

DA SAPERE LE DONNE PIÙ VULNERABILI AL VIRUS DELL'HIV

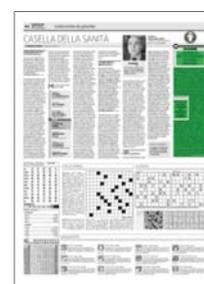
LE DONNE sono maggiormente vulnerabili all'infezione da virus Hiv, quello che provoca l'Aids. È la struttura stessa del loro apparato genitale, con la superficie della vagina che è ben più ampia del corrispondente maschile, a metterle a maggior rischio. Come se non bastasse, per il gentil sesso non sono disponibili molti dati sugli effetti dei farmaci, quasi sempre testati soprattutto nei maschi. Per questi e tanti altri motivi è partito in Europa, ed anche in Italia, il programma "SHE" (Strong, HIV Positive, Empowered Women), supportato da

PREVENZIONE

**Avviata
campagna
per
aumentare
le armi
di difesa**

Bristol-Myers Squibb, presentato Congresso mondiale dell'International Aids Society (Ias) tenutosi a Roma. L'infezione è oggi la principale causa di malattia e morte tra le donne in età fertile nel mondo e anche se la popolazione femminile costituisce uno

dei gruppi più vulnerabili nei confronti di questo tipo di infezione, non vengono stanziati risorse sufficienti per rispondere ai bisogni specifici di queste pazienti. «Con questa iniziativa vogliamo rispondere a un bisogno di informazione crescente - afferma Antonella d'Arminio Monforte, direttore della Clinica di Malattie Infettive dell'Ospedale San Paolo di Milano e membro del comitato di SHE - . Esistono peculiarità connesse allo stato di sieropositività femminile che vanno dal desiderio di maternità alla scelta del contraccettivo adatto, inoltre le donne hanno maggiore consapevolezza di essere infettanti, da qui il problema della rivelazione del proprio stato di sieropositività all'interno della coppia».



GIAPPONE

L'incubo di Fukushima sono i bimbi contaminati

SCILLA ALECCI PAGINA 9

Piccoli contaminati, l'incubo di Fukushima

Inalazioni tossiche e cibo infetto all'origine della paura. E il governo aumenta il limite d'esposizione. Le autorità: far giocare i bambini all'aperto non è pericoloso ma meglio evitare

Scilla Alecci

KORIYAMA

Per Miwa (il suo nome e quelli degli altri contaminati sono fittizi, perché non vogliono essere riconosciuti) lo shock è arrivato con i risultati delle analisi del figlio: «Sapevo potesse essere stato contaminato ma non immaginavo dei livelli così alti». I valori di cesio 134 e 137 rinvenuti nelle urine di Keiji, 13 anni, indicavano un livello superiore alla media.

Quando un gruppo di volontari si è offerto di esaminare le urine di alcuni bambini della città di Fukushima, Miwa ha accettato senza esitazione. Aveva paura che il cibo e l'acqua di pozzo bevuta dopo il terremoto potesse aver messo a rischio la salute del suo ragazzo. Soltanto settimane dopo l'incidente, il governo ha annunciato che 770 mila terabecquerels di sostanze radioattive erano state emesse nell'atmosfera dopo l'esplosione dei reattori della centrale.

Ma i risultati non hanno sconvolto solo Miwa: tutti e dieci i bambini esaminati sono risultati contaminati. Come hanno tenuto a confermare le autorità, David Boilley, l'esperto francese a capo dell'organizzazione Acro che ha raccolto ed esaminato i campioni di urine, ha chiarito che il livello di contaminazione è lieve e non presenta rischi immediati per la salu-

te dei bambini. Ma ha anche aggiunto che «dato che tutti gli esaminati sono risultati positivi, l'intera città potrebbe essere contaminata».

Ancora oggi Miwa teme per la salute di suo figlio che continua ad allenarsi a tennis con la squadra della scuola sullo stesso campo da gioco su cui per settimane si sono depositati i materiali radioattivi. «Non vuole smettere per non essere l'unico a scappare davanti al pericolo. Ha paura della reazione del maestro e dei suoi compagni» racconta Miwa, che sembra impotente davanti alle proteste di un adolescente.

Ma Keiji non rimarrà ancora per molto a Fukushima. Sua madre ha deciso di mandarlo a vivere dallo zio ad Okinawa, a più di 1.700 chilometri di distanza dalla sua città natale e dal pericolo delle radiazioni. Miwa e il marito, però, non si trasferiranno; hanno un mutuo da pagare e un lavoro che non possono lasciare. «È stata una decisione molto difficile e ancora non riesco a darmi pace ma ho paura che un giorno possa ammalarsi» dice commossa.

La loro è solo una delle tante famiglie che si stanno sfasciando per la paura degli effetti delle radiazioni.

Anche Konomi Honma, residente a Koriyama - una cittadina a circa 60 chilometri a ovest dalla centrale - sta pensando di trasferirsi altrove con suo figlio di nove mesi. Il marito Kazuyuki, un impiegato pubblico, non li seguirà. Dopo il terremoto solo una volta hanno portato il bambino fuori a passeggio. Hanno paura che venga esposto alle radiazioni e da quando è nato ha passato metà della sua vita al chiuso, perché giocare all'aria aperta è sconsigliato. «Se chiedi alle autorità, ti dicono che far giocare i bambini fuori non è pericoloso ma è meglio evitare» dice Kazuyuki.

Koriyama non rientra ufficialmente nella zona a rischio e gli abitanti non sono mai stati invitati ad evacuare.

Negli ultimi mesi, tuttavia, il numero di bambini che manifestano sintomi di

debolezza, sangue dal naso e diarrea, secondo quanto riportato da un'associazione di volontari che si sta occupando di sensibilizzare l'opinione pubblica, è in crescita.

Molti genitori temono che i loro figli si stiano ammalando per aver inalato o ingerito sostanze radioattive ma la maggior parte degli esperti smentisce, poiché la quantità di radiazioni a cui sono stati - e sono tuttora - esposti i cittadini è troppo bassa per indurre la cosiddetta sindrome acuta da radiazioni.

L'organizzazione mondiale per la sanità ha reso noto che, in caso di incidente nucleare, «è improbabile che la popolazione venga esposta a dosi così alte da causare effetti acuti». Ha però aggiunto che «può essere esposta a basse dosi che potrebbero aggravare il rischio di effetti a lungo termine come il cancro».

La mancanza di consenso sugli effetti delle basse dosi di radiazioni è ciò che divide la comunità scientifica ma anche i genitori dei bambini di Fukushima.

Secondo la Commissione internazionale per la protezione radiologica, il rischio di tumore aumenta dello 0,5% quando l'esposizione alle radiazioni supera i 100 millisievert l'anno. Al di sotto di questo valore gli effetti nocivi sulla salute non sono provati.

«Lo standard dei 100 millisievert dipende dal risultato degli studi fatti su Hiroshima e Nagasaki - spiega il professor Tomoya Yamauchi, esperto in metrologia delle radiazioni presso l'università di Kobe - . Il problema è che non abbiamo dati sufficienti per i primi cinque anni dopo lo



scoppio della bomba atomica per cui possiamo dire con certezza che sotto questa soglia non c'è pericolo».

Dopo l'incidente di Fukushima le autorità giapponesi hanno deciso di elevare da 1 a 20 millisievert il limite massimo di esposizione annuale per bambini e adulti, sollevando una serie di proteste da parte di genitori e alcuni scienziati. Anche gli esperti dell'istituto di radioprotezione e sicurezza nucleare francese considerano la soglia troppo alta e hanno suggerito di ridurre il limite a 10 millisievert, secondo le misure straordinarie applicate in caso di incidente nucleare.

«Se fosse così anche in Giappone, almeno altre 70.000 persone della prefettura di Fukushima dovrebbero essere evacuate», ha commentato Boilley di Acro, l'associazione francese impegnata nella misurazione della radioattività.

Le autorità giapponesi al momento non hanno intenzione di modificare lo standard ma, secondo fonti ufficiali, agli inizi di luglio la prefettura di Fukushima ha dato il via ad un'indagine per determinare il livello di esposizione interna degli abitanti della regione.

Nei mesi precedenti, infatti, solo 1080 bambini di tre delle cittadine più colpite dalla nube radioattiva erano stati presi in considerazione. Il sondaggio ha mostrato come la tiroide del 45% degli esaminati è stata esposta alle radiazioni ma il livello di esposizione media - di 0,2 microsievert l'ora - è considerato nettamente inferiore alla soglia dei 100 millisievert l'anno considerata cancerogena.

Per le mamme nelle campagne, tuttavia, l'apprensione cresce, perché temono gli effetti - mai accertati né smentiti - dell'esposizione continua a basse dosi di

radiazioni causata dall'ingerimento di cibi contaminati.

«Nessuno ci dice di non coltivare perché può essere pericoloso» sostiene Miho Hattori, fioraia e madre di tre bambini. «Perciò le persone continuano a coltivare come sempre e a mangiare i propri prodotti come se niente fosse».

La famiglia Hattori vive a Koriyama da generazioni e ha un terreno in campagna a pochi chilometri dalla città.

A differenza dei suoi vicini di campo, però, quest'anno Miho non mangerà nessuna delle verdure che ha piantato, perché non vuole rischiare di dare ai suoi figli del cibo contaminato.

Il suo è l'unico orto non curato in mezzo a risaie verdeggianti e ordinate. Le patate e le cipolle che raccoglierà saranno portate ad esaminare, insieme all'erba che non è mai stata tagliata da marzo.

Con l'aiuto dei volontari, controlla regolarmente i livelli di cesio in vari punti del terreno di famiglia e non si stupisce più quando, appena appoggiato al suolo, il contatore geiger comincia a suonare segnalando 0,565 microsievert l'ora in alcuni punti, 1,191 in altri.

Confessa di avere l'impressione che le foglie degli spinaci siano più grandi del solito e di essere preoccupata per la salute dei suoi figli ma, se le si chiede se ha intenzione di andarsene, dice di no, con un po' di imbarazzo.

«Molti di noi aspettano istruzioni dal governo» denuncia. «Se fossimo tutti costretti ad andarcene e avessi la certezza che tutti i miei parenti possono venir via con me, prenderei i miei figli e me ne andrei volentieri. Altrimenti, non me la sentirei mai di abbandonare la mia comunità».

Diabete, una molecola regola lo zucchero

Sono ormai disponibili gli inibitori della DDP-4 in grado di controllare i tre parametri cardine del metabolismo glucidico

di Antonio Caperna

MILANO - I tre valori cardine del metabolismo glucidico, ovvero emoglobina glicata, glicemia a digiuno e glicemia post prandiale sono importanti dati clinici, che si è iniziato a conoscere in modo più preciso negli ultimi venti anni, così come la vera natura del diabete e la sua genesi. Il glucosio, come dosaggio di laboratorio, è stato identificato verso la fine dell'800, mentre il valore dell'emoglobina glicata ha cominciato ad essere disponibile solo alla fine degli Anni '70. La glicemia a digiuno e la glicemia post-prandiale sono parametri istantanei, che aiutano il paziente a capire, ad esempio, come migliorare il suo approccio dietetico e l'attività fisica, tuttavia è l'emoglobina glicata che ci dice le variazioni della glicemia nell'arco dei due mesi precedenti al prelievo.

Ciò è possibile perché lo zucchero si lega all'emoglobina e convive con i globuli rossi. Quindi maggiore è la quantità di glucosio nel sangue, più irreversibile diviene il legame, che finisce per durare l'intera vita del globulo rosso ovvero qualche mese. Attualmente sono disponibili gli inibitori della DDP-4, come ad esempio saxagliptin, in grado di controllare i tre parametri cardine del metabolismo glucidico -spiega il prof. Piermarco Piatti, Responsabile Unità Cardio-Metabolismo e Trials Clinici, Diparti-

mento di Medicina Interna, Istituto Scientifico San Raffaele di Milano- Ciò permette di ristabilire un equilibrio che il

paziente ha perso, consentendo all'intestino di liberare ormoni come il GLP-1. Queste sostanze possono essere maggiormente attive nel regolare la secrezione insulinica post-prandiale senza determinare una eccessiva liberazione di insulina lontano dai pasti, quando non è necessario per l'organismo.

L'approccio metabolico, che è alla base del trattamento con saxagliptin - aggiunge lo specialista- è in grado di curare la patologia stessa, creando una situazione di tranquillità terapeutica. Inoltre di recente saxagliptin è stato approvato anche per i pazienti con diabete di tipo 2 con insufficienza renale moderata o grave, al dosaggio di 2,5 mg. Secondo le ultime stime Istat, le persone che soffrono di diabete in Italia sono circa il 4.5% della popolazione, ovvero quasi 3 milioni. Tuttavia, c'è un numero ancor più elevato di individui (circa il 5%), che non ha un diabete manifesto ma che è a rischio di patologia.



Ministero della Gioventù**Energy Drink: solo
il 13% ne è informato**

■ **ROMA** Infoenergydrink.it è il sito informativo, frutto della collaborazione tra il Ministero della Gioventù e l'Associazione Italiana dei Produttori di Bevande Analcoliche (ASSOBIBE), concepito con l'obiettivo di fornire un'informazione completa e attendibile sugli Energy Drink per favorire il consumo consapevole e responsabile. In commercio da decenni in tutto il mondo gli Energy Drink sono spesso oggetto di una comunicazione confusa e contraddittoria che genera nei consumatori falsi miti e allarmismi infondati. Ben l'87% degli italiani, secondo un'indagine Swg-assobibe si dichiara non sufficientemente informato su questi prodotti.



Melanoma, dall'Europa ok all'ipilimumab

PARIGI- La Commissione europea ha espresso parere favorevole per l'utilizzo di ipilimumab nella terapia dei pazienti adulti con melanoma avanzato precedentemente trattati. La molecola passa ora al vaglio delle Autorità Regolatorie italiane. Ipilimumab, immunoterapia dal funzionamento innovativo, sviluppata da BMS, ha evidenziato un miglioramento della sopravvivenza nei pazienti colpiti dalla malattia in fase metastatica in uno studio di Fase III, randomizzato, in doppio cieco, appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine*.

«Con questa approvazione i medici hanno una nuova opzione per i pazienti con melanoma metastatico. La possibilità di sopravvivenza È prolungata non di mesi, ma potenzialmente di anni», afferma il Professor Alexander Eggermont, Direttore Generale dell'Istituto Gustave Roussy di Parigi. Ipilimumab rappresenta un nuovo paradigma terapeutico nella immuno-oncologia.



87 milioni

Il ticket. È il totale versato nel 2010 per gli esami nelle strutture milanesi

La quota delle esenzioni. L'anno scorso nel capoluogo il ticket è stato applicato soltanto sulla metà delle ricette

Nelle casse della Asl di Milano mancano 1,3 milioni

Pronto soccorso «a scrocco» Così uno su due non paga

50%

Ricette. È la quota di ricette su cui a Milano nel 2010 non si è applicato il ticket

MILANO

■ Quel ticket da 25 euro per il pronto soccorso proprio non piace ai milanesi. Il 50% dei codici bianchi, ossia i casi più lievi che si presentano nei reparti di emergenza cittadini, non paga la quota dovuta dopo la visita.

È così, nei pagamenti del ticket, secondo le verifiche della Asl Città di Milano, ammonta a 1,3 milioni ed è riferita a circa 53 mila accessi, poco meno della metà di quelli registrati complessivamente nel 2010.

È la stessa azienda sanitaria a fornire il dato, dopo aver rilevato una discrepanza tra il numero di accessi registrati l'anno scorso, in totale circa 98 mila, e il numero di ticket effettivamente pagati da chi ha usufruito del servizio. E la quota si attesta, appunto, a meno della metà.

«Sono in corso di approfondimento i motivi per cui il 50% dei codici bianchi non paga il ticket - dice il direttore sanitario della Asl Città di Milano, Enrico Bolzoni -: non muoviamo accuse contro gli ospedali, ma rileviamo una discrepanza tra gli accessi al pronto soccorso e i pagamenti dei bollettini che vengono consegnati ai pazienti dopo la visita».

Intanto, in tutta la regione

dal 1 agosto verrà introdotto il ticket sulla specialistica ambulatoriale, secondo le modalità decise dal Pirellone.

La quota fissa di 10 euro proposta dal Governo, verrà rimodulata in base al peso delle prestazioni, come stabilisce la delibera di giunta n.2027 del 20 luglio scorso. Così, per un semplice esame del sangue che costa 4,80 euro, i lombardi continueranno a pagarne 4,80, contro le 14,80 proposte dalla legge nazionale mentre una radiografia del torace (che finora prevede un ticket di 17,4 euro), costerà ai lombardi 21,9 euro (27,4 nel resto d'Italia). Aumenti fino a 30 euro, invece, per esami più complessi come la risonanza magnetica dell'addome superiore che oggi costa 36 euro e arriverà a costarne 66 (nel resto d'Italia 46 euro).

Nel 2010, le strutture sanitarie milanesi hanno fatto pagare ai cittadini ticket per 87.115.479 euro, di cui 1,3 milioni per il pronto soccorso, 33,5 per le prestazioni ambulatoriali nelle strutture pubbliche e 32,2 nelle strutture private accreditate (Irccs e case di cura private); 20,1 milioni negli ambulatori privati accreditati. Alta la quota di esenzioni. A Milano su 7,6 milioni di ricette non si è pagato il ticket, per un totale di 26 milioni di prestazioni. Sono invece 3.519.146 le ricette (per 11.567.576 prestazioni) su cui si è applicato il ticket. In pratica, una su due.

Si.Spe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute: arriva Malatirari.it, il sito in aiuto di medici e pazienti

Accurto e di facile utilizzo, è stato ideato dall'associazione Uniamo e presentato ieri a Roma

DI LUIGI CERTO

Informazioni di qualità chiare e comprensibili sulle malattie rare: dai primi sospetti, alla diagnosi, fino alle informazioni sulla prescrizione dei farmaci e sull'assistenza. Il tutto con due percorsi: uno rivolto ai medici, l'altro ai pazienti. Arriva il nuovo sito www.malatirari.it, la versione rinnovata dello spazio web della Federazione italiana malattie rare Uniamo, pensato come un aiuto indispensabile per le persone colpite, i familiari, ma anche il personale sanitario coinvolto nella diagnosi e nella cura di queste patologie. "In particolare, è dedicato a medici di famiglia e pediatri di libera scelta, che si trovano spesso in prima linea a gestire tutte le necessità dei pazienti, dal sospetto, alla presa in carico dopo la diagnosi", ha spiegato Renza Barbon Galuppi, presidente Uniamo, presentando ieri a Roma il nuovo sito, "già pronto, ma in attesa dell'ok del ministero delle Politiche sociali, che lo ha finanziato" (e consultabile cliccando www.malattiera.re.it/nuovosito). Proprio per rispondere alle necessità pratiche e quotidiane di medici e pazienti, il sito è stato ripensato e potenziato, in collabora-

zione con le società scientifiche (Fimp, Fimmg, Sip, Simg, Sigu e Simgeped) rappresentative dei medici di medicina generale e dei pediatri, e con il Registro delle malattie rare del Veneto.

Malatirari.it offre due percorsi: il primo 'disegnato' per i professionisti della salute, come utile strumento di lavoro a partire dalla diagnosi; il secondo a misura delle esigenze, anche quotidiane di cura ed assistenza, dei pazienti e dei loro familiari.

Un universo vasto, se si considera che secondo le stime in Italia, a fronte di 6mila-8mila malattie rare, ci sarebbero 2 milioni di pazienti, "in oltre il 60% dei casi bambini", ha sottolineato Tiziana Di Giampietro della Fimp (Federazione italiana medici pediatri). Pazienti, ma anche medici "costretti a fare i conti con la disomogeneità dell'offerta di salute nelle varie Regioni. Ecco perché per noi è davvero utile lavorare in rete ed avere un punto di riferimento immediato", ha evidenziato Guido Sanna della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale). Il nuovo sito punta a contribuire a risolvere problemi concreti, come quello della dia-

gnosi, che nel caso dei malati rari spesso ha tempi biblici. "In media occorrono 7 anni per arrivare al nome della patologia", ha detto Di Giampietro. Gli ideatori sono convinti che avere a disposizione, fra le altre cose, "un glossario che spiega termini complessi in modo chiaro e corretto, ed uno spazio che illustra tempi e costi dei servizi di genetica", come ha spiegato Corrado Romano della Sigu (Società italiana di genetica umana), sia utile sia per gli operatori che si trovano di fronte al rebus di queste patologie, sia per chi è in cerca di informazioni. Proprio "nel fare rete" sta l'elemento fondamentale del nuovo sito, secondo Massimo Scaccabarozzi, neopresidente di Farminus tria, che ha sottolineato l'importanza di informazioni "online davvero doc. Ora bisogna far conoscere il più possibile questo strumento, per fare la differenza nella vita quotidiana dei malati".



“Non scatena la fatica cronica” Scontro su un virus fantasma

Una delle sindromi più controverse sta facendo litigare i ricercatori

LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

«Se le terapie con retrovirali sono inutili, è il momento di studiare nuove soluzioni»

MARTA PATERLINI

Ci risiamo. La ricerca sulla sindrome da fatica cronica, nota in gergo come «CFS», è di nuovo al centro di un feroce dibattito scientifico. Un aspetto, in particolare: l'ipotesi che la causa sia un retrovirus sta vivendo momenti difficili.

La saga inizia nel 2009, quando un gruppo americano del Whittemore Peterson Institute for Neuro-Immune Disease, Reno, Nevada, descrive sulla rivista «Science» la presenza di uno «xenotropic murine leukaemia virus (MLV)-related virus» - contratto nell'acronimo XMRV - nei globuli bianchi del 67% dei pazienti osservati. E dimostra che il virus è in grado di infettare linee cellulari umane cresciute in laboratorio.

Mai prima di quel momento era stata osservata l'infezione di questo tipo di retrovirus negli esseri umani. Una scoperta potenzialmente importante per la diagnosi e la cura di una sindrome ancora nebulosa: colpisce circa 17 milioni di persone nel mondo con una serie di sintomi, tra cui dolori muscolari, insonnia, perdita di memoria e fatica opprimente. Una fatica cronica che deve manifestarsi per almeno sei mesi consecutivi - che spesso diventano anni - e che non è alleviata dal riposo. Non esiste ad oggi un farmaco specifico e, secondo alcuni medici, la «CFS» sarebbe lo stadio finale di una serie di condizioni diverse, causate da più fattori scatenanti, come traumi ed esposizione a tossine o agenti infettivi.

Vista l'incertezza, le reazioni allo studio coordinato dall'immunologa Judy Mikovits furono ambivalenti: entusiasmo tra i pazienti esasperati, scetticismo negli ambienti scientifici, che chiedevano controlli più approfonditi su malati e metodologie. Si susseguono quindi una fitta serie di lavori, svolti indipendentemente nei laboratori di tutto il mondo, che sembrerebbero smontare la connessione tra il retrovirus e la

«CFS». Non sembrano esserci tracce di XMRV nei pazienti.

I detrattori sostengono che il DNA di topo contenente sequenze endogene simili a MLV possa aver contaminato alcuni dei reagenti utilizzati e dei campioni clinici. D'altra parte, la Mikovits continua a difendere i propri dati. Inoltre, in un primo momento, un personaggio autorevole come Vincent Racaniello, virologo della Columbia University di New York, commentava nel suo seguitissimo blog, in un post intitolato «XMRV and CFS: it's not the end», che i possibili problemi di contaminazione non implicavano automaticamente che gli studi della Mikovits fossero da considerare compromessi.

Proprio con l'obiettivo di risolvere il dilemma, a fine 2010, il National Institute of Allergy and Infectious Diseases ha chiesto al virologo Ian Lipkin di coordinare uno studio multicentrico di pazienti con «CFS»: campioni di sangue prelevati da 150 malati e 150 controlli sani, provenienti da tutti gli Usa, sono stati affidati a tre gruppi - l'US Food and Drug Administration, il Centers for Disease Control and Prevention e lo stesso Whittemore Peterson Institute - per un'analisi indipendente sulla possibile presenza di XMRV. L'attesa per i test è subito alta e nel clima di eccitazione, poche settimane fa, si apre un nuovo capitolo della saga: una svolta importante, definitiva secondo alcuni, che ha visto «Science» chiedere, per la prima volta, al team americano di ritirare il lavoro del 2009.

Secondo quanto riportato in due pubblicazioni apparse a inizio giugno sempre su «Science», XMRV non sarebbe altro che un artefatto di laboratorio, generato dalla ricombinazione di due pro-virus murini durante il passaggio di un trapianto di tumore umano della prostata nei topi. Come se non bastasse, non si è trovata alcuna correlazione con XMRV, sia sotto forma di virus infettivo sia come sequenza virale, e non è stata confermata la presenza di anticorpi contro il retrovirus in un gruppo di pazienti con «CFS», compresi quelli del lavoro originale. Anche Racaniello, all'epoca tra gli ottimisti, intitola un post in modo inequivocabile: «XMRV is a recombinant virus from mice».

E non basta. «XMRV non è un patogeno umano», commenta Jay Levy, virologo della California University, San Francisco, e autore di uno degli ultimi studi. «Fui io a isolarlo negli Anni 70. Dopo un falso allarme iniziale, che aveva messo in subbuglio l'università, i test chiarirono l'impossibilità di trasmissione del retrovirus all'uomo. Bastava leggere i dati. Molte linee di ricerca hanno in effetti suggerito che la fatica cronica possa avere un'origine infettiva, ma non si tratta di XMRV ed è quindi tempo di dirottare energie e fondi altrove per cercare la vera causa della sindrome. Lo dobbiamo ai pazienti, che devono sapere che l'assunzione di terapie anti-retrovirali non arrecherà loro alcun beneficio. E, anzi, è rischiosa».

Il gruppo della Mikovits, tuttavia, non demorde, sostenendo che sia prematuro il ritiro dei propri dati. «I risultati discordanti dagli altri gruppi sono da imputare all'eterogeneità dei pazienti, alla distribuzione geografica del virus e alle diverse metodologie», commenta Vincent Lombardi, collega della Mikovits. «Il nostro interesse primario è individuare dei marcatori biologici che rendano la diagnosi e la cura della sindrome più accessibile. Ora, più che mai, lavoriamo sul punto più attaccato, vale a dire che XMRV non sia patogeno. Stiamo analizzando gli anticorpi contro il virus, che, secondo noi, sono prodotti dai pazienti affetti da CFS e stiamo sequenziando - non siamo i soli - il genoma di alcuni».

Nella controversia un ruolo fondamentale lo stanno giocando le associazioni dei malati - c'è un network anche in Italia - a cui spetta il ruolo cruciale di fare da tramite tra pazienti, ricerca di base e medici. Kimberly McCleary, presidente della «CFIDS Association of America» non usa mezzi termini: «Gli ultimi dati che sgretolano la connessione XMRV-CFS sono solidi. Ora si deve andare oltre».



Torna la misura prevista da Tremonti e finora congelata Errani cede, ecco il ticket: «Paga solo chi ha di più»

La Regione si piega all'introduzione dei ticket ma saranno risparmiate le fasce più deboli. «Li introdurremo — spiega il governatore Errani — ma saranno più equi e meno dannosi. Il principio è semplice: chi ha di più deve pagare di più e chi ha meno, come molti pensionati, non dovrà pagare l'aumento del ticket».

A PAGINA 5 Romanini

30 milioni

Il buco che deve essere coperto

Sono i minori trasferimenti dello Stato a seguito della decisione di aumentare i ticket di 10 euro per tutti

Errani, sì ai ticket più cari: «Ma non per tutti i redditi»

Dopo il primo stop, in arrivo l'aumento su visite e ricette

30 milioni

Il buco

È la cifra relativa ai mancati trasferimenti da Roma che la Regione deve coprire

Lo scorso 18 luglio in Emilia-Romagna, a differenza di molte altre regioni italiane, non sono entrati in vigore gli aumenti di dieci euro dei ticket per esami e visite specialistiche. Il governatore Vasco Errani aveva mandato una lettera a tutte le Ausl per congelare il ritocco previsto dalla manovra correttiva dei conti pubblici del ministro Tremonti, appena licenziata dal Parlamento. Ora, però, anche la Regione è costretta a scongelarli: viale Aldo Moro si prepara a introdurli, anche se non per tutti.

Ad annunciarlo è stato lo stesso governatore l'altra sera ad un dibattito alla Festa dell'Unità di Castelmaggiore insieme al segretario regionale del Pd, Stefano Bonaccini. «Non è il momento di fare demagogia — ha detto il presidente Errani davanti ai militanti del partito — ed è quindi giusto chiarire che noi saremo obbligati ad avere nuove entrate per coprire il buco che si è aperto sulla sanità. E alla fine anche noi non potremo che introdurre i ticket. Introdurremo, però, ticket più equi e meno dannosi».

Non ci sono ancora elementi di

dettaglio, ma è stato lo stesso Errani a spiegare in un altro passaggio del suo intervento che i ticket verranno introdotti in modo progressivo, in base quindi al reddito. «Il principio — ha detto il governatore — è semplice: chi ha di più deve pagare di più e chi ha meno, come molti pensionati, non dovrà pagare l'aumento del ticket».

Facile, dunque, prevedere soglie di esenzione al di sotto delle quali non si pagherà il nuovo balzello per le visite specialistiche e gli esami, mentre inevitabilmente il ticket sarà più alto per i cittadini più abbienti. La Regione si era presa due settimane di tempo per verificare, come prevede la legge, la possibilità di studiare misure alternative all'introduzione del ticket e questo dunque sarà il punto di caduta. Da qui alla fine dell'anno, infatti, viale Aldo Moro doveva riuscire a coprire una minore entrata di circa 30 milioni di euro.

La Regione, inoltre, proprio l'al-

tro giorno ha approvato una variazione del bilancio preventivo 2011 da 72,2 milioni di euro e una variazione al bilancio pluriennale 2011-2013 da 28,2 milioni di euro e, tra le voci più rilevanti, c'è il comparto sanità al quale sono stati destinati 60 milioni di euro.

Ai dettagli del piano sta lavorando l'assessore regionale alle politiche per la Salute, Carlo Lusenti che oggi sarà a Roma per partecipare alla conferenza degli assessori alla Sanità delle Regioni italiane. Domani, poi, sarà la volta della conferenza Stato-Regioni guidata da Errani. Al termine dei due incontri probabilmente viale Aldo Moro presenterà la sua proposta. «Non ci sono ancora numeri — hanno spiegato ieri dal suo



staff —, ma stiamo lavorando sull'introduzione del principio della progressività».

Olvio Romanini
olvio.romanini@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il presidente della Regione Vasco Errani con il ministro all'Economia Giulio Tremonti



Braccio di ferro

Il governatore della Regione Emilia-Romagna, Vasco Errani (in piedi) assieme al ministro dell'Economia, Giulio Tremonti. Sotto, una sala per le visite specialistiche al Sant'Orsola

La vicenda

La manovra di Roma e i tagli agli enti locali

1 La manovra del ministro Tremonti, a fronte di minori trasferimenti dallo Stato, prevede la possibilità di «tassare» i codici bianchi del pronto soccorso (25 euro) e aumentare di 10 il ticket su ricette e visite specialistiche

Il no di viale Aldo Moro al provvedimento

2 Il 18 luglio scorso, la Regione Emilia-Romagna, a differenza di altre (soprattutto al sud), decide di non far partire da subito i rincari e si dà due settimane per studiare delle misure «più eque»

Il rincaro progressivo colpirà i più ricchi

3 Alla fine, viale Aldo Moro si piega all'aumento (ma non a quello del pronto soccorso) per coprire i 30 milioni in meno di trasferimenti da Roma. Il rincaro non riguarderà le fasce di reddito più basse

IL MINISTRO FAZIO CERCA LA MEDIAZIONE

Ticket, i dubbi dei governatori Zaia: «Non li applicheremo»

■ ROMA

ANCHE la Val d'Aosta dice no ai ticket sulla sanità decisi dal Governo in ambito di manovra finanziaria. La questione non è di semplice soluzione: alcune Regioni si sono schierate contro il balzello, altre cercano «terze vie» per evitarlo nella convinzione, conti alla mano, che il provvedimento finisca per favorire i privati. Alcune analisi specialistiche, infatti, con il ticket da 10 euro diventerebbero fuori mercato e potrebbero spingere gli utenti a rivolgersi a strutture non pubbliche.

IL MINISTRO della Salute, Fazio, cerca di metterci una toppa studiando soluzioni alternative. «C'è un documento al vaglio delle Regioni» ha spiegato ieri il ministro. Entro settembre, ha promesso, sarà pronto il tavolo con le Regioni per rimodulare i ticket. Il che significa che Fazio punta a un accordo con la Conferenza Stato-Regioni su possibilità alternative. Il presidente della Conferenza Vasco Errani era stato molto chiaro: «Auspico che il ministro lavori perché si trovi una copertura, successivamente affronteremo l'ambito obbligato e sbagliato in cui il Governo ci ha messo». Quel che Errani, insieme con gli altri governatori, cerca è una strada, una terza via che consenta di rimodulare i balzelli evitando di non pagarli del

tutto. Cosa che il presidente della Lombardia, Formigoni, non condivide perché ritiene che «causi un danno all'erario».

IN LOMBARDIA si è deciso di variare la prospettiva: sotto i 5 euro non si paga il ticket. Il resto viene spalmato in modo crescente sulle prestazioni. Via ancora diversa quella scelta dal presidente del Friuli Venezia Giulia, Renzo Tondo, che pur applicando l'aumento — «inevitabile in quanto imposto per legge» — ha fatto ricorso alla Corte Costituzionale. «La sanità — spiega Tondo — è un settore del quale le Regioni sono responsabili direttamente con loro risorse del bilancio». Per chiarire meglio il **Ministero della Salute** ha riproposto l'elenco delle categorie di persone, afflitte da malattie croniche, che erano e restano esentate dai pagamenti. Il governatore del Veneto, il leghista Luca Zaia, però non ha dubbi: «Finché ce la facciamo non applicheremo i superticket sui codici bianchi — ha sottolineato ieri — è impensabile che per una visita in pronto soccorso si debbano pagare 50 euro». I fronti aperti sono dunque molti e vanno dai sindacati come la Cgil che promette battaglia in autunno, alle sigle che rappresentano i medici: i camici bianchi, se non si metterà mano al provvedimento, sono pronti a scioperi e proteste.



Promessa bipartisan contro gli sprechi «Via gli amministratori spendaccioni»

Sorpresa dell'assessore alla Salute del Veneto: «Noi siamo in attivo»

■ ROMA

È CACCIA ai dissipatori di denaro pubblico. Chi può imbraccia il fucile e spara ad alzo zero. Politici? No, neanche a parlarne: andate a vedere che cosa succede nei Comuni. Province? Assolutamente, sono le Regioni a dilapidare. Ma adesso anche per sindaci e governatori arriva la stretta. I presidenti delle Regioni che avranno gravi dissesti finanziari, e in particolare che non riusciranno a rientrare dal deficit sanitario, non solo decadranno, ma non saranno più ricandidabili a cariche elettive. Stessa sorte per sindaci e presidenti di Provincia con le mani bucate. E quanto prevede il nuovo testo del decreto legislativo sui premi e le sanzioni per Regioni e Enti locali, presentato dai re-

latori Enrico La Loggia (Pdl) e Antonio Misiani (Pd). Il provvedimento sarà votato oggi in commissione bicamerale sul federalismo.

ANCHE il senatore di Fli Mario Baldassarri piazza il suo colpo sullo sperpero di denaro pubblico. Il

succo è: ma quale politica che costa, è la sanità che ingoia miliardi come noccioline e non restituisce neanche le bucce. Ma Luca Coletto, della Lega, assessore regionale alla Sanità del Veneto e coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni, non ci sta. Mentre la sanità deve corrispondere alle esigenze dell'intera popolazione, la Casta pesa per qualche migliaia di persone. Si può fare il paragone? «Ovviamente no — concorda Coletto — e ritengo che un taglio alle spese della politica sia doveroso. Tutti, in questo momento, devono fare uno sforzo, politici per primi che sono eletti dal popolo e il popolo rappresentano. In Europa l'Italia è al terzultimo posto come crescita di spesa. E non è un dato positivo. Perché gli investimenti servono a razionalizzare e a migliorare il servizio».

Ma tanti soldi escono lo stesso...

«La spesa cresce anche per l'adeguamento alle normative europee. Occorre innovare la tecnologia, le apparecchiature si evolvono. Va

chiarito un concetto: i risparmi si ottengono attraverso la prevenzione delle malattie. Ma la prevenzione ha necessità di strumenti moderni e adeguati. Certo, non si può pensare che tutti gli ospedali debbano avere tutto. Gli innesti vanno calibrati sui bacini di utenza».

E così si può risparmiare?

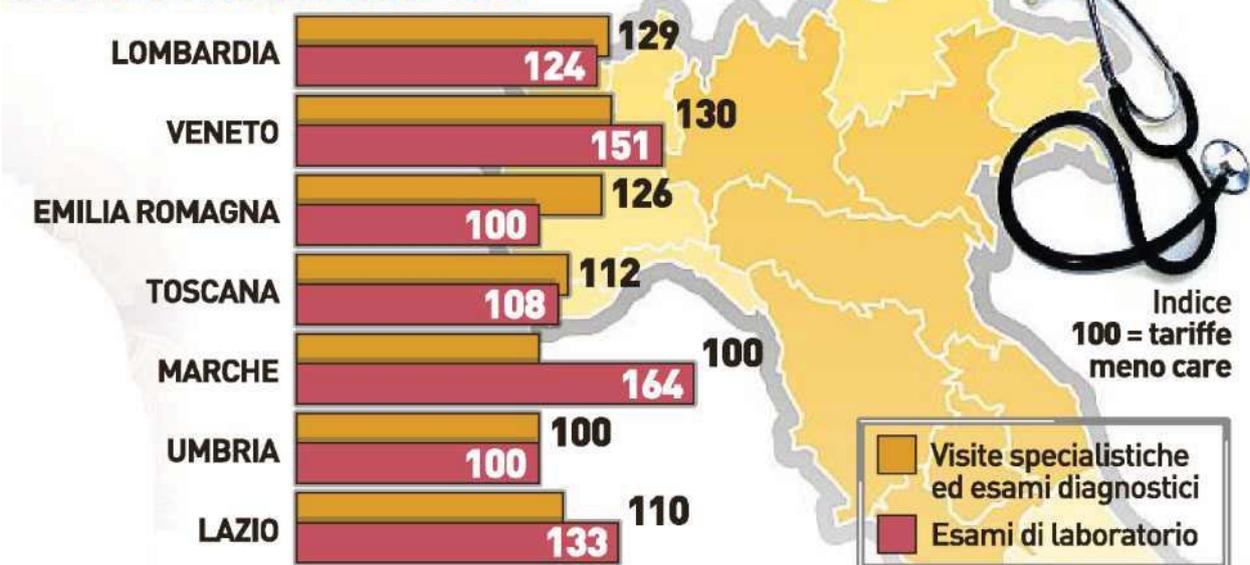
«I risparmi derivano dalla razionalizzazione, non dal taglio degli investimenti. Un obiettivo che si ottiene anche con delle direttive generali uguali per tutti, con la trasparenza totale».

Modernizzazione, razionalizzazione, trasparenza...

«Il Veneto, quest'anno, chiude con 12 milioni e mezzo di attivo. Che vanno reinvestiti, non si può stare fermi e non si può continuare con la politica dei piccoli ospedali. Mantenere sale operatorie aperte dove si fanno due interventi al giorno è senza senso. Gli interventi andranno fatti in strutture più grandi e con migliori dotazioni. E gli appalti andranno tarati sulle macroaree, per favorire la trasparenza».

Silvia Mastrantonio

QUANTO COSTA LA SALUTE



La sanità, il piano

Modello Lombardia, nuovo tariffario per i ticket

Disavanzo sanitario delle Regioni, scattano dieci euro in più per le visite specialistiche

L'affondo

Russo:
«Sforzi
maggiori
altrimenti
sacrifici inutili
Abolire Arsan
e Soresa»

Modello Lombardia. Perché sul ticket la Regione Campania intende adottare il sistema - suggerito anche dal **ministro della Salute** Fazio - delle tariffe «modulari». Nel senso che i rincari - inevitabili - cadranno in particolare sui «non esenti» e saranno calcolate in base alla spesa della visita stessa, come già in vigore nella regione amministrata da Roberto Formigoni. E, quindi, più alta la tariffa del consulto, più alto sarà il ticket. Ci sarà dunque un tariffario e si tenterà così di non gravare sulle categorie più deboli. È quanto emerso dalla riunione della cabina di regia di lunedì sera, ma è questa l'indicazione che alla fine dovrebbe essere seguita.

È comunque una nuova stangata sui cittadini pur di garantire una quota aggiuntiva al comparto, tra i 15 e i 26 milioni di euro, a causa dei tagli previsti nella manovra del governo sulla Regione. Sacrificio, sia chiaro, chiesto a tutte le regioni che devono farsi carico di un disavanzo di 381 milioni. Per la Campania la quota è tra i 15 e i 26 milioni, calcolata in base al numero di ricette sulla specialistica: ogni anno ammontano a 13 milioni e 800mila, ma solo l'11,4 per cento dei cittadini paga il ticket. E su questi è pronto a scattare il nuovo contributo. Come? Dal primo ottobre la Campania ha già introdotto il ticket aggiuntivo su specialistica (10,15 euro per un totale di 46,15), codici bianchi (25 euro per complessivi 50), cure termali (10 euro oltre alla tariffa già prevista a livello nazionale) e farmaci (2 euro a ricetta più 1,5 euro per ogni medicinale). La manovra prevede, però, ulteriori rincari: per le visite specialistiche la sovrattassa è pari a 10 euro. Colpa di un quadro non roseo a causa delle casse lasciate vuote dai predecessori, ripete da mesi il governatore Caldoro. Mentre sinora la Regione ha ottenuto lo sblocco di una parte dei fondi congelati dall'esecutivo ma ora deve occuparsi della nomina dei

direttori generali delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, rette finora da commissari. Nella speranza, ha promesso il governatore Caldoro due giorni fa in diretta web, che dal 2012 con l'indebitamento ridotto vengano azzerate le maggiorazioni sulle addizionali Irap e Irpef e si possa procedere a nuove assunzioni.

Sulle cifre della sanità, intanto, interviene il capogruppo pd in consiglio regionale. «Basta con il balletto delle cifre. La sanità campana urge di profonde riforme di sistema altrimenti finiremo per buttare al vento i sacrifici che i cittadini hanno fatto per evitare il tracollo e sui quali si è sostanzialmente spalmato il costo del deficit. Il gruppo regionale pd ha chiesto - attacca Peppe Russo - una seduta monotematica del consiglio per aprire un confronto su come si riorganizza la sanità campana e come si intende dare un senso logico a dei servizi che spesso si sovrappongono facendo lievitare i costi senza garantire un'assistenza di qualità». Nel mezzo il capogruppo democrat fa rilevare come il piano di rientro «rischi di provocare numerosi conflitti con le comunità campane, perché allo stato non è chiara l'ispirazione strategica e culturale di questo governo regionale». Infine le proposte. «Si cominci dall'abolizione di Arsan e Soresa e dando luogo ad un dipartimento regionale della sanità. Si definisca come si riqualifica la rete dell'emergenza, i presidi di eccellenza e riordini

in senso integrativo e complementare il ruolo della sanità privata. Su questo intendiamo confrontarci sperando che all'interno della maggioranza vi siano forze attente agli interessi collettivi senza lasciarsi tentare - conclude Russo riferendosi alle prossime nomine dei manager delle Asl - dalla convenienza di qualche nomina. Per parte nostra, come abbiamo già dimostrato di saper fare, assumiamo come priorità gli interessi dei cittadini campani e vigileremo affinché tutta questa partita, dopo tanto clamore mediatico, non si riduca a piccoli interessi di bottega».

ad.pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il piano

RISORSE DA RECUPERARE

A livello nazionale 381 milioni

Campania tra 15 e 26 milioni

IPOTESI

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| 1 | Ticket sulle visite specialistiche | Raddoppio con ulteriori 10 euro |
| 2 | Ticket variabile a seconda delle prestazioni | importi da definire |
| 3 | Tassazione su assistenza in day hospital | importi da definire |

PRONTO SOCCORSO

Non si prevede, al momento, incremento del ticket sui codici bianchi

I COSTI ATTUALI DEI TICKET euro

Pronto soccorso /Codice bianco	50
Specialistica	46,15
Cure termali	20
Farmaci (euro per ogni ricetta)	2

ESENZIONI

Restano al momento confermate tutte le fasce di esenzione previste

CHI PAGA

In Campania attualmente il ticket grava sull'11% dei contribuenti

ORFOLINOTTI/11

