

NEGRI NEWS 120

MENSILE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI

SALUTE E ASSISTENZA

Curare la sanità italiana

Tra luci e ombre il sistema sanitario italiano si muove confusamente e contraddittoriamente alla ricerca di nuovi assetti. Da sciogliere in primo luogo i nodi dell'eccessiva commistione pubblico/privato e delle "corsie" di favore che permettono al privato di essere (quando è) efficiente. Le liste d'attesa e i cittadini di serie A e di serie B. Maggiore cultura scientifica come antidoto alle isterie che accompagnano le periodiche ondate di farmaci e terapie-miracolo.

La sanità è stata al centro dell'attenzione di tutti in questi ultimi mesi: Di Bella, sanitometro, infezioni ospedaliere, morti in camere iperbariche, medici corrotti, esempi di malasanità sono alcuni degli argomenti che hanno tenuto viva la discussione da parte dei mass-media, dei magistrati, dei politici e dell'intera popolazione. Tutto quanto è accaduto è il risultato di una serie di problemi che vorremmo cercare di discutere nel tentativo di capire qualcosa di più.

1. Si deve innanzitutto sottolineare che nella nostra società, in questo periodo, tutto viene amplificato e spettacolarizzato. I mass-media hanno bisogno di notizie per sostenere l'audience ed è noto che le cattive notizie creano molto più interesse delle buone.

Privato grazie al... pubblico

Pur essendo d'accordo nel ritenere che molte cose nella sanità non vanno nel senso giusto, occorre dire che ogni giorno vi sono milioni di persone che vengono curate correttamente e vi sono migliaia di dottori che si occupano con spirito di dedizione dei loro pazienti. Ciò va detto per evitare generalizzazioni che non aiuterebbero né a comprendere, né a trovare soluzioni.

2. Nel nostro sistema sanitario esiste troppa commistione tra pubblico e privato. Nessuno vuole dare ostracismo al privato, ma non vi è dubbio che si deve mettere più ordine.

Intanto si deve dire che il privato tale non è perché è "alimentato" dal pubblico attraverso le convenzioni. Cosa farebbe il privato senza il pubblico? E cosa farebbe il privato se dovesse subire i vincoli del pubblico?

In realtà il confronto tra i due sistemi è ingiusto almeno per due ragioni: in primo luogo perché il privato può scegliere tra i vari interventi quelli che sono più remunerativi e meno impegnativi. Sono infatti rare le strutture private che abbiano il pronto soccorso, i centri trasfusionali e le specialità più complesse. In secondo luogo

il privato può programmare e decidere con grande efficienza senza dover ottemperare alle pastoie burocratiche tipiche del pubblico. Se vogliamo mettere quindi a confronto l'efficienza privata con quella pubblica, dovremmo farlo a parità di condizioni.

3. Il rapporto pubblico-privato ha acquisito recentemente un significato particolare anche all'interno del pubblico.

Per i medici del servizio pubblico non dovrebbe essere possibile svolgere attività privata; ciò non tanto per intenti più o meno punitivi, quanto per far sì che i medici si possano dedicare in modo corretto alle loro attività in ospedale o nel territorio. Infatti il compito fondamentale del medico per poter curare bene i suoi pazienti è quello di studiare; per studiare, per aggiornarsi, per acquisire tutte le informazioni, è necessario avere del tempo a disposizione.

Medico a tempo pieno

Se si riequilibrasse meglio la distribuzione dei medici all'interno delle strutture e si pagassero meglio quelli che lavorano di più, si potrebbero risolvere molti problemi. La continua presenza dei medici nelle strutture ospedaliere sarebbe certamente un modo per migliorarne il funzionamento.

4. Esiste confusione tra pubblico e priva-

SILVIO GARATTINI
(continua in ultima pagina)

RIVISTE DELL'ISTITUTO

IL NUMERO 80 DI RICERCA&PRATICA

È un dato di fatto che gli ambulatori dei medici di medicina generale possono presentarsi all'utente con una tale varietà di forme e di organizzazione da risultare difficilmente riconducibili ad un denominatore comune.

Questo fascicolo presenta i primi risultati dello studio NIVEL che ha confrontato le attività dei medici di base in 30 Paesi Europei. Sui 7233 medici intervistati, 345 sono italiani e dalle loro risposte è possibile farsi un primo quadro del funzionamento della nostra medicina generale. In estrema sintesi si può dire che i nostri medici si situano nella media per l'attenzione ai problemi della prevenzione e della cura delle malattie croniche. Sono invece ai livelli più bassi per la disponibilità e l'utilizzo di procedure tecnico-medicali e l'intervento su problemi di salute acuti anche minori quando questi siano ritenuti di competenza specialistica. Solo il 15% conta su un aiuto segretariale e quasi nessuno su un'infermiera, solo un terzo utilizza il computer, meno del 20% sutura una ferita e pochissimi praticano e leggono un elettrocardiogramma in caso di necessità.

Prima ancora di chiedersi se tutto ciò sia "colpa" dei medici o del "sistema", una riflessione si impone proprio per la estrema variabilità dei comportamenti riscontrata tra i singoli medici: esiste o non esiste un progetto clinico per la medicina generale italiana? Esiste un ruolo riconoscibile e riconosciuto del medico di medicina generale oltre a quello di essere un "controllore" della spesa sanitaria? Se la descrizione di quan-

to succede negli ambulatori è un esercizio di conoscenza indispensabile, ancora più importante diventa ora un approfondimento sui contenuti culturali, clinici, epidemiologici della pratica medica di base. È urgente che la stessa medicina generale si interroghi su tutto ciò e proponga progetti di intervento adeguatamente formulati e forti, per restituire anche in Italia al livello "primario" la centralità che senza dubbio gli spetterebbe in un Paese con una forte tradizione di medicina sociale.

Lo "spettacolo" della cura Di Bella

Libertà di cura, diritto alla salute, centralità del malato come persona: proviamo a vedere cosa c'entrano questi slogan, buoni per tutti gli usi, con la vicenda della cosiddetta "terapia Di Bella". Il ruolo - attivo e passivo - di giornali e giornalisti nel coprire vittimismo fuor di luogo prestandosi a giochi pericolosi per la vita di tante persone. Eppure le (pochissime) pubblicazioni sulla teoria e sul lavoro di Di Bella si conoscevano, bastava solo cercarle: eccole, una per una.

Corriere della Sera, 7 gennaio: "Di Bella non è stato bocciato da un'analisi condotta senza arroganza e senza supponenza, come fanno e farebbero nei Paesi normali... Di Bella è stato bocciato in nome di un'accreditata ma allegra retorica, quella dell'autorità e delle regole...".

No, la proposta Di Bella è stata bocciata perché non c'è un dato, un dato solo, nemmeno uno straccio di lavoro che dimostri quanto i sostenitori di questa "cura" pretendono di affermare. Solo chi non sa nulla di scienza può confondere le regole con la metodologia e attribuirvi un'autorità che in medicina viene solo dai dati, quelli sottoposti a verifica e che tutti possano riprodurre in tutte le parti del mondo.

Salvo poi, quando non sono passati venti giorni stesso giornale, stesso opinionista "saremmo stati più contenti se almeno la comunità scientifica e l'Ordine dei medici avessero ribadito il proprio no".

Pretori, giornalisti, vescovi

E così quando ci si accorgerà che la "cura" Di Bella non funziona - perché non ha alcuna possibilità di funzionare - quando forse sarà conclusa quella povera sperimentazione fatta in spregio a tutte le regole della medicina e del buon senso, allora sarà facile dire: l'avevamo detto e scritto, i medici avrebbero dovuto ribadire il loro no.

E così, sarà colpa dei medici. Questa volta allo spettacolo si stanno sacrificando le possibilità di guarire di tanti ammalati (chi ci dirà alla fine, di preciso, quan-

ti?) indotti da stampa e televisione ad abbandonare cure di cui si conoscono perfettamente efficacia e limiti.

Per cosa? Per "qualcosa" che promette di curare quasi tutto, compresi Alzheimer e sclerosi multipla, ma di cui nessuno (e meno che meno pretori e giornalisti) sa niente di preciso. Passi per i pretori. Ma perché opinionisti bravi e di grande cultura si stanno prestando praticamente tutti a un gioco che mette in pericolo la vita di tante persone?

Possibile che a nessuno di questi opinion leaders venga il dubbio che stanno prendendo tutti una colossale cantonata? Dove è finito lo spirito critico?

E non basta, persino i vescovi, per bocca del responsabile pastorale per la sanità, invocano la gratuità del metodo Di Bella in nome della centralità del malato come persona (che cosa poi abbia a che fare questo slogan con i progressi della medicina nella cura dei tumori e con la efficacia delle terapie è davvero difficile da capire). E l'*Osservatore Romano* che avvala tutto perché Di Bella è un medico serio che ha dedicato tutta la sua vita allo studio. Cosa probabilmente anche vera. Se non fosse che ci sono migliaia di medici seri e che hanno dedicato tutta la loro vita allo studio in tutto il mondo, ma nessuno si è mai sognato che su queste qualità si possano fondare nuove cure anticancro.

Purtroppo la maggior parte di coloro che sono intervenuti in questa storia ponendo tutto il peso della loro autorità (ben meritata in altri campi) a servizio della causa Di Bella non hanno la minima idea dei processi attraverso cui evolvono le conoscenze in medicina. Sarebbe come se politici e vescovi prendessero posizione sulla scelta del modello teorico per calcolare la resistenza dei materiali impiegati per progettare una diga e lo facessero in nome della... libertà di progettazione.

Parole in libertà

Qui si continua a parlare di libertà di cura e diritto alla salute senza minimamente riflettere sul significato delle parole. Il diritto alla salute può essere invocato per le cure che "curano" davvero.

Ma c'è un modo per distinguere ciò che cura davvero da ciò che illude soltanto? Il modo c'è, eccome! Si va in una buona biblioteca medica, ci si collega con un computer che processa le banche dati di tutto il mondo, dove si trovano tutte (dico tutte) le acquisizioni mediche di cui chiunque, in qualunque parte del mondo,

appartenente a qualunque istituzione, sotto qualunque egida accademica o industriale, abbia saputo dimostrare l'efficacia in modo equivoco. Se questo i nostri giornalisti l'avessero fatto per capire su quali studi si fonda questa nuova teoria sulla cura dei tumori (e mi sembra il minimo di fronte alle gravissime responsabilità che si sono assunti nei confronti degli ammalati e della opinione pubblica) avrebbero trovato le idee del professore di Modena riassunte in pochissime povere pubblicazioni, 21 in tutto dal 1966 al 1997. Dieci su giornali scritti in italiano che accettano lavori senza il vaglio critico di esperti e che quindi non hanno alcun valore oggettivo e 11 su giornali scritti in lingua inglese, giornali minori, tutti con "impact factor" (un indice della qualità del giornale) bassissimo. I sostenitori del metodo Di Bella e quasi tutti i giornalisti, anche quelli bravi, vedono oggi il loro professore come un martire, bistrattato dalla comunità scientifica, perciò nessuna meraviglia che abbia potuto pubblicare così poco e solo su riviste oscure. In fondo, può succedere che una intuizione formidabile non sia capita subito e finisca su un giornale minore.

Le pubblicazioni di Di Bella

È vero e allora vediamo queste pubblicazioni, senza pregiudizi. "Effetto dell'aumento della temperatura del fegato sulla introduzione di cibo", 1981; "Fattori centrali e periferici che modificano il gusto", 1979; "Cosa sceglie (il ratto, ndr) dopo un periodo di disidratazione: aspro, amaro o dolce", 1979; "Come cambiano le abitudini alimentari dopo aver indotto (nel ratto, ndr) lesioni simmetriche corticocebellari", 1977; "Metodi per tagliare le fibre del gusto (ovviamente nel ratto, ndr)", 1974. Oltre a una serie di lavori, 4-5, su melatonina e funzione delle piastrine in vitro.

A cosa servono questi lavori? Purtroppo a nulla. La ricerca scientifica in tutto il mondo è una cosa diversa. Una volta in Italia lavori così si scrivevano per arrivare a una cattedra universitaria. Però chissà se è giusto fare soffrire gli animali e poi sacrificarli col solo scopo di promuovere carriere. Forse, come già per giornalisti e vescovi, anche per gli antivivisezionisti e i fanatici del New Age - che oggi sono tutti "dibelliani" - sarebbe stato bene dare uno sguardo alla letteratura scientifica o almeno consultarsi con qualcuno che ci capisce prima di schierarsi.

E lavori sui tumori? Nulla, assolutamente nulla che parli di cura dei tumori neanche lontanamente. Il lavoro "Il significato clinico della melatonina nel siero di pazienti oncologici", 1987, è il solo che c'entra in qualche modo coi tumori. Misura i livelli di melatonina e trova che sono più alti del normale nei linfomi e nei tumori della mammella in fase iniziale (quelli che Di Bella cura dando melatonina) e diminuiscono nelle fasi avanzate e dopo la chemioterapia (quando, a detta della famiglia Di Bella, la malattia non risponde più alle loro cure).

GIUSEPPE REMUZZI
Coordinatore delle Ricerche
Istituto Mario Negri, Bergamo

Ai lettori di Negri News

Stiamo completando la revisione dell'Indirizzario di *Negri News*.

Saremo perciò molto grati ai lettori che vorranno comunicarci:

- Eventuali variazioni dell'indirizzo stampato sull'etichetta
- Eventuale sospensione dell'invio di *Negri News*

La segnalazione può essere fatta per telefono, per lettera o per fax. Grazie per la collaborazione.

Segreteria Generale
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri"
Via Eritrea 62 - 20157 Milano
tel. 02/39014.317 - fax 02/3546277

Il cuore ha un gene per amico

Una ricerca basata sullo studio GISSI-2 dimostra l'esistenza di alcune condizioni genetiche che possono proteggere dall'infarto del cuore le persone che ne sono dotate. Non è però solo una questione di nascere più o meno fortunati: la scoperta apre nuove prospettive alla possibilità di diminuire il rischio d'infarto anche in chi non è dotato di questa protezione naturale. Gli studi sulla presenza e sul ruolo del Fattore VII.

Negli ultimi anni è diventato sempre più evidente come l'infarto cardiaco sia una malattia molto più complessa di quanto si riteneva in precedenza. Accanto ai fattori di rischio tradizionali e ben noti, ad esempio il fumo, l'ipertensione o il colesterolo, ne esistono infatti altri sui quali si sa ancora poco. Uno di questi è il ruolo che il nostro codice genetico ha nei confronti delle malattie cardiovascolari.

Le informazioni contenute nel DNA di ogni individuo si esprimono attraverso la produzione di proteine che vengono "codificate" da uno specifico gene.

Ma ciascun gene può presentarsi in forme diverse da persona a persona, creando delle varianti.

Alcune di queste varianti, definite polimorfismi, rientrano in ambiti fisiologici e quindi non danno necessariamente luogo ad anomalie o malattie, ma possono modificare alcuni fattori nella vita di una persona, ad esempio la probabilità di essere colpiti da infarto.

Variazioni genetiche

Proprio in relazione all'infarto, gli studi condotti fino ad oggi hanno già identificato alcune variazioni genetiche capaci di aumentare il rischio di esserne colpiti. Ma ora una ricerca condotta nei laboratori del Dipartimento di Medicina e Farmacologia Vascolare del Consorzio Mario Negri Sud di Santa Maria Imbaro, con il contributo finanziario del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Progetto Strategico "Infarto del miocardio"), ha permesso di individuare per la prima volta dei particolari polimorfismi genetici che possono essere invece considerati protettivi nei confronti di questa grave malattia.

Nella popolazione italiana, secondo lo studio, da due a tre persone su dieci hanno queste varianti nel loro DNA. E la ricerca del Negri Sud, svolta in collaborazione con il Gaubius Institute di Leiden (Olanda), ha evidenziato anche un altro dato importante: i polimorfismi genetici protettivi sono presenti in misura minore nelle popolazioni del nord Europa rispetto a quelle del sud. Una condizione che potrebbe contribuire a spiegare, insieme alle doti della dieta mediterranea, perché in Italia ci si ammala quattro-cinque volte meno di infarto rispetto all'Europa settentrionale.

Scendendo nei dettagli, la ricerca, pubblicata sul numero dell'8 gennaio 1998 della rivista americana *New England Journal of Medicine*, ha studiato 165 pazienti colpiti da infarto e li ha messi a

confronto con 255 persone che non avevano una storia personale o familiare di malattie cardiovascolari.

È importante sottolineare che i pazienti sono stati selezionati tra quelli partecipanti allo studio GISSI-2 (Gruppo Italiano di Studio della Sopravvivenza nell'Infarto del miocardio), condotto dall'Istituto Mario Negri in collaborazione con l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri.

L'attenzione dei ricercatori è stata focalizzata sul Fattore VII, una proteina fondamentale nei meccanismi della coagulazione sanguigna, e di conseguenza anche nella formazione del trombo coronarico che è alla base dell'attacco ischemico cardiaco.

Poiché la presenza di alti livelli di Fattore VII nel sangue è già stata associata ad una probabilità più alta di essere colpiti dall'infarto, è fondamentale studiare i meccanismi attraverso i quali la produzione di Fattore VII, e la reattività di questa molecola nello scatenare la coagulazione, vengono modulati.

Certamente esistono fattori ambientali: ad esempio l'eccessivo consumo di zuccheri o l'obesità aumentano il tasso ematico di Fattore VII. Ma ce ne sono anche di genetici. È qui che entrano in gioco i polimorfismi: individui diversi possono avere sottili variazioni nel gene che presiede alla produzione di Fattore VII, variazioni non così grandi da causare disturbi alla coagulazione ma sufficienti per determinare effetti rilevanti sulle malattie cardiovascolari.

Prospettive interessanti

Attraverso analisi condotte sia sui pazienti che sugli individui sani di controllo, i ricercatori del Negri Sud hanno scoperto gli effetti protettivi di due particolari polimorfismi genetici. Coloro che presentano nel proprio DNA queste piccole variazioni hanno in generale un livello ridotto di Fattore VII nel sangue. Le stesse persone, poi, sono risultate anche meno esposte alla possibilità di ammalarsi di infarto. Questa riduzione del rischio arriva sino a sedici volte in quei soggetti il cui codice genetico presenta entrambe le combinazioni protettive rispetto a chi non è dotato di nessuno dei polimorfismi in questione.

Queste conclusioni aprono la strada a prospettive molto interessanti, che non riguardano soltanto i fortunati italiani che si ritrovano protetti contro l'infarto in base ad un "diritto di nascita", per così dire. La

ricerca ha infatti definitivamente dimostrato l'importanza del Fattore VII nei meccanismi che portano a sviluppare la malattia. Ciò fa pensare alla possibilità di intervenire sul restante 70-80% della popolazione abbassando i livelli ematici di quella proteina, in pratica fornendo in modo "artificiale" la stessa protezione che alcune persone hanno naturalmente. Esiste già un farmaco, la warfarina, che a basse dosi è in grado di provocare questo effetto, ma sono necessari ulteriori studi per dimostrare se l'azione a livello molecolare corrisponda effettivamente ad una riduzione del rischio infarto anche in chi non ha quel particolare corredo genetico.

AMERICO BONANNI

*Centro per la Comunicazione Scientifica
Consorzio Mario Negri Sud*

MALATTIE RENALI

Una cura per ridurre la necessità di dialisi

Uno studio condotto da 14 Divisioni di Nefrologia italiane coordinate dal Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare "Aldo e Cele Daccò" dell'Istituto Mario Negri di Bergamo ha dimostrato che è possibile rallentare l'evoluzione delle malattie renali croniche e diminuire la necessità di dialisi e trapianto con un farmaco. Lo studio, i cui risultati sono stati riportati da *The Lancet* nel numero del 28 giugno, ha coinvolto 352 pazienti con malattie renali croniche non diabetiche e sarebbe dovuto durare 5 anni.

In realtà, le analisi intermedie eseguite da un Comitato Indipendente hanno dimostrato prima del previsto che il farmaco Ramipril, era in grado di rallentare del 50% il progressivo peggioramento della funzione renale ed il rischio di andare in dialisi nei pazienti che eliminavano più di 3 grammi di proteine nelle urine delle 24 ore. Poiché l'effetto del farmaco era di gran lunga superiore a quanto previsto ed i risultati erano statisticamente inoppugnabili, il Comitato Etico ha deciso che tutti i pazienti con più di 3 grammi di proteine nelle urine uscissero dallo studio in anticipo per essere immediatamente trattati con Ramipril. Gli altri pazienti completeranno invece lo studio previsto di 5 anni.

Questi risultati, che hanno una grande rilevanza clinica e scientifica per la comunità medica internazionale, derivano da uno studio completamente ideato e realizzato in Italia. Alla base del successo del progetto è l'ipotesi, scaturita da numerose ricerche precedenti cui hanno contribuito in modo determinante i ricercatori dell'Istituto Mario Negri e degli Ospedali Riuniti di Bergamo, che le malattie renali peggiorano col tempo, fino a rendere necessaria la sostituzione della funzione del rene con la dialisi, a causa del continuo passaggio di proteine dal sangue alle urine. Il farmaco studiato si è dimostrato più efficace degli altri con cui è stato confrontato nel ridurre il passaggio di proteine; da questo dipende la sua proprietà di conservare più a lungo la funzione del rene e diminuire la necessità di dialisi.

VITA DELL'ISTITUTO

Nuove Nomine

Sono state effettuate le seguenti nomine:

Dipartimento di Biologia Cellulare e Oncologia

Dr.ssa Mariella Di Girolamo, Dr. Sci. Biol., Capo dell'Unità di Trasduzione del Segnale - Laboratorio di Endocrinologia Cellulare e Molecolare

Dipartimento di Medicina e Farmacologia Vascolare

Dr. Virgilio Evangelista, Dr. Med., Capo dell'Unità di Biologia delle Interazioni Cellulari - Laboratorio di Farmacologia delle Piastrine e dei Leucociti "Giulio Bizzozero"

Dr.ssa Licia Iacoviello, Dr. Med., Capo dell'Unità di Genetica dei Fattori di Rischio Vascolare - Laboratorio di Farmacologia della Trombosi "Angela Valenti"

Dipartimento di Farmacologia ed Epidemiologia Clinica

Dr. Roberto Marchioli, Dr. Med., Capo del Laboratorio di Epidemiologia Clinica delle Malattie Cardiovascolari

Dr. Antonio Nicolucci, Dr. Med., Capo del Laboratorio di Epidemiologia Clinica del Diabete e dei Tumori

Dr.ssa Marilena Romero, Dr. Farm., Capo del Laboratorio di Farmacoepidemiologia

Dr. Fabrizio Carinci, Dr. Stat., Capo dell'Unità di Statistica e Sistemi Operativi

Dr. Felice Vitullo, Dr. Med. M. Sc., Capo dell'Unità di Salute Pubblica e Politiche Sanitarie

Dipartimento di Biochimica e Farmacologia Molecolare

Dr.ssa Maria Romano, Capo dell'Unità di Biochimica dell'Infiammazione del Laboratorio di Enzimologia

Dipartimento di Ricerca Cardiovascolare

Dr. Eugenio Santoro, Capo del Laboratorio di Informatica Clinica e Statistica Applicata e Responsabile del Centro di Calcolo

Il Laboratorio di Epidemiologia Clinica diretto dal **Dr. Alessandro Liberati** ha cambiato nome in Laboratorio di Ricerca sui Servizi Sanitari.

Premi e riconoscimenti

Il prof. **Alberto Mantovani**, Capo del Dipartimento di Immunologia e Biologia Molecolare del "Mario Negri", ha ricevuto il 22 giugno a L'Aquila, presso il Dompé Research and Production Center, il prestigioso Premio **Biotech Award 1998**.

Il dr. **Giuseppe Remuzzi**, Coordinatore del Dipartimento di Immunologia e Clinica del Trapianto degli Ospedali Riuniti di Bergamo e Direttore del "Negri Bergamo", è stato nominato Membro Onorario dell'Association of American Physicians nel corso della cerimonia svoltasi l'1 maggio a Washington, D.C. L'AAP è una organizzazione professionale senza fini di lucro attiva dal 1885 per promuovere la ricerca e la pratica della medicina: conta 950 iscritti e circa 550 membri onorari scelti tra le più eminenti figure della medicina negli Stati Uniti, nel Canada e in altri Paesi.

SALUTE ED ASSISTENZA

Curare la sanità italiana

(continua dalla prima pagina)

to anche all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

È ormai esperienza diffusa quella di trovarsi di fronte a liste di attesa per molti interventi diagnostici o terapeutici specializzati; è anche esperienza diffusa essere informati che le liste di attesa possono essere superate... pagando.

L'introduzione del privato all'interno del pubblico è un grave errore perché crea cittadini di serie A e di serie B; è inaccettabile che nelle stesse strutture, con le stesse apparecchiature o con lo stesso personale, chi non paga debba aspettare e chi paga sia immediatamente servito. È anche legittimo il sospetto che chi paga abbia una maggiore attenzione e perciò migliori interventi di chi invece segua l'iter cosiddetto della "mutua".

5. La diffusione di una maggiore cultura scientifica sarebbe certamente di aiuto per capire molti aspetti della sanità.

Anzitutto si capirebbe quanto sia difficile stabilire il rapporto tra causa ed effetto; i giudizi dei mass-media sono in questo senso disastrosi perché forniscono immediatamente il rapporto più semplice o meglio il più superficiale. Tutti discutono sulla efficacia o sulla inefficacia o sulla tossicità dei farmaci dimenticandosi che stabilire le caratteristiche preliminari di un farmaco è impresa ardua che richiede anni di ricerca su migliaia di pazienti in condizioni controllate. Attendersi "miracoli" o "guarigioni" quasi al 100% da parte dei farmaci è irrazionale, soprattutto quando si tratti di malattie croniche. Eppure l'isterismo collettivo suscitato dalla cosiddetta terapia Di Bella è un segnale d'allarme che mostra quanto l'emotività possa obnubilare la ragione anche di persone che per altri aspetti sanno essere molto critiche nei loro settori di attività.

6. La realizzazione di una medicina corretta diventa sempre più costosa, mentre le risorse del Servizio Sanitario Nazionale crescono ad un ritmo meno sostenuto.

Sprechi e risorse

Che fare? Due sono le direttive da seguire: anzitutto occorre discriminare ciò che è veramente utile alla salute rispetto a ciò che manca di prove di efficacia. Molti sono gli interventi, non solo farmacologici, che sono il frutto di una propaganda ben orchestrata a cui tuttavia non corrispondono miglioramenti per il paziente misurabili in termini di morbilità, mortalità o qualità di vita. In secondo luogo occorre fare delle scelte; a parità di efficacia per le stesse indicazioni si deve scegliere l'intervento che costa di meno sollecitando la concorrenza. Non si capisce ad esempio perché, per molti farmaci molto simili tra di loro, non si debbano fare delle aste; analogamente non si capisce perché non si debbano orientare i pazienti verso quelle strutture ospedaliere che eseguono le TAC a prezzi più bassi.

Nonostante ciò bisogna in terzo luogo limare gli interventi del Servizio Sanitario Na-

zionale alle malattie più gravi, più costose e caratterizzate da cronicità. Una famiglia, qualunque sia il suo reddito, ha bisogno di essere aiutata quando deve andare incontro a spese consistenti, mentre tutti, eccetto i casi di indigenza, possono pagarsi i farmaci che si usano solo per pochi giorni, inclusa la maggioranza degli antibiotici.

7. Non si sottolineerà mai a sufficienza che le malattie non piovono sempre dal cielo. Siamo noi che ce le autoinfliggiamo attraverso le nostre cattive abitudini di vita. Fumo, alcool, eccesso di alimentazione, sedentarietà, mancanza di attenzione nella scelta dei partners sessuali, sono responsabili per una gran parte delle patologie che affliggono la nostra società.

Le abitudini di vita

Il Servizio Sanitario Nazionale si occupa troppo poco di prevenire le malattie; il pubblico non ha in generale la cultura per accettare le limitazioni alle sue abitudini di vita; le strutture economiche non sono interessate al problema perché la prevenzione non vende prodotti, semmai è contro il consumismo.

Anche lo Stato è poco coerente perché afferma di difendere la salute ma possiede il Monopolio del tabacco; la privatizzazione del Monopolio potrebbe essere un'occasione per sensibilizzare il pubblico ai danni del fumo; si è scelta invece la strada di dichiarare che la privatizzazione è fatta solo per ragioni economiche!

Questi sono alcuni appunti che attendono risposte dal Governo, dal Parlamento, dagli Ordini dei Medici e dalle Società Scientifiche anche se è degno di attenzione il recentissimo Piano Sanitario Nazionale che comporta apprezzabili novità. Non possiamo tuttavia attenderci tutto solo dagli altri. La salute è un bene anche individuale e quindi dipende anche da ognuno di noi essere parte attiva.

SILVIO GARATTINI

NEGRI NEWS

Direttore Responsabile
SILVIO GARATTINI

Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri - Ente Morale
via Eritrea 62 - 20157 Milano
Tel. 02.39014.1 - Telex 331268 NEGRI I
Fax 02.354.6277

Fotocomposizione e Stampa:
Stamperia Stefanoni Bergamo
Iscritto nel registro del Tribunale di Milano
al N. 117 in data 28 marzo 1981
Tiratura 33.800 copie
Finito di stampare nel giugno 1998

Per garantire la privacy. In conformità a quanto previsto dalla legge n. 675/96 art. 10 sulla tutela dei dati personali, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" garantisce tutti i suoi lettori che i più assoluti criteri di riservatezza verranno mantenuti sui dati personali forniti da ognuno. A tal fine si fa presente che le finalità dell'Istituto Mario Negri sono relative solo alla spedizione del "Negri News". Con riferimento all'art. 13 della legge n. 675/96, le richieste di eventuali variazioni, integrazioni o anche cancellazioni dovranno essere indirizzate a:
Segreteria Generale - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Via Eritrea 62 - 20157 Milano

Citando la fonte, articoli e notizie possono essere ripresi, in tutto o in parte, senza preventiva autorizzazione.

