

Rassegna del 15/04/2010

TU STYLE - Invece di boicottare la pillola abortiva, date un futuro a chi aspetta un bambino - Viola Maria_Elena

CORRIERE DELLA SERA SETTE - Gli italiani e il sesso la verità in una ricerca - ...

SALUTE! - Intervista a Vincenzina Bruni - Sindrome premestruale. Se sai affrontarla non tornerà più - Della Penna Azzurra

FOGLIO - Leggerai con dolore - Agnoli Francesco

AVVENIRE - Intervista a Luigi Frigerio - La pillola abortiva non convince i ginecologi - Daloiso Viviana

CORRIERE DELLA SERA - Le mamme e i parti sicuri. Il primato positivo della sanità italiana - Bazzi Adriana

STAMPA - Ru486, negli Usa potrà diventare un contraccettivo - F. Ama.

* **Maria Elena Viola**

W le donne

Quelle che mettono i **tacchi a spillo** e quelle con il velo. Le mamme, le single, le eterne fidanzate. Tanto siamo tutte sulla stessa **barca**



Invece di boicottare la pillola abortiva, date un futuro a chi aspetta un bambino

Io credo che abortire non sia mai una passeggiata. Credo che puoi essere cattolica o atea, leghista o di sinistra, di quelle che pensano che l'embrione sia già un'ipotesi di vita o di quelle per le quali è solo materia organica, un mucchietto di cellule, non cambia, ma alla fine la faccenda non cambia. L'aborto è un evento **doloroso**, sempre. Lo è quando lo subisci, perché lui, il padre, non ne vuole sapere. E anche quando lo scegli. Perché sei troppo giovane per avere un figlio. Perché non hai la stabilità economica e affettiva per crescerlo. O solo perché ti manca la volontà di farlo. È doloroso persino quando pensi che sia tuo pieno diritto negargli l'esistenza perché "il corpo è mio e me lo gestisco io", e abortisci senza pensarci troppo. Prenoti, togli quello che devi togliere e te ne torni a casa, con una preoccupazione in meno. Io credo che, anche a far finta di niente, una ferita resti. Se non una ferita, un pensiero: chissà come sarebbe stato se... Diceva giorni fa in un'intervista Nadia Muscialini, psicanalista al San Carlo di Milano, che «il ricordo rimane per sempre». È per questo che tutta la bagarre sulla nuova pillola abortiva, da poco ammessa in Italia, mi sembra un po' un andare "fuori tema". La **Ru486**, da assumere entro le prime 7 settimane di gestazione sotto stretto controllo medico, fa paura ai suoi detrattori perché dicono che "banalizza l'aborto". Come se il vero problema dell'abor-

to fosse l'operazione, il "corpo ferito", il sangue. Pensare che l'esperienza abortiva abbia un impatto più "forte" se fa male è come pensare che partorire con dolore valga di più del partorire senza, cioè con l'epidurale. Un'idiocrazia. L'interruzione volontaria di gravidanza ha un impatto forte comunque la si faccia. Il "taglio" è psicologico più che fisico. E anche se una pillola è di sicuro **meno traumatica** di un raschiamento, alla fine cambia poco. Questo vorrei dire a Luca Zaia e Roberto Cota, neo-governatori leghisti di Veneto e Piemonte, che hanno fatto le bizze nei giorni scorsi per vietare nei loro ospedali la Ru486. L'aborto non si ferma boicottando la "scorciatoia farmacologica". Si ferma prima, dando alle donne la possibilità di fare figli senza vivere nell'incertezza. Una ginecologa mi ha raccontato che nei consultori arrivano molte coppie terrorizzate dalla precarietà sul lavoro. Se non si sentissero abbandonate al loro destino, forse queste coppie un figlio lo farebbero. È di questo che deve preoccuparsi un buon governante, ricordandosi che su temi delicati come quello della vita ognuno deve sentirsi libero di agire secondo coscienza. Ho profondo rispetto per chi non abortisce per motivi religiosi. Ma deve restare una scelta personale, non dettata, a tutti, dall'alto. La Sharia, la "legge di Dio" di molti Paesi musulmani, che impone il velo e ci fa gridare allo scandalo, in fondo non è la stessa cosa? ■

Nella foto a destra: una scena di *4 Mesi 3 settimane 2 giorni*, film su un aborto clandestino. Sopra e in basso: manifesti di due campagne francesi pro aborto. La Francia, che ha realizzato e prodotto la Ru486, è il primo Paese che l'ha adottata a partire dal 1988. Da vari anni è in commercio anche in Gran Bretagna, Spagna, Germania e Paesi del Nord Europa. In Italia è stata appena ammessa e il primo aborto farmacologico è stato eseguito la scorsa settimana a Bari. Ogni Stato ha una sua legislazione sull'uso del mifepristone (principio attivo del farmaco). Da noi si somministra in regime di day hospital entro la 7ª settimana di gravidanza. In attesa delle linee guida, è in corso una polemica sull'obbligatorietà o meno del ricovero ordinario di tre giorni in ospedale.



* *Vicedirettore attualità di Tu Style*

GLI ITALIANI E IL SESSO. LA VERITÀ IN UNA RICERCA

La verginità, il sesso occasionale, la contraccezione, l'infedeltà, la masturbazione. Parla di tutto questo *La sessualità degli italiani*, testo appena uscito per Il Mulino e basato su una ricerca condotta, grazie a sovvenzioni del ministero della Ricerca e dell'Istat, con interviste e colloqui somministrati a un campione di 7.300 soggetti, di età compresa tra i 18 e i 70 anni. A redigerlo,

oltre a Gianpiero Dalla Zuanna, professore di Demografia all'Università di Padova, e Franco Garelli, docente di Sociologia della religione all'Università di Torino, è Marzio

Barbagli, ordinario di Sociologia all'Università di Bologna, che spiega: «Del tema si parla molto, ma non a livello accademico e istituzionale. L'ultima indagine estesa risale agli anni '70 per volere di Giampaolo Fabris».

Quali sono le novità oggi?

«Abbiamo rilevato significativi cambiamenti nel rapporto tra comportamenti sessuali, valori e credenze. Un esempio: la masturbazione. Non c'è più lo stereotipo che la associa a eventi dannosi per la salute, anzi molte donne ci hanno detto di essere state spinte a questo atto per trarne un beneficio psichico oltre che fisico».

Come è cambiato il rapporto tra sesso e religione?

«Da parte della Chiesa abbiamo assistito a piccoli mutamenti, soprattutto da parte della gerarchia cattolica più bassa. Rispetto ad altri Paesi europei siamo indietro di quindici anni nelle pratiche non-procreative, sebbene ci siano stati notevoli passi avanti».

In che senso?

«C'è stato un aumento delle zone erogene, durante il sesso il corpo viene usato ormai nella sua interezza». **M.S.**



SENTIMENTO O PIACERE?

Tra le domande della ricerca: condividete l'idea che per una donna conta di più il sentimento, per un uomo il piacere fisico? Hanno risposto sì per fasce d'età:

	Uomini%	Donne%
1937-46	68	74
1947-56	66	69
1957-66	55	70
1967-76	55	61
1977-82	45	48
1983-88	58	54
Totale	58	65

ORMONI E PSICHE IN QUEI GIORNI SONO STRETTAMENTE COLLEGATI

Sindrome premenstruale

Se sai affrontarla non tornerà più

IRRITABILITÀ, SBALZI D'UMORE, AGGRESSIVITÀ. MA ANCHE GONFIORE, EMICRANIA E STANCHEZZA... OGNI MESE MOLTE DONNE IN ETÀ FERTILE SOFFRONO DI QUESTI (E ALTRI) MALESSERI. MA ESISTONO, CASO PER CASO, MODI EFFICACI PER PREVENIRLI

DI AZZURRA DELLA PENNA

Per molte è solo un pizzico di nervosismo, una leggera tensione al seno e tutto finisce lì. Per altre è agitazione vera e propria, crisi di tristezza, malumori, malesseri, mal di testa che durano anche 6-7 giorni al mese. E certi casi sono anche peggio. Eppure, anche se provoca disturbi a molte donne, a volte anche intensi, non è una malattia: la sindrome premenstruale, infatti, è un insieme di sintomi fastidiosi che ogni mese affliggono donne... perfettamente sane. La variazione dei livelli degli ormoni nei 4/7 giorni che precedono il flusso mestruale crea squilibri che in certe persone non vengono quasi avvertiti, ma in altre pro-

vocano malesseri di ogni tipo. Che fare per vivere in pace un fenomeno fisiologico e naturale come la mestruazione? Uno dei medici italiani più noti per i suoi studi sull'argomento è la professoressa Vincenzina Bruni, Associato di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Firenze.

Che cos'è la sindrome premenstruale?

«La sindrome premenstruale, che noi medici abbreviamo in Pms, è una condizione molto ambigua. E chiarisco che sindrome non significa malattia, ma indica solo un insieme di sintomi. Questi sintomi, che sono psicologici e fisici, cominciano a manifestarsi nella fase premenstruale, per-

durano per alcuni giorni e terminano infine con l'inizio del flusso. Per parlare di Pms, bisogna che questi disturbi si verifichino costantemente, almeno per tre cicli mestruali consecutivi».

Quali sono i sintomi?

«Il quadro dei sintomi, codificato internazionalmente dall'American College of Obstetricians and Gynecologists è preciso. A livello fisico si soffre di tensione mammaria, sensazione di gonfiore addominale, pesantezza (anche fino all'edema) nelle gambe, mal di testa. A livello psichico si accusano ansia, depressione, scatti di ira, irritabilità, confusione, tendenza all'isolamento sociale».

Quanto durano i disturbi?

La durata della sintomatologia varia da 5 a 7 giorni. Poi, quando appare >



IL NOSTRO ESPERTO
Prof. Vincenzina Bruni
Associato di Ostetricia
e Ginecologia
Università di Firenze

il flusso mestruale, i sintomi si riducono fino a sparire nel giro di altri quattro giorni. È un arco di tempo piuttosto lungo, considerando che si ripete ogni mese. Si capisce perché la Pms possa avere riflessi sull'attività lavorativa, la vita sociale e relazionale, sui rapporti familiari...».

Ci sono casi in cui i disturbi sono particolarmente gravi?

«Sì, è un quadro particolare detto **disturbo disforico premenstruale**. Si tratta di una sindrome psichiatrica che si verifica quando sono presenti cinque o più fra i seguenti sintomi: depressione-nervosismo; ansia-tristezza; pianto-rabbia; irritabilità; ridotto interesse nelle attività quotidiana-

ne; difficoltà di concentrazione; letargia; affaticamento; astenia; disturbi dell'appetito (con forti desideri di taluni prodotti alimentari), disturbi del sonno. I sintomi fisici sono simili a quelli della sindrome premenstruale: tensione mammaria, gonfiore, cefalea. Con in più dolori muscolari e articolari e un aumento di peso da uno fino a tre chili».

In che modo un fenomeno fisiologico come la mestruazione provoca tanti disturbi?

«È chiaro che alla base dei disturbi ci sono alterazioni endocrine

connesse con la sequenza degli eventi e delle variazioni ormonali che precedono il ciclo mestruale. Tensione mammaria e gonfiore sono dovuti a ritenzione idrica, la quale è causata dal tipo e dalla quantità di ormoni prodotti dall'ovaio nella seconda fase del ciclo. Per quanto riguarda i fenomeni psichici, invece, la spiegazione è meno semplice: sembra che col variare dei livelli di progesterone (che cambiano molto prima della mestruazione) il cervello non ne trasformi abbastanza in un altro ormone dall'azione "tranquilliz-

zante", l'allopregnonone. E così altri ormoni che inducono irritabilità e aggressività trovano le porte aperte. Perché poi tutto questo si manifesti clamorosamente solo in alcune donne non è ancora chiaro».

Come si diagnostica una Pms?

«La diagnosi è prevalentemente clinica: la paziente deve tenere un diario per almeno tre mesi e annotarvi i sintomi: in quali giorni si manifestano, le date di inizio e fine ciclo e qualunque altro dato utile. In base a quanto riportato sul diario, il ginecologo può fare una diagnosi e valutare la severità della sindrome. Alcuni esami di laboratorio, in particolare quello della funzionalità tiroidea, possono comunque essere utili per escludere altre patologie ormonali che potrebbero essere presenti».

Come si può curare?

«Occorre una strategia. Per prima cosa occorre intervenire sullo stile di vita, cominciando a ridurre la caffeina e altri stimolanti, gli zuccheri raffinati, i cibi salati, e aumentando il consumo di pesce. Inoltre, fare attività fisica, particolarmente utile se abbinata a tecniche di rilassamento, e, quando è presente una forte ritenzione, agli esercizi in acqua. È importante poi controllare i livelli di stress. Inoltre, possono essere utili integratori a base di Omega 3 e magnesio, che hanno effetto rilassante sulle fibre muscolari nervose».

Farmaci?

«I più efficaci sono i contrac-

LE CURE NATURALI

Anche le cure naturali possono aiutare a prevenire e affrontare i disturbi legati alla sindrome premenstruale. Questi i consigli del dottor Paolo Giovanni Vintani, farmacista e segretario di Federfarma della Lombardia. Le dosi e la forma (capsule, tintura, tisane, e così via) in cui assumere questi rimedi vanno chieste al farmacista.

► FITOTERAPIA

- ✓ Olio di enotera, olio di borragine e i fitoestrogeni (derivati dalla soia) che aiutano a regolarizzare il ciclo.
- ✓ Angelica sinensis (detto anche dang quai): migliora l'umore.
- ✓ Melissa, valeriana e biancospino, che hanno azione antispastica.
- ✓ Eleuterococco aiuta negli stati d'ansia leggeri, favorisce il sonno: ci si addormenta prima e si dorme più profondamente.



► INTEGRATORI ALIMENTARI

- ✓ Vitamina B6, che agisce sul sistema nervoso e ha effetto calmante.
- ✓ Sale non inorganico (quello orotato, oppure chelato o, anche, gluconato) utile, specie se associato a calcio e zinco, per calmare i dolori muscolari.

► OMEOPATIA

- ✓ Sepia 5 Ch, in molti è utile per contrastare l'irritabilità.

Colpisce lei ma si patisce in due

Quando si è in coppia, la Pms la si patisce in due. Ma a seconda di come lui si comporta, i fastidi che ne conseguono possono acuirsi o smorzarsi per entrambi. Secondo una ricerca dell'università di Sidney, le donne molto impegnate, in fase Pms non riescono più a gestire lo stress abituale ed esplodono per un nonnulla, se il partner è incapace di aiutarle e sollevarle dalle responsabilità. Uomo avvisato...



cettivi ormonali, cioè la classica pillola, scegliendo però fra quelle a basso contenuto di estrogeni. È chiaro che controllando i livelli ormonali dall'esterno si risolve anche la sindrome premestruale. È proprio grazie all'efficacia della pillola che oggi la si ritiene la terapia migliore e si usano meno i farmaci neuromodulatori che "rasserenanano", rispetto a un tempo. Per i disturbi disforici premestruali, però, occorrono interventi più energici: è indispensabile la consulenza psicologica o psichiatrica e spesso ci vogliono anche psicofarmaci adeguati, attivi sulla serotonina».



Perché queste sindromi sono così poco considerate?

«Perché manca la consapevolezza che si tratti di un "vero" problema clinico; spesso non se ne rendono conto nemmeno le donne che ne soffrono. Dagli studi risulta che meno del 10% delle donne con sintomi gravi arriva a una diagnosi e che almeno la metà di queste pensa di non avere bisogno di cure. La scarsa considerazione talvolta si evidenzia anche in campo medico. È importante che ginecologi e medici di famiglia imparino a riconoscere e a prendere in carico questo quadro clinico».

Per approfondire

www.gynevra.it/enciclopedia/SezENC_43-Sindrome_premestruale.html

Molte notizie sulla Pms.

www.truncellito.com/2006/sindrome-premestruale

La sindrome premestruale e tutti i suoi rimedi.

Leggerai con dolore

Bibliografia scientifica a uso di Isabella Bossi Fedrigotti su rischi e sofferenze della Ru486

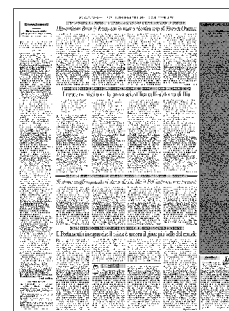
Per comprendere cosa significhi veramente la parola "disinformazione", occorre analizzare l'attuale polemica riguardo alla Ru486.

CONTRORIFORME

Mi limito al Corriere della Sera. E' qui che periodicamente compaiono articoli sull'aborto della mia compaesana Isabella Bossi Fedrigotti. Nell'ultimo di questi, di venerdì scorso, l'autrice illustra queste sue "verità": chi si oppone alla Ru486 e all'aborto, compirebbe una "guerra squisitamente politica". In secondo luogo questa guerra sarebbe violenta e si nutrirebbe di "dichiarazioni via via più intimidatorie". Infine, e soprattutto, l'avversione alla Ru486 nascerebbe dal fatto che essa interrompe "una gravidanza in modo troppo soft, non abbastanza traumatico e doloroso". Ora, a parte che la pillola non interrompe nulla, bensì uccide un embrione già bello e formato, non si capisce di chi parli la Bossi Fedrigotti quando riporta certe affermazioni. Temo che nella foga si sia fidata solo dell'intuito: poiché è solo una pillola, di modeste dimensioni, non sarà affatto dolorosa... Eppure le cose non stanno propriamente così. E se l'autrice, soprattutto, leggesse la letteratura scientifica, cui non fa mai alcun cenno, scoprirebbe che il "pesticida umano", la Ru486, provoca una mortalità nelle donne 10 volte maggiore dell'aborto chirurgico, a parità di età gestazionale. (Greene, New England Journal of Medicine, 2005). Apprenderebbe inoltre, dalla recentissima ricerca condotta su tutte le donne che hanno abortito in Finlandia nel periodo 2000-2006 (22.368 aborti con la RU 486 contro 20.251 aborti chirurgici) che il tasso di complicanze con l'aborto chimico è del 20 per cento contro il 5,6 per cento dell'aborto chirurgico (Niinimäki, Obstetrics and Gynecology, 2009). La Bossi Fedrigotti potrebbe consultare anche i risultati dello studio inglese che ha dimostrato come il dolore associato all'aborto chimico sia mediamente il doppio di quello chirurgico (Robson, Health Technology Assessment, 2009) e magari potrebbe anche domandarsi il perché molte donne che abortiscono con la pillola scelgano quel metodo pensando che sia meno doloroso e dopo la procedura riferiscano di avere provato dolore con una frequenza tripla rispetto alle altre donne

(By Nguyen Thi Nhu Ngoc, International Family Planning Perspectives, 1999). Ma, senza andare lontano, basterebbe che la Bossi Fedrigotti navigasse sul sito dei quaderni radicali per rileggersi quello che diceva il primo sperimentatore della RU 486 in Italia, il professor Piergiorgio Crosignani: "Con la pillola la donna abortisce in tre giorni e questo e' penosissimo, tanto che io dico che con la pillola c'è invasività psicologica"; oppure che rileggesse il giornale su cui scrive. Benché nascosta sotto un titolo molto abortista e depistante ("Quel farmaco è sicuro. Nel mirino c'è la 194") l'intervista a Sergio Pecorelli, presidente dell'Aifa, comparsa sul Corriere del 9/9/2009, riporta infatti queste dichiarazioni dell'illustre medico: "Da ginecologo dico che quello farmacologico (l'aborto, ndr) può comportare un percorso più tortuoso, psicologicamente difficile da sopportare", ovviamente per le donne. Allora, una volta appurato che l'aborto soft e indolore con la pillola è una sciocchezza, e l'accusa di un desiderio di fare soffrire le donne è una scemenza, rimangono i fatti. L'aborto chimico è uno strumento che consente ai medici abortisti di trasferire parte del carico di lavoro e del possibile stress al personale infermieristico (Jones, 2002; Lipp, 2009), e che amplia l'accesso all'aborto (Oms, 2007), portandolo dove esso è legalmente limitato, e privatizzandolo dove invece è legale. A pensare male si potrebbe dire che questo è quello che veramente interessa. Con la Ru486 i radicali hanno un fenomenale strumento per abbattere i pur esilissimi limiti all'aborto previsti dalla legge 194 e realizzare così quello che non riuscirono a fare col loro referendum del 1981. Il cerchio si chiude: dall'aborto con la pompa in villetta, a quello in ospedale, per giungere a quello in ambulatorio e da qui spingersi al kit da portarsi a casa, completo di compresse, istruzioni e numero del call center per chiedere aiuto in caso di emorragia. Sempre che si arrivi in tempo...

Francesco Agnoli



La pillola abortiva non convince i ginecologi

di Viviana Dalosio

Gli oltre 500 medici iscritti alla Società lombarda di ostetricia e ginecologia rompono gli indugi e sollevano ufficialmente una serie di pesanti perplessità sull'uso della Ru486 negli ospedali. Parla il loro presidente, Luigi Frigerio: «Le dimissioni volontarie aprono a un aborto pericoloso»



Una preoccupazione condivisa da tutti i ginecologi lombardi: quelli obiettori, quelli

quelli ospedalieri, quelli ambulatoriali, persino quelli universitari. Riguarda la Ru486 e le modalità di un aborto che sono - a detta di chi ogni giorno lavora nei reparti maternità - tutt'altro che sicure e poco onerose per il sistema sanitario. Gli oltre 500 medici hanno voluto esprimerla al governo regionale con un documento che getta luce su aspetti finora sottovalutati della questione. Come spiega il direttore di Ginecologia e ostetricia degli Ospedali Riuniti di Bergamo e presidente della Società lombarda di ostetricia e ginecologia Luigi Frigerio.

Professore, parliamo del documento che avete sottoposto alla Regione la settimana scorsa. Cosa vi preoccupa?

«Tutto quello che concerne la gestione clinica dell'aborto con la Ru486. A partire dalla scarsissima efficacia del farmaco in se stesso: non a casa la procedura richiede che sia abbinato alle prostaglandine, per arrivare all'espulsione del feto, ma proprio qui sta il problema. L'associazione delle due pillole previste dal protocollo scatena reazioni serie nelle donne: nausea, allergie, vomito, emorragie che arrivano durare settimane, problemi intestinali. Da un punto di vista clinico, appunto, un aborto così diventa difficilissimo da gestire».

In che senso?

«Ipotizziamo di trovarci in un ospedale con venti posti letto nel reparto maternità. Le donne che vi arrivano per un aborto chirurgico rimangono

ricoverate per circa 8 ore. Quelle che abortiscono con la Ru486 devono rimanere almeno tre giorni. E questo succede nell'80% dei casi, perché nei restanti l'aborto presenta complicazioni: il feto non viene espulso correttamente e i medici devono intervenire con nuove ecografie, altri esami del sangue e infine con un raschiamento».

In questo caso le donne si fermerebbero in ospedale ben più di tre giorni...

«Certo, e in questo ospedale si dovrebbero togliere posti utili ad altre

mamme, a donne con gravidanze extra-uterine, o con tumori alle ovaie. E magari per sette giorni! Si è parlato, negli ultimi giorni, di dieci donne determinate a usare la Ru486 in un ospedale del Sud. In quell'ospedale o dieci posti letto verranno sottratti alla gestione normale del reparto maternità oppure...».

Oppure le donne in questione firmeranno le dimissioni volontarie...

«Sì, che poi è l'altro allarme condiviso da noi ginecologi lombardi. Perché proprio per quelle complicazioni così frequenti che si registrano con la Ru486, le donne dimesse di fatto vengono messe nella condizione di vivere un aborto non più sicuro. Senza contare gli ulteriori, onerosissimi problemi per gli ospedali: in questo caso le pazienti ritorneranno lamentando emorragie o dolori addominali, e verranno visitate a livello ambulatoriale. Ma le nostre strutture sono attrezzate per gestire questo flusso straordinario? E come? In Lombardia di sicuro no. Senza contare le risorse che andrebbero impiegate in una riorganizzazione in tal senso delle nostre strutture. Ci sono, queste risorse?».

Cosa avete chiesto alle autorità regionali?

«Oltre a esprimere tutte queste perplessità, abbiamo chiesto - e ottenuto - di poter cambiare immediatamente il modulo del consenso informato, affinché le donne possano essere davvero avvertite di tutti i rischi cui vanno incontro decidendo di abortire con la Ru486».

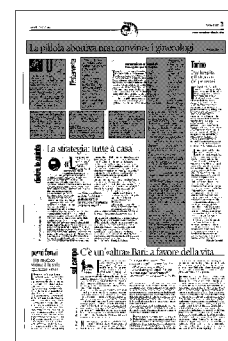
Il documento in questione è stato sottoscritto soltanto dai ginecologi obiettori?

«Assolutamente no, anzi.

Confrontandoci ci siamo resi conto che non è affatto l'obiezione di coscienza o la convinzione etica o religiosa a fare la differenza relativamente all'impiego della Ru486. Qui si tratta di una questione clinica e scientifica: la sensazione della maggior parte di noi è di essere equiparati a meri esecutori di un protocollo prestabilito. Cosa che non siamo: non si può obbligare un ospedale, o un ginecologo, a somministrare la Ru486».

In che senso?

«Nel senso che non esiste il diritto a priori all'aborto farmacologico: la somministrazione della pillola prevede cautele e controindicazioni specifiche. Se una donna assume anticoagulanti, per esempio, non può abortire con la Ru486: le causerebbe emorragie gravissime. Se assume cortisone, sarebbe invece a rischio altissimo di infezione. Se è allergica alle prostaglandine, potrebbe collassare. Questi fatti devono essere verificati dal medico, e con attenzione, caso per caso. E il medico deve poter dire di no, per il bene e la salute del paziente, come deontologicamente è previsto».



La ricerca I dati di Lancet: l'Albania è meglio della Gran Bretagna

Le mamme e i parti sicuri Il primato positivo della sanità italiana

Decessi delle donne, il numero più basso al mondo

MILANO — C'è una classifica in cui l'Italia, lasciandosi alle spalle ben 180 «concorrenti», è riuscita a guadagnare un lusinghiero primo posto: è quella del parto sicuro.

Nel nostro Paese, il numero di donne che muoiono, dando alla luce un bambino, è il più basso al mondo: nemmeno quattro ogni 100 mila nascite.

Una cattivissima figura fanno, invece, Stati Uniti, Canada e Danimarca che hanno visto peggiorare le loro statistiche. Maluccio anche la Gran Bretagna, dove ci si aspettava una progressiva riduzione

L'età

I Paesi ricchi hanno alti tassi di mortalità a causa dell'età avanzata delle gravidanze e dell'obesità

della mortalità materna che, però, non si è verificata. E il quotidiano inglese «The Guardian» approfitta per dire che è meglio partorire in Albania che in Gran Bretagna.

Globalmente viste, comunque, le cose non vanno male: dal 1980 al 2008, il periodo preso in considerazione nell'analisi appena pubblicata sulla rivista «Lancet», le morti al mondo si sono ridotte da 500 mila all'anno a 343 mila. Merito soprattutto di Cina, Egitto, Ecuador e Bolivia che hanno migliorato la loro assi-

stenza alla maternità. La situazione rimane ancora critica in quei Paesi dove il virus dell'Aids continua a rappresentare un'importante causa

di mortalità per le mamme.

I paesi industrializzati, come la Gran Bretagna, attribuiscono le loro cattive performance a due fattori. Primo

fra tutti lo spostamento in avanti dell'età della gravidanza: lo stress fisiologico, che quest'ultima comporta, è affrontato meglio dalle persone giovani, e l'età diventa così un fattore di rischio di complicità. Il secondo è l'obesità, sempre più diffusa.

Entrambe queste condizioni portano a un incremento del rischio cardiovascolare che può diventare fatale al momento del parto. Meglio controllata oggi, rispetto al passato, la preeclampsia, una sindrome caratterizzata da un aumento progressivo della pressione arteriosa che può rivelarsi mortale.

Lo studio di «Lancet» è stato condotto per valutare i progressi relativi a uno dei Millennium Development Goals, gli otto obiettivi di sviluppo che tutti gli stati membri dell'Onu si sono impegnati a rag-

giungere entro il 2015: si tratta del quinto, che, appunto, fa riferimento alla salute materna.

Il direttore della rivista, Richard Horton, commentando i dati, parla di «buone ragioni per essere ottimisti».

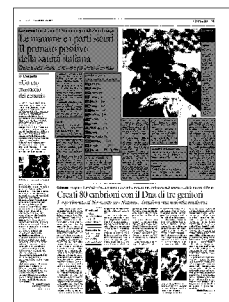
Non è proprio dello stesso parere Giorgio Vittori, Presidente della Sigo, la Società

Italiana di Ginecologia e Ostetricia, almeno per quanto riguarda l'Italia. «È vero che la situazione è migliorata — dice Vittori —, ma il tasso reale oggi potrebbe non essere quello riportato dallo studio.

Stiamo assistendo a una devalorizzazione dell'assistenza perinatale e rischiamo un peggioramento della situazione. Attualmente il trenta per cento delle nostre strutture fa meno di mille parti all'anno ed è al di sotto degli standard che garantiscono una buona assistenza». Anche l'eccesso di cesarei, che si registra in Italia, potrebbe influire negativamente: «Il cesareo praticato dove non c'è l'indicazione — aggiunge Vittori — aumenta gli indici di mortalità materna e fetale».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La qualità dell'assistenza

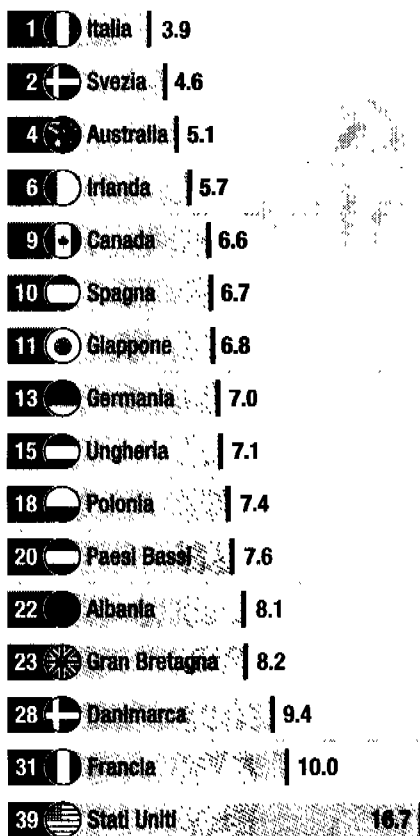
Negli ultimi trent'anni i decessi sono passati da 500 mila a 343 mila l'anno. Grazie a Cina, Egitto e Bolivia

Il ginecologo

Vittori: «La situazione è migliorata, ma il 30 per cento delle nostre strutture non offre buona assistenza»

I tassi di mortalità

I decessi delle madri ogni 100.000 nascite



D'ARCO

La storia

Negli Usa

Tracy Hermanstorfer, 37 anni, era pronta a partorire alla vigilia dello scorso Natale, quando le si è bloccato il battito cardiaco. È stato eseguito un cesareo d'urgenza ma il bimbo nato non respirava. Dopo quattro minuti i medici si sono preparati a dichiarare la morte di madre e figlio. Ma d'improvviso il neonato ha emesso il suo primo respiro. E subito dopo anche il cuore di Tracy ha ripreso a battere. I medici ancora non si spiegano l'accaduto

Ru486, negli Usa potrà diventare un contraccettivo

Utilizzata una volta al mese inibisce l'ovulazione
Una rivista scientifica: nessun effetto collaterale

I vantaggi Secondo lo studio americano questo è un metodo «facile da usare e sicuro»

ROMA

Lo scrivono i professori dell'università di Washington: l'Italia è al primo posto in quanto a sicurezza durante il parto. Sul numero di aprile della rivista Lancet è apparso un loro studio sulla sicurezza durante il parto e, senza dilungarsi troppo in dettagli, spiegano che l'Italia è al primo posto. La mortalità materna nel nostro paese è inferiore anche a quella di Svezia, Gran Bretagna e Usa ed è in calo costante da anni ormai.

Negli ultimi tre decenni, i casi di morte sono diminuiti del 40%, ma ancora oggi nel mondo le donne che muoiono durante il parto sono più di trecentomila ogni anno. Il tasso di mortalità in Italia è il più basso del mondo: quattro donne ogni centomila nascite, contro le 251 morti ogni centomila del resto del pianeta (dati del 2008).

«Questo dato - sottolinea Eugenia Roccella, sottosegretario del ministero della Salute - è dovuto a un sistema sanitario regionale che garantisce il diritto d'accesso e si fa carico dell'intero percorso della gravidanza; ma è anche dovuto a una cultura diffusa rispettosa della vita e attenta alla tutela della maternità. Vogliamo mantenere questa peculiari-

rità e vorremmo che l'Italia si proponesse come leader per i programmi mondiali contro la mortalità materno-infantile, che nei Paesi del Terzo mondo non è mai sensibilmente diminuita», conclude.

Il senso delle sue parole è chiaro, si riferisce alla pillola Ru486, l'aborto chirurgico dal primo aprile operativo negli ospedali di tutt'Italia. «Se si introduce l'aborto a domicilio - avverte - scavalcando i limiti e le garanzie della legge 194 e ignorando i pareri del Consiglio superiore di Sanità sarà difficile mantenere questa caratteristica positiva, e incrementare le politiche di prevenzione dell'aborto».

Ma nel frattempo il mondo va in tutt'altra direzione. Sull'American Journal of Obstetrics and Gynecology è apparso uno studio sull'uso una volta al mese della Ru486 come contraccettivo. Viene definita «contraccezione luteale» e si sostiene che l'assunzione della pillola al sedicesimo giorno del ciclo, due giorni dopo l'ovulazione e l'eventuale concepimento ritarda o inibisce l'ovulazione e quindi la formazione di un embrione. Non vengono citati effetti collaterali. Lo si considera un metodo contraccettivo «facile da usare» e «sicuro». [F. AMA.]

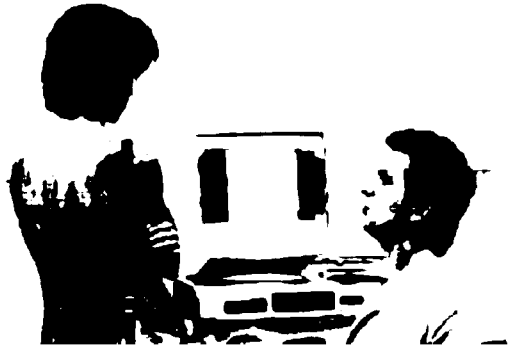


Rassegna del 15/04/2010

NAZIONE FIRENZE - Interrogatorio al medico obiettore per la pillola del giorno dopo negata - Nistri Sandra	1
FAMIGLIA CRISTIANA - Lettera - La pillola abortiva - ...	2

Interrogatorio al medico obiettore per la pillola del giorno dopo negata

L'Asl vuole chiarire se ha indicato il presidio più vicino



**GUARDIA
MEDICA**
Un
ambulatorio
in una foto di
archivio

di SANDRA NISTRI

OCCORRERANNO alcuni giorni per la conclusione dell'indagine interna aperta, in tempi strettissimi, dalla Asl per chiarire l'episodio denunciato da una ragazza di 27 anni che, domenica scorsa nel pomeriggio, si è vista rifiutare la cosiddetta "pillola del giorno dopo" da un medico, dichiaratosi obiettore, nella sede della Guardia Medica di Sesto in piazza San Francesco.

Il dottore, uno dei tre presenti durante il turno della guardia medica, dovrà essere ascoltato e chiarire le sue motivazioni e soprattutto se (come pare però confermato anche dalla ragazza cui è stata negata la ricetta) abbia indicato l'ospedale di Careggi come presidio in cui il farmaco sarebbe stato prescritto. Cosa in effetti poi avvenuta, fra l'altro, da parte di una dottoressa che, paradossalmente, si è qualificata anche lei come "obiettrice". Secondo una circolare della Regione Toscana infatti i medici possono dichiararsi obiettori anche per quanto riguarda la pillola del giorno dopo, farmaco classificato come contraccettivo e non come abortivo, ma hanno comunque l'obbligo di indicare il presidio più vicino in cui la pillola possa essere prescritta. Se l'indicazio-

ne fosse stata data correttamente dunque non dovrebbero essere presi provvedimenti contro il dottore in servizio domenica alla guardia medica di Sesto. Alla base della scelta potrebbero essere state però motivazioni non solo di carattere etico e religioso: sul territorio se stesso, ad esempio, anche alcuni medici di famiglia si rifiutano infatti di prescrivere il farmaco per i tanti e possibili effetti collaterali che la pillola comporta e che, chiaramente, sono tanto più preoccupanti e da mettere in conto per un paziente che non è conosciuto come quello che, appunto, transita da una guardia medica.

ALTRO NODO che l'inchiesta della Asl dovrà chiarire quello di una presunta violazione della privacy: secondo la ragazza, accompagnata dal fidanzato, durante il colloquio con il medico la porta dell'ambulatorio, che dovrebbe di prassi essere chiusa e che di solito lo è, in realtà sarebbe stata aperta e dunque le persone in sala d'attesa avrebbero, loro malgrado, sentito per filo e per segno quando stava avvenendo all'interno dell'ambulatorio compresa la lunga elencazione degli effetti collaterali della pillola fatta dal medico e il suo netto rifiuto di prescrivere il farmaco.



La pillola abortiva

Cosa pensa la Chiesa della cosiddetta pillola abortiva RU486 e dei tentativi per diffonderla negli ospedali pubblici?

AGOSTINO V. - BOLOGNA



**LUIGI
LORENZETTI**

Il vero problema morale non riguarda questa o altra tecnica, ma l'ingiustizia, la gravità dell'aborto. Al contrario, la RU486 trasmette l'idea dell'aborto facile, privatizzabile, innocuo alla salute della donna, una cosa quasi banale. Una società è civile non quando impegna risorse per perfezionare tecniche abortive, ma quando opera per la liberazione dall'aborto. Quel che conta è la prevenzione che si traduce in educazione al senso di responsabilità, in seria politica familiare ed efficienti servizi sociali per tutti, senza discriminazioni tra cittadini e migranti.

I responsabili delle Regioni possono competere in una duplice direzione: sulla Legge 194, dando attuazione locale alla parte della prevenzione rimasta, finora, lettera morta; e a riguardo della RU486, con iniziative condivise in riferimento alla normativa che è di competenza nazionale e che esige la massima responsabilizzazione delle strutture ospedaliere.

RAPPORTO AIFA 2009**Farmaci, conti d'ospedale***Extraspesa da 1,7 miliardi - Dal pay back 270 milioni*

Tiene la territoriale, scoppia l'ospedaliera e il bilancio a consuntivo dei conti di pillole e sciroppi segna a fine 2009 un disavanzo pari a un miliardo 297 milioni di euro, a fronte di un'incidenza complessiva reale dei consumi farmaceutici del 17,5% sul Fsn e contro un tetto di spesa programmato del 16 per cento. Il bilancio definitivo della spesa di settore lo ha

tracciato mercoledì scorso il Cda dell'Aifa, confermando che il vaso di cristallo è proprio il budget per le cure in corsia che hanno chiuso l'esercizio con un extratetto reale pari a 1,7 miliardi, con un'incidenza del 4,1% sul Fondo sanitario nazionale, a fronte di un tetto programmato di spesa del 2,4 per cento.

A PAG. 2-3

CONSUNTIVO AIFA/ Le cure d'ospedale sbancano il tetto programmato

Farmaceutica 2009: la lancetta si ferma su 1,3 miliardi di buco

C'è da ringraziare il pay back (ovvero le quote che le aziende farmaceutiche versano nelle casse regionali per scongiurare il taglio del 5% sui listini e lo sconto ulteriore imposto alle farmacie) attestato nell'ultimo esercizio a quota 270 milioni - se il consuntivo 2009 ha finito col registrare uno scostamento di "appena" un miliardo 297 milioni di euro, a fronte di un'incidenza complessiva reale dei consumi farmaceutici del 17,5% sul Fsn, contro un tetto di spesa programmato del 16 per cento.

A sfomare i numeri utili e definitivi per il confronto al tavolo della **farmaceutica**, che potrebbe tornare a riunirsi già in settimana, è stato mercoledì scorso il Cda dell'Aifa che ha licenziato l'ultimo monitoraggio di routine sulla **farmaceutica** pubblica convenzionata e ospedaliera da gennaio a dicembre 2009.

Il consuntivo globale dell'Authority conferma come previsto che il vaso di cristallo resta il tetto della **farmaceutica** ospedaliera. Senza vaccini e al netto della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A la spesa si è attestata a 4.314 milioni di euro,

facendo registrare una incidenza del 4,2% sul Fsn, con uno scostamento pari a un miliardo 850 milioni.

Con l'effetto pay back il saldo migliora di appena 125 milioni di euro; l'incidenza sul Fsn scende al 4,1% e resta sempre drammaticamente elevata a fronte di un tetto di spesa bloccato al 2,4 per cento. E la spesa resta - almeno apparentemente - poco contenibile.

Le prime 30 categorie a maggior assorbimento assorbono il 68,6% delle risorse; in cima alla lista ci sono gli anticorpi monoclonali (513,3 milioni di euro; 8,2%), gli inibitori di necrosi tumorale (6,5%), interferoni e antianemici (5-6%) e così via. E a confermare che con questo tipo di cure gli sprechi devono essere pochi sembra essere anche l'analisi dell'incidenza delle stesse 30 categorie di prodotti a livello regionale: le oscillazioni attorno alla media del 68,6% variano da un minimo del 60,3% in Veneto al 73,6% dell'Abruzzo.

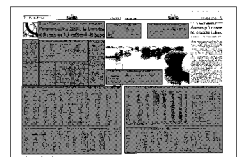
Un quadro che induce il presidente Aifa, **Sergio Pecorelli**, a rispolverare l'ipotesi in precedenza accantonata di un «parziale trasferimento dell'innovazione

dall'ospedale al territorio una volta che il farmaco diventa "maturo"». Una tesi da confrontare ovviamente con tutti i protagonisti in gioco e facendo ancora affidamento sulla cintura di salvataggio che per ora sembra essere parzialmente riuscita a imbrigliare la spesa del territorio.

L'esborso per convenzionata, distribuzione diretta, nell'arco dei dodici mesi si è attestato a 13,68 miliardi di euro, pari al 13,2% del Fsn contro il previsto tetto del 13,6%, con uno scostamento al ribasso dal tetto di spesa programmato pari a 428 milioni di euro, ottenuto anche con il contributo di un pay back da 145

milioni di euro e con il versamento di 862 milioni di ticket a carico dei cittadini.

Da segnalare che l'incidenza di quest'ultimo è aumentata del 32,5%: circa il 40% della crescita è attribuibile all'introduzione del ticket nel Lazio e in Calabria, ma anche all'effetto trascinarsi delle scadenze brevettuali relative a molecole ad alta incidenza di spesa e alla conseguente maggior compartecipazione versata dal cittadino in caso di mancato utilizzo del prodotto



equivalente.

L'acquisto di farmaci per la distribuzione diretta ha inciso infine per 1,6 miliardi, mentre la spesa convenzionata netta si è attestata a 11,19 milioni di euro, con una riduzione rispetto al 2008 pari a -192,4 milioni (-1,7%).

Ancora una volta, dunque l'argine della territoriale ha tenuto, trovando ben 13 Regioni con i conti in regola rispetto al tetto programmato del 13,6%, la Campania appena oltre (13,7%), Lazio (15,5%), Puglia (15,3%) e Sicilia (15,2%) ancora capolista dell'extratetto.

S.Tod.

Periodo	Convenzionata *		Non convenzionata **		Totale	
	Valore	Δ %	Valore	Δ %	Valore	Δ %
2006	12.327.130.184		4.039.164.725		16.366.294.910	
2007	11.493.117.399	-6,8%	4.819.748.094	19,3%	16.312.865.493	-0,3%
2008	11.385.714.174	-0,9%	5.612.177.227	16,4%	16.997.891.402	4,2%
2009	11.193.345.666	-1,7%	6.224.637.066	10,9%	17.417.982.732	2,5%

(*) Spesa a carico del Ssn per farmaci erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico.
 (***) Spesa farmaceutica rilevata attraverso la tracciabilità del farmaco e relativa alla spesa per farmaci a carico del Ssn erogata sia all'interno dei reparti ospedalieri sia erogati in distribuzione diretta e per conto. La spesa per vaccini è compresa nell'analisi.
 Il confronto con l'anno 2006 potrebbe risultare sovrastimato in quanto l'anno 2006 è stato l'anno di avvio del progetto di tracciabilità.

	Gen. dic. 2009 (mln)	Δ assoluta (mln)	Δ %
Spesa lorda (€)	19.927,6	+169,9	+1,6%
Spesa netta (€)	11.193,3	-192,4	-1,7%
Ricette	572,0	+19,1	+3,5%
Ticket (€)	862,2	+211,3	+32,5%

	Spesa territoriale	Fsn	Tetto spesa programm. (13,6%)	Scostamento assoluto	% su Fsn
Territoriale (€)	13.681,5	102.675	13.964	-282	13,3%
Territoriale, al netto del pay back (€)	13.536,3	102.675	13.964	-428	13,2%

	Valori (€)	Fsn	Tetto spesa programmata (2,4%)	Scostamento assoluto	% su Fsn
A - Spesa ospedaliera *	4.314	102.675	2.464	+1.850	4,2%
B - Spesa ospedaliera *, al netto del pay back	4.189	102.675	2.464	+1.725	4,1%

* Dalla spesa farmaceutica non distribuzione diretta dei farmaci convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per classificati in fascia A e la spesa per vaccini (284,5 mln €)

Spesa farmaceutica territoriale (2009) e verifica del rispetto del tetto di spesa del 13,6% per singola Regione in ordine decrescente di Inc. sul Fsn (al netto del pay back)

Regione	A Fsn 2009	B = A x 14,0% Tetto 13,6%	C Spesa netta	D Pay back 2009	E = C - D Spesa netta (al netto del pay back)	F Ticket	G Distribuzione diretta	H = E + F + G Spesa territoriale (al netto del pay back)	I = H - B Scostamento assoluto	H = H/A x 100 Inc. su Fsn
Lazio	9.446.707.161	1.284.752.174	1.183.979.578	15.543.959	1.168.435.618	105.777.623	185.962.163	1.460.175.404	175.423.230	15,5%
Puglia	6.875.985.361	935.134.009	888.942.276	10.922.704	878.019.572	44.200.876	130.948.228	1.053.168.675	118.034.666	15,3%
Sicilia	8.329.679.748	1.132.836.446	1.040.179.592	14.951.720	1.025.177.872	134.606.339	108.676.558	1.268.460.769	135.624.323	15,2%
Abruzzo	2.283.645.586	310.575.800	264.513.490	3.595.550	260.917.939	20.796.448	55.016.527	336.730.914	26.155.114	14,7%
Calabria	3.463.411.137	471.023.915	461.312.510	6.171.458	455.141.052	34.134.498	87.288	489.362.838	18.338.924	14,1%
Sardegna	2.802.889.314	381.192.947	339.238.639	4.335.484	334.903.155	12.574.952	44.334.412	391.812.519	10.619.572	14,0%
Molise	566.713.877	77.073.087	63.626.545	852.795	62.773.750	5.591.010	10.234.534	78.599.294	1.526.207	13,9%
Campania	9.624.556.072	1.308.939.626	1.118.016.696	13.710.197	1.104.306.499	71.704.708	145.940.879	1.321.952.086	13.012.460	13,7%
Liguria	3.093.764.713	420.752.001	325.270.371	4.411.547	320.858.824	19.411.258	71.981.210	412.251.292	-8.500.709	13,3%
Basilicata	1.039.482.985	141.369.686	116.033.056	1.422.909	114.610.147	4.019.853	17.943.221	136.573.221	-4.796.465	13,1%
Umbria	1.585.306.169	215.601.639	159.228.064	1.886.570	157.341.494	6.339.867	34.708.462	198.388.823	-17.212.816	12,5%
Piemonte	7.828.084.371	1.064.619.474	830.278.018	10.996.234	819.281.784	53.253.079	96.352.220	969.157.083	-95.462.391	12,4%
Emilia R.	7.623.076.737	1.036.738.436	739.361.037	8.703.146	730.657.891	27.943.172	179.357.548	937.958.611	-98.779.825	12,3%
Marche	2.744.502.556	373.252.348	292.064.344	3.693.958	288.370.385	11.388.517	31.826.138	311.585.041	-41.667.307	12,1%
Friuli	2.158.840.631	293.602.326	220.947.638	2.722.862	218.224.776	7.467.528	32.773.303	258.465.607	-35.136.719	12,0%
Toscana	6.590.294.871	896.280.102	625.676.890	7.408.013	618.268.877	25.497.608	143.518.231	787.284.716	-108.995.386	11,9%
Veneto	8.216.576.846	1.117.454.451	769.862.860	10.069.951	759.792.910	86.391.951	121.405.272	967.590.133	-149.864.318	11,8%
Lombardia	16.485.089.063	2.241.972.113	1.597.106.116	21.866.937	1.575.239.180	181.843.536	177.618.903	1.934.701.619	-307.270.494	11,7%
V. d'Aosta	217.698.563	29.607.005	21.476.009	271.601	21.204.408	695.253	3.011.665	24.911.325	-4.695.679	11,4%
Trento	861.654.254	117.184.979	77.361.374	929.265	76.432.109	2.256.002	16.392.105	95.080.216	-22.104.762	11,0%
Bolzano	837.529.984	113.904.078	58.920.563	794.360	58.126.203	6.040.026	17.913.466	82.079.694	-31.824.383	9,8%
Totale	102.675.498.000	13.963.866.640	11.193.345.666	145.261.221	11.048.084.445	862.203.104	1.626.002.334	13.536.289.883	-427.576.757	13,2%

Spesa farmaceutica non convenzionata: analisi regionale dell'incidenza sulla spesa non convenzionata della spesa per distribuzione diretta e della spesa ospedaliera

Regione	A Spesa tracciabilità (spesa totale) *	B Spesa per distribuzione diretta (fascia A)	C = A - B Spesa ospedaliera	D = B/A x 100 Inc. distribuzione diretta	E = C/A x 100 Inc. spesa ospedaliera	Regione	A Spesa tracciabilità (spesa totale) *	B Spesa per distribuzione diretta (fascia A)	C = A - B Spesa ospedaliera	D = B/A x 100 Inc. distribuzione diretta	E = C/A x 100 Inc. spesa ospedaliera
Abruzzo	137.541.317	55.016.527	82.524.790	40,0%	60,0%	Molise	25.875.629	10.234.534	15.641.095	39,6%	60,4%
Basilicata	57.341.637	17.943.221	39.398.416	31,3%	68,7%	Piemonte	447.408.763	96.352.220	351.056.543	21,5%	78,5%
Bolzano	44.783.664	17.913.466	26.870.198	40,0%	60,0%	Puglia	435.343.985	130.948.228	304.395.757	30,1%	69,9%
Calabria	157.479.283	87.288	157.391.995	0,1%	99,9%	Sardegna	209.464.507	44.334.412	165.130.094	21,2%	78,8%
Campania	507.398.729	145.940.879	361.457.851	28,8%	71,2%	Sicilia	413.625.731	108.676.558	304.949.173	26,3%	73,7%
Emilia R.	492.250.963	179.357.548	312.893.416	36,4%	63,6%	Toscana	489.209.324	143.518.231	345.691.092	29,3%	70,7%
Friuli V.G.	135.153.894	32.773.303	102.380.591	24,2%	75,8%	Trento	40.980.264	16.392.105	24.588.158	40,0%	60,0%
Lazio	556.475.080	185.962.163	370.512.917	33,4%	66,6%	Umbria	131.409.446	34.708.462	96.700.984	26,4%	73,6%
Liguria	192.783.754	71.981.210	120.802.544	37,3%	62,7%	V. d'Aosta	9.987.250	3.011.665	6.975.585	30,2%	69,8%
Lombardia	732.578.360	177.618.903	554.959.457	24,2%	75,8%	Veneto	538.251.081	121.405.272	416.845.808	22,6%	77,4%
Marche	184.831.207	31.826.138	153.005.068	17,2%	82,8%	Italia	5.940.173.865	1.626.002.334	4.314.171.531	27,4%	72,6%

(*) La spesa per vaccini (284,5 mln di €) non è compresa

Spesa farm. territoriale e ospedaliera (2009) e verifica rispetto tetto di spesa del 16% (al netto del pay back)

Regione	Fsn 2009	Tetto 16%	Spesa territoriale al netto del pay back	Spesa ospedaliera al netto del pay back	Spesa complessiva al netto del pay back	Scostamento assoluto	Inc. %
Puglia	6.875.985.361	1.100.157.658	1.053.168.675	303.472.607	1.356.641.283	256.483.625	19,7%
Sardegna	2.802.889.314	448.462.290	391.812.519	156.139.698	547.952.217	99.489.927	19,5%
Lazio	9.446.707.161	1.511.473.146	1.460.175.404	366.520.214	1.826.695.618	315.222.473	19,3%
Sicilia	8.329.679.748	1.332.748.760	1.268.460.769	300.788.992	1.569.249.761	236.501.002	18,8%
Umbria	1.585.306.169	253.648.987	198.388.823	94.381.800	292.770.621	39.121.644	18,5%
Calabria	3.463.411.137	554.145.782	489.362.838	146.359.965	635.722.803	81.577.021	18,4%
Abruzzo	2.283.645.586	365.383.294	336.730.914	79.653.475	416.384.388	51.001.095	18,2%
Marche	2.744.502.556	439.120.409	331.585.041	152.512.675	484.097.716	44.977.307	17,6%
Campania	9.624.556.072	1.539.928.972	1.321.952.086	349.524.918	1.671.477.004	131.548.032	17,4%
Toscana	6.590.294.871	1.054.447.179	787.284.716	337.777.701	1.125.062.417	70.615.238	17,1%
Piemonte	7.828.084.371	1.252.493.499	969.157.083	349.996.595	1.319.153.678	66.660.179	16,9%
Basilicata	1.039.482.985	166.317.278	136.573.221	38.166.444	174.739.665	8.422.387	16,8%
Veneto	8.216.576.846	1.314.652.295	967.590.133	406.860.352	1.374.450.486	59.798.190	16,7%
Liguria	3.093.764.713	490.052.354	412.251.292	104.184.735	516.436.027	21.433.673	16,7%
Emilia R.	7.623.076.737	1.219.692.278	937.958.611	309.759.575	1.247.718.186	28.025.908	16,4%
Friuli V.G.	2.158.840.631	345.414.501	258.465.607	90.606.882	349.072.489	3.657.988	16,2%
Lombardia	16.485.089.063	2.637.614.220	1.934.701.619	551.404.049	2.486.105.668	-151.508.582	15,1%
Molise	566.713.877	78.599.294	78.599.294	6.505.395	85.104.689	6.505.395	15,0%
V d'Aosta	217.698.563	34.831.770	24.911.325	6.780.863	31.692.188	-3.139.582	14,6%
Trento	837.529.984	134.004.798	82.079.694	24.011.611	106.091.305	-27.913.492	12,7%
Bolzano	861.654.254	137.864.681	95.080.216	13.913.434	108.993.650	-28.871.031	12,6%
Italia	102.675.498.000	16.428.078.400	13.536.289.883	4.189.321.987	17.725.611.870	1.297.533.470	17,3%

Dalla spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini (284,5 mln di € a livello nazionale)

Farmaci ad alto impatto sulla spesa ospedaliera (2009)

Categoria terapeutica	Spesa 2009	Inc. %	Inc. cumul. %
Anticorpi monoclonali	513.303.169	8,2%	8,2%
Inibitori del fattore alfa di necrosi tumorale	406.679.897	6,5%	14,8%
Altri preparati antianemici	373.845.634	6,0%	20,8%
Interferoni	364.683.893	5,9%	26,6%
Inibitori della proteina chinasi	304.550.530	4,9%	31,5%
Antivirali per il trattamento delle infezioni da Hiv	213.973.342	3,4%	35,0%
Fattori della coagulazione del sangue	203.712.811	3,3%	38,2%
Inibitori delle proteasi	132.582.172	2,1%	40,4%
Diazepine, ossazepine e tiazepine	128.077.180	2,1%	42,4%
Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	123.096.363	2,0%	44,4%
Antiangregganti piastrinici, esclusa l'eparina	102.589.295	1,6%	46,1%
Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi	98.960.771	1,6%	47,7%
Analoghi dell'ormone liberatore delle gonadotropine	97.921.415	1,6%	49,2%
Somatropina e agonisti della somatropina	84.860.016	1,4%	50,6%

Spesa farmaceutica ospedaliera (2009) e verifica del tetto di spesa del 2,4% per Regione (al netto del pay back)

Regione	Tetto 2,4%	Spesa osped.	Pay back 2009	Spesa osped. al netto del pay back	Scost. assoluto	Inc. %	Regione	Tetto 2,4%	Spesa osped.	Pay back 2009	Spesa osped. al netto del pay back	Scost. assoluto	Inc. %
Umbria	38.047.348	96.700.984	2.319.176	94.381.808	56.334.460	6,0%	Basilicata	24.947.592	39.398.416	1.231.972	38.166.444	13.218.852	3,7%
Sardegna	67.269.344	165.130.094	8.990.396	156.139.698	88.870.355	5,6%	Campania	230.989.346	361.457.851	11.932.933	349.524.918	118.535.572	3,6%
Marche	65.868.061	153.005.068	492.393	152.512.675	86.644.614	5,6%	Sicilia	199.912.314	304.949.173	4.160.180	300.788.992	100.876.678	3,6%
Toscana	158.167.077	345.691.092	7.913.391	337.777.701	179.610.624	5,1%	Abruzzo	54.807.494	82.524.790	2.871.316	79.653.475	24.845.981	3,5%
Veneto	197.197.844	416.845.808	9.985.456	406.860.352	209.662.508	5,0%	Liguria	74.200.353	120.802.544	16.617.809	104.184.735	29.934.382	3,4%
Piemonte	187.814.025	351.056.543	1.059.948	349.996.595	162.172.570	4,5%	Lombardia	395.642.138	554.959.457	3.555.408	551.404.049	155.761.911	3,3%
Puglia	165.023.649	304.395.757	923.149	303.472.607	138.448.959	4,4%	V. d'Aosta	5.224.766	6.975.585	194.722	6.780.863	1.556.097	3,1%
Calabria	83.121.867	157.391.995	11.032.030	146.359.965	63.238.097	4,2%	Bolzano	20.100.720	26.870.198	2.858.587	24.011.611	3.910.891	2,9%
Friuli	51.812.175	102.380.591	11.773.709	90.606.882	38.794.707	4,2%	Trento	20.679.702	24.588.158	10.674.725	13.913.434	-6.766.269	1,6%
Emilia R.	182.953.842	312.893.416	3.133.841	309.759.575	126.805.733	4,1%	Molise	13.601.133	15.641.095	9.135.700	6.505.395	-7.095.739	1,1%
Lazio	226.720.972	370.512.917	3.992.703	366.52									

I NUMERI DI FEDERFARMA

Ancora più ricette nelle tasche italiane

Prescrizioni a +3,5% - Il valore crolla a -4,5%

«**S**empre più ricette, sempre meno care» è ormai da tempo il leitmotiv del periodico monitoraggio della spesa nel canale farmacia prodotto da Federfarma, che la settimana scorsa, precedendo l'Aifa di poche ore ha fatto circolare i propri numeri sull'esercizio 2009: convenzionata in calo dell'1,2%, ricette in crescita del 3,5%, valore medio delle prescrizioni in ulteriore discesa a -4,5 per cento.

Sostanzialmente inalterata - secondo la federazione dei titolari di farmaci - la qualità dei consumi: le terapie per le patologie cardiovascolari assorbono il 36% della spesa, quelle per l'apparato gastrointestinale il 14%, mentre i farmaci per le malattie del sistema nervoso centrale rappresentano il 10,7% della spesa e quelli per il sistema respiratorio restano stabili all'8 per cento.

Come nelle precedenti edizioni la categoria attribuisce la buona tenuta dei consumi di pillole e sciroppi in primo luogo ai tagli dei prezzi dei medicinali varati da Governo e Aifa a partire dal 2006, ricordando che continua a svolgere i suoi buoni uffici anche il taglio del 12% ai listini generici varato col decreto Abruzzo (le aziende produttrici non hanno riammentato i prezzi), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti per la progressiva scadenza di importanti brevetti, nonché agli interventi adottati a livello regionale: dall'estensione in diverse Regioni del rimborso di riferimento agli inibitori di pompa protonica, alla stretta sui ticket, alla distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle Asl.

Con l'occasione viene anche puntualmente ricordato il contributo in solido della categoria alla tenuta dei conti farmaceutici pubblici: nel 2009 - ricorda Federfarma - lo sconto al Ssn ha garantito un risparmio di oltre 600 milioni di euro; oltre 77 milioni di euro discendono dal pay back imposto alle aziende farmaceutiche dal 2007 e prorogato a tutto il 2010. In più c'è stata la trattenuta dell'1,4, introdotta col Dl terremoto. Insomma, il tetto tiene, il farmacista paga. È la spesa ospedaliera invece - sostiene Federfarma - ad aumentare in modo incontrollato e senza garanzie di trasparenza». E se c'è la possibilità che qualcosa scivoli dall'ospedale al bancone i presidi saranno felici di partecipare.

S.Tod.

RIFORMA BRUNETTA Saranno coinvolti 15 milioni di dipendenti pubblici e privati. Tempi più veloci per scoprire le truffe

Certificati di malattia on line: più controlli sulle assenze

Parte la sperimentazione per tre mesi, a luglio le nuove regole



LA REPERIBILITA'

IL COSTO

I FOGLI

7 ore

E' di 7 ore al giorno la reperibilità in caso di assenza se si sta male



10€

Il costo per lo Stato di ogni pratica di assenza per malattia



100

I milioni di fogli tra certificati e attestati di malattia

di CARLA MASSI

ROMA - La "rivoluzione" comincerà il 19 luglio ma, fin da oggi, partirà l'esperimento pilota dei certificati di malattia on line. Come vuole la riforma del ministro della Pubblica amministrazione Brunetta. Questo, in pratica, vuol dire che la dichiarazione del medico arriverà in tempo reale dal suo studio all'Inps. Che, sempre a stretto giro, informerà il datore di lavoro. Un sistema che spazza via la carta, il trasferimento delle pratiche, ogni lungaggine burocratica e, soprattutto, permetterà una sorta di monitoraggio continuo delle assenze di circa 15 milioni di dipendenti pubblici e privati. Il 26 febbraio scorso è stato emanato un decreto (ministeri Salute ed Economia) nel quale venivano definite le «modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al Sac, il Sistema di accoglienza centrale». A marzo la circolare del ministro Brunetta e ieri l'annuncio, da parte dello stesso Brunetta e del ministro della Salute Fazio, dell'avvio della fase pilota per "rodare" il meccanismo.

Oltre allo snellimento delle procedure si avrà così una maggiore tempestività nelle verifiche (le visite a casa dei medici fiscali), la possibilità di "disegnare" la mappa delle assenze per malattia e, dicono i ministri, un netto taglio dei costi. Grazie al provvedimento si pre-

vedono risparmi per 500 milioni di euro e di circa 100 milioni di documenti cartacei. «Non ci saranno più né certificati medici cartacei né le raccomandate che i lavoratori devono mandare all'Inps o alle strutture private. Risparmieremo 10 euro per ogni prescrizione». Attraverso il codice fiscale e il numero di protocollo del certificato il lavoratore potrà verificare nel sistema l'attestato di malattia. Si parla di illecito disciplinare nel caso in cui il medico non invii la documentazione. La ripetizione di un simile comportamento prevede il licenziamento o, per le strutture e i professionisti convenzionati con il sistema sanitario nazionale, la fine dell'accordo.

Per i prossimi tre mesi c'è ancora la possibilità di rilasciare le attestazioni sia on line che su carta. All'Inps il compito di inviare le attestazioni di malattia alle aziende e alle amministrazioni pubbliche. I datori di lavoro, dunque, stanno costruendo caselle postali apposta per ricevere simili documenti. Al termine del periodo transitorio (era stato deciso per il 19 giugno ma è si parla di uno slittamento al 19 luglio) tutti dovranno utilizzare un unico sistema. Per valutare in tempi brevi caso per caso e facilitare l'individuazione di truffe o abusi.

Proprio i medici, negli ultimi giorni, hanno sollevato diversi dubbi sulla "rivoluzione" dei certificati. In particolare sul fatto che i certificati non

possono essere rilasciati sulla base di «dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati». Questo vuol dire che tutti i pazienti dovranno essere visitati, non basta la telefonata tra medico e paziente basata sulla fiducia reciproca e la conoscenza dello stato di salute di chi chiede di potersi assentare dal lavoro. Spiega Guido Marinoni, membro del comitato centrale della Federazione degli ordini dei medici: «Una circolare chiarirà tutto. Come ci si deve comportare nel caso in cui ci si trovi a rilasciare il certificato di un paziente in un luogo diverso dalla sua residenza?». E il leader dei medici di famiglia, Giacomo Milillo rassicura. «Non cambierà nulla, i cittadini dovranno sempre recarsi dal medico per ottenere la ricetta». «Ben venga un ulteriore controllo - commenta Sergio Dompè, presidente di Farmindustria - basta che sia applicata con rigore. La spesa farmaceutica convenzionata è, infatti, già monitorata. E i risultati sul risparmio sono evidenti».



SURVEY MINISTERO-CERGAS SU SPESA, VOLUMI E PROCESSI D'ACQUISTO

«In gara il costo pesa più della performance»

Figura 1 - Gadi con oltre 10 anni (%), confronto regionale

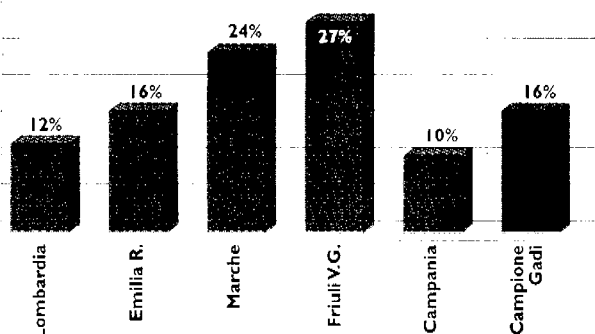
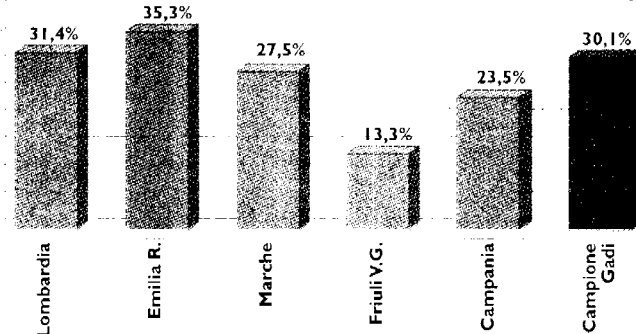


Figura 2 - Gadi acquistate dopo il 2006 (%), confronto regionale



Il mercato delle tecnologie mediche è oggi tra i più dinamici e in considerevole crescita tanto da porre all'attenzione dei decisori politici il tema di una gestione dell'innovazione tecnologica in grado di garantire da un lato il controllo della spesa pubblica, dall'altro qualità ed efficacia delle cure.

La conoscenza del settore, delle modalità di acquisizione delle tecnologie adottate dalle Aziende sanitarie e delle caratteristiche dei dispositivi medici acquistati nel nostro Paese rappresentano un primo passo essenziale per (i) sviluppare conoscenze approfondite sulla selezione, introduzione, valutazione e gestione delle tecnologie in Italia, e per (ii) interpretare l'impatto delle politiche sanitarie sui comportamenti di consumo delle Aziende sanitarie.

Sulla base di queste premesse, la Direzione generale Farmaci e dispositivi medici del ministero della Salute ha condotto in collaborazione con il Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria (Cergas) dell'Università Bicconi una survey del settore delle tecnologie sanitarie tesa a indagare dati di spesa, volumi e processi di acquisto dei Dispositivi medici (Dm) e delle Grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (Gadi) in un campione di aziende appartenenti a cinque Regioni italiane, nel periodo 2007-2009.

I Dm indagati nella survey hanno riguardato l'area cardiovascolare (pacemakers, defibrillatori impiantabili, stent), ortopedica (protesi di spalla, gi-

nocchio, anca), della neuroradiologia (spirali e stent intracranici) e della neurochirurgia (neuro-stimolatori, dispositivi per cefaloplastica, clips per aneurisma intracranico). Oltre a rilevare quantitativi e prezzi medi e unitari per singolo dispositivo, la ricerca ha studiato anche le relative procedure di acquisto.

La gara aziendale è risultata la modalità più frequentemente utilizzata, in un contesto comunque di estrema variabilità riscontrata tra le diverse Regioni e, soprattutto, all'interno delle diverse classi di Dm a testimonianza dell'elevata complessità di questi prodotti e della necessità di adottare schemi interpretativi diversi da quelli tradizionali per evitare pericolose semplificazioni.

I dati indicano come man mano che si diffondono procedure di acquisto più centralizzate, il coefficiente di variazione dei prezzi si riduce fino quasi ad azzerarsi. Questo, tuttavia, non è correlato alla variabilità inter-regionale dei prezzi osservata a parità di tipologia di Dm. In altre parole, gli acquisti centralizzati non sempre sono predittivi di valori di acquisto più bassi.

Un altro aspetto oggetto di studio è stato la presenza di Commissioni aziendali per la valutazione delle tecnologie e di Commissioni aziendali per la valutazione dei dispositivi medici, dichiarata in quasi tutte le Regioni (con percentuali differenti). Tuttavia le attività di queste Commissioni si limitano nella gran parte dei casi a una valutazione parziale dei

Indagate le forniture in 5 Regioni

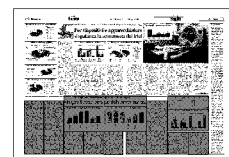
Dm e delle tecnologie, per lo più di tipo economico-finanziario in una logica di breve periodo. Attitudine confermata dall'analisi dei criteri utilizzati per l'assegnazione delle gare che indica «l'offerta economicamente più vantaggiosa» come prevalente, escludendo del tutto elementi di valutazione che pongono in relazione il costo di acquisto con la performance della tecnologia acquisita.

Questa esperienza ha rimarcato però anche la preminenza dell'interesse per i Dm e per la loro corretta valutazione da parte dei responsabili delle politiche sanitarie a vari livelli. Le iniziative di Health technology assessment a livello regionale, ma in alcuni casi anche a livello

aziendale, come rilevato da una sezione dello studio, sono diventate più frequenti testimoniando una consapevolezza maggiore da parte delle Aziende sanitarie e delle Regioni rispetto alla necessità di sviluppare strumenti di valutazione/gestione efficaci stanti le peculiarità di questa classe di prodotti.

In questo contesto si collocano, dunque, tendenze e sperimentazioni volte a differenziare processi e sistemi di gestione dell'innovazione tecnologica rispetto alle procedure tradizionalmente adottate per i farmaci.

L'indagine si è focalizzata anche sulle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (Tc Multislice, Tc Pet, Tc Spirale, Rmn). I dati rilevano un livello



medio di obsolescenza del parco tecnologico nelle cinque Regioni campione coerente con le indicazioni nazionali e internazionali, seppur con elementi di variabilità all'interno delle Regioni osservate sia per quanto riguarda il numero di Gadi con oltre 10 anni dall'installazione (fig. 1), sia per numero di apparecchiature con meno di 3 anni (fig. 2). Anche i costi medi unitari di tali attrezzature risultano differenziati: a parità di codice Cnd e di anno di acquisizione, il prezzo d'acquisto varia in base alla modalità prescelta (es. acquisto, leasing, affitto) e al tipo di contratto con il fornitore (fig. 3). A questa considerazione si contrappone

una sostanziale disomogeneità dei volumi di prestazioni erogate per singolo strumento (fig. 4) (con l'eccezione della Rmn), da cui scaturisce la rilevanza del processo e delle modalità di acquisto nella definizione del costo finale per prestazione all'interno delle Regioni osservate.

In conclusione, i dati raccolti e la loro elaborazione costituiscono un patrimonio informativo di enorme valore e un passo importante verso un'analisi sistematica e integrale del settore dei Dm e delle tecnologie in Italia.

Il ministero della Salute, insieme alla Cud, hanno contribuito in modo sostanziale allo sviluppo di tali conoscenze che fungono, ora, da solida base di partenza per l'estensione a livello nazionale del corredo informativo e, soprattutto, per ulteriori e irrinunciabili approfondimenti.

Prospettive future. La Direzione generale farmaci e dispositivi medici del ministero della Salute ha deciso di proseguire la survey sui Dm e Gadi in collaborazione con il Cergas dell'Università Bocconi estendendo la collaborazione al biennio 2010-2011. L'analisi coprirà questa volta l'intero territorio nazionale e verrà estratto un campione di aziende sanitarie e ospedaliere rappresentativo del comportamento di acquisto e consumo dell'intero Paese. Ma la rilevanza del progetto di ricerca non sta solo nell'estensione geografica - che pure contribuirà in modo sostanziale ad analizzare e spiegare le determinanti delle differenze - ma soprattutto nell'affiancamento di altri obiettivi di ricerca.

Nell'ambito della collaborazione con la Dgfdm, il Cergas studierà analiticamente i processi di acquisto e i processi di valutazione delle tecnologie (Horizon Scanning e Health Technology Assessment) a livello aziendale con l'obiettivo principale di analizzare l'impatto che l'implementazione di tali politiche ha sui comportamenti di consumo dei Dm e Gadi. Oggetto di studio saranno a esempio i criteri utilizzati dalle aziende sanitarie per l'acquisto delle tecnologie con lo scopo di verificare se tali criteri sono stati influenzati - negli anni più recenti - da processi valutativi più ampi e completi come nel caso dell'Hta.

Le attività di Horizon scanning e di Hta a livello centrale (sono ormai diversi gli studi condotti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, Agenas) e regionale (vi sono Regioni che hanno sviluppato e consolidato metodologie, processi e strutture per la valutazione delle tecnologie) stanno diventando sempre più frequenti. Tuttavia, ancora poco indagate sono le modalità operative di tali Agenzie o strutture dedicate e ancora meno si conosce dell'impatto che tali valutazioni hanno sui comportamenti aziendali. Il Cergas si pone l'obiettivo di indagare questi aspetti e di fornire dati e informazioni rilevanti per capitalizzare le conoscenze che in molte Regioni italiane così come a livello centrale (Dgfdm, Cud, Agenas) sono state sviluppate. Potrebbe infatti risultare opportuno che - come sta avvenendo in Europa dove la Commissione Europea coordina la Joint Action, un network permanente di Agenzie di Hta dei Paesi dell'Ue - anche nel

nostro Paese ci fosse un'attività di coordinamento strategico delle attività dei diversi soggetti istituzionali che svolgono attività di Hta attraverso un comitato con un ampio spettro di partecipazioni, inclusi il ministero e la Cud, e che tale attività fungesse anche da equilibratore delle scelte delle linee di attività. Il progetto collaborativo RiHta tra Agenas e Regioni è sicuramente un primo passo, anche se parziale, verso questa direzione.

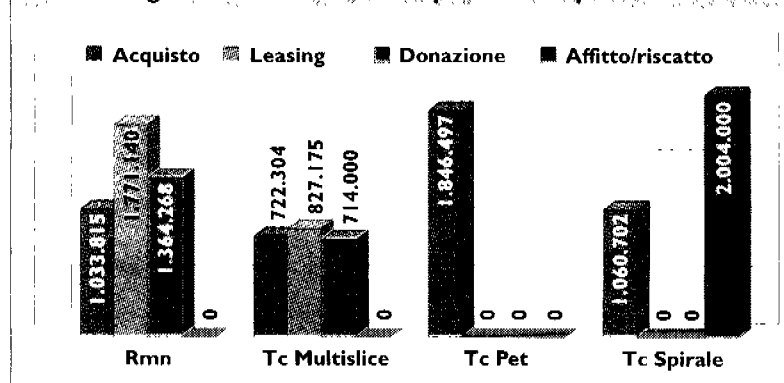
Rosanna Tarricone

*Direttore Master Mihmep,
Dipartimento analisi istituzionale
e management delle amministrazioni
pubbliche, Università Bocconi*

Figura 3 - Prestazioni medie erogate per Gadi nel 2008

Gadi	Lombardia	Emilia R.	Marche	Friuli V.G.	Campania
Rmn	4.615	4.037	4.398	4.704	-
Tc Multislice	6.641	6.877	11.250	9.896	9.381
Tc Pet	2.085	2.616	-	3.200	2.771
Tc Spirale	4.033	3.295	6.337	8.167	565

Figura 4 - Costi medi di acquisizione dopo il 2006



RIPIANI E DINTORNI

I Fas non nascono per coprire i deficit

La Finanziaria per il 2010, nel determinare le misure utili al risanamento del debito sanitario consolidato, ha consentito il ricorso ai Fas (articolo 2, comma 90), nonostante la loro natura di strumenti vincolati per gli investimenti pubblici pluriennali, riservati alle zone depresse.

Una regola, quella introdotta della Finanziaria, che stravolge gli invalicabili paletti indicati dal novellato articolo 119 della Costituzione (comma 5), che affida alle risorse aggiuntive e agli interventi speciali (tali sono i Fas, in quanto vincolati e destinati a creare ricchezza produttiva aggiunta nelle aree sottoutilizzate) l'includibile funzione di soddisfare esigenze predeterminate. Certamente diverse da quelle di ripianare debiti pregressi, accumulati negli anni dalle Regioni per finanziare le loro funzioni pubbliche ordinarie. Nella specie, quelli prodotti nell'ambito della Sanità.

Una condizione ostativa, questa, legittimata dall'attuale lettera della Costituzione che ha specializzato la vecchia dizione di contributi speciali, contenuta nell'articolo 119 pre-riforma del 2001. Lo ha fatto scomponendo l'intervento straordinario dello Stato nei confronti delle autonomie territoriali, perfezionandolo in «risorse aggiuntive» e «interventi speciali». Una classificazione utile a differenziare i due strumenti di aiuto allo sviluppo locale, distinguendoli non già per le finalità da conseguire, che risultano essere comuni per entrambi, bensì per la loro diversa natura.

Le risorse aggiuntive si caratterizzano, infatti, per la loro specie esclusivamente finanziaria e per l'aggettivo qualitativo, che presuppone l'indubbia esistenza delle risorse ordinarie dalle quali distinguerle. In quanto tali, le riferite risorse aggiuntive sarebbero destinate alla realizzazione di progetti non finanziabili con risorse ordinarie (tributi e compartecipazioni,

ivi comprese le quote perequative), quindi non afferenti il normale esercizio delle funzioni di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni, ma comunque rientranti nelle loro competenze generali di programmazione.

Le seconde, ovverosia le risorse individuate a sostegno degli interventi speciali, si distinguerebbero, invece, dalle prime in quanto afferenti l'esecuzione vincolata di opere e servizi non inerenti alle funzioni generali degli anzidetti enti territoriali. In quanto tali, finalizzate alle iniziative necessarie a soddisfare le carenze strutturali individuate nel medesimo articolo 119 della Costituzione (comma 5) e, quindi, giustificativi di un intervento straordinario, spesso determinato da eventi particolari e/o da esigenze emergenziali.

Una considerazione critica - quella appena rappresentata di utilizzare i Fas per coprire i bilanci sanitari in rosso - che lascia presumere una conflittualità sulla destinazione degli anzidetti fondi per le aree sottoutilizzate. Ciò in quanto destinati, impropriamente, a estinguere passività arretrate, piuttosto che contribuire a incrementare le chance di cresci-

ta dei territori più poveri, soprattutto del Sud. Un modo, dunque, per sottrarre ossigeno allo sviluppo locale.

Su tutto, un verosimile successivo impegno della Consulta nel valutare la costituzionalità dell'assunto legislativo.

Un disposto, peraltro, stridente con il bisogno di prevedere iniziative pedagogiche utili a creare "la classe dirigente dei capaci", indispensabili per un federalismo fiscale che funzioni e che assicuri ai cittadini, ovunque, le prestazioni essenziali riferite alla salute.

Ettore Jorio

Professore di Diritto sanitario
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un'operazione che impedisce la crescita dei territori più poveri



Il Wall Street Journal plaude al modello lombardo della sanità

Inchiesta del quotidiano americano descrive la qualità del servizio e l'efficienza dei costi

Il Wall Street Journal ha pubblicato ieri un'intera pagina sul sistema sanitario lombardo, nell'ambito di un'inchiesta dedicata alla salute, tema molto sentito negli Stati Uniti dopo la riforma Obama. Lo spunto nasce dall'interesse che il governatore della California, Arnold Schwarzenegger, aveva manifestato in occasione della visita dello scorso anno in Lombardia. L'articolo descrive le «eccellenze» del sistema lombardo, riferendo che è considerato tra i più efficienti in Europa.

Il motivo principale del successo è individuato nella scelta di mettere sullo stesso piano gli ospedali pubblici e privati, che devono rispettare gli stessi standard di qualità e partecipare ad un identico sistema di remunerazione delle prestazioni. Ciò lascia liberi «i pazienti di scegliere tra strutture pubbliche o private convenzionate, senza dover sostenere extra costi». Il sistema, osserva *WSJ*, ha permesso alla Lombardia di «aumentare i suoi standard di qualità», tanto che «i pazienti hanno a disposizione una tra le più lunghe liste di prestazioni in Italia, e la copertura per un elenco di prescrizioni farmaceutiche tra le più ampie in Europa. Inoltre anche le liste d'attesa sono state tagliate». A questo proposito viene ricordato come fino a dieci anni fa fosse necessario aspettare mesi per un intervento al cuore, mentre oggi lo si può ottenere in tempi brevissimi. Non solo le prestazioni sanitarie sono migliorate, ma anche quelle cosiddette "alberghiere", come le camere e il cibo, ancorché siano a carico del Servizio sanitario nazionale. Viene citato ad esempio l'ospedale milanese di Niguarda, dove «i pazienti non sono più stipati in reparti con

camere da sei letti, ma in camere doppie».

Nonostante i servizi aggiuntivi e il loro miglioramento - garantito anche dagli ospedali privati, che hanno aperto reparti di maternità o di pronto soccorso, «la Lombardia ha abbassato i costi della sanità: mentre molte Regioni italiane - scrive il *Wall Street Journal* - tendono a spendere più del loro budget per la sanità, la Lombardia negli ultimi sei anni ha speso meno», risparmiando 200 milioni di euro che sono stati utilizzati per migliorare ulteriormente le infrastrutture sanitarie. Inoltre la Lombardia «è l'unica regione italiana in cui i manager degli ospedali pubblici possono essere licenziati se non rispettano il budget». Inoltre il servizio è in quale modo a disposizione del Paese, e il 10 per cento dei pazienti ricoverati proviene da altre regioni italiane.



La ricerca I dati di Lancet: l'Albania è meglio della Gran Bretagna

Le mamme e i parti sicuri Il primato positivo della sanità italiana

Decessi delle donne, il numero più basso al mondo

MILANO — C'è una classifica in cui l'Italia, lasciandosi alle spalle ben 180 «concorrenti», è riuscita a guadagnare un lusinghiero primo posto: è quella del parto sicuro.

Nel nostro Paese, il numero di donne che muoiono, dando alla luce un bambino, è il più basso al mondo: nemmeno quattro ogni 100 mila nascite.

Una cattivissima figura fanno, invece, Stati Uniti, Canada e Danimarca che hanno visto peggiorare le loro statistiche. Maluccio anche la Gran Bretagna, dove ci si aspettava una progressiva riduzione

L'età

I Paesi ricchi hanno alti tassi di mortalità a causa dell'età avanzata delle gravidanze e dell'obesità

della mortalità materna che, però, non si è verificata. E il quotidiano inglese «The Guardian» approfitta per dire che è meglio partorire in Albania che in Gran Bretagna.

Globalmente viste, comunque, le cose non vanno male: dal 1980 al 2008, il periodo preso in considerazione nell'analisi appena pubblicata sulla rivista «Lancet», le morti al mondo si sono ridotte da 500 mila all'anno a 343 mila. Merito soprattutto di Cina, Egitto, Ecuador e Bolivia che hanno migliorato la loro assi-

stenza alla maternità. La situazione rimane ancora critica in quei Paesi dove il virus dell'Aids continua a rappresentare un'importante causa

di mortalità per le mamme.

I paesi industrializzati, come la Gran Bretagna, attribuiscono le loro cattive performance a due fattori. Primo

fra tutti lo spostamento in avanti dell'età della gravidanza: lo stress fisiologico, che quest'ultima comporta, è affrontato meglio dalle persone giovani, e l'età diventa così un fattore di rischio di complicità. Il secondo è l'obesità, sempre più diffusa.

Entrambe queste condizioni portano a un incremento del rischio cardiovascolare che può diventare fatale al momento del parto. Meglio controllata oggi, rispetto al passato, la preeclampsia, una sindrome caratterizzata da un aumento progressivo della pressione arteriosa che può rivelarsi mortale.

Lo studio di «Lancet» è stato condotto per valutare i progressi relativi a uno dei Millennium Development Goals, gli otto obiettivi di sviluppo che tutti gli stati membri dell'Onu si sono impegnati a rag-

giungere entro il 2015: si tratta del quinto, che, appunto, fa riferimento alla salute materna.

Il direttore della rivista, Richard Horton, commentando i dati, parla di «buone ragioni per essere ottimisti».

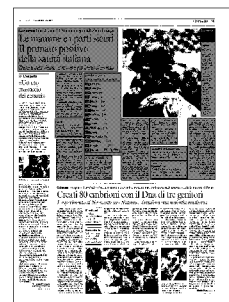
Non è proprio dello stesso parere Giorgio Vittori, Presidente della Sigo, la Società

Italiana di Ginecologia e Ostetricia, almeno per quanto riguarda l'Italia. «È vero che la situazione è migliorata — dice Vittori —, ma il tasso reale oggi potrebbe non essere quello riportato dallo studio.

Stiamo assistendo a una devalorizzazione dell'assistenza perinatale e rischiamo un peggioramento della situazione. Attualmente il trenta per cento delle nostre strutture fa meno di mille parti all'anno ed è al di sotto degli standard che garantiscono una buona assistenza». Anche l'eccesso di cesarei, che si registra in Italia, potrebbe influire negativamente: «Il cesareo praticato dove non c'è l'indicazione — aggiunge Vittori — aumenta gli indici di mortalità materna e fetale».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La qualità dell'assistenza

Negli ultimi trent'anni i decessi sono passati da 500 mila a 343 mila l'anno. Grazie a Cina, Egitto e Bolivia

La storia

Negli Usa

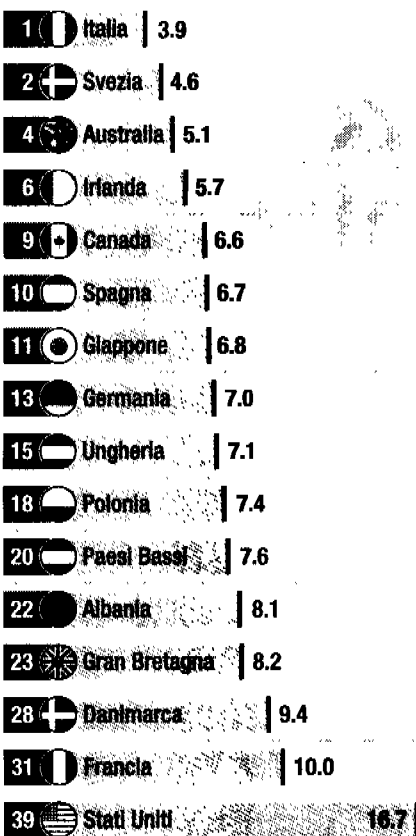
Tracy Hermanstorfer, 37 anni, era pronta a partorire alla vigilia dello scorso Natale, quando le si è bloccato il battito cardiaco. È stato eseguito un cesareo d'urgenza ma il bimbo nato non respirava. Dopo quattro minuti i medici si sono preparati a dichiarare la morte di madre e figlio. Ma d'improvviso il neonato ha emesso il suo primo respiro. E subito dopo anche il cuore di Tracy ha ripreso a battere. I medici ancora non si spiegano l'accaduto

Il ginecologo

Vittori: «La situazione è migliorata, ma il 30 per cento delle nostre strutture non offre buona assistenza»

I tassi di mortalità

I decessi delle madri ogni 100.000 nascite



D'ARCO

»» | **L'esperto**

«Un uso massiccio dei cesarei»

MILANO — «Le donne in Italia fanno meno figli e spesso hanno uno stato complessivo di salute migliore». Così Mario Meriardi, coordinatore della Salute Materna e Perinatale dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), commenta dal suo osservatorio di Ginevra lo studio di *Lancet* che fa guadagnare all'Italia il primato mondiale dei parti sicuri: «Un paragone reale tra i Paesi europei è difficile, perché anche un singolo caso di mortalità può fare sballare le statistiche pro o contro: di certo, comunque, l'Italia è in cima alle classifiche della più bassa mortalità a livello internazionale. Sono dati che la sorprendono? «Al contrario, li trovo coerenti rispetto alla situazione delle donne che partoriscono in Italia. Favorite da buone condizioni di salute di

partenza, perché non soffrono né di obesità né di carenze nutrizionali, le pazienti affrontano il parto in ospedali che offrono tutto sommato un'accoglienza tempestiva anche, per esempio, in caso di necessità di tagli cesarei d'emergenza». Ma gioca a favore dei parti sicuri anche il basso tasso di natalità italiano (1,32 bebè a testa)? «Il rischio di emorragie da parto è minore in chi fa meno figli. Ma per

evitare le complicazioni, poi, contano molto anche le visite eseguite durante tutto il periodo della gravidanza, in Italia generalmente molto accurate. E il rapporto di fiducia con il ginecologo che le donne italiane, al contrario che altrove, spesso chiamano anche nel cuore della notte».

A questo proposito si parla addirittura di un'eccessiva medicalizzazione del parto.

«È un'accusa che viene correlata all'alta percentuale registrata in Italia di tagli cesarei, considerati a torto più comodi e sicuri: come hanno dimostrato la settimana scorsa le statistiche presentate dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, anche nella virtuosa Lombardia la media è del 30%, il doppio rispetto alle indicazioni dell'Oms e a Paesi come l'Olanda».

Ma i contrattempi con il cesareo programmato si riducono.

«Rispondo con i dati dell'United Kingdom Confidential Enquiry: con il cesareo il pericolo di morte materna è di 2,84 volte maggiore. Anche l'Italia promossa dal *Lancet* deve puntare di più, dunque, sul parto naturale».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EMA recommends recall of some generic clopidogrel

The EMA has recommended a precautionary recall of clopidogrel-containing medicines made by Acino Pharma, citing quality concerns.

The CHMP has recommended that all batches of eight centrally authorised generic clopidogrel-containing medicines be recalled following the inspection of the Glochem Industries factory in Visakhapatnam, India. The committee was "not reassured about the quality of medicines made with clopidogrel from this manufacturing site".

The concerned medicines, which are marketed in 18 countries by Acino and other generics companies, are Clopidogrel AI Pharma, Clopidogrel Acino, Clopidogrel Acino Pharma, Clopidogrel Acino Pharma GmbH, Clopidogrel Hexal, Clopidogrel Ratiopharm, Clopidogrel Ratiopharm GmbH and Clopidogrel Sandoz.

No concerns with these drugs have been raised by doctors, pharmacists or patients, but the CHMP is recommending action on a precautionary measure.

The committee has also recommended that the Glochem Visakhapatnam manufacturing site be removed from the list of sites allowed to supply clopidogrel to Acino for their generic medicines.

Acino said in a statement that it and its marketing partners consider a withdrawal of these clopidogrel products "neither necessary nor purposeful". It noted that although the inspection observed deviations from GMP standards, no deficiencies of product quality were detected. Acino said it had existing alternative suppliers of the active ingredient and expected to restore delivery readiness shortly.

Nevertheless, it admitted that the development could have a financial impact. "Should individual country authorities, which are free in their decision, request a recall of the clopidogrel products concerned based on the CHMP or EU commission decision, the temporary supply shortage and the possible write-down of existing and returned goods could result in a negative extraordinary item in the current financial year. This would in all likelihood have a significant negative impact on the annual result 2010."

A recall of these products would come as good news to other companies who make branded and generic clopidogrel, such as Sanofi-Aventis and Bristol-Myers Squibb, whose Plavix is one of the top selling drugs worldwide.

asher.mullard@informa.com

Europe's regulator attacked for "secrecy" over drug data

There are new calls for the European Medicines Agency (EMA) to provide greater transparency about the evidence it uses to make decisions about drug approvals. The EMA has strongly defended itself in response, saying its hands are tied by legislation regarding commercially confidential clinical trial data.

The attack comes from Silvio Garattini, director of the Italian not-for-profit research body, the Mario Negri Institute for Pharmacological Research, *et al* in an article published on 30 March on bmj.com (BMJ 2010;340:c1578).

Transparency of the regulatory system is also required "to overcome several dysfunctions in the drug industry's behaviour"

Professor Garattini has long voiced concerns about the lack of transparency with the drug regulatory system, with one industry source telling *Scrip* that he is a "serial critic" (see also Professor Garattini's article in *Scrip's* sister publication, *RAJ Pharma*, 26 February 2009). He also has insider knowledge about the agency as he has been a member of the EMA's scientific committee, the CHMP, in past years.

Professor Garattini says that changes are urgently needed to end what he says is the "secrecy" surrounding the approval of new drugs in Europe so that dossiers can be evaluated by the scientific community and help independent bodies define the risk/benefit profile of new drugs before they are marketed.

Ending the secrecy would boost the EMA's credibility and show patients' health has priority over pharma's interests; the EMA's move this year from the European Commission's DG Enterprise and Industry to DG Sanco (Health and Consumer Policy) "presents an opportunity to introduce more openness", he says.

Transparency of the regulatory system is also required "to overcome several dysfunctions in the drug industry's behaviour" and "cast light on deviations from trial protocols", he says. It would also enable clinicians and patient organisations

to obtain information on which to base constructive criticism, establishing public confidence and improving research in the industry itself.

Garattini's wish list

At the moment, the EMA releases four documents when a new drug is approved: a press release, a summary of product characteristics (SmPC), the patient leaflet, and the European Public Assessment Report (EPAR). "Except for the press release, all these documents are written in close collaboration with the manufacturer," Professor Garattini says.

He wants to see the following information published to clarify how final decisions are made: the SmPC should say when a drug has a majority vote and contain drug comparative effectiveness data; the EPAR should give reasons for the minority's opposition as well include the preliminary report on the drug by the rapporteurs (two members of CHMP) and industry's comments.

EMA's response

EMA spokesperson Martin Harvey Allchurch told *Scrip* that this was really a "political" level debate as the agency was tied by EU and international law as to how much commercially confidential data it is allowed to provide. "[Garattini] has made these comments before. He is not the lone voice in the desert ... His discussions operate beyond our remit."

He says the EMA has held a number of consultations on how it can improve transparency (in 2000, 2003 and in June 2009) and hopes to launch a patient-friendly website this year; he admits that it has not "kept up with the US FDA website".

Mr Harvey said the agency had put "transparency on the table" and wishes to assess the comments to its 2009 consultation, but had been "overtaken" by the H1N1 pandemic last year.

In particular, Mr Harvey criticises Professor Garattini's call for the SmPC to contain information on whether a product has a majority vote. "That may be useful in a scientific discussion, but it is not necessarily important to the average doctor. How can you prescribe products based on conflicting views [between majority and minority views]?"

As for the rapporteur's report for the CHMP, Mr Harvey says this is pre-decisional: "It represents the view of only one person."

EMA versus FDA

To patients, the US FDA may appear a more transparent entity, especially as it operates under the Freedom of Information Act. The EMA, however, obeys similar legislation in Community Regulations (ie, EC/1049/2001 on public access to documents). As for clinical trial data, "as much as we can publish, we will publish", Mr Harvey says.

"We publish assessments reports [EPARs] for approved, withdrawn and refused products, but the FDA does not necessarily do that systematically."

In 2009, the EMA received 4,290 general requests for information, of which 108 were formal requests. The majority of these came from industry and academia, similar to what happens with the FDA, however, the complexity of these requests have increased compared to previous years.

The EMA's website seems popular too with around 700,000 visits per month, but the agency admits that this peak could be the result of the H1N1 pandemic.

"All regulated bodies need to be tested. People are targeting us rather than [others] ... it is a political level debate. No-one gives clinical trial data," Mr Harvey says.

However, there are moves to put more clinical trial data in the public domain through EudraCT, the database that registers all clinical trials performed in the EU. A new version of EudraCT (number eight) is to be released this year, which will make public protocol-related data at the time of a trial's authorisation (scripnews.com, 9 December 2009).

There are numerous trial databases and registries around the world; for example, the World Health Organization has set up the International Clinical Trials Registry Platform.

At the recent Drug Information Association's 22nd Annual EuroMeeting, delegates heard that there was a desperate need to standardise the increasingly differing transparency requirements around the world for clinical trials (scripnews.com, 22 March 2010). There are multiple clinical trial registries, with multiple formats and requirements, one expert said.

elizabeth.sukkar@informa.com

>servizi>regolamenti>norme brevettuali

Tecnologia

APPARENTE

Il sistema giuridico deve essere abbastanza flessibile nel recepire i rapidi sviluppi della scienza

«Il dibattito che si è aperto sulla brevettabilità delle sequenze geniche rappresenta la prima opportunità per fare un passo in avanti e uscire dall'eccezionalità genetica» commenta Amedeo Santosuosso, consigliere presso la Corte d'Appello di Milano e presidente del Centro interdepartimentale di ricerca European centre for life sciences, health and the courts all'Università di Pavia. Nella sentenza del giudice Robert W. Sweet, che ha invalidato i patent relativi ai geni del tumore al seno Brca1 e Brca2 della Miriad Genetics, la partita si è infatti giocata nel passaggio "dallo stato naturale alla purificazione".

«Se fino a ieri questo processo veniva considerato un apporto tecnico - continua Santosuosso - oggi la purificazione è sì un'attività di laboratorio, ma che non crea nulla di nuovo. Da qui, la necessità di apportare degli aggiustamenti nel sistema dei brevetti. Che tenga comunque conto del fatto che la ricerca costa e arrivare a un brevetto richiede anni e anni, nonché milioni di dollari. Si tratta di un percorso in cui c'è ancora molta strada da fare, ma intanto si potrebbe operare su due fronti: affinare i criteri per il riconoscimento della scoperta e limitare le royalties nel tempo e nello spazio».

Difficile ipotizzare come andrà a finire la vicenda Sweet-Miriad, ma se il ragionamento del giudice sarà confermato in appello, a subire un brutto colpo saranno le società di diagnostica, le biotech agricole e forse anche le farmaceutiche, anche se i farmaci sono brevettati sulla base della loro composizione chimica. Questo non accadrà nell'immediato, la decisione è stata presa in un tribunale distrettuale, non riguarda altri geni e come precedente il suo valore è limitato. Ma nel lungo periodo il panorama potrebbe cambiare e potrebbe ral-

lentare il passaggio verso la medicina personalizzata, quella in cui si usano i test genetici per stabilire se e quali farmaci funzionano su un determinato paziente.

Come spesso accade, però, il progresso è più rapido della giustizia e l'idea che un singolo gene possa essere impiegato come marker del rischio di una malattia comune, come il diabete o l'infarto, è già obsoleto. Le ultime sco-

perte scientifiche infatti suggeriscono che a essere coinvolti sono decine, se non centinaia, di geni e di strutture molecolari. Così, la realtà che sta emergendo nel settore della biotecnologia è che le biotech si stanno già muovendo per essere meno dipendenti, per il loro sostentamento, dai brevetti di un singolo gene, che oggi viene visto più come un vincolo che un'opportunità. Di conseguenza un sistema giuridico non sufficientemente flessibile nel recepire questa scienza in rapido movimento può provocare confusione su tutta la linea.

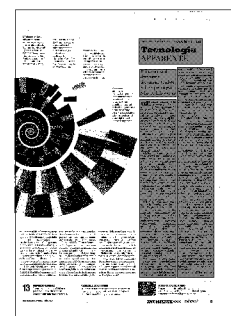
Altra zona grigia, per esempio, è quella che riguarda l'offerta dei servizi, che non comprendono solo una valutazione dei rischi sanitari, ma si allargano alla nutrigenetica, alla discendenza, alla parentela fino alla genotipizzazione neonatale, categoria particolarmente sensibile, a cui vengono "propinati" in maniera sempre più sofisticata, convincente e alquanto discutibile test relativi alla crescita, al quoziente di intelligenza, alle esigenze alimentari e così via. Le linee guida, a questo punto, dovranno tener conto dell'affidabilità dei servizi e regolamentare non solo la validità analitica (accredito dei laboratori d'analisi) e clinica, cioè la precisione con cui un test predice un esito clinico (considerando anche le interazioni gene-ambiente, sul quale peraltro non c'è un accordo unanime), ma anche l'utilità clinica del servizio, che oggi sembra l'aspetto più controverso. In pratica, misura la probabilità che la terapia suggerita porterà un reale beneficio. Ma trattandosi di medicina personalizzata, che include lo stile di vita, la dieta, i comportamenti, non può essere certificata dai tradizionali studi randomizzati. Si tratta

di un campo totalmente nuovo che non ha ancora prove a suo carico, né per quanto i rischi né i benefici. Tanto più se il gene non può essere associato direttamente al rischio di malattia, per esempio l'infarto, ma a fenotipi intermedi, cioè i livelli lipidici, l'ipertensione, eccetera. A questo si aggiunge un'altro quesito: quale test ha una valenza medica e quale una semplicemente informativa? L'esame di nutrigenetica, per esempio, ha attinenza con lo stile di vita o valuta un rischio per la salute?

Fare chiarezza nella questione di chi e in che termini possiede il nostro Dna è certamente complesso e necessita tempo, ma è una tappa fondamentale in questa nuova era della genomica e della biologia molecolare non guardare semplicemente alla scoperta, ma alla sua applicazione.

francesca.cerati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scienza Douglass Turnbull: obiettivo sono i pazienti con patologie mitocondriali trasmesse dalla madre al figlio

Creati 80 embrioni con il Dna di tre genitori

L'esperimento di Newcastle su «Nature». Annullata una malattia ereditaria

MILANO — La via della terapia genica (su cui si lavora da anni senza mai una sicurezza definitiva) sembra vicina all'essere superata. Almeno per quanto riguarda alcune malattie ereditarie. Basta «creare» un embrione con tre Dna. Il laboratorio dell'università di Newcastle, nel nord della Gran Bretagna, vi è riuscito. Già nel 2008, come riportato dal *Corriere della Sera*, aveva messo a punto la tecnica arrivando a 10 embrioni, vitali per sei giorni, con due Dna femminili e uno maschile. E senza l'espressione della malattia ereditaria legata al solo Dna mitocondriale della madre perché annullata dal Dna mitocondriale della cellula uovo di una donna sana. In questo ovulo «svuotato» del nucleo centrale (il patrimonio genetico completo) era stato inserito sia il nucleo dell'ovocita materno sia quello paterno. E lì era stata avviata la fecondazione dell'embrione sano. Gli stessi ricercatori, guidati da Douglass Turnbull, hanno affinato la tecnica e sono arrivati a 80 embrioni, fatti sviluppare e vitali per sette giorni. L'aspetto importante è che, se impiantati, sarebbero andati avanti nello sviluppo. Tecnica riproducibile, e quindi fattibile anche in altri centri, e subito oggetto di una pubblicazione sulla rivista scientifica *Nature*.

L'embrione con tre genitori colpisce la fantasia, in realtà sarebbe sbagliato definirlo così perché la frazione genetica donata non ha nessuna influenza sullo sviluppo di un bambino. Se non quella di assicurargli mitocondri sani. E quindi di annullare all'origine la malattia di cui altrimenti sarebbe affetto fin dalla nascita. Anche se i Dna sono tre, quindi, i genitori restano comunque due perché il Dna mitocondriale, con appena 37 geni, costituisce davvero una frazione piccolissima, rispetto ai circa 23.000 geni contenuti nel Dna del nucleo.

La ricerca condotta a Newcastle, nel più noto «covo» di manipolatori di embrioni al mondo, nel *Life Science Center*, è fi-

nanziata dall'associazione britannica per la lotta alla distrofia muscolare (*Muscular dystrophy campaign*), dal *Medical research council* e dal *Wellcome Trust*.

Conferenza stampa obbligatoria per Douglass Turnbull, di-

vulgata in rete da *Nature*: «Il mio grande interesse e l'obiettivo di questa ricerca — ha spiegato il ricercatore inglese — sono i pazienti colpiti dalle malattie mitocondriali, trasmesse dalla madre al figlio. E che sono molto numerose». E ha continuato: «La novità del nostro lavoro è nel fatto che, nonostante siano stati utilizzati due ovociti, si ottiene un pronucleo (ossia un ovocita nel quale il Dna paterno e materno non si sono ancora fusi) come in un normale intervento di fecondazione assistita. In altre

parole, siamo ora in grado di prevenire la trasmissione delle malattie mitocondriali. Abbiamo dimostrato l'efficienza della tecnica e questo è molto importante per i pazienti». Va bene. Ma quanto tempo ci vorrà per trasferire la tecnica nella pratica? E qui Turnbull tradisce emozione ed entusiasmo: «Tre anni. Si può arrivare alla pratica clinica nell'arco di tre anni». Ottimista? In ogni caso, gli esperti ritengono questo risultato un enorme progresso nella lotta alla trasmissione delle malattie mitocondriali. Queste oggi sono la più comune causa di malattie genetiche e mutazioni del Dna mitocondriale sono rilevate in un nato vivo su 250.

«Questa tecnica è molto interessante — afferma Giuseppe Novelli, genetista dell'università Tor Vergata a Roma — perché potrebbe permettere a una persona portatrice di una malattia terribile, che non ha nessuna possibilità di diagnosi preimpianto, di avere un figlio sano». E aggiunge: «Non è una tecnica nuova, era già stata provata su delle scimmie. Ma a Newcastle sono passati all'uomo. E questo è il passo fondamentale».

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli sviluppi

Il risultato potrebbe entrare nella pratica clinica in tre anni

Il precedente

Nel 2008 dieci embrioni, vitali per 6 giorni, creati con 3 Dna



>start up>privacy>donatori di geni

LE SPA DELL'HUMAN GENETICS ECONOMY

Aovest di Londra, in un anonimo edificio, i volontari sono in fila pronti a rivelare i loro segreti più intimi, il loro Dna, entrando nel più vasto esperimento genetico, che li monitorerà fino alla tomba. Cosa li spinge? Il desiderio di partecipare a qualcosa che potrebbe in futuro aiutare i loro figli o nipoti. Il progetto Uk Biobank, sostenuto dal governo britannico e dalla global charity Wellcome Trust, ha come obiettivo il reclutamento di 500mila cittadini entro luglio (a oggi sono 450mila quelli che hanno già aderito), per stoccare in un enorme congelatore i campioni del loro sangue.

«Solo un campionamento su vasta scala permetterà ai ricercatori di correlare stili di vita e varianti genetiche per arrivare a identificare le cause delle malattie più comuni» fa sapere il responsabile del progetto, Rory Collins. Dichiarazioni che ricordano quelle di Kári Stefánsson, a.d. della biobanca islandese DeCode Genetics, che dopo aver raccolto il genoma di oltre 300mila abitanti dell'isola, lo scorso novembre ha dichiarato bancarotta. Dai suoi laboratori avrebbero dovuto uscire le formule-chiave per correggere i difetti genetici, invece l'azienda finisce all'asta e mette in liquidazione il suo "patrimonio genetico", garantendo però la segretezza dei dati raccolti. Ma chi garantisce sui futuri proprietari che, per ragioni di

business, potrebbero cambiare le regole in tema di utilizzo delle informa-

zioni genetiche? In questa "genolandia" insomma i destini delle biotech possono cambiare improvvisamente. E non solo in termini di fallimento.

Le azioni dello Human Genome Sciences, per esempio, sono cresciute improvvisamente nel momento in cui sono stati pubblicati i risultati del farmaco sperimentale Belysta. Se approvata, la molecola rappresenta la prima terapia per il lupus in più di 50 anni di ricerca. Ma tra un paio d'anni dovrebbe essere disponibile anche il test del sangue dell'oncologo Bert Vogelstein, della Johns Hopkins University, che promette di identificare le recidive tumorali. D'altra parte i progressi della tecnologia, come le ultime macchine di aziende come Illumina, Life Technologies e Ion Torrent, possono tracciare l'intero Dna in pochi giorni per "soli" 5.000 dollari, lontano dai 13 anni e i 3 miliardi di dollari spesi per ottenere il primo genoma umano. In questo panorama, difficile capire se sono più gli investitori a essere cauti - dopotutto gli ultimi 10 anni sono stati i peggiori nella storia dei farmaci, caratterizzati da una carenza di nuove formulazioni e dalla contemporanea scadenza di brevetti - o i donatori volontari, ignari di quello che può essere il destino dei loro geni. (fr.ce.)

