



Le vacanze ti aspettano, non vedi l'ora di partire e la tua lista per i bagagli è già pronta, ma sei sicura di aver messo tutto? Non dimenticarti di una cosa importante: il contraccettivo. Se non sai quale portare, ti aiutiamo noi con la top guida!

In estate si risvegliano i sensi, la seduzione, la voglia di avventura.

È facile conoscere nuovi ragazzi e cadere nel flirt estivo ma se hai già una relazione consolidata non vuol dire che devi fare meno

attenzione. Per questo, insieme alle altre cose immancabili, dovrai portare con te un anticoncezionale per vivere in modo sereno e consapevole i momenti intimi con lui. Ce ne sono di molti tipi e per tutte le esigenze.



ATTENZIONE!
L'olio solare distrugge il lattice. Se ami le coccole hot, porta con te un olio da massaggio lubrificante a base acquosa e la sicurezza sarà salva.



Profilattico

Single, spensierata, disponibile, pronta a vivere una vacanza emozionante... A cominciare dai nuovi incontri?

Nessun dubbio: punta sul profilattico. Grazie all'effetto barriera della guaina in lattice è l'unico contraccettivo a "doppia sicurezza", che ti protegge sia da gravidanze indesiderate sia da malattie a trasmissione sessuale. **Perché rischiare di tornare a casa con un pessimo souvenir invece che con un bel ricordo?** Non ascoltare chi dice che non è affidabile: basta usarlo nel modo giusto. Ecco le regole fondamentali: metterlo fin dall'inizio (e non solo prima dell'eiaculazione); tenerlo lontano da fonti di calore, non lacerarlo con unghie o oggetti taglienti; trattenerlo alla base del pene a fine rapporto per evitare che si sfili. E visto che molti ragazzi dimostrano antipatia per il nostro amico condom (aka profilattico, aka preservativo), gioca d'astuzia: tienine pronta una confezione, magari del tipo che ti piace di più per odore, colore e confortevolezza. In questo modo non potrà avanzare scuse e dovrà usarlo!

Altri motivi per metterne una bella scorta in valigia? Non ha controindicazioni, non serve ricetta, lo trovi anche nei supermarket e nei distributori automatici. In più è economico.

AVVERTENZA!
Sei sensibile al sole? Dillo al tuo medico per farti prescrivere la pillola con il dosaggio più adatto a te, e utilizza sempre una crema solare ad alto fattore di protezione, soprattutto sul viso.

Pillola

Fidanzato super serio, coppia blindata e carattere precisino?

La pillola è senza dubbio l'anticoncezionale che fa per te. Se già la prendi o l'hai usata in passato, sai che basta assumerne una al giorno per avere una copertura contraccettiva del 100%. Se invece hai deciso di prenderla ora per la prima volta, proprio per goderti le vacanze senza l'ansia di una gravidanza imprevista, fatti consigliare dal ginecologo il tipo più adatto a te. Che sia monofasica, bifasica o trifasica non devi temere: gli attuali contraccettivi ormonali sono tutti a basso dosaggio e quindi ben tollerati. Alla fine di ogni blister (da 21 o 28 confetti) compaiono le mestruazioni e si ricomincia una nuova confezione. **I nemici della pillola?** Ci sono, certo... Il primo è il rischio di dimenticarsi di prenderla (in questo può aiutarti un promemoria come la sveglia del cellulare) e comunque basta prenderla entro 12 ore dal solito orario; poi gli episodi di vomito o diarrea (in vacanza capita...) perché possono comprometterne l'assorbimento (meglio averne due confezioni!); ultima avvertenza, l'interazione con altri farmaci che possano vanificarne l'efficacia, ad esempio gli antibiotici. **Altri dubbi?** In ogni confezione di pillola trovi il foglietto illustrativo che è un autentico "manuale".

IL "NON METODO"

Sei di quelle che in valigia mette di tutto tranne gli anticoncezionali, perché pensi: "tanto se capita c'è sempre il coito interrotto"? Allora non sai cosa voglia dire fare sesso sicuro! Non solo ti affidi completamente al partner (che può essere occasionale e quindi imprevedibile) ma non tieni conto delle statistiche di fallimento di questo "non metodo", ovvero il 35-40%. Il motivo per cui non devi fidarti è che anche prima dell'eiaculazione gli spermatozoi possono essere presenti nel liquido prostatico che serve da lubrificante. In più, rischi di contrarre una malattia e subisci lo stress di un rapporto da interrompere proprio sul più bello. Con il sesso le brutte sorprese non dipendono dalla sfiga! Apri gli occhi, usa la testa e proteggiti con il profilattico.





Cerotto contraccettivo

Sei sportiva, poco metodica e al mare preferisci le escursioni tra i monti e i parchi avventura in compagnia del tuo fidanzato?

Il contraccettivo giusto da mettere in valigia è il cerotto. Il meccanismo è lo stesso della pillola ma senza la noia dell'appuntamento quotidiano. Ti basterà applicarlo sulla pelle e potrai goderti l'estate e l'amore senza pensieri. Il dosaggio ormonale, infatti, si assorbe per via transdermica. Quando applichi il cerotto, la pelle deve essere pulita, asciutta e non deve presentare microlesioni. **Resta da decidere dove metterlo...** Bè, dipende dalla "pubblicità" che vuoi

CONTROLLA SEMPRE!

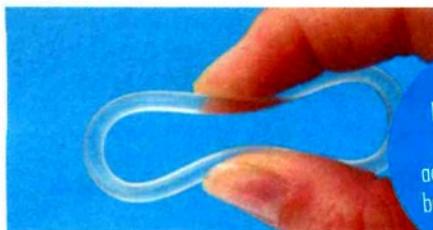
Il rischio del cerotto è che si stacchi, quindi niente creme prima dell'applicazione, fai pure la doccia, ma verifica almeno una volta al giorno che sia ancora al suo posto.

dare alla cosa... spalla e braccio d'estate restano quasi sempre scoperti, quindi se preferisci una collocazione più discreta puoi optare per la parte bassa dell'addome o i glutei. L'unica zona vietata è il seno. Il cerotto va messo il primo giorno delle mestruazioni, dopo una settimana si applica il secondo cerotto sempre lo stesso giorno (non ha importanza l'orario) e così pure la terza settimana. Nella quarta settimana non si applica alcun cerotto e dovrebbe comparire il ciclo.

L'applicazione successiva si inizia anche se le mestruazioni non sono ancora finite.

Anello vaginale

Hai confidenza con il tuo corpo e parti per un'estate di sport, tuffi, sole e... Amore! Non vuoi sentirti legata ad orari, se fanatica dell'abbronzatura e stai tanto tempo in acqua che potrebbero spuntarti le branchie... Il tuo anticoncezionale vacanziero è l'anello vaginale. Ha lo stesso meccanismo d'azione della pillola senza rischi di dimenticanze o ritardi d'assunzione; in più non si vede, quindi è più discreto del cerotto. **Com'è fatto?** È un anello trasparente e flessibile, in materiale anallergico, che va inserito in vagina e cambiato una volta al mese per tre settimane. Poi segue una settimana di pausa durante la quale compaiono le mestruazioni. **Se soffri di sindrome premestruale l'anello è l'ideale:** offre un discreto controllo del ciclo e presenta una bassa incidenza di effetti collaterali come nausea, tensione mammaria e mal di testa. **Un altro vantaggio:** l'efficacia contraccettiva è



IMPORTANTE!

Nel caso (raro) in cui l'anello venga accidentalmente espulso, basta lavarlo con acqua e reinserirlo subito.

garantita anche in caso di vomito e diarrea. Non vuoi farti scappare l'avventura lampo con quel tipo fantastico? Usa anche il profilattico, l'unico metodo che protegge dalle MTS (malattie a trasmissione sessuale).

SPIRALE O IUD

Lo citiamo non perché sia il più adatto, ma per completezza di informazione. Lo Iud è un dispositivo di materiale anallergico che viene inserito nell'utero e che necessita l'intervento del ginecologo. Quindi non è un metodo fai-da-te, richiede controlli periodici, non protegge dalle malattie sessualmente trasmissibili e ha costi notevoli. Se vuoi una soluzione temporanea non fa per te, potrai pensarci sempre più avanti.



CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

Hai il dubbio di avere avuto un rapporto a rischio: si è rotto il preservativo, ti accorgi di aver dimenticato una pillola... Ed entri nel panico! Insomma, ti trovi in una situazione "d'emergenza" e l'importante, in questi casi, è mantenere la calma e intervenire subito. Puoi ricorrere alla cosiddetta "pillola del giorno dopo" o alla "pillola dei cinque giorni dopo". Vale la pena specificare che non si tratta di una pratica abortiva perché tutto avviene prima dell'impianto dell'uovo eventualmente fecondato nell'endometrio dell'utero. Ma non si tratta nemmeno di un normale anticoncezionale. Come dice il nome, è un contraccettivo d'emergenza, quindi deve essere l'eccezione e mai la regola!

Pillola del giorno dopo

È una conoscenza che non avevi ancora fatto, ma il momento è arrivato... Prima intervieni, meglio è: infatti l'efficacia contraccettiva della pillola del giorno dopo raggiunge il 95% se è assunta nelle prime 24 ore dopo il rapporto, l'85% se assunta tra 25 e 48 ore dopo il rapporto ed il 58% tra le 49 e 72 ore. In ogni caso, dopo l'assunzione dovrai utilizzare un contraccettivo di barriera (come il preservativo) fino all'inizio del successivo ciclo mestruale. I preparati contenenti levonorgestrel (pillola del giorno dopo) sono prodotti da banco di libera vendita in molti paesi europei. In Italia no, infatti è necessario rivolgersi al proprio medico di base, ad un ambulatorio di ginecologia o a un consultorio. Sappi però che per la "clausola di coscienza" il medico può rifiutarsi di prescriberla, quindi è utile, soprattutto in viaggio, avere già con sé la ricetta per non perdere ore preziose.



La pillola dei 5 giorni dopo



Per una serie di motivi ti trovi in seria emergenza, e non sei riuscita a trovare o ad assumere la pillola del giorno dopo?

Esiste lei: è arrivata anche in Italia, disponibile dagli inizi di aprile 2012, si chiama Ulipristal, già ribattezzata "pillola dei

cinque giorni dopo". Questo perché il suo funzionamento è simile alla pillola del giorno dopo, ma la sua azione può essere efficace fino a 120 ore dopo il rapporto sessuale a rischio. La pillola dei 5 giorni dopo è stata sperimentata, negli USA, su più di mille donne e ha dato riscontri molto positivi: il suo indice di successo si aggira attorno al 97,9% dei casi in cui viene assunta. Gli effetti collaterali sono simili a quelli provocati dalla tradizionale pillola del giorno dopo: emicranie, dolori addominali e nausea. Il farmaco richiede prescrizione medica e anche un test di gravidanza che risulti negativo. Anche in questo caso non si tratta di un farmaco che va preso alla leggera e di frequente, ma va usato solo in situazioni di reale emergenza!

Hai dubbi? Non aspettare!

Il ciclo è in ritardo e pensi di poter essere incinta? Non tenerti il dubbio e non perdere tempo a cercare risposte nei forum o tra le amiche che già ci sono passate. Meglio sapere al più presto la verità con un test di gravidanza. Quelli attualmente in commercio ti danno una risposta già prima della data presunta della prossima mestruazione. Se poi sei certa di aver rischiato nelle 24 ore precedenti, ricorri subito alla contraccezione d'emergenza (vedi sopra).

Pillolo per lui: siamo sulla strada giusta

Gli scienziati hanno scoperto come bloccare, in modo temporaneo, un gene indispensabile per lo sviluppo degli spermatozoi.

Evitare gravidanze indesiderate è sempre stata una responsabilità femminile: generazioni di pillole contraccettive si sono susseguite, mentre la messa a punto di un pillolo maschile è sempre stata un'impresa difficile. I tentativi di realizzare un anti-concezionale per lui bloccando il testosterone si sono arenati sugli effetti indesiderati (irritabilità, stanchezza, calo del desiderio...). Ora, forse, è stata imboccata la strada giusta. Scienziati dell'Università di Edimburgo hanno scoperto un gene il cui ruolo è fondamentale per lo sviluppo finale dello sperma.

Il gene si chiama *Katnal1* e, quando viene bloccato (in esperimenti in vitro), i testicoli continuano a produrre spermatozoi, ma immaturi e inefficienti per la riproduzione. La prospettiva è quindi preparare un farmaco che inibisca questo gene. «Sarebbe un modo per indurre nel maschio una situazione temporanea di sterilità. Con effetti del tutto reversibili» ha precisato Lee Smith, uno dei ricercatori di Edimburgo che ha condotto lo studio. ■

Uno spermatozoo: se il gene *Katnal1* non funziona, è inutile ai fini della riproduzione.



La polemica. Balduzzi esclude l'ipotesi di nuove prestazioni a pagamento

«Con me nessun ticket né quest'anno né nel 2013»

Roberto Turno

«Con me non ci sarà nessun nuovo ticket, né ora né nel 2013. E qualsiasi intervento dal 2014, dovendo applicare la manovra socialmente e politicamente insostenibile del precedente Governo, dovrà essere equo e omogeneo. Senza alcun massacro». Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, cerca di spegnere sul nascere la polemica scatenatasi ieri sui ticket, secondo cui il suo ministero avrebbe allo studio un'ipotesi di nuovi ticket per 5 miliardi da quest'anno al 2014 con una franchigia fino al 9 per mille del reddito o con sei scaglioni di reddito e relativi ticket modulati. Col risultato di far pagare un ricovero fino a 200 euro. «Non c'è nulla di vero, non c'è alcuna ipotesi del ministero. Qualcuno pensa di soffiare sul fuoco e di fare speculazioni politiche», ribatte Balduzzi.

Le rivelazioni sui ticket sono circolate dopo un'ampia riunione convocata ieri al ministero con politici e amministratori locali. Precisa Balduzzi:

«Quell'ipotesi era stata fatta dal ministero col precedente Governo per vedere come applicare la sua manovra di luglio. Io l'ho scartata dall'inizio del mio mandato. E come tale è stata presentata alla riunione per spiegarne gli effetti devastanti. Ma qualcuno non ha capito o ha finito di non capire...».

Smentisce, insomma, il ministro. Ma che farà il Governo (attuale): cancellerà i 2 miliardi in più di ticket previsti a partire dal 2014? O addirittura anticiperà l'intervento? «Escludo qualsiasi anticipo. Ma è difficile che i contenuti economici di quella manovra possano essere assorbiti da altre ipotesi - afferma Balduzzi -. Si deve arrivare allo stesso risultato per strade diverse. Con un sistema equo, trasparente e omogeneo. Per questo ho avviato una discussione. Come ho sempre detto, c'è anche l'ipotesi della franchigia. Che è tutta da studiare».

Però l'Economia pressa per incassare risparmi dalla sanità. E con la spending review è pronta ad alzare la posta. Non a caso

ha bloccato il riparto dei 108 miliardi per il 2012 e di altri 1,5 miliardi degli "obiettivi di piano". Balduzzi, insomma, è sotto pressione. «Allo stato attuale posso dire soltanto che la sanità come sempre farà la sua parte. Ne stiamo discutendo. Con quali strumenti e per quanto, è presto per dirlo. La decisione credo che arriverà tra una decina di giorni».

Eppure si parla di un taglio da 1-1,5 miliardi per la sanità. «Io oggi non posso né confermare, né smentire», si trincerava il ministro. Ma la spending review taglierà i servizi alla gente o inciderà sulla qualità della (cattiva) spesa? «Lo sforzo è di rivedere la qualità della spesa senza gravare sugli assistiti e senza razionamento delle prestazioni», auspica Balduzzi. Ad esempio? «Si può ragionare in tante direzioni. Ad esempio riscontriamo anche all'interno di una stessa regione grandi scostamenti per i servizi di mensa o di lavanderia. Come negli acquisti di alcuni beni, in particolare i dispositivi medici. Su questi acquisti, su eventuali contratti a scadenza esageratamente lunga, si può interve-

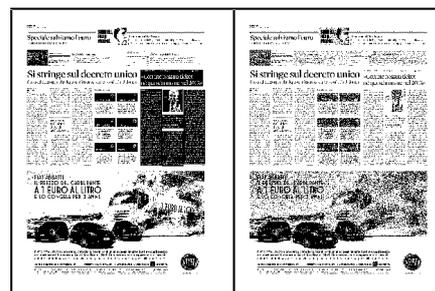
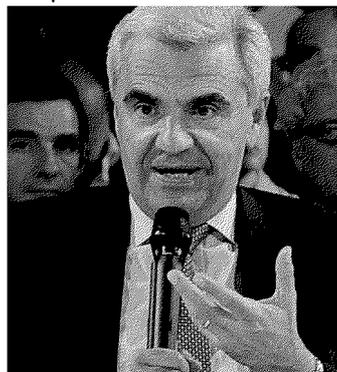
nire». E sui farmaci è in cantiere un anticipo della manovra prevista dal 2013? Balduzzi frena: «In astratto è possibile, ma in concreto è difficile, anche perché inciderebbe in corso d'anno sulla programmazione industriale. Adesso si tratta solo di capire come graduare la spesa farmaceutica tra territorio e ospedale».

PARTITA APERTA

Resta da capire se il Governo cancellerà i 2 miliardi in più

previsti a partire dal 2014

In agenda il taglio sugli acquisti di beni e servizi



SANITÀ

Il prelievo colpirà i big del farmaco

Ma i ticket sui ricoveri sono soltanto rinviati

Paolo Russo A PAGINA 10

Sanità, pagano i big del farmaco

In arrivo prelievo da 1 miliardo di euro a carico dell'industria. Sui ticket tutto rinviato al 2014, ma è polemica

Nel piano del governo il pagamento per reddito prevede sei fasce diverse

PAOLO RUSSO
ROMA

Mentre la spending review sanitaria rischia di colpire soprattutto l'industria farmaceutica è bagarre sui ticket che verranno. Prima una fuga di notizie su un incontro a porte chiuse tra tecnici e politici esperti di sanità dove si sarebbe parlato di maxi-ticket fino a 200 euro per i ricoveri, calibrati su sei fasce di reddito. Poi, dopo una raffica di critiche da regioni, partiti e sindacati, la smentita secca del Ministro della Salute, Renato Balduzzi: «le cifre riportate dagli organi di stampa si riferiscono non alle nuove ipotesi che il ministero sta costruendo ma a quelle del precedente governo». Le nuove, conferma Balduzzi, puntano invece dritto verso la rivoluzione delle franchigie, impostate all'insegna della formula «pagare meno ma pagare tutti» e proporzionate al reddito Isee corretto a seconda della composizione

del nucleo familiare. Un meccanismo che vuole correggere l'attuale distorsione che vede esenti dai ticket sanitari quasi un italiano su due ma che a partire dal 2014, se non prima, dovrà comunque fruttare 2 miliardi, come previsto dall'ultima manovra Berlusconi. Un prelievo aggiuntivo che porterebbe oltre la soglia della povertà altre 42 mila famiglie, predice il «Rapporto sanità» del Ceis Tor Vergata, rimarcando che per la salute spendiamo ormai il 26% in meno di Francia e Germania.

Ma che la sanità debba fare la sua parte è scritto a chiare lettere nei piani del Governo, che punta a recuperare un miliardo e mezzo già quest'anno, in attesa della cura da 7,5 miliardi per il biennio prossimo. Il Ministero dell'Economia aveva puntato gli occhi sul «fondino» sanitario da 1,5 miliardi che serve a finanziare cose importanti, come la lotta alle malattie rare, le cure palliative o l'assistenza ai disabili. Ma Balduzzi ha fatto muro e sarebbe pronto a presentare un'alternativa: anticipare a quest'anno quanto previsto per il 2013 dalla manovra di luglio, ossia il prelievo da quasi

un miliardo di euro a carico delle industrie farmaceutiche, come «copertura» dei 2,5 miliardi di minor finanziamento della sanità. Farmindustria ha fiutato il pericolo, tant'è che il Presidente Massimo Scaccabarozzi si è affrettato a ricordare che «non si capisce perché si dovrebbe scaricare il 40% di questa cifra a un settore che rappresenta solo il 16% della spesa sanitaria». Il resto dei risparmi arriverebbe invece con la spending review sui beni e servizi sanitari.

Questo nell'immediato, mentre dietro l'angolo ci sono le nuove franchigie, che pagheranno anche gli attuali esenti (forse saranno esclusi in parte quelli per patologia) e che saranno il 3 per mille del reddito Isee corretto con il quoziente familiare. In pratica con un reddito di 20mila euro si pagherà fino a 60 euro e poi basta, con 60 mila fino a 160, con 100mila fino a 300 e così via. L'ipotesi allo studio prevede il pagamento della franchigia anche sui ricoveri e un mini-ticket di 50 centesimi sulle prescrizioni per evitare fenomeni di consumismo sanitario esaurita la quota di spesa a proprio carico.



Nella Sanità 10 mln di «malati» pendolari

Gli italiani migrano di regione in regione per farsi curare. Sono infatti 10 milioni i residenti nelle regioni con piano di rientro, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, pronti a rivolgersi a strutture di un'altra regione o ad andare all'estero in caso di bisogno di cure. È questo il rischio che incombe sulle regioni più tartassate dalle manovre secondo quanto emerge dalla ricerca del Censis contenuta nel Rapporto 2012 *Il Sistema Sanitario in controluce* della Fondazione Farmafactoring, presentato a Roma. Il dato poi diventa più incisivo se confrontato con gli italiani che vivono invece nelle altre regioni, dove solo il 10,3% ha scelto di spostarsi: il 7,7% in meno. Rispetto al resto dell'Italia, i residenti nelle regioni con piano di rientro sono poi più pessimisti e ben il 37,6% è convinto che la sanità regionale peggiorerà nei prossimi cinque anni, contro il 29,5% dei residenti nelle altre regioni. Per quel che riguarda il ricorso alla sanità privata il divario invece non è così evidente: vi si è rivolto il 39% dei residenti in regioni con piano e il 37% di coloro che vivono nelle altre regioni. La forbice si riapre invece per quel che riguarda le spese sostenute di tasca propria per la sanità (il 61,8% dai residenti in regione con piano contro il 54,9% degli altri) e per l'incremento della spesa privata per famiglia (il +20% per coloro che vivono in regioni con piano contro il +16% del resto). Tutti d'accordo invece sul fatto che la spesa sanitaria sia aumentata. Per il 58% degli italiani, i costi per visite mediche, dentista, analisi e accertamenti diagnostici sono aumentati del 18% in un anno. Il 55% giudica però troppo alto il prezzo pagato per la prestazione, il 44% lo valuta giusto e appena l'1% lo ritiene basso.

LA MANOVRA SANITARIA PER IL 2011-2012

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali

	2010	2011	2012
Finanziamento statale per il SSN	105.566	107.287,0	109.614
Finanziamento statale stanziato	(*)105566	106.633	108.780
-Residuo da stanziare	0	486,5	834
-Reintroduzione ticket	0	-386,5	-834
Finanziamento Statale programmato	105.566	106.733	108.780

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali

...E QUELLA PER IL 2012-2014

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali

	2012	2013	2014
Finanziamento tendenziale	108.780,0	111.794	116.234
Riduzione finanziamento	0,0	-2.500	-5.450
-Prezzi di riferimento	0,0	-750,0	-1.100,0
-Farmaceutica	0,0	-1.000,0	-1.000,0
-Dispositivi medici	0,0	-750,0	-750,0
-Ticket	0,0	0,0	-2.000,0
-Personale	0,0	0,0	-600,0
Finanziamento programmatico	108.780,0	109.294,0	110.784,0

Fonte: Elaborazioni Farmafactoring su Documenti Ufficiali



Censis: cresce la spesa sanitaria delle famiglie

gli aumenti

Per farmaci, visite e indagini diagnostiche si sborsa il 18% in più. E nelle regioni in rosso è forte la tentazione di farsi curare altrove

DI BICE BENVENUTI

Farmaci, visite specialistiche, esami diagnostici, analisi: chi può evita volentieri di ricorrere a simili prodotti e prestazioni ma chi non è nelle condizioni di sottrarsi si ritrova a sopportare un supplemento di pena. Curarsi è sempre più costoso: in dodici mesi, la spesa per la sanità delle famiglie italiane è aumentata del 18%. I dati sono frutto del lavoro del Censis, confluiti nel Rapporto 2012 "Il sistema Sanitario in controluce" della Fondazione Farmafactorig, presentato ieri a Roma. Un aumento della spesa dovuto prevalentemente all'incidenza del ticket sui farmaci (per il 65% dei cittadini), sulle prestazioni specialistiche (per il 64%), per analisi e radiografie (secondo il 63% degli italiani). Aumenta il numero delle persone (sono il 38%) che si è rivolto almeno una volta alla sanità privata, pagando di tasca propria l'intera prestazione: si tratta in particolare di donne (42%), di adulti tra i 45 e i 64 anni (42,5%), anziani (40%), residenti nel Nord-Ovest (42%), laureati (42%). Oltre la metà - il 55% - giudica però troppo alto il prezzo pagato. Sui destini della sanità pubblica gli italiani sono scettici, soprattutto nelle regioni con piano di rientro dove il 37,6% degli abitanti si aspetta un peggioramento della qualità

nei prossimi cinque anni. E sempre in queste regioni, non a caso, è notevolmente più bassa la percentuale di chi non si farebbe curare fuori dal proprio territorio: il 29% rispetto al 46% rilevato nelle altre. Quasi unanime il giudizio negativo sulle manovre di finanza pubblica in sanità, considerate ingiuste e inefficaci da quasi otto italiani su dieci (il 77%).

E ancora di costi e salute si occupa anche l'VIII Rapporto Sanità Ceis - a cura dell'Università Tor Vergata - presentato sempre ieri a Roma. Con l'introduzione di nuovi ticket previsti dalle manovre governative degli ultimi anni circa 42 mila famiglie si impoveriranno per pagare le spese mediche: i ricercatori hanno simulato l'effetto sui bilanci familiari di un inasprimento del ticket fissato prudenzialmente a due miliardi di euro (45% a carico dei farmaci, 45% specialistica, 10% pronto soccorso). Per contenere l'iniquità dell'impatto il Rapporto ha simulato un'applicazione progressiva del ticket, a partire da un inasprimento del 5%

per le famiglie più povere sino al 30% delle più ricche: in tal caso le nuove famiglie impoverite si riducono a 7500. I dati del Rapporto Ceis evidenziano anche nel 2011 un calo progressivo della spesa sanitaria, inferiore del 26% rispetto a Francia e Germania. La spesa per la non autosufficienza, si legge, sfiora quota 15 miliardi, ovvero quasi l'1% del Pil. I dati, per quanto approssimati, indicano che non fronteggiamo tanto una carenza di fondi, quanto una carenza organizzativa, ad iniziare dalla assenza di una compiuta definizione dei Liveas (Livelli Essenziali Assistenza Sociale).



il fatto. Il Senato ha adottato un testo unico che diventa la base per la discussione di un ddl

Meno azzardo per tutti

Sanzioni più severe, stretta sugli spot e ludopatia malattia riconosciuta



I giocatori compulsivi avranno diritto a trattamenti di cura a carico del Fondo nazionale sanitario e del Fondo sociale

nazionale per monitorare la situazione e quantificare i costi sociali

LAMBRUSCHI E SCHERRERA PAGINA **11**

Sarà istituito un Osservatorio

Azzardo, la ludopatia adesso è riconosciuta

È stata inserita nei livelli essenziali di assistenza

DA MILANO PAOLO LAMBRUSCHI

Il Senato batte un colpo e adotta finalmente un Testo unico sul gioco d'azzardo che, pur presentando lacune, diventa base per la discussione di un disegno di legge. Ieri le commissioni Giustizia e Finanze hanno accolto il provvedimento redatto da Laura Allegrini (Pdl) e Lucio D'Ubaldo (Pd) che recepisce diversi punti di quattro disegni di legge giacenti in Parlamento. Il dibattito procede oggi.

Da segnalare anzitutto la proposta di inserimento della ludopatia, la dipendenza da gioco, tra le patologie trattate nei livelli essenziali di assistenza, parificata ad alcoli-

smo e tossicodipendenza. I giocatori compulsivi avrebbero diritto a trattamenti di cura e riabilitazione a carico del Fondo nazionale sanitario e del Fondo sociale finanziati con due canali. Anzitutto con destinando lo 0,1 per cento della quota di giocate destinate ai concessionari. Una cifra importante, considerato che nel 2011 sono stati spesi 80 miliardi in lotterie, slot machine, poker, scommesse e giochi, di cui solo l'11% è finita nelle casse erariali. Ma già nella prima di-

scussione di ieri i primi richiami alla cautela sono stati avanzati dai senatori proprio su questo punto. La lobby dei concessionari è infatti molto potente in quello che è ormai

il primo paese al mondo nella spesa pro-capite per il gioco d'azzardo. Alla somma si aggiungerebbero le entrate «derivanti dalla riscossione di sanzioni amministrative pecuniarie» comminate a chi gioca con operatori non autorizzati, anche on line. Il Testo unico propone infatti di inasprire le multe per i giocatori del settore illegale e le pene per chi opera nel "nero" (fino a quattro anni di reclusione per importatori e installatori non

autorizzati), forma collaudata di riciclaggio. E viene accolta la proposta del terzo settore di istituire presso il **Ministero della salute** un Osservatorio nazionale per monitorare le dipendenze da gioco e i costi sociali.

Si introduce inoltre – in forme da esplicitare – il divieto di pubblicità ingannevole. Il testo vieta infatti la pubblicità «diretta o indiretta, realizzata in qualsiasi forma, volta a favorire l'accesso al gioco d'azzardo» con sanzioni da 10mila a 30mila euro. Previste anche misure di protezione dei minori (a cui il gioco resta vietato) e di soggetti vulnerabili, che potrebbero tradursi in avvertenze sui rischi per la salute stampate sulle macchinette e nell'obbligo di passare sul terminale la tessera sanitaria.

Mancano invece accenni sui poteri dei sindacati di decidere la collocazione delle sale giochi - materia che ha provocato numerose controversie giudiziarie – mentre il Testo prevede interventi sulle procedure di rilascio e di rinnovo delle concessioni. Tutti i

soggetti partecipanti a gare nel settore dei giochi pubblici dovrebbero dichiarare i nominativi dei soci che detengono quote societarie superiori al 2%, pena l'esclusione

dalla gara in caso di dichiarazioni fasulle. Il provvedimento introduce poi misure per una maggiore tracciabilità dei flussi finanziari, con la registrazione dei «movimenti relativi a concorsi pronostici o scommesse di qualsiasi genere» su conti correnti bancari o postali dedicati. Previsto il blocco dei trasferimenti di denaro a favore di soggetti che operano sul web o in tv sprovvisti della concessione dei Monopoli di stato. Viene infine proposta l'istituzione di un registro scommesse e concorsi ove annotare l'ammontare di somme giocate e vincite pagate.

Il Senato ha approvato un Testo unico che prevede di destinare alle cure dei "malati di gioco" risorse prelevate direttamente dai proventi dei concessionari



Sangue, cresce la donazione

ROMA. Aumentano le donazioni di sangue in Italia: +1,5% nel 2011 rispetto al 2010, anche se a donare di meno sono i giovani che rappresentano circa il 28% sul totale. La situazione del comparto sangue è stata illustrata ieri al ministero della Salute, dal direttore del Centro Nazionale Sangue, Giuliano Grazzini, alla vigilia della Giornata mondiale del donatore di sangue promossa dall'Oms. Il numero dei donatori di sangue in Italia, ha detto Grazzini, è pari nel 2011 a 1.733.398 (69,9% maschi e 30,1% femmine) di cui 35,5% donatori frequenti. Il numero di donazioni totali è stato invece pari a 3,3 milioni e i pazienti trasfusi nel 2011 hanno raggiunto quota 685.419. In media si sono effettuate 1,9 donazioni per ogni donatore l'anno, in linea con i livelli Ue.



«GIOVANI, MANGIATE BENE E FATE SPORT»

Il ministro della Salute ha davanti dati preoccupanti che gli uffici tecnici del ministero gli hanno fornito in questi mesi.

– Professor Renato Balduzzi, lei è preoccupato per lo stile di vita poco salutare di tanti ragazzi?

«Le faccio un esempio: fuma il 19 per cento dei ragazzi, maschi e femmine, di 15 anni. A 13 anni fuma il 4 per cento dei maschi e il 3 per cento delle femmine. Poi c'è il consumo di alcol, che è raddoppiato fuori pasto tra le ragazze fra i 14 e i 17 anni. Infine, il problema dei grassi, quindi troppe merendine, troppe bevande con dolcificanti, insomma un cibo poco sano. Sono preoccupato? Sì».

– Le contromisure quali sono?

«Non fumare, non bere, mangiare meglio e fare sport. La promozione della salute tra i giovani è una priorità del Paese e fa anche risparmiare soldi al Servizio sanitario nazionale, perché previene malattie che costano molto per le cure. Nelle scuole elementari da tempo abbiamo promosso la campagna "Okkio" cioè stai attento, che suggerisce, in maniera adatta

allo stile dei bambini, comportamenti virtuosi, racconta dell'importanza della prima colazione, raccomanda di mangiare frutta e verdura.

Il ministero ha anche collaborato alla produzione di un cartone animato, dove Capitano Kuk dichiara guerra alla cattiva alimentazione. È un nuovo supereroe inventato apposta per aiutare i bambini a scoprire i benefici di una corretta alimentazione. E il suo urlo di battaglia è "all'avverduraggio!". La creatività dei collaboratori del ministero è straordinaria. L'impegno contro il fumo è al primo posto: nei piani regionali della prevenzione su 153 progetti negli ultimi anni ben 40 riguardano la lotta al fumo tra i giovanissimi».

– Da cinque anni il ministero ha avviato il programma "Guadagnare salute". Quali sono i risultati?

«Intanto il programma continua e a Venezia, al convegno di "Guadagnare salute"

il 21 e il 22 giugno, faremo il punto sulle sfide della promozione della salute, che vanno dalla sorveglianza sui cibi, all'insegnamento nelle scuole, agli interventi sul territorio. Ci saranno le istituzioni, le imprese e la società civile,

perché guadagnare salute significa modificare lo stile di vita, rafforzare politiche e programmi che riducano i fattori di rischio a tutti i livelli. E poi c'è la prevenzione che si effettua a scuola cercando di affrontare l'emergenza legata all'obesità e al sovrappeso, sempre più diffusi nei bambini italiani».

– È per questo motivo che vuole tassare le merendine?

«Nessuna tassa sulle merendine. Stiamo discutendo con le aziende per migliorare la qualità delle produzioni, specialmente di quelle dolciarie. Oltretutto dobbiamo ottemperare a direttive europee in tal senso».

– Quindi meglio un patto con i produttori che nuove tasse?

«Noi non vogliamo fare cassa, ma mandare un messaggio, e cioè che il cibo sano fa risparmiare. Abbiamo davanti a noi diverse esperienze all'estero di tasse sulle bibite gassate. E ne abbiamo parlato anche noi. Stiamo studiando la possibilità di tassare le bevande gassate e i cosiddetti sport drink

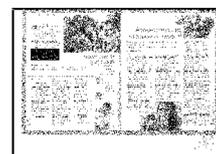
o energy drink. Arriveremo a farlo? Non lo so. In ogni caso si tratterebbe di una tassa di scopo. Ma sono già molto contento del fatto che si sia aperto un dibattito e si discuta su un argomento legato agli stili di vita. Avere avviato la discussione è già una partita vinta».

– E quanto sarebbe l'ipotetica tassa?

«Potrebbe essere 3 centesimi a lattina o a bottiglietta, pochi soldi, che farebbero incassare allo Stato circa 245 milioni di euro all'anno. Il Paese di riferimento per questa tassa è la Francia dove tuttavia il consumo è molto più elevato che in Italia».

– Ci sarà una tassa anche sui superalcolici?

«Abbiamo fatto uno studio che prevede 50 euro ogni 100 litri e visto che in Italia ogni anno si consumano 48 milioni di litri lo Stato incasserebbe 24 milioni di euro. Questa tassa sarebbe un segnale per abbassare i consumi



e non credo che si possa avere da ridire».

- E i soldi dove finirebbero?

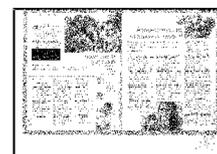
«A finanziare campagne di prevenzione e di informazione sull'alimentazione corretta

e sui rischi che si presentano ai bevitori».

- Queste campagne di informazione hanno un riscontro positivo?

«Abbiamo avviato il progetto "E vai con la frutta", finanziato dal ministero e realizzato in Campania, Marche, Puglia e Sicilia per promuovere il consumo di frutta e verdura tra i bambini nelle scuole e abbiamo analizzato

i dati. Ebbene, guardando nelle classi dei partecipanti si è notato un miglioramento statisticamente significativo riguardo non solo alle conoscenze, ma anche agli atteggiamenti e ai comportamenti. Insomma i bambini consumano più frutta e verdura. Ora si tratta di consolidare azioni e interventi, ma soprattutto di non smettere di discutere e intanto di trovare sinergie virtuose per uno stile di vita sano tra scuola, sport, sanità, trasporti, ambiente e politiche agricole».



Parla Marina Garassino, l'oncologa che il mondo ci invidia

«Ho scoperto che a volte un farmaco vecchio è meglio di uno nuovo»

Odia il fumo, adora Clooney ed è una sognatrice. Ma il suo è un sogno molto concreto: sconfiggere il tumore ai polmoni. Per questo ha fatto una indagine sulle terapie migliori che le ha dato fama internazionale. Ma lei resta in Italia: «Nella lotta al cancro noi siamo i migliori»



Su una parete del suo ufficio c'è la foto di George Clooney con la scritta No Martini No Party. Che Marina Garassino, 40 anni, due figlie e una voce squillante, ha modificato in No Target No Party. Cosa sia il target sarebbe un po' difficile da spiegare, se lei non fosse un'oncologa dell'Istituto dei tumori di Milano e rappresentante nazionale dell'Esmo (European Society of Medical Oncology). Ma soprattutto la coordinatrice di uno studio che ha dimostrato che nel 90 per cento dei pazienti funziona molto di più la tradizionale chemioterapia con il docetaxel, con un costo di 870 euro ogni due mesi, piuttosto dell'erlotinib, farmaco da 2.900 euro. Dobbiamo partire da questo risultato per capire la fantastica storia di una ricercatrice che ha deciso di restare in Italia per una precisa scelta professionale. Il perché dello slogan No Target No Party. E la rivoluzione generata dal suo studio, presentato a Chicago nel più importante convegno di oncologia mondiale (Asco, concluso il 5 giugno), dove la Garassino è stata la prima donna italiana ad aver parlato nella sessione dedicata al cancro ai polmoni e l'unica a firmare i Best Asco, il meglio del meglio dei progetti redatti al meeting.

Tutto comincia nel 2005, giusto?

«Sì, con la pubblicazione sull'autorevole *New England Journal of Medicine* di un articolo che descriveva gli effetti clamorosi dell'erlotinib sul 10 per cento dei malati. Dal 2006 al 2011, però, si è notato come questo 10 per cento presentasse la mutazione di un gene che si chiama Egfr. E con Walter Torri dell'Istituto Mario Negri, uno statistico di fama internazionale, abbiamo deciso di indagare sul restante 90 per cento. Cosa che è stata possibile grazie all'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, che ha scelto di finanziare uno studio indipendente

erogando 1 milione e 800mila euro al Fatebenefratelli, ospedale in cui ho lavorato fino a sei mesi fa. E alla collaborazione dei biologi Massimo Brogginì e Silvio Veronese e di 50 centri specializzati».

E cosa avete scoperto?

«Che su quel 90 per cento dei pazienti la terapia standard è efficace nel 40 per cento dei casi. Una percentuale molto alta. Le conseguenze sono importantissime. Farà risparmiare tantissimi soldi ai pazienti e a chi finanzia la spesa medica. E ha dimostrato che bisogna continuare a lavorare sulla personalizzazione dei trattamenti attraverso la descrizione genetica dei malati e quanto sia inutile somministrare l'erlotinib a chi non presenta quella specifica mutazione del gene che, in gergo, chiamiamo target».

Eccoci.

«Con questo gene modificato, presente solo nei pazienti non fumatori, l'erlotinib e altri farmaci simili hanno un'efficacia miracolosa: sconfiggono il cancro con una velocità impressionante. Quindi se non ce l'hai la strada verso la guarigione è più difficile. No target no party, appunto».

Nonostante il suo studio, però, l'azienda produttrice continua a promuovere l'erlotinib e i suoi colleghi a prescriverlo a tutti e non solo a quel 10 per cento. Come mai?

«Non è giusto fare della dietrologia, perché la correlazione fra mutazione del gene ed efficacia della cura è stata dimostrata ufficialmente solo un anno fa e il mio studio sul miglior funzionamento della chemio standard sul restante dei pazienti è troppo recente».

Ma è vero che la chiamano Amélie, riferendosi al film *Il favoloso mondo di Amélie*?

«È un soprannome che mi ha dato un

amico: dice che sono una sognatrice. Ed è vero».

E quali sono i suoi sogni?

«Un mondo senza fumo. Perché ormai sui pazienti non fumatori che si ammalano di tumore al polmone, si è capito quasi tutto. Mentre degli altri no: il fumo provoca dei danni talmente numerosi e consequenziali che è difficile capire quale siano quelli maggiori».

Una vita dedicata alla scienza, la sua?

«E alle mie figlie di 14 e 13 anni. Mi sveglio alle 6.30, le porto a scuola, poi vengo in ospedale e ci resto fino alle otto di sera».

Se le scoprisse con le sigarette in tasca?

«Taglierei a entrambe le dita!».

Si parla molto di fuga dei cervelli: è per le sue figlie che ha deciso di restare in Italia?

«No, no e poi no. Oncologia italiana, e questa è una cosa che non si sottolinea mai, è allo stesso livello di quella americana. Per alcuni aspetti è addirittura superiore. Io ho lavorato anche in Inghilterra, ma è in Italia che ho trovato le strutture e le possibilità migliori. All'Istituto dei Tumori sono stati fatti i più grossi avanzamenti al mondo. E il mio studio lo dimostra».

Non avrà quello del fumo ma qualche altro vizio ce l'ha?

«Le scarpe coi tacchi. E poi ho un debole per George Clooney. La foto sulla parete volevo mostrarla anche a Chicago ma quella pubblicità non è stata trasmessa negli Stati Uniti e non l'avrebbero capita».



MORENO PISTO
GIORNALISTA DI SPETTACOLO
E ATTUALITÀ. È AUTORE DEL
LIBRO *VASCO PER MAESTRO*
(SONZOGNO). SCRIVETEGLI AD
ATTUALITÀ@MONDADORI.IT

Campania L'iniziativa intende sorvegliare l'andamento della patologia oncologica per attuare strategie di prevenzione, studio e ricerca

Registro dei Tumori: arriva il sì del Consiglio Regionale

di **Ernesto Ferrante**

Forse è ancora presto per gioire, ma un sorriso è più che giustificato. Dopo tante fumate nere, è arrivato il sì del Consiglio regionale della Campania alla proposta di legge che istituisce il registro dei tumori. Il testo è stato approvato all'unanimità con 54 voti su 54 votanti e dopo che il presidente della commissione Sanità, Michele Schiano (Pdl), ha raggiunto un'intesa con il consigliere del Pd Nicola Caputo per il ritiro di numerosi emendamenti presentati, alcuni dei quali sono stati recepiti nel testo.

“Si tratta di una legge di portata storica che pone la Campania al pari, o addirittura al di sopra, delle altre regioni italiane e che va nella direzione della buona sanità”, ha sottolineato il relatore Schiano. All'esterno del Consiglio regionale alcune decine di persone, in rappresentanza di Insorgenza Civile e del Movimento Cinque Stelle, hanno atteso il varo della norma esponendo striscioni che ne rivendicavano il varo immediato.

Accanto al Registro dei Tumori, su proposta di Gennaro Oliviero, capogruppo del Pse in Consiglio regionale, verranno istituiti gruppi di lavoro al cui coordinamento devono far riferimento le Autorità sanitarie del territorio, le quali saranno incaricate di valutare lo stato di salute della popolazione residente, soprattutto nelle aree interessate dalle pratiche illecite di smaltimento dei rifiuti.

Il registro dei tumori rappresenta uno strumento indispensabile per sorvegliare l'andamento della patologia oncologica nel nostro territorio e per meglio attuare strategie di prevenzione, studio e ricerca.

Ha la funzione di ricercare ed archiviare tutte le informazioni riguardanti i casi di neoplasia tra i residenti: tipo di tumore diagnosticato, i dati anagrafici dei pazienti, le condizioni cliniche, i trattamenti terapeutici e l'evoluzione della malattia.

Notizie essenziali per la ricerca sulle cause del cancro, per la valutazione dei trattamenti più efficaci, per la progettazione degli interventi di prevenzione e per la programmazione delle spese sanitarie.

La casistica raccolta permette di conoscere l'incidenza, la prevalenza, la sopravvivenza e la mortalità per neoplasie di anno in anno.

Su «Nature» Team finanziato dall'Airc mette a punto un test per individuare la mutazione che rende invincibile un tumore al colon. C'è anche la cura

Il biologo torinese che scova il gene spia per anticipare la lotta al cancro

Finalmente la velocità di reazione della scienza alla «furberia» dei tumori sta diventando pari alla rapidità con cui il male si insinua, «imbrogliando» l'apparato difensivo dell'ospite, muta i suoi punti deboli verso l'imbattibilità. La rivista scientifica *Nature* di oggi racconta la storia di un tumore (al colon) più furbo dei farmaci intelligenti che sembravano averlo battuto e il cui segreto (un gene mutato) è stato scoperto dalla scienza medica italiana, con un aiutino americano. Una ricerca finanziata dall'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) che ha scoperto la contromossa per battere i tumori del colon resistenti e per questo più «cattivi». Prima è stata trovata la mutazione del gene *Kras* che li rende imbattibili, poi una spia che li individua precocemente, infine un nuovo farmaco per batterli definitivamente. Ampio risalto su *Nature*, prima firma il quarantatreenne biologo molecolare Alberto Bardelli dell'università di Torino-Istituto di Candiolo. È un messaggio al mondo della ricerca: mai abbassare la guardia.

Il cancro è malattia intima, frutto della trasformazione di cellule sane in cellule malate e per questo in grado di disinnescare (perché ne conoscono i meccanismi) le difese dell'organismo che potrebbero fermarle subito. Come nella storia del dottor Jekyll e Mister Hyde, stessa persona due personalità: la naturale buona, la mutata cattiva. Conviventi con alla fine la mutata che riesce ad avere il sopravvento. La medicina per cominciare a battere il cancro ha dovuto scoprire gli alter ego maligni delle cellule, nei geni e nelle loro mutazioni. Arrivando così a contromosse rapidissime (grazie alla biologia molecolare) in grado di riportare il dottor Jekyll a riavere il sopravvento sull'alter ego mutato e maligno: l'Hyde del romanzo di Robert Louis Stevenson (1886).

I nuovi farmaci intelligenti essere riusciti a battere mister Hyde, ma lui è poi riuscito a disinnescarli. Questa volta la reazione della ricerca medica è sta-

ta rapidissima (tenendo conto dei tempi della ricerca) nello scoprire cause e rimedi vincenti. In soli due anni dall'avvio del progetto italiano finanziato dall'Airc. Un sospiro di sollievo per i ricercatori di tutto il mondo, frustrati dalla resistenza che il tumore del colon causato dal gene *Kras* (Jekyll) poteva sviluppare. I farmaci che colpiscono bersagli molecolari mirati avevano fatto sperare, ma poi si è visto che dopo qualche tempo il male poteva «riaccendersi» più cattivo di prima. Capace di eludere anche le armi più potenti. Come? Grazie ad una rapida mutazione di *Kras* (Hyde) che lo rende invincibile se non fermato in tempo.

Bardelli, insieme a Salvatore Siena, oncologo del Niguarda Ca' Granda di Milano, Sandra Misale, di Candiolo, e un team del Memorial Sloan Kettering di New York, hanno scoperto che la resistenza ai farmaci causata dal gene *Kras* mutato può essere individuata mesi prima della sua manifestazione clinica. Non basta: studiando la mutazione, messa a punto la spia, c'è anche la cura. Il tutto raccontato su *Nature* (*Emergence of Kras mutations and acquired resistance to antiEGFR therapy in colorectal cancer*). La spia sono i frammenti di Dna rilasciati nel sangue del paziente dal *Kras* mutato: si «vedono» con 7-8 mesi di anticipo rispetto a quando l'esame radiografico indica che il tumore ricomincia a crescere.

Dalla spia alla soluzione. Le cure biologiche più usate in questo tipo di cancro sono anticorpi monoclonali, noti con i nomi di *cetuximab* e *panitumumab*. I risultati di Bardelli&C indicano l'efficacia di un terzo farmaco, da affiancare subito ai primi due nel caso che la spia segnali la mutazione. Un terzo farmaco che blocca ciò che dà forza (l'enzima Mek) a *Kras*-Hyde e così rallenta, o inibisce completamente, lo sviluppo delle cellule resistenti. Già partita la sperimentazione di fase II sui pazienti che non rispondevano più alle cure.

Mario Pappagallo

 @mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA SU "NATURE"

Cancro al colon, il gene-spia scoperto da équipe italiana

FEDERICO MERETA

C'È UNA SPIA, nascosta nel Dna delle cellule, che avvisa se il tumore del colon risponde ai farmaci intelligenti. Il segnalatore è un invisibile gene, chiamato Kras mutato, che lancia precisi segnali d'allarme quando ancora i comuni esami per rilevare la recidiva del cancro non colgono alcun segno. Nel futuro, queste indicazioni potrebbero consentire di arrivare a una cura ancor più mirata per ogni individuo, nei casi più difficili di malattia. A scoprirlo, aprendo la strada anche a nuove cure che potrebbero annullare gli effetti di questa trasformazione negativa prolungando l'azione dei farmaci intelligenti, è stato un gruppo di studiosi italiani: Alberto Bardelli, biologo molecolare dell'Istituto per la Ricerca sul Cancro di Candiolo e professore dell'Università di Torino, insieme a Salvatore Siena, oncologo medico dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, a Sandra Misale dell'Istituto di Candiolo e ad altri ricercatori del Memorial Sloan Kettering di New York. La scoperta, pubblicata sulla prestigiosa rivista *Nature*, è stata realizzata nell'ambito del programma di ricerca "Cinque per Mille" sostenuto dall'AIRC (Associazione Italiana Ricerca sul Cancro), che si occupa di seguire specificamente i progetti di **oncologia** molecolare in grado comunque di dare importanti risposte per la salute dei malati. Il gene spia non offre comunque solo la possibilità di comprendere in anticipo quando una persona che soffre di tumore dell'intestino, questa forma è la terza per incidenza e per mortalità in Italia e interessa soprattutto chi ha più di 60 anni. La grande speranza sta nel fatto che proprio la presenza di questo tratto di Dna cellulare alterato potrebbe indicare quando i farmaci intelligenti non sono più sufficienti e c'è bisogno di un rinforzo.



SALUTE

Tumore al colon: gene mutato blocca le cure

MARCO ACCOSSATO
TORINO

È la mutazione di un gene a rendere inefficaci i farmaci nella cura contro il tumore del colon. Lo ha scoperto un gruppo di ricerca italo-americano, che grazie agli studi compiuti fra Torino, Milano e New York ha permesso di evidenziare inoltre come la resistenza ai medicinali può essere individuata mesi prima che si manifesti clinicamente.

Lo studio è stato condotto dal professor Alberto Bardelli, biologo molecolare dell'Istituto di Candiolo per la Ricerca sul Cancro, insieme a Salvatore Siena, oncologo medico dell'ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, a Sandra Misale dell'Ircc di Candiolo e ad altri ricercatori del Memorial Sloan Kettering di New York.

In pratica - scrivono gli autori nell'articolo che verrà pubblicato oggi sulla rivista *Nature* - la presenza del gene mutato può annunciare l'insorgere della resistenza fino a sette mesi prima che sia visibile con i metodi tradizionali, suggerendo quindi l'inizio di una terapia complementare.

Allo scopo, sono stati utilizzati macchinari diagnostici sofisticatissimi, in grado di velocizzare enormemente l'esame dei campioni di sangue e di cogliere le mutazioni più piccole.



Corte dei conti: bilanci 2011 in miglioramento però restano inappropriatelyzza, sprechi e corruzione

«La spesa scende, ma non basta»

Gestione dei Lea ancora a macchia di leopardo - Più risparmi con i piani di rientro

Anche se sprechi, inefficienze e corruzione continuano a popolare il firmamento del Ssn, «la gestione della spesa di questi anni nel settore è l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa». Spesa che nel 2011 è scesa assieme al disavanzo con i risultati più evidenti nelle Regioni con i piani di rientro. Questo il giudizio della Corte dei conti nella relazione sulla finanza pubblica 2012. Ma si può fare di più secondo i giudici contabili e lo strumento è «una gestione più efficiente delle risorse» con più appropriatezza nei Lea.

A PAG. 2-5

CORTE DEI CONTI/ I risultati del 2011 superiori alle previsioni con 2,9 miliardi di minore spesa

Ssn culla della spending review

Performance migliori coi piani di rientro - Ma c'è ancora «troppa corruzione»

SPESA
-0,62%

TICKET
+5,90%

Spettano al pianeta della Sanità pubblica le stellette della spending review. Perché anche se sprechi, inefficienze, corruzione e malaffare continuano a popolare il firmamento del Ssn, «la gestione della spesa sanitaria sperimentata in questi anni dal settore sanitario rappresenta l'esperienza più avanzata e più completa di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa».

L'attestato arriva dalla Corte dei conti che nel Rapporto 2012 sul Coordinamento della finanza pubblica, presentato martedì scorso alla Camera, riconosce che nel 2011 la spesa di settore ha presentato «risultati migliori delle attese» con uscite complessive a consuntivo inferiori di oltre 2,9 miliardi al dato previsto.

Il dato del 2011 - ha spiegato il presidente, **Luigi Giampaolino** - conferma l'efficacia delle misure assunte: si puntava a ottenere una riduzione di spesa nel settore di circa 18 miliardi, con minori trasferimenti per poco meno di nove miliardi: a consuntivo, invece, i ri-

sparmi hanno toccato quota 22 miliardi. Un risultato egregio. Tanto che per la prima volta, la spesa sanitaria ha ridotto, anche se lievemente, la propria incidenza sul Pil, scendendo dal 7,3% del 2010 al 7,1% e si sono ridotte di un ulteriore 28% le perdite prodotte dal sistema, coperte comunque dalle amministrazioni regionali. Una nota di merito va alle Regioni sotto piano di rientro: in particolare Campania, Puglia e Calabria hanno ridotto i costi di oltre il due per cento. Nonostante i progressi evidenti, tuttavia, il settore sanitario continua a presentare «fenomeni di inappropriatelyzza organizzativa e gestionale che assieme a ripetuti casi di malaffare ne fanno il ricorrente oggetto di programmi di taglio della spesa». Un rischio da cui il settore - dicono i magistrati contabili - non potrà ritenersi indenne neanche nell'immediato futuro.

Un «avvertimento» controbilanciato dalla lancia spezzata dalla Relazione a favore del comparto, vittima a volte di «alcune evidenti distorsioni nella rappresentazione data del suo funzionamento».

La performance. Quel che c'è di buono nelle scelte compiute dalle Regioni traspare dal conto consolidato della Sanità, cuore del capitolo dedicato al comparto: assistenza in convenzione in calo dell'1,8% (con un significativo apporto della **farmaceutica** - 8,3% in meno con tanto copayment in più - e della medicina generale, -4,7%) e spesa per il personale giù del 2,8% (anche se trattasi solo dell'1%, visto che il 2010 s'era accollato anche 530 milioni di oneri contrattuali progressi); consumi intermedi in crescita del +3,6% e altre prestazioni in aumento medio del 2,2% (specialistica +1,8%; ospedaliera convenzionata +3,7%), ma sui primi incide il maggior ricorso locale alla distribuzione diretta ai fini del controllo di spesa, mentre sulle seconde pesa la migliore regolazione delle prestazioni acquistate dal privato e la reintroduzione dei ticket sulla specialistica.

Il monitoraggio. Razionalizzazione dunque c'è stata, anche se come sempre gli andamenti variano da Regione a Regione. Il bilan-

cio di fine gestione vede una consistente riduzione del disavanzo: dai 2.206 milioni del 2010 (di cui solo perdite per 2.297 milioni) ai 1.351 milioni del 2011 (di cui solo perdite per 1.611 milioni). Ma come si diceva, sono soprattutto le Regioni in piano di rientro a fare miglior figura, passando da un disavanzo di poco meno di due miliardi nel 2010 a uno di 1,2 miliardi (-37%), mentre diminuisce dal 50 al 42% la quota attribuibile alle Regioni meridionali e aumenta quella attribuibile a due sole altre realtà, Liguria e Lazio, che pesano rispettivamente l'8,3% (4% nel 2010) e il 50% (contro il 44,6% nel 2010).

Per le Regioni in piano di rientro, le perdite da coprire al netto delle somme già programmate sono di poco inferiori ai 1.335 milioni cui fanno fronte con entrate fiscali per circa 1.900 milioni e risorse di bilancio per 40 milioni, con ancora 51 milioni circa da individuare per il Molise e la Calabria. Un dato nettamente più favorevole rispetto allo scorso anno, che aveva richiesto l'attivazione della maggiorazione delle extra-aliquote con un gettito atteso di 230 milioni. Per le Regioni senza piani di rientro, invece, il risultato complessivo presenta perdite per circa 352 milioni, tutte concentrate in tre Regioni: Liguria, Sardegna e Basilicata. A chiusura Tavoli ne risultano coperte poco meno di 150 milioni (108 da entrate fiscali e 40 da risorse ulteriori).

I progressi. Da "pioniere" a "palestra", per la Sanità pubblica è ancora tempo di spending review.

La strada giusta è stata già imboccata: ora bisogna che i nuovi interventi non indeboliscano il sistema di responsabilizzazione in fieri e che anche le Regioni "virtuose" accettino di rimbocarsi ancora un po' le maniche in tema di «inappropriatezze riassorbibili» e «meccanismi di acquisizione di beni e servizi migliorabili», quanto meno per far sì che la necessità di liberare risorse da destinare al miglioramento dei saldi non stressi nuovamente il capitolo ticket-prelievo fiscale già cresciuto del 6% nell'ultimo anno, determinando disparità territoriali «non giustificate, nella maggioranza dei casi, da diverse qualità del servizio offerto».

Il bivio. Riflessioni che fanno da viatico all'annotazione conclusiva con cui i magistrati contabili riconducono l'analisi al Def e alle previsioni di crescita della spesa di settore al 2013 che ingloba un taglio di altri due miliardi: «lo strumento che gli enti dovranno utilizzare per centrare l'obiettivo è quello di una gestione più efficiente delle risorse», scrivono. «Diverso è il caso, ma non meno complesso (almeno nel breve termine), di ridiscutere o rivedere le scelte circa il sistema di assistenza che si intende garantire ai cittadini». Ma questa ancora (per fortuna, almeno apparentemente e chissà per quanto) è un'altra storia.

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Avanzi/disavanzi: i risultati finali del tavolo di monitoraggio sulla spesa 2011 (milioni di euro)

Regioni	Prima della copertura	Dopo copertura e programmati	Dopo super aliquote	Ammortiti non sterili	Risultati finali dopo coperture	Regioni	Prima della copertura	Dopo copertura e programmati	Dopo super aliquote	Ammortiti non sterili	Risultati finali dopo coperture
Piemonte	-260,36	19,64	19,64	-14,39	5,25	Marche	7,68	7,68	7,68	-6,15	1,53
V. d'Aosta	-48,07	1,11	1,11	0,00	1,11	Lazio	-722,02	-722,02	702,4	-69,82	0,42
Lombardia	22,17	22,17	22,17	0,00	22,17	Abruzzo	18,52	18,52	74,56	-13,58	60,98
Pa Bolzano	-235,4	5,96	5,96	-0,33	5,63	Molise	-63,13	-63,13	-37,79	-4,32	-42,11
Pa Trento	-228,43	8,20	8,20	0,25	8,45	Campania	-250,88	-250,88	58,86	-81,30	-22,44
Veneto	1,28	48,25	48,25	-38,85	9,40	Puglia	-114,38	-114,38	159,93	-6,04	153,89
Friuli V.G.	-62,72	12,45	12,45	-4,40	8,05	Basilicata	-36,61	-36,61	3,44	-1,64	1,80
Liguria	-133,74	-133,74	-25,30	-10,50	-35,79	Calabria	-140,12	-140,12	-20,36	-15,13	-35,49
Emilia R.	-58,83	66,24	66,24	-28,47	37,76	Sicilia	-45,36	-45,36	337,65	-75,42	262,22
Toscana	-51,73	9,95	10,35	-10,29	0,06	Sardegna	-283,06	-181,30	-181,30	-38,71	-220,01
Umbria	18,75	18,75	18,75	-8,37	10,38	Totale	-2.666,44	-1.448,62	660,73	-427,46	233,27

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

I ticket nel 2011 (milioni di euro)

Regioni	Ticket Asl	Ticket farmaci	Maxi aliquote	Totale 2011	Procapite 2011 (€)	Italia = 100	Var.ne 2010/2011
Piemonte	125,2	74,2	0,0	199,3	45	59	15,6
V. d'Aosta	5,7	1,4	0,0	7,0	55	72	9,0
Lombardia	207,7	236,8	0,0	444,5	45	59	16,7
Trentino A.A.	32,4	12,5	0,0	44,9	43	57	8,3
Veneto	141,9	118,4	0,0	260,3	53	69	12,8
Friuli V.G.	39,5	14,8	0,0	54,3	44	58	18,1
Liguria	40,7	32,5	108,4	181,6	112	148	10,7
Emilia R.	144,4	58,7	0,0	203,1	46	60	17,2
Toscana	122,6	46,6	0,0	169,2	45	59	14,3
Umbria	23,9	13,3	0,0	37,3	41	54	19,7
Marche	45,5	21,9	0,0	67,4	43	57	22,8
Lazio	137,6	131,1	766,5	1.035,2	181	238	3,7
Abruzzo	37,8	29,7	38,1	105,6	79	104	12,6
Molise	6,5	7,6	24,0	38,2	119	157	-17,5
Campania	58,0	171,8	289,3	519,2	89	117	0,7
Puglia	57,2	112,8	239,0	409,1	100	132	-6,4
Basilicata	12,2	8,8	0,0	21,0	36	47	37,2
Calabria	26,7	46,4	128,2	201,3	100	132	-15,7
Sicilia	42,2	173,6	337,4	553,1	110	144	9,3
Sardegna	28,5	22,4	0,0	50,9	30	40	17,0
Totale	1.336,2	1.335,4	1.931,1	4.602,6	76	100	5,9

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

PROFESSORI E MERITO

Voti trasparenti sulla ricerca universitaria

di ANDREA ICHINO e PIETRO ICHINO *

Caro direttore, «Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili dall'amministrazione di appartenenza»: questo prevede l'articolo 19 del Codice della Privacy. E l'articolo 4, lettera h), della legge n.15/2009 impone alle amministrazioni di «assicurare la totale accessibilità dei dati relativi ai servizi resi dalla Pubblica amministrazione tramite la pubblicità e la trasparenza degli indicatori e delle valutazioni operate da ciascuna Pubblica amministrazione, anche attraverso: 1) la disponibilità immediata mediante la rete Internet di tutti i dati sui quali si basano le valutazioni, affinché possano essere oggetto di autonoma analisi ed elaborazione; 2) il confronto periodico tra valutazioni operate dall'interno delle amministrazioni e valutazioni operate dall'esterno, ad opera delle associazioni di consumatori o utenti, dei centri di ricerca e di ogni altro osservatore qualificato».

Perché le stesse regole non dovrebbero valere anche per l'attività di ricerca dei professori universitari? Finalmente questa attività è valutata dall'Anvur (Agenzia nazionale per la valutazione del sistema universitario e della ricerca) che sta facendo un ottimo lavoro. Ci sembra naturale che anche agli oggetti di questa valutazione si applichi il principio della trasparenza totale. Tra gli universitari prevale invece la tesi secondo cui i voti dati dall'Anvur alle singole pubblicazioni non devono essere divulgati; si adducono per questo motivi che a noi sembrano deboli e non tali da sovrastare i benefici della trasparenza totale.

Il primo argomento contrario è quello solito: la tutela della privacy. Ma, come abbiamo visto, è proprio la legge a dire che, mentre il diritto alla riservatezza protegge la vita privata delle persone, non c'è invece nulla di «privato» nella prestazione di un dipendente pubblico e nella sua valutazione.

Un secondo e più valido argomento contrario è che nelle singole valutazioni potrebbero verificarsi inevitabili errori in più o in meno, che si compenserebbero a vicenda nell'aggregazione, e che invece danneggerebbero i singoli autori se fossero resi visibili, dando luogo a ricorsi e a critiche ingiuste all'operato dell'Anvur. Poiché, però, i singoli ricercatori riceveranno ugualmente in forma privata le valutazioni che li riguardano, le critiche ci saranno, purtroppo, lo stesso. La trasparenza totale, se mai, porrà in risalto la bontà complessiva del lavoro che l'Anvur sta svolgendo. Ciò che si chiede, del resto è solo che venga reso noto in quale delle quattro classi di merito previste sarà posta ogni pubblicazione: gli er-

rori non possono che essere marginali. Si afferma inoltre che l'Anvur non valuta l'intera produzione di ciascun ricercatore, ma soltanto le tre pubblicazioni da lui/lei scelte per il periodo 2004-2010. Alcuni ricercatori lamentano di non aver potuto scegliere liberamente le proprie tre opere perché costretti da giochi di squadra a consentire l'uso di loro prodotti ad altri co-autori magari meno dotati, al fine di massimizzare la valutazione della struttura di appartenenza, anche a scapito dei singoli membri. Ma se di ogni pubblicazione verrà reso noto il voto conseguito e l'elenco tutti gli autori, i punteggi eccellenti saranno imputabili a ciascuno di essi e non soltanto a quello che ha indicato l'opera fra le proprie tre migliori. Di ogni ricercatore avrà senso usare la valutazione media più favorevole tra quella delle opere da lui/lei scelte e quella di tutte le opere di cui compare come autore.

Sulla «missione» affidata dalla legge all'Anvur, ossia valutare ciascun dipartimento e non i singoli membri, si basa invece l'argomento addotto dal suo presidente, professor Fantoni, sul *Corriere* del 30 maggio: se questa è la missione perché fare diversamente? Una risposta è che pubblicare quelle valutazioni consentirebbe il confronto tra diversi criteri di aggregazione, rafforzando la credibilità dell'Anvur. Inoltre, valutare una struttura non significa valutare solo il suo risultato aggregato. Due dipartimenti potrebbero entrambi ottenere un rating di valore medio, ma il primo con un 50% di prodotti eccellenti e i rimanenti pessimi o del tutto mancanti; viceversa, la mediocrità potrebbe prevalere nel secondo dipartimento. Serve l'intera distribuzione delle valutazioni, non solo la media, se non vogliamo fare l'errore di Trilussa!

Informazioni disaggregate servono affinché il difficile lavoro dell'Anvur possa dare tutti i suoi effetti positivi. In primo luogo, al servizio degli studenti, che devono poter scegliere in modo informato con chi e dove studiare, e delle imprese che hanno bisogno di sapere chi svolge la ricerca più avanzata. E poi affinché emerga nei dipartimenti un dibattito costruttivo sulle strategie per migliorare, anche mediante modifiche delle afferenze a ciascuna struttura. D'altra parte, non c'è difetto dell'operato dell'Anvur che possa produrre danno maggiore essendo reso visibile, piuttosto che restando occulto. Ogni eccezione alla regola della trasparenza deve essere sostenuta da motivi validi, che nel caso della ricerca universitaria non sembrano esserci. Chi non accetta questo principio è libero di sottrarsi; purché non pretenda di essere finanziata con denaro pubblico.

andrea.ichino@unibo.it
pietro.ichino@unimi.it
*Senatore Pd

© RIPRODUZIONE RISERVATA

