

08- 10-2013

LA SICILIA

LETTORI

542.000

AL CONGRESSO DI NAPOLI VOTO UNANIME PER IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE DELL'AZIENDA CANNIZZARO

Il prof. Scollo eletto presidente nazionale della Sigo

In occasione dell'88° congresso nazionale dei ginecologi svoltosi a Napoli, con voto unanime il catanese professor Paolo Scollo (direttore del Dipartimento materno-infantile dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania) è stato eletto presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).

Un tale riconoscimento rappresenta non solo la riprova della professionalità maturata nella medesima unità operativa catanese, classificata tra i primi dieci centri italiani nell'ambito dello "sportello cancro" (iniziativa, questa, che nella sezione on line elenca le unità operative oncologiche accreditate a livello nazionale), ma anche, al tempo stesso, la testimonianza della validità della scuola del compianto professore Antonio Cisternino, con particolare riguardo alla chirurgia onco-ginecologica. Cinquantasei anni, nato a Siracusa, sposato,

con due figli, il prof. Scollo dal 2011 ricopriva la carica di vicepresidente della Sigo e dal 2012 presiede anche la Società italiana di oncologia ginecologica (Siog). Subentra al professore Nicola Surico di Novara.

«E' un grandissimo onore poter dirigere per i prossimi tre anni una così prestigiosa Società scientifica - afferma Scollo -. Le due parole d'ordine della mia presidenza saranno continuità e ammodernamento. In questi ultimi anni noi ginecologi abbiamo portato avanti tanti importanti progetti di ricerca e di prevenzione e avviato numerose collaborazioni con le istituzioni e altre associazioni mediche. Queste iniziative proseguiranno insieme a nuovi programmi sempre rivolti alla salvaguardia del benessere e della salute femminile. Al tempo stesso, la Sigo inizia a sentire il peso degli anni. Il mio obiettivo sarà rinnovare la gineco-

logia italiana, per dare più spazio ai giovani e alle donne.

«Per raggiungere questi obiettivi punteremo sulla formazione delle nuove leve - dice Scollo - in tutte e tre le anime della ginecologia: universitaria, ospedaliera e territoriale. Cercherò una sempre più stretta collaborazione con le istituzioni, ministero e regioni in primo luogo, perché si dia seguito ai processi di riorganizzazione dei punti nascita, ormai indispensabile in tutto il Paese, a tutela delle donne e delle pazienti. Con un grande impegno anche ad affrontare il tema sempre più spinoso del contenzioso medico-legale, diventato uno dei problemi più rilevanti per la categoria.

«Senza dimenticare - conclude il prof. Scollo - anzi incrementando le campagne di prevenzione per il benessere riproduttivo».



A. T.

IL PROF. PAOLO SCOLLO

la ricerca Esperti riuniti all'ospedale San Camillo di Roma

Il mistero dei disordini sessuali: sono in aumento

Più frequenti le sindromi Dsd, tra cui rientra l'ermafroditismo. La scienza si interroga

Antonio Borrelli

■ «Altri», «speciali», «neutri»: sono alcuni dei termini utilizzati nell'uso comune per indicare gli appartenenti a un terzo genere, oltre al maschile e al femminile. Non sono trans gender, non sono bisessuali, sono invece persone nate con malformazioni agli organi genitali. In sostanza, non immediatamente riconoscibili come maschi o femmine. Ogni 4-5 mila parti nasce un bambino con un disturbo della differenziazione sessuale; un dato in crescente e grave aumento, le cui cause rimangono per la scienza ancora un mistero da interpretare. Per indicare la patologia si usa oggi l'acronimo Dsd, che sta per disorder of sex development (disturbo dello sviluppo sessuale). Non c'è da confondersi, non si parla (soltanto) di ermafroditi, che rappresentano invece circa il 5% di tutti gli affetti da Dsd. Ma è proprio la figura con organi dei due sessi ad affascinare da sempre, tanto che tra i simboli divini è uno dei più ricorrenti nell'immaginario collettivo. Una figura che affonda le sue radici nel nome di un personaggio della mitologia greca, Ermafrodito, nato da Ermete e Afrodite. In lui tutto è ibrido: dal nome, combinazione di quelli dei genitori, al corpo, metà di uomo e metà di donna. Il termine si susseguì nella storia del pensiero mitico-religioso, in cui ricorrono esseri superumani o extraumani dei due sessi indifferenziati, che avevano la facoltà di cambiare sesso e

addirittura di autofecondarsi. Da William Blake a de Balzac, la figura dell'androgino (termine molto meno fuorviante) esplose invece nel romanticismo. La sua immagine moderna s'impennò soprattutto su figure femminili: in Italia una su tutte Rita Pavone, che fu addirittura scrittura per interpretare il ruolo di Gian Burrasca. Nell'immagine maschile, invece, l'estetica dell'androgino mette in risalto l'effetto travestimento. Come per il personaggio del cantante David Bowie «Ziggy», androgino alieno venuto dallo spazio. Oggi, però, non si parla più di «ermafrodita» o «androgino», ma di intersessuale, una condizione che in passato le famiglie nascondevano, e che la sanità risolveva con operazioni invasive e affrettate. Ora anche la letteratura contemporanea si dedica ai temi dell'intersessualità. «Sono nato due volte: bambina, la prima, un giorno di gennaio del 1960, in una Detroit straordinariamente priva di smog, e maschio adolescente, la seconda, nell'agosto del 1974, al pronto soccorso di Petoskey, nel Michigan». Questo passo di «Middlesex», romanzo dello scrittore statunitense Jeffrey Eugenides, ben sintetizza ciò che significa per gli intersex e per le famiglie vivere un'esperienza del genere. Una serie di shock che rende difficile l'accettazione dell'anomalia, con un senso di drammatica vergogna verso il mondo esterno. E all'ospedale San Camillo di Roma si lavora proprio su vari aspetti dei casi di Dsd, dall'uso del

linguaggio «corretto» alle scelte terapeutiche, con uno sguardo sempre più attento all'aspetto extrasociale del paziente. Proprio il 28 settembre scorso nel laboratorio di genetica medica dell'ospedale si è tenuto un convegno con tutti gli specialisti che in Italia si occupano di Dsd. La riunione fondativa ha voluto essere la prima pietra di un gruppo di studio che, come ci riferisce il dottor Salvatore Scomegna, «vuole esplorare in maniera sempre più attenta gli aspetti chirurgici, psicologici ed endocrinologici, discutendo casi complessi e stabilendo una linea di condotta comune». Dalla parte dei medici anche diverse associazioni di persone che hanno vissuto sulla propria pelle quei traumi psico-fisici. Come Laura De Angelis, oggi socio dell'Aisia (Associazione Italiana Sindrome Insensibilità Androgeni), che insiste sull'aspetto umano ed emotivo di pazienti e genitori. Intanto, arriva dalla Germania un importante passo in avanti nel processo di integrazione sociale delle persone con deformazioni sessuali. Dal prossimo 1 novembre il paese tedesco sarà il primo in Europa dove alla nascita sarà possibile registrare i neonati come «neutri». Da adulti gli intersessuali potranno poi scegliere di optare per uno dei due sessi o rimanere indeterminati. Magari Aristofane fu profetico, quando parlava di terzo genere «non figlio del Sole come gli uomini, non figlio della Terra come le donne, ma figlio della Luna, che della natura di entrambi partecipa».



FIGURA MITOLOGICA
Ermafrodito, dio greco nato da Ermete e Afrodite

L'indagine I risultati del rapporto Mercer Marsh Benefits in 16 nazioni nel mondo

La salute? Fa bene ai bilanci

Il legame tra le politiche sanitarie e la produttività in azienda

Mens sana in corpore sano, si diceva una volta. Ma le aziende oggi ci credono? Certo, anzi gira addirittura l'idea che la buona salute dei dipendenti faccia bene al fatturato. Soprattutto all'estero, però. Perché da noi non è proprio così. Almeno è quanto esce da una recente indagine svolta da Mercer Marsh Benefits sul tema in 16 Paesi diversi. Numeri alla mano, si calcola che in Europa, Medio Oriente e Africa quasi 8 aziende su 10 vedono un legame tra politiche di healthcare e produttività/performance. Ma se ci focalizziamo sull'Italia ci riduciamo alla metà: neanche 4 su 10. E neppure le assenze per malattia destano da noi il dovuto interesse: solo il 29% dei nostri consigli di amministrazione chiede un report al proposito, quando la media Emea viaggia sul 55%. «In generale in Italia non viene monitorata la salute della workforce e il suo legame con assenteismo e produttività», spiega Linda van An del, head of employee benefits practice Italy Mercer Marsh Benefits.

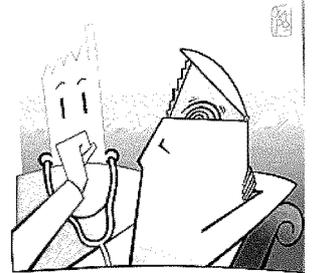
Va detto che abbiamo scarsa fiducia nell'effetto positivo

della «spesa in benessere» sulla salute dei lavoratori: non più del 26% è veramente convinto che funzioni (ben al di sotto del 48% «europeo»). Anche semplicemente per mancanza d'esperienza. «Investendo molto meno delle altre in programmi di prevenzione e wellness, le aziende italiane non hanno la possibilità di misurarne l'efficacia», sottolinea infatti Linda van An del.

Ma le motivazioni del divario Italia-Estero su questi temi sono diverse. Beatrice Bauer, docente senior dell'area organizzazione di Sda Bocconi, punta il dito contro la cultura manageriale del Command and Control innanzitutto: «In un contesto in cui quello che conta per un capo è che le persone ubbidiscano ai suoi ordini, mentre ciò che producono, le capacità o le performance non sono così rilevanti, si capisce che anche la salute o il benessere non viene preso molto in considerazione», commenta.

Neanche il cortisolo pare in cima ai nostri pensieri. «La relazione tra stress e performance qui è percepita come: più mi stresso più andremo be-

ne», aggiunge la professoressa. E l'indagine conferma: nel nostro Paese si «offre» più che altrove la cura odontoiatrica (un benefit che porta un vantaggio economico al dipendente) e molto meno il supporto psicologico. Per sostegno allo stress o counseling siamo, infatti, a un terzo della media Emea. E nelle campagne di prevenzione ed educazione alla salute facciamo an-



L'eccezione

Ma in Italia, rispetto all'estero, in pochi credono nel rapporto tra salute dei dipendenti e vendite

che peggio: 8 a 30.

Ma tutto ciò influenzerà davvero la performance aziendale? Difficile dirlo. Quel che è certo è che abbiamo una fetta di assenze per malattie brevi nettamente più ampia rispetto all'estero: l'85% contro il 75% secondo Mercer Marsh Benefits. Un dato che per gli esperti andrebbe approfondito.

Iolanda Barera

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Più tagli ai ministeri. Lorenzin: la sanità non si tocca

LA MANOVRA/2

ROMA Ci sono i tagli da fare subito, entro la fine dell'anno, per assicurare il rispetto degli impegni europei in tema di finanza pubblica: si tratta di riduzioni di spesa vecchia maniera, di tipo lineare, da realizzare su quel che resta dei bilanci degli enti interessati. E ci sono poi i risparmi da mettere in cantiere per il futuro con la legge di stabilità, che con un po' più di tempo a disposizione dovrebbero essere ottenuti attraverso una più intelligente azione di spending review. Sul primo fronte, la versione finale del decreto taglia deficit chiederà probabilmente un sacrificio più pesante ai ministeri. Se in Consiglio dei ministri l'indicazione data dal ministero dell'Economia parlava di risparmi per 1,1 miliardi da dividere a metà tra Stato centrale ed enti locali, i Comuni hanno poi ottenuto che la propria quota fosse ridotta da 550 a 350 milioni, pur ribadendo la propria contrarietà a questa impostazione. Di qui la necessità di arrivare comunque all'importo complessivo necessario per far quadrare i conti. I tagli devono poi essere ripartiti tra i vari dicasteri sulla base di una tabella che ieri era ancora in via di agiustamento.

IL TICKET

Al termine del Consiglio dei ministri **Roberto Saccomanni** aveva specificato che dai tagli del decreto restavano esclusi settori quali istruzione, ricerca e sanità. È ancora aperta però la partita sugli anni successivi. Si parla con insistenza di una decurtazione di 1-1,5 miliardi al Fondo sanitario nazionale. Insomma un intervento in linea con quelli attuati più volte in passato, anche se stavolta i risparmi dovrebbero essere ottenuti non con un intervento lineare ma attraverso provvedimenti più mirati. Il settore della sanità eredita comunque dai passati governi alcuni nodi ancora da sciogliere, come quello legato al numero di posti letto per abitante che sarebbe dovuto scendere a un valore del 3,7 per mille: obiettivo previsto dalla spending review del governo Monti, che però non è stato di fatto raggiunto. E c'è anche la questione dei nuovi ticket che sarebbero dovuti en-

trare in vigore nel 2014, con un impatto di 2 miliardi, e che sono invece stati congelati da una sentenza della Corte costituzionale relativa ai poteri del governo in materia. Si tratta ora di accettare il venir meno di questo gettito nei conti del prossimo anno, oppure di trovare una copertura alternativa.

In ogni caso contro l'ipotesi di tagli alla sanità si è fatta sentire ieri Beatrice Lorenzin, ministro della Salute. «Mi batterò come una leonessa» ha detto Lorenzin, spiegando che interventi di questo tipo metterebbero a rischio l'erogazione delle cure. Il ministro ha ricordato di aver posto la questione al collega **Saccomanni** durante il Consiglio dei ministri, senza ottenere conferma di future decurtazioni.

LE RICHIESTE DELLE REGIONI

Chiarezza sul punto è stata sollecitata anche dalle Regioni. «Chiediamo per prima cosa al governo di conoscere con certezza quali siano le risorse, non in percentuale ma in termini assoluti, che possono essere messe a disposizione della sanità» ha sottolineato Claudio Montaldo, assessore della Liguria e presidente del comitato di settore Regioni-Sanità.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin

**LA TITOLARE
DELLA SALUTE
CHIEDE GARANZIE
SUI RISPARMI
DELLA LEGGE
DI STABILITÀ**



Per ridurre il rischio di diabete mangiate più frutta

Più «gustoso» prevenire l'iperglicemia

Mele e uva hanno antiossidanti che difendono il pancreas

NOTIZIE CORRELATE

Consumare frutta (e verdura) in abbondanza è una delle raccomandazioni che si sentono ripetere più spesso, la frutta, però, è anche zuccherina, e può quindi venire naturale chiedersi se questa raccomandazione possa valere anche per la prevenzione del diabete di tipo 2. Poiché dagli studi finora non era emersa una risposta chiara, alcuni scienziati, guidati da ricercatori della *Harvard School of Public Health* di Boston (USA), hanno ipotizzato che più che la quantità di frutta, sia il tipo di frutta a influenzare il rischio di diabete di tipo 2.

Per verificarlo, in uno studio, recentemente pubblicato sul *British Medical Journal* on line, i ricercatori hanno esaminato i dati raccolti in ben 24 anni su più di 187 mila adulti partecipanti a tre vasti studi longitudinali. Tali studi prevedevano il monitoraggio dello stato di salute e di vari fattori legati allo stile di vita, compreso il consumo di frutta e di specifici tipi di frutta. I ricercatori hanno osservato che chi consumava almeno due porzioni alla settimana di mirtilli o uva o mele e pere aveva un rischio di ammalarsi di diabete 2 rispettivamente del 23%, del 18% e del 15% inferiore rispetto a chi ne mangiava meno di una porzione al mese. Al contrario, chi consumava una o più porzioni al giorno di succo di frutta aumentava il rischio di soffrire di diabete 2 di circa il 21% rispetto a chi ne consumava meno di una porzione alla settimana. «Alcuni tipi di frutta — commenta Gabriele Riccardi, professore di Malattie del Metabolismo, Università Federico II di Napoli — sembrano particolarmente efficaci nella prevenzione del diabete tipo 2, probabilmente in ragione degli antiossidanti che contengono.

Lo stress ossidativo, prodotto dal l'iperglicemia, danneggia la funzione delle beta cellule pancreatiche che producono insulina e quindi si genera un circolo vizioso che causa livelli di glicemia sempre più elevati. Le sostanze antiossidanti della frutta, in particolare quelle appartenenti alla famiglia dei polifenoli, tra cui le antocianine (che danno il colore blu ai mirtilli) o l'acido clorogenico (presente in mele e pere ma anche nel caffè) o il resveratrolo (contenuto nell'uva nera) hanno un'azione protettiva nei confronti delle beta cellule e favoriscono l'utilizzazione del glucosio nel muscolo. I succhi di frutta, che non hanno più la struttura compatta del frutto originario e vengono rapidamente digeriti nell'intestino tenue, generano un brusco innalzamento della glicemia che neutralizza tutti i benefici degli antiossidanti».

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 11 OTTOBRE 2013

Tubercolosi. L'Europa si mobilita. In arrivo nuovi vaccini

La tubercolosi uccide circa 1,5 milioni di persone in tutto il mondo ogni anno. E sono 9 milioni le nuove infezioni annuali con ceppi mutanti dei batteri della tubercolosi. L'Unione Europea sta lavorando a un progetto di ricerca di alto profilo per coordinare lo sviluppo di vaccini più forti e più duraturi. In sperimentazione 14 vaccini.

Il progetto NEWTBVAC finanziato dall'Unione Europea ha contribuito a far progredire 7 dei 14 candidati vaccini anti-tubercolosi attualmente in fase di sperimentazione clinica. Altri 36 candidati vaccini sono in fase di scoperta o sviluppo pre-clinico.. Questi progressi danno speranza a Paesi come la Cina, l'India, l'Indonesia e il Sudafrica dove 4 persone su mille soffrono della malattia alle vie aeree.

Il progetto NEWTBVAC è coordinato dalla TuBerculosis Vaccine Initiative (TBVI) dei Paesi Bassi. In parte Fondazione e in parte network, TBVI è un'organizzazione no profit – istituita su proposta della Commissione Europea - che sta lavorando per promuovere lo sviluppo di nuovi vaccini anti tubercolosi che siano accessibili e alla portata di tutti.

Perché c'è bisogno dei vaccini? "Perché il tipo di vaccini più usato oggi (BCG - (Bacillo Calmette-Guérin) è stato sviluppato circa un secolo fa e offre solo una copertura limitata" ha dichiarato il Direttore esecutivo TBVI **Jelle Thole**. Il risultato è che la tubercolosi sta avendo un ritorno devastante".

"Fino al 1993, era chiaro che la tubercolosi non fosse sotto controllo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la considerava un'emergenza globale" secondo Thole. Quell'anno, in effetti, a causa della malattia morirono più persone che in qualsiasi altro anno della storia, secondo l'OMS.

"Circa mezzo milione di persone vengono infettate da un ceppo di batteri resistente ai farmaci ", ha detto Thole. "Abbiamo bisogno di farmaci più efficaci per aiutare queste persone. Abbiamo bisogno di una migliore diagnostica per individuare la malattia più rapidamente e con maggiore precisione. E, soprattutto, abbiamo bisogno di nuovi vaccini per proteggere le persone dal contrarre la malattia, inclusa la tubercolosi resistente ai farmaci ", ha spiegato Thole.

Circa 2 miliardi di persone vengono infettate dal batterio Mtb, il 10% circa delle quali svilupperà la malattia. "Oltre alla perdita della vita, vi è un enorme costo economico della malattia", ha aggiunto Thole. Alcuni pazienti hanno bisogno di un trattamento medico – via pillole e iniezioni - per un periodo fino a due anni, che può avere gravi ripercussioni sulla produttività di una famiglia. Composto principalmente da partner europei, TBVI sostiene finanziariamente e fornisce le competenze a un network integrato di università, istituti e aziende. Molte scoperte promettenti sono state già fatte, e il track record dell'organizzazione illustra che questi vaccini dei quali si ha bisogno con urgenza possono in effetti essere sviluppati.

"Dieci anni fa non c'erano vaccini in fase di sperimentazione clinica ", secondo Thole. "Oggi, ce ne sono 14". Risultati positivi degli studi clinici potrebbero significare che i nuovi vaccini saranno disponibili entro il 2025, ha detto.

“È importante, ha sottolineato Thole che l’organizzazione lavori insieme a team con esperienza nel settore dell’industria privata grazie alla quale è possibile trasformare i progressi in materia di vaccini in modo più efficace. Questa “filosofia del prodotto” ha portato a decisioni più efficaci riguardo tempi e modalità di sviluppo dei singoli vaccini”.

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 10 OTTOBRE 2013

Esclusivo. “Le mie cinque ricette per risparmiare in sanità”. Così parlava Cottarelli il neo commissario alla spending review

Concorrenza tra pubblico e assicurazioni, rigore su appalti e gestione, tetti di spesa, selezione della domanda e buon uso delle tecnologie. I cinque assi del dirigente del Fmi, scelto da Letta e Saccomanni per guidare la revisione della spesa pubblica e che dal 23 ottobre prossimo sarà a Roma. Era il 2 novembre 2011, a Washington, e Cottarelli diceva che...

“La riforma dei sistemi sanitari sarà l'argomento principale nei prossimi decenni nell'ambito del bilancio pubblico”. A parlare è **Carlo Cottarelli**, il direttore del Dipartimento finanza pubblica del Fondo monetario internazionale, scelto da **Enrico Letta** e **Fabrizio Saccomanni** per guidare la nuova spending review nel comparto pubblico.

Era il 2 novembre 2011, a Washington, in un meeting dell'Istituto Bruno Leoni (il più importante network liberal italiano) dedicato al futuro della sanità al tempo dell'austerità.

E il Cottarelli che sveliamo attraverso le sue parole (*che potete seguire integralmente nel video qui sotto o leggere in sintesi [nelle slide allegate](#)*) è per certi aspetti **inaspettato**, rispetto a quanto potremmo dedurre dalla sua appartenenza al Fmi. A torto o a ragione, il “cane da guardia” delle politiche di rigore e austerità in questi anni di crisi.

Era il 2 novembre 2011, siamo a Washington, in un meeting dell'Istituto Bruno Leoni (il più importante network liberal italiano) dedicato al futuro della sanità al tempo dell'austerità. Tra gli speaker d'eccellenza anche **Carlo Cottarelli**, direttore del Dipartimento finanza pubblica del Fondo Monetario Internazionale. Lo stesso Cottarelli che, pochi giorni fa, è stato scelto da **Enrico Letta** e **Fabrizio Saccomanni** per guidare la nuova spending review della spesa pubblica.

Per Cottarelli, infatti, i sistemi sanitari dei paesi sviluppati vanno riformati per stare al passo dei tempi e delle strette di bilancio, ma da qui a parlare di tagli ce ne passa.

“Le riforme sanitarie - sottolinea - sono un elemento estremamente importante per la stabilità fiscale in tutti i paesi sviluppati”. Ma di stabilizzazione dobbiamo parlare, non di tagli, perché, dice, “ridurre la spesa rispetto al tasso del PIL in quest'area sarà molto difficile”. “Il che significa - aggiunge - che l'adeguamento fiscale necessario per stabilizzare e poi ridurre il debito in rapporto al tasso del PIL dovrà arrivare da altre fonti”.

Ma questo non vuol dire che non si possa far nulla. Soprattutto osservando cosa è accaduto in sanità nel passato con un aumento medio molto forte della spesa sanitaria in tutti i paesi sviluppati.

Una tendenza ora attenuata ma che si ripresenterà a breve per due fattori dirimenti: l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica. E soprattutto su quest'ultima insiste Cottarelli, convinto che essa avrà un ruolo importante nel determinare i trend di crescita della spesa sanitaria nei prossimi

20 anni, incidendo per i 2/3 dell'incremento (il resto è dovuto all'invecchiamento). Una stima che si discosta da quella dell'UE, come ricorda lo stesso Cottarelli, che non dà invece molto valore economico, in termini di aumento della spesa sanitaria, alle nuove tecnologie.

In tutto, secondo il Fmi, dovremmo aspettarci un aumento medio di circa 2 punti di Pil (con picchi fino al 3% in alcuni Paesi europei). La buona notizia è che l'Italia mostra trend molto più contenuti, collocandosi in fondo alla classifica (vedi slide) con un incremento che si aggirerebbe attorno al mezzo punto di Pil da qui al 2030.

Le cinque “mosse di Cottarelli. In ogni caso si deve intervenire. E la ricetta di Cottarelli si basa essenzialmente su cinque linee di intervento:

1. più concorrenza e più libertà di scelta del paziente tra assistenza pubblica e assicurazioni private (choice across providers and insurers), un combinato disposto che, da solo, potrebbe produrre quasi mezzo punto di Pil di risparmi;
2. e poi appalti e gestione, il cui maggiore controllo porterebbe ad un altro 0,37% di Pil di risparmi;
3. poi la definizione di un tetto di spesa alle singole voci che, se ben strutturato, porterebbe a un altro 0,26% di Pil risparmiato;
4. e ancora una più attenta selezione (gatekeeping) della domanda, con risparmi nell'ordine dello 0,08%
5. e infine l'ottimizzazione del lavoro e dell'utilizzazione delle tecnologie dalle quali si può attendere un ulteriore 0,05% di Pil di risparmi.

In tutto, un punto e un quarto di Pil, che ridurrebbe di molto l'impatto del trend di crescita stimato in 2 punti di Pil da qui al 2030. Un 1,25% di Pil sul quale Cottarelli non metterebbe la mano sul fuoco (“troppe le variabili”, ha detto) ma che dà l'idea della massa di denaro che comunque può essere aggredita da interventi di razionalizzazione, senza per forza dover intaccare i sistemi sanitari in vigore.

La ricetta di Cottarelli non “sposa” questo o quel modello. La sua analisi spazia infatti a tutto tondo dai sistemi sanitari in vigore negli Usa a quelli della vecchia Europa. Cercando di prendere il meglio delle diverse esperienze di governance. Dall'Italia due gli esempi da seguire: i tetti di spesa che responsabilizzano su un budget di risorse prefissato e il pagamento delle prestazioni per caso trattato (case based payment).

Ma Cottarelli fa anche l'indice delle cose da “non fare”, perché assolutamente inutili per contrastare gli aumenti di spesa. In primis le politiche di controllo dei prezzi. Per il futuro neo commissario alla spending review, rischia di essere sempre vanificato dalle prescrizioni dei medici che andrebbero molto probabilmente verso servizi e prestazioni più costose. Al secondo posto delle cose “inutili” la deregulation dei sistemi assicurativi e infine una terza cosa da non fare, da lui stessa definita “non intuitiva”, e che farà discutere qualora ne dovesse riparlare oggi in Italia: l'assoluta inefficacia, ai fini del risparmio si intende, di una politica volta a offrire più informazioni ai cittadini sulla qualità e il costo delle prestazioni che ricevono.

La sfida della prevenzione e della responsabilità sulla propria salute. Da Cottarelli arriva poi un invito apparentemente più da medico che da economista, quando sottolinea come modifiche agli approcci sanitari che puntino di più sulla prevenzione e la promozione di migliori stili di vita, “potrebbero contribuire considerevolmente a ridurre la spesa sanitaria”. Tant'è, questo l'auspicio rivolto ai Governi, “si dovrebbero incoraggiare maggiormente campagne contro il fumo, l'abuso di alcol e per promuovere l'attività fisica”. Ma anche, aggiunge, prevedendo magari delle forme di co-responsabilizzazione del cittadino nell'erogazione delle cure “linkandole all'esecuzione di programmi di check up completi e regolari”.

E il maggior ricorso al privato? Di fronte all'ipotesi di una maggiore privatizzazione dell'assistenza in generale, con più ticket e affidamento ai privati di parte delle prestazioni non essenziali, il suo giudizio è netto: “Di tutto ciò si può ragionare. Ma qualsiasi privatizzazione deve essere correlata da garanzie certe a tutela di coloro che non possono permettersi di sostenere il pagamento delle prestazioni sanitarie”. “Tendiamo a dimenticare, soprattutto noi economisti, che l'assistenza sanitaria è molto importante e va ben oltre il problema del finanziamento. E' quindi importante che sia sempre

garantita una rete sanitaria efficiente e sicura per tutti coloro che non possono pagare per la propria salute”.

C.F.



Il bagnino che affogò LA RICERCA BIOMEDICA

Il primato nei farmaci avanzati ceduto all'estero da Carlo Sama. Ora un saggio racconta come l'Italia ha sprecato un futuro hi-tech

DI GIANLUCA DI FEO

**LE COLPE DI POLITICI
E INDUSTRIALI UNITE
ALLA DIFFIDENZA
VERSO LA PRODUZIONE
SCIENTIFICA**

Adriamicina. Una parola magica che 45 anni fa ha aperto al nostro Paese le porte del mercato più redditizio: quello dei farmaci anti-tumorali, la cura che proprio allora ha rivoluzionato l'oncologia. Un miracolo nell'Italia del miracolo economico, figlio di una pattuglia di ricercatori con grandi idee e poche risorse. E dell'intesa con un'azienda che sarebbe diventata ricca grazie a quella molecola capace di fermare il cancro. Erano le premesse perché a Milano si sviluppasse un'industria farmaceutica d'alto livello, capace di confrontarsi con i giganti mondiali di Big Pharma, creando ricerca, profitti e salute o quanto meno una prospettiva di vita meno drammatica per i malati di cancro. Invece siamo stati capaci di soffocare questo germoglio, distruggendo le chance per entrare nel settore più promettente del presente e del futuro.

La storia di questa disfatta è il punto di partenza di un saggio, rigoroso e documentatissimo, che racconta con la verve di un pamphlet uno dei delitti più gravi del dopoguerra: l'uccisione della ricerca biomedica in Italia. La prima delle eccellenze nazionali che abbiamo svenduto agli stranieri e poi lentamente smantellato, fino a diventare terra di conquista per prodotti concepiti altrove. Gli autori sono Silvio Monfardini, uno dei padri della chemioterapia nel nostro Paese, e Daniela Minerva, che sulle pagine de "L'Espresso" da oltre vent'anni si occupa di questi argomenti. I due non hanno remore a indicare i colpevoli, facendo nomi e cognomi. Una tragedia sintetizzata in un'immagine sorprendente, che dà il titolo al libro in uscita per "Codice edizioni": "Il bagnino e i samurai".

I "sette samurai" sono i giovani scienziati che furono riuniti alla fine degli anni Sessanta da Gianni Bonadonna all'Istituto Tumori di Milano per le prime sperimentazioni della chemioterapia. Nel re-

gno di dolore del Reparto C studiavano gli effetti sui pazienti, che allora erano considerati incurabili, delle sostanze elaborate da Farmitalia, impresa del gruppo Montedison. I loro studi si sono imposti nel mondo, dimostrando che l'adriamicina funzionava: il farmaco made in Italy è diventato nei decenni successivi un elemento fondamentale della terapia contro diverse forme di cancro e le sue fortune proseguono ancora oggi.

Il "Bagnino" invece è Carlo Sama, il ragioniere dalla bella chioma che negli stessi anni spopolava sulle spiagge romagnole dove si conquistò le grazie di Alessandra Ferruzzi, tanto da sostituire nel 1990 Raul Gardini al vertice dell'intero gruppo Ferruzzi-Montedison. La holding di Foro Bonaparte aveva fuso Farmitalia con la Carlo Erba, gettando le basi per un colosso nazionale delle medicine. Ma il sogno si è spento nel marzo 1993 quando Sama lo ha venduto agli svedesi della Kabi Pharmacia per 2 mila miliardi di lire. Soldi incassati per dare ossigeno alle sgangherate strategie della famiglia ravennate e che sono stati bruciati in soli cinque mesi: a fine luglio 1993 la retata per il tangentone Enimont ha travolto definitivamente i Ferruzzi.

Oggi il "Bagnino" è tornato alla vocazione originaria: gestisce un resort alla moda con music lounge sull'arenile di Formentera, gettonatissimo da veline e calciatori. Un profilo inconciliabile con quello dei "sette samurai". Il soprannome venne coniato dal loro leader Gianni Bonadonna perché come i guerrieri giapponesi sapevano «affrontare a viso aperto ogni difficoltà, gli ostacoli e gli imprevisti». Con lui c'era una pattuglia di trentenni che venivano da tutte le regioni: Mario De Lena, Emilio Bajetta, Gabriele Tancini, Gianni Beretta, Pinuccia Valagusa e Silvio Monfardini, l'autore del libro. Erano «giovani, aggressivi e senza il sangue blu necessario per entrare nella corte degli accademici», come li definì un chirurgo coetaneo con cui iniziò subito una collaborazione, Umberto Veronesi: Bonadonna non ha mai avuto una cattedra universitaria, ma resta un'autorità stimata al massimo livello negli Stati Uniti.

I sette guardavano all'America. Lì la guerra al cancro proclamata dal presiden-

te Richard Nixon stava pompando fondi stratosferici: si imponeva un nuovo modo di fare ricerca su scala globale, abbattendo gli steccati tra aziende e atenei. Una sfida, raccolta dal pool dell'Istituto Tumori e sancita dal successo dell'adriamicina di Farmitalia che aveva fatto persino piovere a Milano i finanziamenti della Casa Bianca. I ragazzi in camice bianco del Reparto C con il loro entusiasmo e il loro ingegno hanno reso l'Italia protagonista in un mercato mondiale che non ha mai smesso di crescere. Alla fine del 2012 il fatturato planetario dell'industria delle medicine superava i mille miliardi di dollari, con una prospettiva di sviluppo che nonostante la crisi puntava all'8 per cento annuo. Sistema che negli Usa la spesa per gli antitumorali nel 2020 sarà di 158 miliardi di dollari. Mentre in Italia ogni anno spendiamo circa un miliardo e mezzo per questi farmaci. Come scrivono Minerva e Monfardini è «un business colossale, alimentato da una portentosa macchina da guerra. Migliaia di scienziati e un fiume ininterrotto di soldi: soltanto il National Cancer Institute americano ha investito nella ricerca e nelle sperimentazioni oltre 90 miliardi di dollari in quarant'anni. Per vincere una sfida scientifica che ieri sembrava utopia, ma che oggi garantisce una cura a 250 mila nuovi malati l'anno solo in Italia. Molti di loro sono trattati anche con i farmaci comprati dalle grandi multinazionali che hanno speso per lo sviluppo di ciascuno di essi circa un miliardo di dollari, impiegando centinaia di ricercatori di alto livello. Esistono, insomma, un'industria e una scienza del cancro, primo motore di progresso, da cui noi siamo usciti, lasciando così fuori dalla porta uno dei settori più ricchi e palpitanti della modernità. E questo non è senza conseguenze tangibili sulla società e sulla salute degli italiani».

Chi sono i colpevoli? Sul banco degli imputati c'è soprattutto una classe politica e imprenditoriale miopi e rapaci. Una razza padrona e spesso ladrona di boiardi e padroncini. Il libro passa in rassegna tutti gli scandali che hanno segnato il rapporto tra società farmaceutiche e partiti in Italia. Mazzette e trame, segnate dai proce-

dimenti giudiziari spesso clamorosi come quello dell'ex ministro Francesco De Lorenzo e dell'indimenticato Duilio Poggiolini, che aveva riempito i puff del salotto con le monete d'oro versate dai produttori di pasticche. I partiti si infilano dovunque, condizionando le scelte per assecondare il capocorrente del momento. Disperdono le risorse per la ricerca in una pletera di istituti sparsi per il territorio; impongono le nomine sulle poltrone chiave; lasciano senza direttive il settore o lo asfissiano con regolamentazioni iperburocratiche: la negazione della scienza moderna.

La saga della chimica nazionale, dalle spregiudicate manovre di Eugenio Cefis fino alle tangenti Enimont, è il tripudio di questo declino. Anche scoperte da Nobel come il Moplen elaborato da Giulio Natta vengono vanificate dall'assenza di capitali e strutture industriali, costellando invece l'Italia di impianti nati già arretrati e profondamente inquinanti. E - come sottolineano gli autori - senza una forte industria chimica non può esserci ricerca **farmaceutica** di livello.

In "Il bagnino e i samurai" l'analisi viene costruita sulla base della testimonianza diretta di Monfardini e delle interviste che Minerva ha realizzato a tutti i protagonisti del settore, italiani e internazionali. Le conclusioni sono lapidarie. Gli industriali sono sempre rimasti ancorati a una dimensione provinciale, barricati in un mercato feudale tutelato dalla politica. Scarsi investimenti nella sperimentazione, nessuna visione globale: gli stessi difetti di tutta l'imprenditoria nazionale. «Fini poi che gli italiani scambiarono per innovazione la mera produzione sul territorio nazionale di tecnologie innovative pensate e sperimentate altrove. Questo si è fatto da duecento anni a questa parte e questo ancora si fa. Senza nulla togliere ai pionieri, ▶ soprattutto milanesi e torinesi, come Zambelletti, Carlo Erba o Roberto Lepetit che si formarono facendo studi scientifici e

misero su imprese centrate sull'innovazione. Resta, però, che lo fecero elaborando idee e prodotti originali pensati altrove. Rimasero farmacisti, anche quando la loro farmacia diventò uno stabilimento. Non fecero mai il salto che sarebbe stato necessario a diventare industria hi-tech: collegamento con le università e la ricerca scientifica, e massa critica sufficiente a finanziare l'accademia chiamandola a rispondere a quesiti industriali».

I profitti sono comunque garantiti grazie alle pressioni, lecite o meno, sugli organismi pubblici che regolavano vendite e prezzi. E persino sui singoli medici, spesso pronti a prescrivere medicine griffate dietro tornaconto. Un capitolo affrontato con la testimonianza di Nello Martini, per anni alla guida dell'Aifa, l'Agenzia statale dei **farmaci**: «Le imprese italiane non hanno avuto bisogno di medicine innovative, e quindi di fare in modo di scoprire nuove molecole efficaci. Perché l'Italia, anche politicamente, ha sposato la strada del co-marketing. È stata data la possibilità alle aziende **farmaceutiche** italiane di fare degli accordi con le americane o le europee che avevano i nuovi **farmaci**. L'industria **farmaceutica** italiana pagava dei diritti di sfruttamento molto alti ma aveva in mano il meglio della scienza mondiale. Certo, poi doveva assicurarsi su quel farmaco profitti importanti, ma lo ha sempre fatto col marketing "molto aggressivo". Ossia grazie ai patti occulti con la politica e gli intralazzi con i medici di base.

La questione ha però radici più profonde: la diffidenza degli italiani verso la scienza, acuita negli ultimi decenni. E un'ostilità manifesta verso la ricerca **farmaceutica** «che puzza troppo di profitto per essere considerata alta»; «una critica che ha pervaso l'inconscio collettivo degli scienziati e dell'opinione pubblica». Un «marchio di infamia» che allontana i giovani da laboratori dove idee e energie nuove sono invece decisivi. Minerva e Monfardini vengono da una militanza di sinistra e credono nella sanità pubblica, ma non ritengono che Big Pharma sia sempre il diavolo: «Molta classe politica, soprattutto di centrosinistra, fatica a pensare un rapporto virtuoso con l'industria che possa generare buona ricerca e sviluppo economico». La stessa ostilità che portò allora ministro Rosy Bindi a disertare l'inaugurazione del polo scientifico di Nerviano: «Non vado

dove si fanno profitti sulla pelle dei malati».

Proprio Nerviano incarna la triste parabola della ricerca biomedica italiana. La struttura modello milanese fu realizzata nel 1997 dai padroni svedesi di Farmitalia. Quando nel 2002 il colosso scandinavo venne divorato dal numero uno mondiale, la Pfizer statunitense, il destino dei laboratori italiani fu subito segnato. Alcuni imprenditori tentarono di rilevarli, ma vennero bloccati dai veti incrociati della politica romana e lombarda. Che invece consegnarono il polo hi-tech a frate Franco Decaminada, padre spirituale dei Figli dell'Immacolata concezione: i proprietari dell'Idi, l'Istituto dermatologico celebre nella capitale per le sue pomate. In pochi anni il pio istituto, prima di venire inghiottito da un vortice di sprechi e malversazioni, ha divorato la dote di 200 milioni lasciata dalla Pfizer a Milano e dichiarato bancarotta con debiti per 180 milioni. Nerviano a quel punto è passata alla Regione Lombardia per volontà di Roberto Formigoni e affidata a suoi uomini di fiducia, tutti premiati con compensi d'oro mentre le perdite aumentano. E la ricerca? Sopravvive solo per l'ostinata resistenza dei giovani scienziati, senza risorse per pensare il futuro.

Nella diagnosi spietata della deriva che sta travolgendo questa eccellenza italiana, gli autori non rinunciano a seminare speranza. Lo fanno descrivendo esempi positivi nati in provincia, come il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, o i risultati realizzati nonostante tutto nella stessa Nerviano. Resta la domanda: torneremo mai a protagonisti nella ricerca biomedica mondiale? La risposta di Umberto Veronesi nell'intervista finale del saggio può apparire sorprendente: «Ma guardate che siamo protagonisti. Facciamo poca ricerca, perché ci sono poche risorse, ma nell'indice pro-capite di produzione scientifica siamo nei primi posti nel mondo. La genetica la facciamo bene, gli ematologi italiani sono bravi, anche gli oncologi italiani sono bravi. Basterebbe finanziare più e meglio. Togliere la ricerca biomedica dalla gabbia che oggi rappresenta il servizio sanitario nazionale e liberarla dall'abbraccio del ministero della Salute». Riforme che non sono all'orizzonte, perché - come conclude Veronesi - «ci vorrebbe un premier forte. Sostenuto da una maggioranza forte». Ma questa in Italia è fantascienza, non scienza. ■

LA QUESTIONE SUL TAVOLO CI SAREBBE L'IPOTESI DI UN TAGLIO DI CIRCA 1,5 MILIARDI L'ANNO, A PARTIRE DAL 2014

Lorenzin: mi batterò come una leonessa per evitare i tagli proposti alla sanità

● **ROMA.** Nuova legge di Stabilità e nuovo alarime per possibili tagli al Fondo sanitario nazionale, quei circa 107 miliardi di euro che garantiscono l'universalità della sanità pubblica, che già ha perso circa 30 miliardi tra 2010 e 2014. «Mi batterò come una leonessa» assicura il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, proprio per evitare una nuova sforbiciata ai conti della sanità che metterebbe a rischio «l'erogazione delle cure»: «In Consiglio dei ministri ho posto la questione ma Saccomanni non mi ha detto che siano previsti tagli» al Servizio sanitario nazionale, insiste Lorenzin, anche se l'ipotesi comincia a circolare con insistenza in queste ore, ed era già stata ventilata dal viceministro Fassina nei giorni scorsi.

E già sarebbe in corso, da giorni, l'ennesimo braccio di ferro tra Salute ed Economia: al momento nessuna decisione sarebbe ancora stata presa, ma sul tavolo ci sarebbe l'ipotesi di un taglio di circa 1 miliardo-1 miliardo e mezzo l'anno, a partire dal 2014, non lineare ma da ottenere con misure «chirurgiche», come la chiusura dei laboratori di analisi in sovrannumero. Ma si potrebbero anche rispol-

verare, magari rendendole più stringenti, misure già varate dai precedenti governi, come i risparmi sugli acquisti di beni e servizi attraverso i prezzi di riferimento, sospesi al momento dal Tar e in attesa di essere rivisti. Così come si potrebbe accelerare l'attuazione di misure rimaste proprio sulla carta, come il taglio dei posti letto ospedalieri. Con la spending review del governo Monti, si era previsto di portare a 3,7 per mille abitanti i posti letto (misura cifrata allora prudenzialmente in soli 50 milioni di euro di risparmi): finora non se ne è fatto nulla perché le Regioni hanno fatto muro contro il regolamento sui nuovi standard ospedalieri stilato dall'ex ministro Balduzzi. Della questione, così come della chiusura dei piccoli ospedali, avevano iniziato ad occuparsi i tavoli tecnici avviati per preparare il nuovo Patto per la Salute, orma scaduto da quasi un anno. Ma la posizione dei governatori, ieri come oggi, non cambia: prima certezze sulle risorse, poi la firma del Patto. Giusto mercoledì il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, aveva ricordato la situazione già «drammatica della sanità visto che nel 2013 c'è stato, «prima volta nella storia,

un decremento di 1 miliardo» rispetto al 2012.

E che il sistema sia sull'orlo del baratro lo hanno già denunciato anche i sindacati lanciando un Sos al governo perché la sanità non diventi ancora una volta «l'agnello sacrificale» sull'altare della tenuta dei conti pubblici. Toccherà anche a Carlo Cottarelli, il direttore del Dipartimento finanza pubblica del Fondo monetario internazionale, scelto da Enrico Letta e Fabrizio Saccomanni per guidare la nuova spending review nel comparto pubblico, stabilire in parte il percorso. Due anni fa, come ricorda Quotidiano Sanità, indicava per il settore cinque linee di intervento: più concorrenza e più libertà di scelta del paziente tra assistenza pubblica e assicurazioni private; appalti e gestione, il cui maggiore controllo porterebbe ad un altro 0,37% di Pil di risparmi; un tetto di spesa alle singole voci che, se ben strutturato, porterebbe a un altro 0,26% di Pil risparmiato; una più attenta selezione (gatekeeping) della domanda, con risparmi nell'ordine dello 0,08% e infine l'ottimizzazione del lavoro e dell'utilizzazione delle tecnologie dalle quali si può attendere un ulteriore 0,05% di Pil di risparmi.



SALUTE Il ministro Beatrice Lorenzin



SELPRESS
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Mario Calabresi

Diffusione Testata
234.856

3
I numeri
chiave

5
miliardi
I laboratori di analisi
in soprannumero:
saranno chiusi

3,7
posti letto
Ogni mille abitanti
negli ospedali: il
tetto da raggiungere

16
miliardi
I posti letto che
saranno tagliati
con il piano-risparmi

7
giorni
L'obiettivo per
la durata media
delle degenze

160
stipuliare
Da chiudere perché
hanno meno
di 120 posti letto

Con il riordino degli ospedali altri tre miliardi di risparmi

L'ipotesi è di ridurre il Fondo sanitario nazionale: un miliardo nel 2013, due nel 2014

PAOLO RUSSO
ROMA

Ridurremo chirurgicamente gli sprechi ma per reinvestirli in sanità», assicura la titolare della Salute, Beatrice Lorenzin, nella conferenza stampa dei "magnifici 4" del Pdl al governo. «Non siamo sicuri di poter evitare interventi sulla sanità, purtroppo per lasciare l'Imu, tagliare il cuneo e finanziare le altre misure in programma le risorse non bastano», sembra smentirla il vice-ministro dell'Economia, Stefano Fassina. Così a pochi giorni dal varo della legge di stabilità sul Fondo sanitario nazionale sembra destinata ad abbattersi una manovra da 3 miliardi di euro, uno a valere sul 2013 e gli altri due sul 2014. Nel mirino dei tecnici dell'Economia, che starebbero però lavoran-

NESSUN RINCARO

Resta esclusa l'ipotesi di introdurre nuovi ticket sulle prestazioni

do anche con quelli della Salute, ci sono i reparti ospedalieri sottoutilizzati con almeno 16 posti letto da chiudere o riconvertire, 5mila laboratori di analisi in soprannumero e i soliti prezzi impazziti degli acquisti di beni e servizi sanitari. Cose di per se non sgradite alle regioni che però di tagli al fondo non vogliono sentir parlare e minacciano di non firmare il Patto per la salute.

Partiamo dal taglio «retroattivo», quel miliardo sul 2013 oramai agli sgoccioli.

L'Economia applaude le regioni che con le ultime manovre avrebbero risparmiato due miliardi più del previsto. Quindi «per premio» ne taglierebbero uno al fondo sanitario che per quest'anno deve ancora essere ripartito. Il problema è quei risparmi sono calcolati rispetto alla spesa prevista per fine anno e non al fondo, che è più basso e che alla fine si tingerà pure di rosso. Per cui quel taglio rischia di lasciare a secco le casse regionali.

Per il 2014 si sta lavorando invece di cacciavite. Esclusi nuovi ticket i tecnici starebbero rispolverando il "regolamento Balduzzi" per la riorganizzazione della rete ospedaliera, previsto dalla vecchia spending review ma poi rimasto impantanato tra veti incrociati di alcune regioni e sindacati. Quel regolamento, oltre a ribadire lo standard di 3,7 posti letto ogni mille abitanti, fissava al 90% il tasso di utilizzo degli stessi letti e in meno di 7 giorni la durata media delle degenze. Il che equivale fare a meno di circa 16mila posti letto, senza tagli a casaccio ma chiudendo i battenti di quei reparti che lavorano sotto giri. «Gli standard valgono poi anche per il personale, nel senso che per ogni tipologia di posto letto si stabilisce quanti medici e infermieri sono necessari», precisa il coordina-

COSTI ECCESSIVI
È in fase di studio il sistema di controllo dei prezzi

tore degli assessori regionali alla sanità, il veneto Luca Colletto. Che di per se non boccia il piano, ma specifica che «perso-

nale e posti letto vanno riconvertiti per garantire servizi dove ci sono carenze non per giustificare nuovi tagli». E in quest'ottica si vorrebbe ritentare la chiusura degli ospedaletti con meno di 120 posti letto, che sono ancora oltre 160, costosi e pericolosi perché privi di servizi di emergenza.

I risparmi "pronto cassa" arriverebbero però dalla chiusura del laboratori di analisi in soprannumero. L'Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali del Ministero ne ha censiti cinquemila. Solo nel Lazio ci sarebbero 500 laboratori, mentre per le esigenze della popolazione ne basterebbero 50. Per un buon tre quarti si tratta di piccole strutture private, che le Regioni rimborsano cash. Chiuderle darebbe quindi risparmi certi e immediati.

Poi ci sono i costi dei beni e servizi, da quelli di lavanderia a cose tecnologiche come stent, tac e risonanze. Lo scorso anno si era provato a porre ordine alla giungla dei prezzi con un nomenclatore tarato però troppo verso il basso, tanto da essere annullato dal Tar. Sempre l'Agenas ha ora raffinato lo strumento definendo dei prezzi di riferimento più realistici ma comunque in grado di contenere la spesa. Tutte misure che l'Economia potrebbe però decidere all'ultimo di sostituire con tagli più grezzi ma a gettito assicurato, mentre la Lorenzin spera ancora non se ne

faccia niente.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Intanto i medici scrivono a Letta per chiedere che «la sanità non sia ancora una volta l'agnello sacrificale» e il presidente della conferenza delle Regioni, Vasco Errani ricorda che «già nel 2013, per la prima volta, il fondo sanitario ha subito un decremento rispetto all'anno precedente».

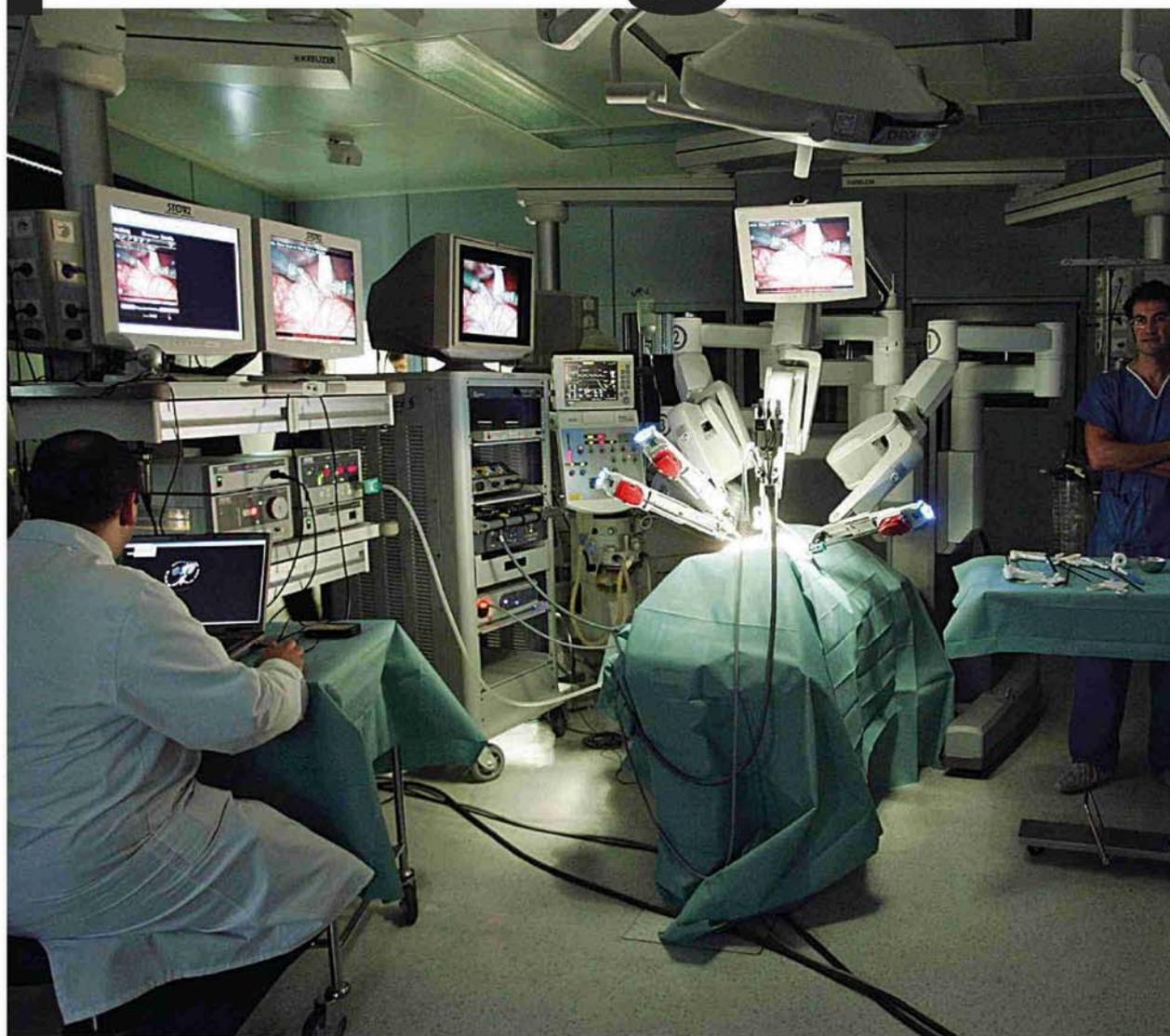
Il viceministro

Non siamo sicuri di poter evitare interventi sulla sanità, per cuneo e Imu le risorse non bastano

Stefano Fassina

Scienze CHIRURGIA

DA VINCI può sbagliare



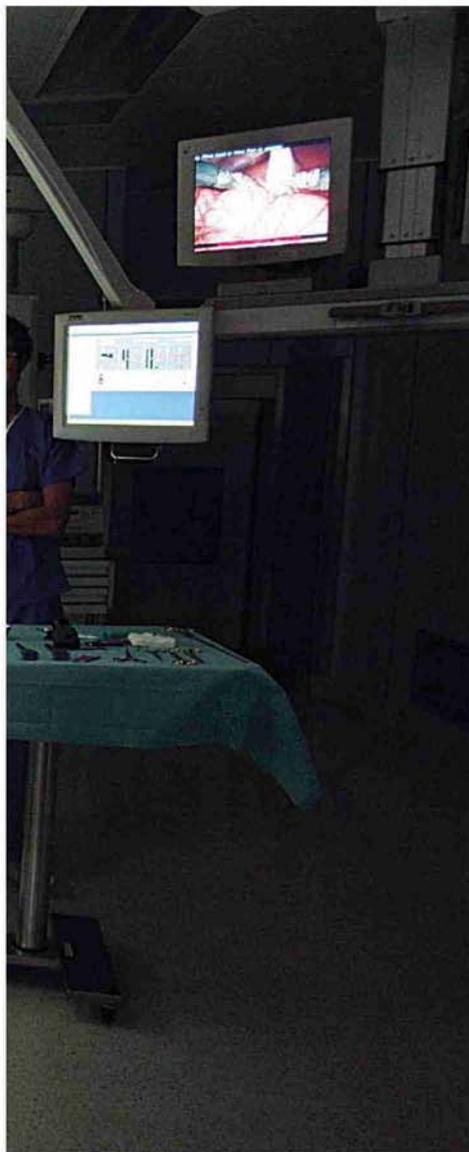
Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

■ SELPRESS ■
www.selpress.com



Il robot che sempre più spesso opera cuore, utero polmoni, prostata costa milioni. E un rapporto ne svela gli errori

DI NICOLA NOSENGO



Alla fine anche la Food and Drug Administration si è dovuta chiedere se è proprio tutto oro quello che luccica. La scorsa primavera, l'agenzia statunitense che autorizza farmaci e dispositivi medici ha messo sotto osservazione speciale il Da Vinci, il "robot chirurgo" prodotto dalla società californiana Intuitive Surgical cui nel 2000 aveva spalancato le porte delle sale operatorie d'America, e da lì del mondo intero. I chirurghi lo usano sempre di più: oltre 367 mila interventi nel 2012 negli Usa, il 26 per cento in più rispetto all'anno precedente. Ma con gli interventi crescono anche gli adverse events reports che si accumulano sul tavolo della Fda, rapporti che i chirurghi devono obbligatoriamente presentare ogni volta che qualcosa va storto. Lo scorso anno quelli legati al Da Vinci sono stati 282, il 34 per cento in più rispetto al 2011. A volte intoppi tecnici senza conseguenze, a volte errori compiuti dai chirurghi che manovravano il robot, perché un tema forte è quello della formazione non sempre all'altezza. Ma in qualche caso, rimbalzato sui grandi quotidiani americani, pazienti che hanno subito lesioni e danni permanenti dopo l'operazione hanno fatto causa alla stessa Intuitive, accusandola di non formare a dovere i chirurghi e di fare marketing troppo aggressivo per convincerli a usare il robot anche quando non ce ne sarebbe bisogno. E così la Fda ha avviato un'indagine per capire se quella che sembrava la più grande rivoluzione vista in chirurgia negli ultimi decenni stia davvero mantenendo le promesse. La risposta interessa molto anche noi, perché l'Italia è il Paese europeo che ha speso di più per il Da

Vinci, ed è anche il Paese in cui potrebbero nascere tecnologie alternative, se solo si trovasse qualche soldo per sostenerle.

LEONARDO IN SALA

Il Da Vinci (chiamato così in omaggio a quel Leonardo che progettò i primi robot della storia) non sostituisce il chirurgo, ma ne diventa un'estensione. Ha quattro bracci alle cui sottilissime estremità (poco più che aghi) sono montati strumenti per tagliare, cauterizzare, suturare. Il chirurgo lo manovra da una console, di solito fuori dalla sala operatoria. Una microcamera su un endoscopio gli restituisce immagini 3D e ingrandite degli organi interni del paziente, che osserva su uno schermo. Può controllare con naturalezza, come fossero sue, quelle piccole "manine", che eseguono movimenti controllati al millimetro impossibili per delle mani vere. E per entrare nel corpo del paziente bastano minuscoli fori, anziché tagli con il bisturi.

In questo modo il Da Vinci consente, sulla carta, interventi meno invasivi, operazioni non praticabili con tecniche tradizionali, ricoveri più brevi. Meno rischi, sanguinamenti e cicatrici. Queste promesse hanno consentito alla Intuitive di vendere oltre 2.500 esemplari in tutto il mondo. In Italia i robot si sono affacciati in sala operatoria prima timidamente, ma dal 2006 in poi è stata un'invasione. Oggi siamo il terzo Paese al mondo dopo Usa e Giappone che ne ha di più: ben 66, che nel 2012 hanno eseguito più di 7 mila interventi. Soprattutto su tumori dell'utero o della prostata, ma anche su cuore, polmoni, apparato digerente. La Toscana per esempio ha ben sette Da Vinci nei suoi ospedali, numero giudicato eccessivo dagli stessi chirurghi che li usano. Mettersi in casa un Da Vinci, d'altronde, è anche ▶

17 ottobre 2013 | L'Espresso | 107

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Scienze

Dov'è il futuro

Ecco i robot chirurgici che faranno concorrenza a Da Vinci

SURGENIUS DA VERONA

Un prototipo creato dalla start up veronese Surgica Robotica e progettato da Paolo Fiorini, un professore all'Università di Verona con un passato alla Nasa. Nasce come alternativa più economica al Da Vinci. È un robot modulare, con 3 o 4 bracci montati su carrelli indipendenti. In questo modo per le operazioni più semplici, come le biopsie, non è necessario utilizzare la configurazione completa, e un ospedale a corto di fondi può acquistare anche solo uno o due bracci. Inoltre i suoi strumenti possono essere sterilizzati e riutati più volte rispetto al Da Vinci. Il primo prototipo è costato tre milioni di dollari e ha superato test sugli animali. Ma mancano i fondi per portarlo in clinica. «Siamo nella tipica death valley delle start up», spiega Fiorini: «Abbiamo una bella macchina certificata ma grandi problemi a trovare un finanziatore».

BRACCI EUROPEI

A Trezzano, nel Milanese, è nato Telealp AifX, il sistema di telechirurgia basato sulle ricerche del Joint Research Centre della Commissione Europea a Ispra (Varese). Ha bracci indipendenti controllati da una console remota, strumenti riutilizzabili e soprattutto dà al chirurgo il feedback tattile che manca con il Da Vinci. Per ora è stato

sperimentato solo in operazioni simulate.

TEDESCO E SUPERLEGGERO

Progettato dagli ingegneri della DLR, l'agenzia spaziale tedesca, Miro pesa meno di 10 kg e ha più o meno le dimensioni di un braccio umano. A differenza del Da Vinci, il chirurgo può manovrare direttamente dalla sala operatoria. Può guidare virtualmente qualunque tipo di strumento, dal bisturi laser per separare ossa alla preparazione dei fori in cui si inseriscono le viti per riparare le fratture, fino alla vera e propria chirurgia mini-invasiva.

ALTERNATIVA PISANA

Single-Port lapaRoscopia bimaNual robot, Sprint, è il prototipo di punta del gruppo di chirurgia robotica alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. È un sistema di chirurgia mini-invasiva a porta singola, cioè a cui basta un singolo foro nell'addome del paziente per introdurre tutti gli strumenti necessari



all'operazione: due bracci robotici e una camera stereoscopica. Il chirurgo usa due manopole dotate di ritorno tattile e un pedale, e segue l'operazione su un monitor 3D. A differenza del Da Vinci, dove i bracci sono collegati con cavi a grossi motori esterni che li alimentano, Sprint ha tutti i motori a bordo e non usa cavi. Scelta che lo rende un po' più pesante, ma era necessaria per non infrangere uno dei tanti brevetti Intuitive.

una bella operazione di marketing per gli ospedali, e qualche volta per le fondazioni bancarie che danno una mano a comprarlo.

I casi di cronaca americani non hanno scalfito più di tanto la fiducia dei chirurghi italiani. «Il caso che ha fatto più rumore in America è quello di una sutura che non si è rimarginata dopo un'asportazione dell'utero», spiega Ugo Boggi, direttore della chirurgia generale all'Ospedale di Pisa, uno dei principali «Davincisti» (si chiamano così) in Italia: «Se succede una volta è un problema del chirurgo, non della tecnologia. Quello che dobbiamo capire è se succede più o meno spesso che con altri sistemi». E per la cronaca, la prima causa arrivata effettivamente davanti a un giudice Usa l'ha vinta la Intuitive. Ma il vero problema è che 13 anni e migliaia di interventi dopo l'arrivo del Da Vinci non è ancora chiaro se i vantaggi valgono fino in fondo i suoi costi: circa 2,5 milioni di euro per l'acquisto, più onerosissimi contratti di manutenzione e materiali monouso che costano circa 1.500 euro per ogni

intervento. Come annota Marina Cerbo, dirigente della sezione Innovazione, sperimentazione e sviluppo di Agenas, l'agenzia che monitora costi e prestazioni del sistema sanitario italiano: «La quantità e qualità degli studi sono insufficienti a dimostrare la superiorità della chirurgia robotica».

«Per misurare i vantaggi servono grandi numeri di interventi, e l'uso del robot è ancora troppo recente per metterne assieme abbastanza», spiega Giuseppe Spinoglio, direttore di chirurgia generale all'Ospedale di Alessandria e presidente della Clinical Robotics Surgery Association: «D'altronde anche la laparoscopia si usa dai primi anni '90, ma per dire con certezza che è più vantaggiosa della chirurgia "a pancia aperta" abbiamo dovuto aspettare fino pochi anni fa». La chirurgia laparoscopica è un'altra tecnica poco invasiva: si inseriscono nell'addome del paziente, attraverso un forellino, sottilissimi tubi dotati di fibre ottiche e di microstrumenti chirurgici, che il chirurgo manovra dall'altro capo del tubicino. I mo-

vimenti sono più limitati rispetto alla chirurgia robotica, e non c'è il raffinato servocontrollo del Da Vinci: insomma, se trema la mano del chirurgo trema anche lo strumento che fa l'incisione. Ma il costo dell'attrezzatura è di gran lunga minore (qualche decina di migliaia di euro), e i risultati buoni.

DILEMMA OPERATORIO

I chirurghi tendono così a dividersi in fazioni: «robotici» da una parte, aficionados della laparoscopia dall'altra. Chi ha scelto di non usare il Da Vinci è categorico, come Alberto Arezzo, specialista di chirurgia digestiva all'ospedale Le Molinette di Torino. «Non ci crediamo perché abbiamo constatato che in chirurgia digestiva non ci sono vantaggi, qualunque parametro si consideri: tempo operatorio, complicanze, sanguinamenti, lesioni interne durante l'intervento... L'unica cosa certa sono i costi».

Che il robot sia usato più di quanto sarebbe il caso lo ammettono anche gli entusiasti del robot, come si autodefinisce Ugo Boggi. «Dovrebbe essere usato solo per interventi

■ SELPRESS ■
www.selpress.com



I ROBOT CHIRURGHI MIRO, A SINISTRA, E TELEALP, A DESTRA

molto complessi in cui la zona da operare è difficile da raggiungere, o in cui è particolarmente delicata la fase di suturazione, che con il robot si fa meglio. In realtà, una volta acquistato, c'è una certa tendenza a usarlo più possibile». Anche per interventi che si potrebbero fare con minore spesa in laparoscopia, se non addirittura a cielo aperto. Ma i vantaggi ci sono, ribadisce Boggi: «Io ho fatto con il Da Vinci interventi che una volta richiedevano di prosciugare il centro trasfusionale. Con il robot la perdita di sangue è talmente ridotta che in poche ore i pazienti erano in piedi». E il problema dei costi, spiega, andrebbe guardato in maniera più ampia. «Prendiamo la chirurgia della prostata. Si può fare anche a cielo aperto, il paziente va a casa dopo una settimana e l'intervento costa sicuramente meno. Ma con la chirurgia robotica la differenza vera si vede dopo, perché si riducono i rischi di incontinenza e impotenza, che a loro volta

MENO PERDITE DI SANGUE E CICATRICI. MA RICHIEDE MANI SUPER-ESPERTE, E PER L'ADDOME È MEGLIO IL MINIBISTURI

richiederebbero trattamenti dopo l'operazione che qualcuno deve pagare».

MONOPOLIO AMERICANO

Perché certo il problema dei costi difficilmente si risolverà finché quello della Intuitive resterà un monopolio, protetto da decine di brevetti sui componenti del Da Vinci che hanno impedito la comparsa di altri robot in sala operatoria. «Il più importante riguarda il "polsino" che permette di fare le suture», spiega Arianna Menciasci della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, uno dei più importanti centri di ricerca europei sulla robotica: «Scadeva l'anno scorso, e in molti pensavamo che subito dopo sarebbe apparso qualche concorrente». Invece niente, secondo Menciasci anche perché le cause legali negli Usa più che indebolire la Intuitive hanno scoraggiato i potenziali concorrenti: «Intuitive ha spalle larghe e può far fronte alle spese legali. Una piccola start up ci pensa due volte, e se non lo fa lei lo fanno gli investitori che dovrebbero sostenerla».

Peccato, perché così restano nel cassetto le molte innovazioni che proprio centri come il Sant'Anna potrebbero introdurre. «Il Da Vinci usa tecnologie di dieci anni fa», continua Menciasci: «Ma nel frattempo ci sono stati molti progressi in robotica. Si potrebbe mettere più intelligenza a bordo: i bracci del Da Vinci si possono scontrare tra di loro se il chirurgo fa un errore, mentre sarebbe banale impedirlo con un sistema automatico di

evitamento degli ostacoli. Ancora, il chirurgo non ha modo di capire se sta facendo troppa pressione con gli strumenti: lo capisce solo quando vede che il tessuto del paziente diventa bianco, grazie alla visione 3D che per fortuna è ottima. Le tecnologie per dare al chirurgo il senso del tatto oggi esistono, ma aggiungerle al Da Vinci costerebbe, e senza concorrenza Intuitive non ha motivo di farlo». Il gruppo di Menciasci ha inserito molte di queste innovazioni nel suo Sprint, un prototipo di robot per chirurgia mini invasiva più piccolo ed economico del Da Vinci, ma si è vista sbarrare le porte dei finanziamenti: i venture capitalist che hanno sondato il terreno hanno calcolato che per scalfire la posizione di mercato di Intuitive e rientrare dell'investimento servirebbero dai sei ai nove anni: troppi.

«Il fatto che qualcuno possa bloccare il mercato in questo modo è un problema per i pazienti», sintetizza Alberto Arezzo, che per quanto si arruoli tra gli anti-Da Vinci è stato tra i pionieri della chirurgia robotica, e in Germania alla fine degli anni Novanta progettò un prototipo simile al robot Intuitive: «Quello che non perdono alla Intuitive è di promuovere a tutti i costi una tecnologia che avrebbe ancora bisogno di sviluppo. Che i robot possano essere d'aiuto in chirurgia è fuori di dubbio, ma che questo stato dell'arte sia davvero d'aiuto, su questo i dubbi ci sono eccome». ■

17 ottobre 2013 | L'Espresso | 109

“Cure pericolose per la salute” il ministero blocca Stamina Vannoni: andremo all'estero

Ma le famiglie protestano. Gli scienziati: decisione giusta

MICHELE BOCCI

ROMA — La sperimentazione del metodo Stamina non si farà e sono a rischio anche i trattamenti svolti agli Spedali Civili di Brescia. Pericoloso, senza basi scientifiche, non originale. Il comitato di esperti nominato dal ministro alla salute Beatrice Lorenzin a settembre aveva bocciato senza appello il protocollo presentato dal professore di psicologia Davide Vannoni. Quella presa di posizione è stata confermata dall'Avvocatura dello Stato e da ieri è inserita in una “presa d'atto” del ministero, che rappresenta la fine di una ricerca mai iniziata. Restano i 36 pazienti che vengono curati a Bre-

A rischio anche i trattamenti per 36 pazienti svolti agli Spedali Civili di Brescia

scia in base ad altrettante sentenze di giudici di mezza Italia (altri 135 sono in lista d'attesa). «Alla luce di quanto detto dal ministero dobbiamo approfondire con urgenza ciò che avviene nei nostri laboratori — dice il commissario degli Spedali Civili, Ezio Belleri — quel termine, pericoloso, per una struttura pubblica è molto grave». Tra poche settimane il Tar della Lombardia dovrà decidere in merito alla



IL MINISTRO
Beatrice Lorenzin, ministro alla Salute. Sotto, una protesta dei parenti dei malati



chiusura dello stesso laboratorio chiesta dall'Aifa. La presa di posizione del ministero potrebbe avere un peso sulla decisione dei giudici. Intanto verranno prese le cartelle cliniche dei casi seguiti a Brescia per fare una nuova valutazione.

«Si tratta di una bocciatura disonesta. Ad essere pericoloso è il ministro Lorenzin e chi sta gestendo così male questa situazione. Andremo a sperimentare

in Usa», è il commento secco di Davide Vannoni, che contesta le accuse al suo metodo.

«Un annuncio che non avrei mai voluto dare — ha detto ieri Lorenzin — Tante famiglie si erano aggrappate alla speranza che ci fosse una cura. Purtroppo non c'è». Il ministro aveva iniziato ad occuparsi del caso Stamina subito dopo la sua nomina, lavorando per cambiare il decreto Balduzzi, che aveva

aperto al metodo Vannoni rendendo possibile la prosecuzione delle terapie per chi era già seguito a Brescia. La norma venne cambiata, e fu introdotta la sperimentazione. A cinque mesi dalla legge che stanziava 3 milioni per un anno e mezzo di ricerca, salta tutto. Ed è una delusione bruciante per una parte dei pazienti e un sospiro di sollievo per decine di scienziati, non solo italiani. In tantissimi avevano attaccato Parlamento e Governo su questo tema. Ieri hanno espresso soddisfazione Elena Cattaneo, senatrice a vita e direttore del laboratorio stamina di dell'Università di Milano e il genetista Angelo Vescovi (decisione «assolutamente giusta») ma anche l'associazione di malati “Famiglie Sma” e l'assessore lombardo alla ricerca e presidente della fondazione per la ricerca sulla Sla, Mario Melazzini. «Ma mia figlia sta davvero meglio. La notte dorme e non urla di dolore, mangia da sola, segue con gli occhi e muove il capo. Non sono miracoli, so che morirà ma almeno ora vive una vita migliore». Caterina Ceccuti è la mamma di Sofia, la bambina fiorentina con la leucodistrofia metacromatica seguita a Brescia. È arrabbiata ma molto lucida: «Perché ci tolgono questa cura compassionevole? Cosa ci dà in cambio il ministro?». Con suo marito e altri genitori ha organizzato sabato prossimo una manifestazione a Firenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 MARZO

Il ministro Balduzzi fa un decreto che tra l'altro permette ai malati in cura a Brescia di proseguire i trattamenti

23 MAGGIO

Viene approvato il decreto Stamina modificato da Lorenzin, in cui si prevede la sperimentazione

1 AGOSTO

Incontro tra Vannoni e il comitato scientifico durante il quale il professore di psicologia consegna il metodo Stamina

12 SETTEMBRE

Arriva al ministero la relazione del comitato di tecnici che bocchia il metodo Stamina perché pericoloso e non scientifico

Le tappe



I genitori di una paziente

“Nostra figlia sta meglio Ma chi doveva valutare aveva già deciso per il no”

MARIA VITTORIA GIANNOTTI
FIRENZE

È arrabbiato e deluso, ma non può permettersi di mollare neppure un attimo. Per Guido de Barros, e sua moglie Caterina, la posta in gioco è troppo alta: offrire una possibilità di cura alla loro figlia, Sofia.

Il ministro Lorenzin ha annunciato lo stop. Cosa ne pensate?

«Il blocco era nell'aria. Ma la doccia fredda, quando ti arriva addosso, è ancora più fredda di quanto ti saresti immaginato.

Questa sperimentazione doveva servire per testare una terapia di cui non si avevano dati clinici, ma in realtà non è mai iniziata. Gli esperti chiamati a decidere erano già schierati. E hanno dato vita a una pantomima, agendo in modo paradossale e contraddittorio: si sono limitati a leggere il materiale fornito da Davide Vannoni senza andare nei laboratori».

Per Sofia cosa cambia?

«Non lo sappiamo neppure noi. C'è una comma della legge che prevede che chi ha iniziato la cura prima del decreto Balduzzi possa continuare. Dalla nostra parte c'è un'ordinanza che prevede che Sofia possa continuare l'intero trattamento a discrezione del medico curante. Ma il 12 novembre, il tribunale di Livorno sarà chiamato a discutere del reclamo degli ospedali civili contro nostra figlia. Eppure Sofia, da quando è stata sottoposta alle infusioni, è migliorata e non ha subito effetti collaterali».

Il vostro prossimo passo?

«Domenica scenderemo in piazza San Marco, a Firenze, per difendere le cure compassionevoli. Una manifestazione che, alla luce di quanto annunciato dal ministero, è ancora più importante».



**Il padre
Guido
de Barros,
papà di una
bimba
che stava
sperimentando
Stamina**

