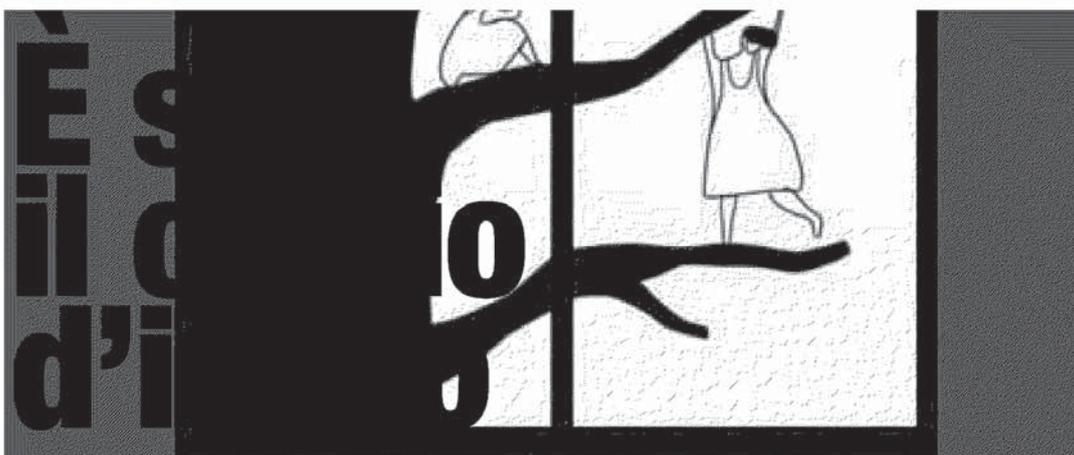
La riforma della sanità investe la vita e il lavoro dei medici e dei dirigenti Asl, delle famiglie e dei cittadini. Modifiche a tutto campo che la Guida+ illustra in maniera tempestiva e completa, con i commenti degli esperti e la normativa di riferimento: uno strumento prezioso per comprendere le novità che rivoluzioneranno un comparto delicato e nevralgico. In otto capitoli la Guida+ affronta tutti i temi della riforma: assistenza

continua, libera professione in intramoenia, tracciabilità dei pagamenti e ridefinizione dei criteri per la nomina dei dirigenti Asl. Vengono poi illustrate le novità per i farmaci, dalla revisione del Prontuario alle semplificazioni per la sperimentazione di nuovi preparati. Nella parte documentale la sintesi e il testo del decreto legge con i link aggiornati alle norme cambiate. La Guida+ è gratuita per gli utenti Pro, e acquistabile al costo di 7 euro dal sito del Sole 24 Ore per i non abbonati.

.com

www.ilsole24ore.com





Il governo avvia la riorganizzazione della Sanità. Ma Regioni e Comuni contestano i tagli. Sul ricorso contro la sentenza sulla Legge 40: chiedere chiarimenti è interesse di tutti. Parla il ministro della Salute Balduzzi

di **Simona Maggiorelli**

Illustrazione di Alessandro Ferraro



Ambulatori aperti 24 ore su 24, che liberano i Pronto soccorso dal sovraccarico di lavoro. Centri pubblici territoriali dove ci si può sottoporre a screening di prevenzione e consultare specialisti. Poliambulatori con una *équipe* di medici di base che, collegati in rete, possono per esempio inviare in ospedale via web la cartella clinica del paziente che si deve ricoverare. Li chiamano "Case della salute" e in Italia ne esistono già diversi. Sono esempi avanzati, come quello nato nella Usl 11 di Empoli per iniziativa di un gruppo di medici di famiglia. Intanto altre realtà pilota stanno crescendo in Toscana e in Emilia Romagna. Il **ministro della Salute Renato Balduzzi** ha deciso di farne un modello di servizio medico territoriale da estendere in tutta Italia. Questo progetto è il cuore del Decreto legge che porta la sua firma e che, dopo un iter travagliato, ha avuto il via libera del Consiglio dei ministri. Ma se il tentativo di coniugare salute e sviluppo, valorizzando le competenze mediche attive sul territorio, è stato quasi unanimemente apprezzato da operatori e Regioni, più di un dubbio è stato sollevato sulla fattibilità della "Riforma Balduzzi" che secondo il governo dovrebbe essere a costo zero. Dal 2010 al 2014, in base a quanto già stabilito da

più governi, il fondo della Sanità italiana sarà privato di 21 miliardi di euro. In questa congiuntura da dove potranno venire le risorse per far partire progetti che, nella fase di start up, necessitano quanto meno di infrastrutture e di reti informatiche? Lo abbiamo chiesto allo stesso **ministro Balduzzi**. «Per quanto riguarda l'assistenza territoriale bisogna ricordare che i principi introdotti nel decreto sono già contenuti nella convenzione nazionale con i medici di famiglia. E in quanto tali sono già finanziati. Ora è possibile darne piena attuazione. Quanto alle Unità complesse di cura primaria, è chiaro che necessitano di risorse: la ristrutturazione ospedaliera prevista dalla spending review serve a liberare risorse. Tutto il risparmio che la Regione riuscirà a realizzare in questo modo dovrebbe finanziare la rete territoriale.

E se nascessero dei problemi sulle risorse?

Ne discuteremo con le Regioni che hanno già avviato processi di sperimentazione. Tuttavia insistere ora su questo punto rischia di diventare un alibi per chi non vuole fare nulla. E di depotenziare un cammino ormai consolidato. Quanto è scrit-

to nell'articolo 1 del decreto non è una rivoluzione. Era già nella normativa da tempo. Noi abbiamo solo fatto sì che, grazie a principi più chiari, l'istituzione della medicina territoriale potesse essere un obiettivo raggiungibile. Visto che se ne parla da oltre 15 anni nei dibattiti scientifici.

Presidenti di Regione come Errani e Rossi, hanno contestato il ricorso al decreto in materia di salute. Dopo il confronto parlamentare la discussione approderà in conferenza Stato-Regioni?

Sì e in questo caso sarà sottoposto alla Conferenza unificata perché il decreto contiene competenze che riguardano anche i Comuni. La conferenza unificata è un parere autorevole, (obbligatorio anche se non vincolante) che il Parlamento, in sede di conversione in legge del decreto, è chiamato a prendere in considerazione. Poi nel Patto per la salute ci sarà un ulteriore confronto. L'importante era dare il calcio di inizio. Ma si arriverà a definire un accordo sia con le Regioni sia con le categorie coinvolte.

Quali i tempi di attuazione?

Attraverso un accordo fra Stato e Regioni in sede di Patto per la salute, si potrà prevedere una tempistica. Auspico che accada nel minor tempo possibile perché questa è una esigenza avvertita dagli utenti, dagli operatori, da tutti.

Il Sistema sanitario nazionale è stato una grande conquista.

Ma la situazione reale dei servizi è "a macchia di leopardo". Come garantire l'universalità del diritto alla salute anche nelle Regioni in forte deficit?

Il Sistema sanitario nazionale cerca di realizzare il massimo grado di omogeneità. Certo, i livelli essenziali di assistenza devono essere uguali ovunque. Anche se poi nella realtà non sempre accade, purtroppo. Ma il nostro sistema va in quella direzione. E i piani di rientro non significano solo l'obbligo a trovare un equilibrio finanziario. Si è visto, infatti, che un equilibrio finanziario permette di dare migliori servizi. Insomma non è tanto una questione di asticella del fabbisogno ma in alcuni casi un problema di disorganizzazione e inefficienza.

Un punto di criticità del decreto riguarda l'intramoenia. C'è il rischio di cronicizzare la situazione attuale.

Nessuna norma è intoccabile ma, ne sono certo, abbiamo fatto il massimo stante la situazione attuale. E qualche risultato l'abbiamo ottenuto intervenendo anche nelle situazioni aziendali in cui, fin qui, non era stato fatto nulla. Ora quanto succede nell'attività libero professionale è tracciabile dalla Asl, e si riesce a evitare che l'intramoenia sia un modo per bypassare le liste di attesa pubbliche. Certo c'è chi dice che il problema sia l'istituzione stessa dell'intramoenia. Posizione legittima ma non mi pare che il nostro ordinamento abbia imboccato la strada di una sua messa in discussione. A suo tempo fu deciso che un'attività libero-professionale fatta da un medico dipendente del Sistema sanitario dentro gli ospedali a certe regole non fosse di ostacolo alla sanità pubblica.

Lei ha annunciato il ricorso del governo contro la sentenza di Strasburgo sulla Legge 40. Una coppia di portatori di fibrosi cistica, tramite l'associazione Luca Coscioni, in una lettera chiede al Presidente Napolitano di prendere posizione a favore della diagnosi preimpianto...

Io ho il massimo rispetto per le posizioni di queste persone e la massima attenzione verso chi è in sofferenza. Ma qui bisogna evitare di confondere il dibattito sulla Legge 40 e sulla diagnosi preimpianto con la vicenda specifica della Corte europea dei diritti dell'uomo. Fin dalla prima lettura della sentenza ho detto che, a mio parere, per ragioni di tipo processuale-tecnico-giuridico io avrei proposto l'appello, per promuovere un chiarimento, perché la Corte non risponde ad alcune domande decisive per il nostro ordinamento. Un ragionamento analogo al mio l'ha fatto Massimo Luciani su *l'Unità*. Sviluppando quello che io, a caldo, avevo tentato di dire, ovvero che ci sono dei problemi di fondo. Per esempio il diritto ad avere un figlio sano nel nostro ordinamento non esiste. La pronuncia di Strasburgo in questo senso è ambigua. Seconda questione: ma la Corte di Strasburgo ha considerato il bilanciamento che il nostro sistema ha trovato dopo che la Corte costituzionale ha rivisto e corretto la Legge 40? Perché l'argomento dell'incoerenza è *double face*. Anche nel merito la sentenza di Strasburgo presenta una serie di profili problematici. Non capisco perché chiedere chiarimenti susciti reazioni così forti. È utile a tutti.

Alcuni giuristi rilevano che una sentenza o la

si rigetta o la si accetta, non esiste la terza via del chiarimento...

Non vogliamo usare la parola "chiarimento"? Intendiamoci però, stiamo parlando di una giurisdizione particolare. Il vincolo delle sentenze di Strasburgo è morale. Non è dello stesso tenore di quelle della Corte di giustizia dell'Unione europea.

Siamo Europa non solo per le questioni economiche ma anche per una comune adesione al Consiglio d'Europa e alla Carta che tutela i diritti dell'Uomo, non crede?

Attenzione, questo è un altro equivoco. Non "siamo in Europa". In realtà qui siamo in una prospettiva allargata che ha dentro anche la Turchia, l'Ucraina la Russia, Paesi che non stanno dentro l'Ue. È un ordinamento diverso che ha come obiettivo la maggiore tutela e garanzia dei diritti dell'uomo. Siamo proprio sicuri che il modo in cui il nostro ordinamento tutela i diritti sia inferiore a quello della Corte di Strasburgo?

Ci sono almeno 17 sentenze di tribunali italiani che vanno nella stessa direzione di quella della Corte europea (Cedu). Scienziati di

fama internazionale affermano che le Legge 40 è antiscientifica rilevando che anche la Cedu accusa la norma del 2004 di confondere feto e bambino: nella tutela dell'embrione la Legge 40 va contro la legge 194 che stabilisce invece una precisa gerarchia fra i diritti della madre e quelli del nascituro.

Certo. Fu una sentenza della Consulta del 1975. Ora è anche possibile che la Corte costituzionale ritorni in campo. Ma dobbiamo chiederci se la soluzione di temi così delicati possa essere affidata a sentenze problematiche o se invece dobbiamo chiedere a Strasburgo di pronunciarsi in maniera più forte e limpida.

Il Pdl preme perché il Ddl Calabrò riprenda l'iter in Aula. Dall'altra parte il senatore Colombo del Pd presenta una sua proposta per un vero biotestamento. E il governo Monti?

Il governo lo ha già detto: è disponibile a concorrere a una soluzione purché questa non crei ulteriori divisioni e contrapposizioni. Il punto è trovare una soluzione che unisca.

Sulla Legge 40 siamo sicuri che il nostro ordinamento tuteli i diritti meno di Strasburgo?

Ci confronteremo con gli enti locali anche nel Patto per la salute. Si arriverà a un accordo



«Con queste regole costretti a lasciare l'Italia»

di **Roberto Turno**

Addio Italia ingrata. Altro che rilancio dell'economia e dell'occupazione e caccia agli investimenti: «Così ci costringono a disinvestire e a spostare altrove le produzioni. Con tanti saluti per l'export. E per l'occupazione. Mi domando: chi fa le leggi, ha colto gli effetti delle manovre che colpiscono la farmaceutica un giorno sì e l'altro pure?».

Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, manager italiano di una multinazionale del farmaco made in Usa, non usa giri di parole. Col decreto sanitario s'è raschiato ben più che il fondo del barile. I tagli al settore, dopo la spending review estiva, hanno toccato ormai i 15 miliardi in 8 anni. «Insopportabile», chiosa.

La terza manovra in sei mesi, altri 4 miliardi nei prossimi tre anni dopo gli 11 dei cinque precedenti. Presidente, cambiano i Governi, ma la musica non cambia per l'industria farmaceutica. Anche col Governo dei professori...

Sembra che la soluzione di tutti mali italiani possa venire dai tagli alla farmaceutica. An-

ziché considerarla un fattore trainante di sviluppo e di crescita. Quest'ultima manovra potevano sicuramente risparmiarsela. Farla per decreto, poi, neppure un mese dopo la spending review. Sicuramente ci sono aspetti qualitativi che apprezziamo: le sperimentazioni cliniche, il rispetto della proprietà intellettuale, forse l'innovazione, che stiamo valutando. Ma colpisce il resto.

Cioè i nuovi tagli.

Certo. La revisione del Prontuario seguirà anche criteri di economicità, col taglio dei prezzi per non uscire dalla rimborsabilità. L'estensione della prescrizione off label penalizza gravemente la ricerca: perché un'azienda deve investire per sviluppare un prodotto, poi arriva qualcuno che non ha investito e gli è consentito l'uso off label? Una norma in contrasto con la direttiva europea e pericolosa per i pazienti. Così si spingono le industrie che investono in R&S e sperimentazione clinica in Italia, a rivolgersi altrove. E guardi che la tendenza è già in atto.

Da un mese attaccate la prescrizione per principio attivo, ma sembra una battaglia contro i mulini a vento.

È una misura che non porta

un centesimo di risparmio allo Stato. Noi abbiamo fatto e stiamo facendo grandissimi sacrifici. Con la prescrizione per principio attivo dobbiamo farne per favorire i genericisti e sostenere il loro fatturato. Mi domando: perché?

I cittadini risparmiano...

Il cittadino sceglie se risparmiare o meno. Lo Stato gli mette a disposizione il generico, il medico gli dice che c'è e così fa il farmacista. Poi il cittadino sceglie. Si vuole far risparmiare il cittadino? Ma allora, non è una contraddizione che con la revisione del Prontuario non saranno più rimborsabili dal Ssn farmaci che a quel punto la gente dovrà pagare da sé?

I farmaci blockbuster non si scoprono più, i brevetti scadono e irrompono i generici meno costosi, tutti gli Stati tirano la cinghia, il vecchio Welfare scompare e i tagli alla farmaceutica sono all'ordine del giorno in tutto il mondo. Insomma, è finita l'età dell'oro per il settore.

Il settore si sta ridimensionando, ma oggi ci sono Paesi emergenti in cui conviene andare a fare business. Se continua così, è inevitabile che si scelgano quei Paesi. E col suo

approccio l'Italia sarà esclusa dai progetti di investimento.

Mercoledì s'è insediato allo Sviluppo il tavolo sulla farmaceutica. Passera dice che

siete strategici.

Vorremmo vederlo con i fatti. Perché intanto, invece, ci bastonano. Però voglio essere fiducioso: vedremo. Ma bisogna fare presto, già entro un mese, cambiando subito la norma sulla prescrizione. Chiediamo un piano di stabilità e di sostenibilità di almeno tre anni. E siamo disposti a fare la nostra parte. Ma senza perdere tempo.

La settimana prossima riparte la trattativa sul contratto dei chimici. Cosa proponete alla luce di questa crisi.

Ho apprezzato moltissimo, anche al tavolo allo Sviluppo, la posizione di tutti i sindacati che ben conoscono le difficoltà del settore e sono al fianco dell'industria. Io penso che sarà un confronto interessante tra due parti che hanno dimostrato di avere un grande dialogo e grande preoccupazione per gli investimenti in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Sembra che la soluzione di tutti i nostri mali possa venire dai tagli alla farmaceutica»

«Necessario cambiare in tempi brevi le nuove disposizioni sulla prescrizione»



Dilettanti Defibrillatore per legge

Dal decreto-Balduzzi il consiglio alle società, quasi un obbligo, di dotarsene
Casasco soddisfatto: «Ma i medici sportivi chiedono anche prevenzione»

MILANO Ieri mattina Felice Beloli, presidente della Figc Lombardia, era ignaro della novità. Ripeteva convinto che «nelle categorie dilettantistiche il defibrillatore in campo non è ancora un obbligo».

Non è così, o meglio, considerato un cuscinetto di tempo che servirà ai club per adeguarsi alla normativa, non lo sarà più tra qualche settimana. È stato infatti pubblicato giovedì sulla Gazzetta Ufficiale numero 214, dopo la firma del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, il testo del decreto Balduzzi, che riguarda la sanità ed anche la medicina sportiva, settore che in genere colpisce l'opinione pubblica solo dinanzi a tragedie sul campo, ultima in ordine cronologico quella fatale a Piermario Morosini.

A distanza di cinque mesi da quell'evento luttuoso, l'articolo 7 al comma 11 del Decreto (in vigore da ieri) recita: «Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il **Ministro della Salute**, con decreto adottato di concerto con il Ministro delegato al Turismo e allo Sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita».

Tradotto dal politichese il termine «linee guida» non indica di fatto un obbligo, ma un caloroso

consiglio. Chi infatti non rispetta le linee guida, non solo è tenuto a specificare il perché della scelta contro-corrente, ma soprattutto si assume tutte le responsabilità in caso di incidenti. Considerata la delicatezza del tema, è facile presumere che pochi si prenderanno il rischio di uscire dal seminato. In attesa delle linee attuative (che indicheranno sanzioni e tempistiche entro le quali le società dovranno dotarsi dei suddetti strumenti), il presidente della Federazione medico sportiva, il bresciano Maurizio Casasco, esprime pacata soddisfazione. «La nostra categoria non può che essere d'accordo con questa decisione, anche se occorre insistere, e investire, in prevenzione e formazione. La prevenzione tramite visita di idoneità ha consentito all'Italia di essere una mosca bianca: la mortalità improvvisa nello sport da noi si ferma ad un caso ogni milione e mezzo di atleti; nel mondo, invece, arriviamo ad un caso ogni 300mila sportivi. Per i dilettanti, tuttavia, emerge un problema economico: un defibrillatore costa non meno di 1.500 euro: si parla di 20-30 milioni per accontentare tutte le società della penisola».

Problema non da poco, ma da risolvere a breve. Intanto nel calcio dilettantistico regionale d'élite, l'Eccellenza, da quest'anno è obbligatoria la presenza del medico di campo, scelto dalla società ospitante. È dunque necessario «schierare» un medico o, in alternativa, un'ambulanza a bordo campo. La pena? Basterebbe chiedere informazioni alle quattro società lombarde alle quali so-

no state già state comminate multe salate per tale mancanza. Per fortuna i club bresciani sono tutti in regola. La speranza è che, superato lo scoglio dei costi, il defibrillatore nello sport diventi familiare proprio come il medico di campo o l'ambulanza. E non solo, sia chiaro, per l'Eccellenza o per il calcio.

Giovanni Gardani



Due volontari della Croce Rossa con il defibrillatore



FINE DI UN MITO Lo rivela un nuovo studio

E chi se l'aspettava? Gli Omega-3 non aiutano il cuore

I «grassi buoni» non diminuiscono i rischi di ictus e infarto. Ma fanno bene a chi produce le pillole...

Francesca Angeli

Roma Inutile ingozzarsi di pillole a base di Omega-3: i rischi di attacco cardiaco o ictus restano gli stessi. Sono passati oltre trent'anni da quando nutrizionisti, chimici e medici rivelarono al mondo una sconcertante verità: esistono anche grassi «buoni». Sono i grassi acidi essenziali, gli Omega-3 appunto, che invece di alzare il tasso di colesterolo e trigliceridi «pericolosi» incrementano quello dell'Hdl, il cosiddetto colesterolo «buono». Adesso invece un sostanzioso studio, pubblicato su *The Journal of the American Medical Association*, demolisce l'assunto e in sintesi rivela che se al posto delle pillole con Omega-3 si beve un bicchier d'acqua l'effetto per la nostra salute è lo stesso. Il tasso decresce ma non diminuisce invece il rischio di infarto o ictus. Quanto ci rimarranno male tutti quei salutisti che ai profitero-

les con panna hanno preferito l'olio di pesce?

Tutta colpa degli esquimesi. Proprio partendo dallo studio sul loro sistema cardiocircolatorio e di quello dei giapponesi, più sano rispetto agli altri, gli scienziati erano arrivati a concludere che gli Omega-3 fanno bene, a tutto. Il tasso di mortalità per infarto in effetti è molto più basso fra gli esquimesi che si nutrono prevalentemente di pesci, quelli del mare del Nord come il merluzzo e l'aringa, che contengono appunto questo tipo di elemento presente in grandi quantità anche nel salmone e nello sgombro. Di qui si sono moltiplicati gli studi per arrivare alla conclusione che assumendo al giorno una certa quantità di Omega-3, anche sotto forma di pillola, si allontana il rischio di infarto ed ictus perché il sistema cardiocircolatorio resta efficiente. Ma non solo.

Come spesso succede quando una scoperta diventa moda per gli esperti gli Omega-3 fanno bene un po' a tutto: all'artrite reumatoide che è una malattia au-

toimmune, dunque del tutto diversa come origine da patologie come l'infarto. E poi porta benefici alla psoriasi e all'emicrania.

Adesso però è arrivato il professor Evangelos Rizos, che lavora presso l'Ospedale universitario di Ioannina in Grecia a sfatare il mito. La ricerca ha accorpato una ventina di studi condotti lungo 24 anni su circa 70.000 pazienti arrivando alla conclusione che non esiste l'evidenza statistica di una connessione tra l'assunzione di grassi acidi polinsaturi, Omega-3 appunto, e l'abbassamento del rischio di attacchi di cuore, ictus o morte prematura. I dati allargati su più pazienti in un periodo più lungo smentirebbero i benefici. Una notizia non irrilevante se si considera che negli ultimi anni si è registrato un boom delle vendite di integratori a base di Omega-3. Nel 2011 in America è stato speso oltre un miliardo di dollari per questo genere di prodotto.

In realtà gli studi sui benefici degli Omega-3 sono sempre stati piuttosto controversi. In questo caso esperti nutrizionisti fanno notare che la maggioranza delle persone prese in esame in questi studi erano comunque già affette da patologie dell'apparato cardiocircolatorio e dunque gli effetti degli Omega-3 potrebbero essere condizionati dai farmaci assun-

ti. Per il direttore del Dipartimento di prevenzione delle patologie cardiache del Tfts Medical center di Boston, Richard Karas, esiste anche un problema di atteggiamento psicologico errato da parte dei pazienti. Se si scopre che una vitamina o un minerale o una proteina può avere un effetto benefico sull'organismo la cosa migliore sarebbe assumerli attraverso la

normale alimentazione, con una dieta sana. Invece molti scelgono di prendere una pillola che li contiene. Ma non è la stessa cosa assicura Karas. Insomma meglio prendere meno pillole presunte miracolose e invece attenersi ad uno stile di vita sano.

Una certezza c'è. Anche se si susseguono studi che si contraddicono a vicenda sui presunti effetti miracolosi o meno degli Omega-3 non esiste alcuno studio dal quale sia emerso che l'olio di pesce faccia male.

MORALE DELLA FAVOLA
Sembravano la madre di tutte le diete miracolose
Invece sono soltanto moda

1 miliardo
la cifra in dollari spesa dall'America nel 2011 per acquistare prodotti a base di Omega-3

Carta di identità

Cosa sono

Gli Omega-3 sono una categoria di acidi grassi essenziali presenti nelle membrane cellulari e utili per la loro integrità

Come si assumono

Attraverso integratori alimentari sotto forma di pillole o capsule o attraverso cibi particolarmente ricchi di questi acidi

A cosa servono

Secondo alcune ricerche sono utili per prevenire malattie cardiovascolari, diabete, artrite reumatoide, psoriasi e emicrania



SENZA CUORE Gli studi sugli Omega-3 sono sempre stati controversi