

Rassegna del 07/04/2010

REPUBBLICA MILANO - Primo giorno per la Ru486, nuove regole in Mangiagalli - Pillola abortiva, da oggi il via in città - Carra Ilaria

REPUBBLICA MILANO - Intervista a Nadia Muscialini - "Sbagliato chiamarla una scorciatoia per la donna la sofferenza è uguale" - Vanni Franco

E POLIS MILANO - Aborto, la Mangiagalli dà il via partite le richieste per la Ru486 - Cardia Francesca

REPUBBLICA - Il turismo dei diritti - Rodotà Stefano

GIORNO MILANO - RU 486. Pillola abortiva: alla Mangiagalli via ai primi ordini dopo le richieste. Arriverà in 48 ore - E.Fov.

CORRIERE DELLA SERA MILANO - Mangiagalli, due richieste di aborto con la Ru486 - Ru486 arrivata in Mangiagalli. Prime due richieste di aborto - Ravizza Simona

La pillola somministrata dal lunedì al mercoledì per non sovraccaricare i medici

Primo giorno per la Ru486 nuove regole in Mangiagalli

IL PRIMO caso di utilizzo della pillola abortiva potrebbe arrivare già oggi. Alla Mangiagalli le venti dosi ordinate prima di Pasqua saranno consegnate in mattinata. «Appena arrivano siamo pronti a somministrarle a chi ce le richiede», conferma il direttore sanitario Basilio Tiso, che sta valutando di praticare l'aborto farmacologico solo nella prima metà della settimana per non sovraccaricare la ventina di medici non obiettori. È questione di ore, dunque, per la prima applicazione della Ru486 in città. Anche la Macedonio Melloni e il San Carlo hanno richiesto il farmaco alla Nordic Pharma che lo consegnerà tra domani e venerdì mentre entro questa settimana in Regione si riuniranno i primari di Ginecologia degli ospedali per trovare un protocollo d'intervento comune.

ILARIA CARRA A PAGINA 5

Pillola abortiva, da oggi il via in città

Pronta la Ru486 in Mangiagalli, in arrivo al San Carlo e alla Melloni

Si prevedono 40-50 casi all'anno per ogni ospedale: il termine di legge delle 7 settimane di gravidanza limita gli interventi

ILARIA CARRA

INTERROMPERE una gravidanza per via farmacologica potrebbe essere possibile già da oggi, a Milano. Il primo ospedale dove le donne potranno richiedere la pillola abortiva è la Mangiagalli: già venerdì scorso la direzione sanitaria ha ordinato venti dosi di farmaco arrivate in queste ore. «Subito dopo la consegna — conferma il direttore sanitario, Basilio Tiso — siamo pronti a somministrare la pillola alle pazienti che ce la richiedono». Così, dopo mesi di rinvii, proteste e battibecchi politici, la Ru486 è arrivata alla sua applicazione pratica in città.

Proprio alla Mangiagalli, ieri, dove sono pronti due letti per il conseguente ricovero di tre giorni, alcune donne hanno per la prima volta chiesto informazioni sulla Ru486, ma erano già oltre la settimana settimanale e dunque non avrebbero potuto usufruirne. E per gestire gli aborti farmacologici, e non sovraccaricare i medici non obiettori al lavoro nei giorni feriali, la direzione sanitaria starebbe considerando di praticarli solo nei primi tre giorni della settimana.

Ci sono altri due ospedali milanesi che hanno ordinato il farmaco alla Nordic Pharma, il distributore italiano di Mifegyne, il suo nome commerciale. Alla Melloni s'attende la consegna da Settala, dove sono stoccate oltre duemila scatole: «L'ordine è partito il 1 aprile», spiega il primario di Ginecologia, Mauro Busacca. Lo stesso al San Carlo, da ieri: «Tra domani e venerdì arriverà» prevede il primario di Ostetricia e Ginecologia, Mauro Buscaglia. Che poi fa una stima:

«È un ordine di sole dieci confezioni, un po' perché nessuna farmacia ospedaliera fa più magazzino, ma soprattutto perché stimiamo che non ci saranno più di 50 casi all'anno». Le stime sul suo utilizzo, appunto: molto basse. La maggior parte dei medici ipotizza che non si andrà oltre i quattro, cinque casi al mese. Il limite delle settema settimana per la somministrazione della pillola ne abbatterebbe l'impiego. «Da quando ci si rende conto della gravidanza bisogna rivolgersi a un consultorio e poi attendere una settimana — conferma Tiso — Alla fine restano sì e no due o tre giorni per stare nei limiti. Non ci aspettiamo una grande folla».

Gli altri ospedali sono ancora



leggermente indietro. «Al Sacco

abbiamo richiesto la scheda tecnica del farmaco e siamo in attesa del via libera della direzione sanitaria prima di far partire l'ordine» fa il punto Massimo Medaglia, direttore del dipartimento farmaceutico. Nulla di fatto anche al Niguarda: «Aspettiamo l'incontro in Regione — precisa il direttore sanitario, Carlo Nicora — per stabilire un'azione uniforme con gli altri ospedali». Incontro al Pirellone che dovrebbe avvenire entro questa settimana e da cui dovrebbe uscire un protocollo di linee guida per gli ospedali: non vincolante, però, per non violare il rapporto medico-paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

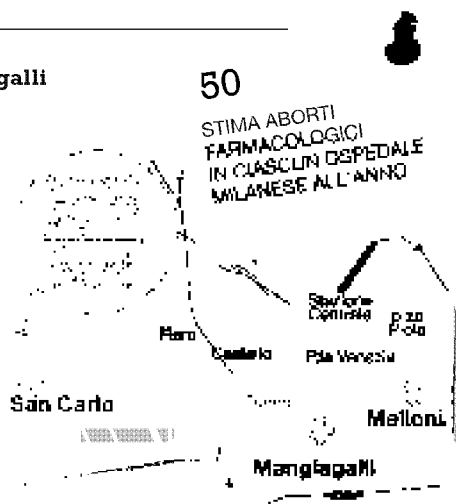
La Ru486

I numeri alla Mangiagalli

H 1.400
l'anno
INTERRUZIONI
DI GRAVIDANZA

7.000
l'anno
NASCITE

20
MEDICI NON
OBIETTORI



Cos'è

Una pillola per l'interruzione volontaria della gravidanza inventata nel 1980, già in uso in America e in tutta Europa ad eccezione di Italia, Portogallo e Irlanda

Come funziona

Accertata la gravidanza, il medico entro la settima settimana di gestazione somministra le prime compresse di mifepristone, per il distacco dell'embrione. Due giorni dopo, le pastiglie di misoprostolo completano l'interruzione di gravidanza

CONTINENTALE.IT

Nadia Muscialini, psicoanalista al San Carlo: consiglierò i tre giorni di ricovero, chi fa questa scelta non va lasciata sola

“Sbagliato chiamarla una scorciatoia per la donna la sofferenza è uguale”

“

SPECIALISTA
Nadia
Muscialini,
psicoanalista



Ultimamente ho visto arrivare molte giovani coppie terrorizzate dalla precarietà

FRANCO VANNI

NADIA Muscialini, lei è psicoanalista all'ospedale San Carlo e assiste le donne nella scelta dell'interruzione di gravidanza. Come seguirete chi richiederà l'aborto farmaceutico?

«Innanzitutto consiglierò di farsi ricoverare per tre giorni, come prevede la legge. Anche se le donne avranno la possibilità di rifiutare la cura e tornare quindi a casa dopo avere preso la pillola, l'assistenza ospedaliera è importante per seguire i processi psicologici legati all'aborto. Per chi arriva ad abortire, poi, la casa è spesso un luogo vuoto di affetti, dove ci sono solitudine o persone non vicine».

A quali traumi psicologici potrebbero esporsi le donne che preferiscono la pillola all'intervento chirurgico?

«Non abbiamo una storia cli-

nica, ma è lecito pensare che vengano meno la paura e la sensazione di smarrimento legate all'operazione. Prendere una pillola è un gesto consueto, non provoca lo choc del "corpo tagliato". Viene meno anche l'aspetto dell'ignoto: la donna che si fa operare, pur consapevole della scelta, vive un periodo di non coscienza che coincide con l'anestesia. Con la Ru486 la paziente è presente in tutte le fasi. Nessuna si illuda però di potere dimenticare l'esperienza abortiva, che nel ricordo rimane per sempre».

Non c'è il rischio che la possibilità di prendere la pillola spinga le donne a ragionare meno sulla scelta di abortire?

«È un argomento che viene sollevato da chi nulla sa del dramma dell'interruzione di gravidanza. Dopo quindici anni di lavoro, e migliaia di donne visitate, sono giunta alla conclusione che nessuna di loro ha deciso in base alla valutazione delle conseguenze su se stessa. Il meccanismo psicologico che porta all'aborto è evitare sofferenze a un figlio che non si pensa di poter rendere felice. Noi cerchiamo di aiutare le donne a trovare ragioni per arrivare al parto, ma molti casi sono drammatici: stupri, incesti, estrema solitudine. Ultimamente arrivano giovani coppie terrorizzate dalla precarietà sul lavoro. Penso che l'aborto non si scongiuri negli ospedali. Spetta all'intera società porre le basi perché le donne non debbano arrivare a tanto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Sono arrivate al responsabile della farmacia ospedaliera del Policlinico Ospedale Maggiore

Aborto, la Mangiagalli dà il via partite le richieste per la Ru486

La pillola potrebbe essere a disposizione della Clinica già entro le prossime 48 ore

Francesca Cardia

francesca.cardia@epolis.sm

■ Aborto farmacologico: si comincia anche a Milano. Le prime richieste sono arrivate. Sono tante le donne che nel capoluogo lombardo desiderano abortire in via farmacologica. Così, ieri sono partiti i primi ordinativi per la pillola abortiva Ru486 da parte della Clinica Mangiagalli di Milano, uno dei punti nascita più attivi d'Italia. La conferma è arrivata dalla stessa Clinica. «Oggi - spiega l'ospedale - sono arrivate al responsabile della farmacia ospedaliera del Policlinico Ospedale Maggiore, di cui la Mangiagalli fa parte, le prime richieste da parte di medici della Mangiagalli per la Ru486», che corrispondono alle prime richieste di donne che vorrebbero interrompere la gravidanza per via farmacologica. La struttura specifica anche che, non essendo arrivata nei giorni scorsi alcuna richiesta di utilizzo della pillola, quest'ultima non era

ancora stata ordinata. Secondo quanto riferito nei giorni scorsi dall'azienda distributrice Nordic Pharma, il farmaco potrebbe essere a disposizione della Clinica entro le prossime 48 ore.

DIVERSA la situazione all'ospedale San Carlo Borromeo di Milano, che spiega di non aver fatto ancora nessun ordine del farmaco, e di non aver ancora ricevuto alcuna richiesta di utilizzo. Al momento, non è noto se e quando la pillola verrà ordinata dall'ospedale. Solo due mesi fa il Centro per l'aiuto alla vita (Cav) della Clinica Mangiagalli aveva lanciato il

suo grido d'allarme sulla mancanza di fondi e sull'impossibilità di "prevenire" tante interruzioni di gravidanza portate avanti solo per motivi economici. Paola Marozzi Bonzi, fondatrice e direttrice del Cav in quell'occasione aveva spiegato che i medici del centro incontrano ogni mese circa 70 donne entro il primo trimestre di gravidanza che stanno pensando di abortire, e circa tre quarti di queste hanno bisogno di aiuti anche economici, che il Cav non riesce più a dare. Secondo la responsabile «se aiutate seria-

mente, 8-9 donne su 10 non vanno più ad abortire». Intanto ora hanno la possibilità di scegliere tra l'interruzione di gravidanza per via chirurgica o quella farmacologica. ■

Il dato

"Madre segreta" aiuto e sostegno

Servizio della Provincia

■ La Provincia di Milano offre il nostro servizio "Madre segreta". Solo nel 2009 sono state ben 2.000 le istanze di aiuto alle quali hanno dato risposta. Insieme al numero verde 800.400.400 (attivo 24 ore su 24), "Madre segreta" offre percorsi di sostegno psicologico e sociale, consulenza per i servizi sociali e sanitari locali, un osservatorio sulle nascite.



Migliaia di firme per le donne «Abbiano la libertà di scelta»

Sdl intercategoriale

■ ■ Il sindacato dei lavoratori Sdl intercategoriale si mette sulle barricate contro l'attacco alla RU486 sferrato in questi giorni da parte della Lega. Per mesi hanno raccolto migliaia di firme, solo in poche mattinate davanti all'Ospedale San Paolo di Milano (altri banchetti sono stati fatti all'Ospedale San Carlo e in provincia), per chiedere che alle donne e ai medici sia garantito il diritto costituzionale di scelta del

trattamento terapeutico, e la libertà di scegliere tra l'aborto chirurgico e quello farmacologico. «Anche coloro che affermano che daranno applicazione alla legge, sembrano celare la volontà di incrementare i fondi per i centri di aiuto alla vita e non per la prevenzione degli aborti, per l'informazione sui metodi contraccettivi, per non arrivare nemmeno ad avere gravidanze indesiderate e diminuire il numero di aborti».

IL TURISMO
DEI DIRITTI

IL TURISMO DEI DIRITTI

STEFANO RODOTÀ

STRANE parole percorrono l'Italia. "Federalismo etico" è una formula che descrive bene non solo un clima, ma una deriva istituzionale già avviata e che può dare il vero tono all'annunciata stagione delle riforme. Quando il neopresidente del Piemonte ha parlato di pillole RU 486 che sarebbero "rimaste in magazzino", si è materializzata davanti ai nostri occhi un'Italia nella quale i diritti fondamentali non sono più un patrimonio che accompagna ogni persona, quale che sia il luogo in cui si trova.

Ma dipendono dalla regione in cui vive, dai capricci della maggioranza d'un momento. Non è una novità in assoluto. Ricordate le ultime fasi della drammatica vicenda Englaro, quando i suoi familiari erano alla ricerca di una struttura ospedaliera dove Eluana potesse trovare quella morte dignitosa che i giudici avevano riconosciuto essere un suo diritto? Il presidente della Lombardia levò alte mura intorno alla sua regione, mentre la presidente del Piemonte correttamente disse che non si sarebbe opposta al ricovero. I giudici amministrativi ritennero illegittima la decisione di Formigoni, ma una rottura si era già consumata e una autorità istituzionale aveva detto ai cittadini che i diritti non erano più diritti, ma l'esito incerto di un peregrinare da regione a regione, di un inedito "turismo dei diritti" non più verso paesi più liberali, ma all'interno dello stesso territorio nazionale.

Vale la pena di aggiungere che assume un bel valore simbolico il fatto che il nuovo annuncio sia venuto proprio da quel Piemonte dove Mercedes Bresso aveva

mostrato come le istituzioni debbano rispettare legalità e diritti e che oggi, invece, si allinea su ben altre posizioni (si può suggerire una onesta riflessione agli intelligentissimi politici che continuano a trincerarsi dietro lo schema che vuole sostanzialmente identici i candidati di destra e di sinistra?).

Vero è che la stessa maggioranza ha reagito alle parole di Roberto Cota, e che questi si è prevedibilmente affrettato a dire d'essere stato male interpretato. Ma quelle parole sono comunque rivelatrici di un profondo "spirito di governo", tanto che avevano trovato eco immediata in dichiarazioni dei presidenti di Lombardia e Veneto, così mostrando di quale pasta rischiosi d'essere fatto il nuovo "vento del nord" che comincia a spirare dopo l'annessione del Piemonte al Lombardo-Veneto.

Mentre, infatti, si discuteva intorno alla pillola RU 486, sono tornate con forza le proposte di riservare l'insegnamento nelle scuole pubbliche a professori autoctoni, che sarebbero gli unici in grado di trasmettere agli studenti "i valori del territorio". Questo è solo un esempio dei molti tentativi di localizzare, di riservare ai nativi quel che dovrebbe appartenere a ogni cittadino, tentativi che sicuramente si intensificheranno dopo l'esito elettorale.

Un'Italia di "gabbie" ben più discriminanti delle vecchie gabbie salariali? Un'Italia in cui si passa dall'inclusione di tutti all'esclusione selettiva basata sulla nascita o sulla residenza? Quando si riformò frettolosamente il titolo V della Costituzione per introdurre elementi di federalismo, si era comunque consapevoli dei problemi che potevano nascere proprio per il rispetto dei diritti. Si stabilì che la potestà legislativa delle regio-

ni deve essere esercitata "nel rispetto della Costituzione"; che spetta allo Stato determinare i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" e assicurare che ciò avvenga "prescindendo dai confini territoriali dei governi locali"; che le regioni non possono adottare "provvedimenti che ostacolino in qualsiasi modo la libera circolazione delle persone tra le regioni, né limitare l'esercizio del diritto al lavoro in qualsiasi parte del territorio nazionale".

Mai come in questo momento, e non solo in Italia, il rispetto dei principi costituzionali, delle libertà e dei diritti delle persone si presenta come il criterio di base per valutare la legittimità di qualsiasi azione politica. I casi ricordati prima ci parlano di un principio d'eguaglianza sempre più respinto sul fondo, e della consapevole creazione di nuove diseguaglianze; della trasformazione di diritti fondamentali, come quello alla salute, in situazioni precarie, affidate alla discrezionalità politica; di una cittadinanza che, invece di essere proiettata al di là d'ogni confine, viene rimpicciolita nelle "piccole patrie". A tutto questo dobbiamo prestare attenzione, perché qui si realizza una riforma costituzionale strisciante, una manomissione di quella prima parte della Costituzione definita, a parole, intoccabile. Qui si contribuisce a determinare una agenda politica che integra quella dettata dal presidente del Consiglio.

Berlusconi ha detto che i prossimi mesi dovranno essere dedicati alla riforma della giustizia e delle intercettazioni, alla riforma fiscale e a quella costituzionale. al presidenzialismo in



primo luogo. E a questo si deve aggiungere la ripresa della discussione sulla legge sul testamento biologico. Sono tutte questioni che si prestano assai ad essere valutate proprio con il metro dei diritti fondamentali. Parto da un esempio concreto. L'articolo 13 della Costituzione dice che la libertà personale è inviolabile, ma può essere limitata "per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge". Ma che cosa accade quando il Parlamento è ridotto al silenzio, obbligato a mettere un timbro su leggi in contrasto con i principi costituzionali, e si annunciano riforme che incideranno sull'autonomia della magistratura? Nelle apparenze la garanzia della libertà personale non è toccata, nella sostanza è svuotata.

La distorsione delle garanzie costituzionali è davanti a noi, e rischia di trovare gravi manifestazioni in due leggi che dovrebbero essere approvate in breve tempo. Quella sulle intercettazioni viene giustificata con la necessità di rispettare la libertà e la segretezza delle comunicazioni: ma questo giusto obiettivo può essere realizzato vietando la diffusione di quel che è estraneo alle indagini, senza limitare i poteri della magistratura e il diritto d'informazione. Il testo sul testamento biologico, all'esame della Camera, travolgerebbe il diritto all'autodeterminazione delle persone fondato sull'articolo 32 della Costituzione e ribadito con chiarezza dalla Corte costituzionale. E temo che, dopo le prove generali di reciproco consenso tra maggioranza e Vaticano intorno alla pillola RU 486, proprio la legge sul testamento biologico possa rappresentare il dono che governo e maggioranza intendono fare alla Chiesa, per cementare una alleanza (e accettare una sottomissione).

Che la bussola dei diritti fondamentali non debba mai esse-

re perduta ce lo ha ricordato il presidente della Repubblica non firmando una legge che fa venir meno garanzie essenziali per i lavoratori. L'identità costituzionale si costruisce in primo luogo intorno al rispetto di libertà e diritti, indispensabile non solo per la tutela dei singoli, ma per evitare ogni slittamento verso forme di autoritarismo. Ricordiamolo nel momento in cui questo è lo spirito con il quale gran parte della maggioranza propone un mutamento di regime, abbandonando quello parlamentare per approdare frettolosamente al presidenzialismo.

Una domanda, a questo punto, nello spirito di quelle poste da Ezio Mauro a conclusione del suo ultimo editoriale. L'agenda politica è monopolio della maggioranza, l'opposizione è obbligata a giocare solo in contropiede o può dire la sua, come fece Berlusconi ai tempi dei governi di centrosinistra? Per cambiare l'agenda politica non basta suggerire temi importanti. Indico tre vie possibili. L'uso intelligente del referendum, ma non nella forma che chiamerei, con tutto il rispetto, del referendum-ripicca, per reagire sempre in contropiede a leggi magari indecenti, ma per porre grandi questioni collettive, come sta accadendo con il referendum sull'acqua come bene comune. L'uso intelligente di Internet come strumento di mobilitazione continua, per sollecitare e accompagnare discussioni e iniziative legislative, cercando così di rivitalizzare anche il rapporto tra Parlamento e cittadini. L'uso intelligente dei regolamenti parlamentari che riservano all'opposizione tempi per la discussione di loro proposte: meglio farsi dire di no dopo aver creato attenzione nell'opinione pubblica che farsi poi accusare di non aver fatto nulla.

RU 486 **Pillola abortiva:** **alla Mangiagalli** **via ai primi ordini** **dopo le richieste** **Arriverà in 48 ore**

— MILANO —

SONO PARTITI ieri i primi ordinati per le forniture della pillola abortiva RU486 da parte della Clinica Mangiagalli, a seguito delle prime richieste da parte delle donne che desiderano abortire in via farmacologica. Un'alternativa meno cruenta rispetto all'intervento chirurgico, che prevede comunque l'obbligo del ricovero ospedaliero di tre giorni, sancito dalla normativa-quadro della Regione Lombardia. Il responsabile della farmacia della Fondazione Policlinico ha ricevuto infatti ieri, da parte dei medici della Mangiagalli, le prime richieste di pillola Ru486. E sono già state attivate tutte le procedure per la fornitura, a cominciare dall'ordine alla ditta che distribuisce il medicinale, cioè la Nordic Pharma. Non essendo arrivata nei

giorni scorsi alcuna richiesta di utilizzo della pillola da parte delle potenziali pazienti, semplicemente la pillola non era ancora stata ordinata. Ora, secondo l'azienda distributrice Nordic Pharma, il farmaco potrebbe essere a disposizione della clinica entro 48 ore. Diversa la situazione all'ospedale dove non è stato fatto ancora alcun ordine del farmaco, l'ospedale non ha ricevuto infatti alcuna richiesta di utilizzo. Circa le polemiche intercorse dopo le uscite dei due governatori leghisti di Piemonte e Veneto, che in un primo tempo sembravano voler bloccare l'utilizzo della pillola abortiva RU486 nelle loro regioni, la Lombardia si è posta fin dall'inizio in maniera diversa. Nonostante la scarsa simpatia per la RU486 espressa fin dall'inizio, infatti, il presidente Roberto Formigoni è sempre stato chiaro in materia: «Personalmente sono sempre stato contrario. A me pare un modo per lasciare la donna ancora più sola. Ma c'è una legge dello Stato che ne regola l'utilizzo. E in Lombardia quella legge è rispettata».

E.Fov.



Domande respinte: gravidanze oltre i termini

Mangiagalli, due richieste di aborto con la Ru486

di SIMONA RAVIZZA

La pillola abortiva Ru486 arriva alla Mangiagalli e alla Macedonio Melloni ed è attesa, a ore, anche al Sacco e al San Carlo. Il farmaco fa ufficialmente il suo ingresso negli ospedali milanesi, dove ogni anno si contano oltre 5.500 interruzioni di gravidanza. «Ma la richiederanno solo il 2 per cento delle donne che intendono abortire — azzardano i medici della Mangiagalli —. Qui non ci aspettiamo più di trenta domande sui 1.400 aborti annui».

Alla clinica di via Commenda sono arrivate ieri le prime due richieste di Ru486. Ma entrambe le pazienti — un'italiana e una straniera — erano oltre la settima settimana di gravidanza, il limite previsto in Italia per poter ricorrere all'aborto chimico (contro le 9 settimane previste in altri Paesi, come la Francia).

A PAGINA 2

Sanità A domandare il farmaco un'italiana e una straniera. «Ci aspettiamo 30 casi l'anno»

Ru486 arrivata in Mangiagalli

Prime due richieste di aborto

No dei medici: le donne erano oltre la settima settimana di gravidanza

5.500
interruzioni
di gravidanza
all'anno a Milano

In ospedale. La pillola abortiva Ru486 arriva alla Mangiagalli e alla Macedonio Melloni. Il farmaco per l'aborto chimico è atteso a ore anche al Sacco e al San Carlo. Dopo le polemiche che si sono trascinate per i 700 giorni necessari all'autorizzazione in Italia, adesso è il momento del suo ingresso nelle ginecologie milanesi (e non solo), dove ogni anno si contano oltre 5.500 interruzioni di gravidanza. «Lo richiederanno probabilmente solo il 2% delle donne che intendono abortire — azzardano i medici della Mangiagalli —. Qui non ci aspettiamo più di trenta domande sui 1.400 aborti annui».

Ma proprio alla clinica di via Commenda 12 sono arrivate ieri le prime due richieste di Ru486. Niente da fare, però. Entrambe le pazienti — un'italiana e una straniera —

erano oltre la 7ª settimana di gravidanza, il limite previsto in Italia per poter ricorrere all'aborto farmacologico (contro le 9 settimane stabilite in altri Paesi come la Francia).

Oltre all'assunzione della Ru486 entro i primi 49 giorni di gravidanza, poi, le donne che decideranno di prenderla saranno ricoverate in ospedale per almeno 72 ore: il Myfegine (l'ormone a base di mifepristone più comunemente conosciuto come Ru486) viene somministrato il primo giorno; dopo 48 ore viene data la seconda pillola (a base di prostaglandine); è necessario, quindi, attendere la conclusione dell'aborto che nel 60% dei casi avviene dopo 6 ore dal secondo farmaco (o, comunque, nelle successive 24 ore).

Nel foglio informativo che le pazienti dovranno firmare (tecnicamente definito *consenso informato*) sono elencati gli effetti collaterali

della pillola abortiva, come avviene del resto per ogni intervento medico: dai crampi addominali alla nausea fino a possibili — ma rare — emorragie. Il protocollo è stato adottato di comune accordo la scorsa settimana dai sette



primari di ginecologia degli ospedali pubblici di Milano. Con una delibera di metà dicembre il Pirellone ha previsto la creazione di posti letto ad hoc per l'aborto chimico.

Diverso, invece, l'iter per l'interruzione di gravidanza chirurgica, possibile fino alla 12^a settimana e ormai svolta con un ricovero in day hospital di sei/otto ore.

Alla Mangiagalli sono state ordinate dieci scatole di Ru486 (da tre compresse l'una), alla Macedonio Melloni cinque. Negli altri ospedali gli ordini verranno ufficializzati, con ogni probabilità, a ore. Il governatore Roberto Formigoni venerdì ha ribadito: «Rimaniamo contrari idealmente e culturalmente alla Ru486, ma non possiamo opporci al suo utilizzo per il doveroso rispetto che ogni Regione ha nei confronti delle leggi».

Le polemiche, dunque, sono destinate a placarsi? L'attivismo femminista milanese è, in ogni caso, in stato di allerta e per domani sera alle 19.30 organizza una riunione in corso di Porta Nuova 32 alla Libera università delle donne.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati

La Ru486

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha autorizzato l'immissione in commercio in Italia della Ru486 il 9 dicembre

L'arrivo

Partito dalla Francia, il primo Tir con 2.040 scatole di Ru486 è arrivato a Settala (in provincia di Milano) lunedì 29 marzo

Negli ospedali

La pillola abortiva ora arriva in Mangiagalli e alla Macedonio Melloni. Con ogni probabilità sarà disponibile a breve anche al Sacco e al San Carlo

Rassegna del 07/04/2010

REPUBBLICA FIRENZE - Arrivano oggi le pillole Ru486 per gli ospedali dell'area pisana - ...	1
UNITÀ FIRENZE & TOSCANA - Ru486, questa mattina arrivano le prime pillole in Toscana - ...	2
TIRRENO - La Ru486 negli ospedali, ritardi in Piemonte - ...	3
TIRRENO LIVORNO - La pillola Ru486 disponibile da oggi - Cecchini Anna	4

Migliarino



Arrivano oggi le pillole Ru486 per gli ospedali dell'area pisana

La Ru486 arriva oggi

SONO previsti per oggi i primi arrivi della Ru486 negli ospedali dell'area pisana. Ieri la pillola era nel magazzino farmaceutico di Migliarino per i servizi tecnico amministrativi di Area vasta (Estav), che serve 18 ospedali toscani fra Pontremoli e Portoferraio. Il direttore della struttura, Marcello Pani, ricorda anche: «Siamo stati tra i primi a farne richiesta e saremo tra i primi a ricevere il farmaco».



RU486, questa mattina arrivano le prime pillole in Toscana

■ Sono previsti per questa mattina i primi arrivi della pillola abortiva Ru486 nel magazzino farmaceutico centralizzato di Migliarino dell'Ente per i servizi tecnico amministrativi di Area vasta, che serve 18 ospedali fra Pontremoli e Portoferraio. Il direttore della struttura, Marcello Pani, ricorda che «nel primo giorno utile, siamo stati tra i primi nel Paese a farne richiesta». Il magazzino copre le richieste della Toscana assieme agli altri magazzini dell'Area vasta Centro e dell'Area vasta Sud-Est. «I magazzini delle altre due aree - spiega Pani - hanno fatto richiesta dopo di noi, ma se ci fosse necessità in queste prime ore potranno contattarci: siamo in rete. Tutta la Toscana sarà coperta. Il farmaco sarà consegnato alle strutture che ne faranno richiesta: possiamo arrivare fino a due consegne al giorno». I 18 ospedali del litorale sono gestiti da 5 Asl, dall'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa e dalla Fondazione Monasterio. Tra questi c'è quello di Pontedera dove il dottor Massimo Srebot, tra i primi in Italia a fare usare alle donne il farmaco. ♦



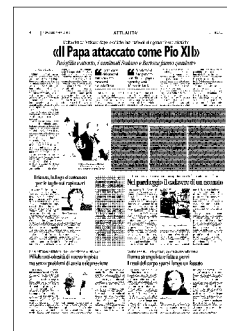
La Ru486 negli ospedali, ritardi in Piemonte

In Toscana primi arrivi stamani al magazzino farmaceutico di Migliarino

ROMA. Come previsto fra oggi e domani anche in Italia sarà utilizzata la pillola abortiva e potrebbe essere il Policlinico di Bari la prima struttura a farne ricorso in regime ordinario, e non di sperimentazione come avvenuto finora, percorso che ha già riguardato 196 donne solo nella struttura pugliese e 1.800 in tutta Italia. Si tratta di una giovane donna le cui condizioni permetterebbero il trattamento, se la pillola arriverà, oggi stesso. Intanto il farmaco sta arrivando anche nel resto d'Italia e si attendono anche nuove indicazioni che arriveranno dal ministero della Salute. «Vedrò la paziente che ha scelto di sottoporsi all'interruzione di gravidanza, in alternativa all'intervento chirurgico, con la pillola Ru486 e che, se le pillole arriveranno così come sembra, è disponibile ad avviare il trattamento immediatamente», ha spiegato Nicola Blasi, responsabile delle interruzioni di gravidanza della prima Clinica Ostetrica del Policlinico di Bari, unico punto di riferimento in Puglia per quanto riguarda il trattamento con l'Ru486 e uno dei pochi del Mezzogiorno d'Italia. La paziente sarà sottoposta a ricovero ospedaliero ordinario per tre giorni.

Invece all'ospedale Sant'Anna di Torino - il primo a sperimentarla in Italia - la Ru486 non si è ancora vista. E la stessa cosa può dirsi anche per gli altri ospedali piemontesi, ha denunciato il ginecologo radicale Silvio Viale, noto per aver avviato cinque anni fa la sperimentazione della pillola. «Ho ordinato 50 scatole, il fabbisogno di due mesi circa, ma dal Sant'Anna la richiesta non è ancora partita», afferma Viale. Intanto sono partiti ieri i primi ordinativi per la pillola abortiva RU486 da parte della Clinica Mangiagalli di Milano.

In Toscana, infine, sono previsti per stamani i primi arrivi della Ru486 nel magazzino farmaceutico centralizzato di Migliarino dell'Ente per i servizi tecnico amministrativi di Area vasta (Estav), che serve 18 ospedali toscani fra Pontremoli e Portoferraio.



INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA NELL'AZIENDA USL 6 (2009)			
	Totale	residenti	non residenti
Totale	751	668	83
A donne italiane	514	455	59
A donne straniere	237	213	24

**INTERRUZIONE
DI GRAVIDANZA**

Ai medici viene consigliato di ricoverare le pazienti sottoposte a trattamento

La pillola Ru486 disponibile da oggi

Il direttore sanitario Asl: solo tre confezioni, non c'è la corsa all'aborto

**Nel 2009 nell'area
di Livorno 751
interruzioni di
gravidanza, ma nessuna
donna ha chiesto
quella farmacologica**

LIVORNO. La pillola abortiva sarà disponibile da oggi per le donne residenti in città e provincia. L'Asl 6 aspetta infatti entro questa sera che il servizio sanitario nazionale recapiti al settore farmacia dell'ospedale cittadino tre confezioni di Ru486. Che potrebbero essere utilizzate per altrettanti aborti con metodo farmacologico. «Sono in arrivo - spiega Rosa La Mantia, direttore sanitario dell'Asl 6 - tre confezioni, che rappresenteranno la scorta dell'azienda nel caso qualche donna decidesse prossimamente di avviare un trattamento di questo tipo».

Una scorta che non sarà certo presa d'assalto. Visto che fino ad oggi nessuna donna di Livorno e provincia ha chiesto ai vari ospedali di pertinenza dell'Asl 6 di essere sottoposta ad aborto farmacologico. Di interruzioni volontarie di gravidanza, praticate chirurgicamente, nel 2009 ce ne sono state 751 (erano state 700 nel 2008). «Rispetto al 2004

- fa sapere l'Asl in una nota - il numero complessivo degli aborti effettuati negli ospedali della provincia è diminuito del 14%, con un trend negativo annuo medio del 2%». Il fatto che il numero totale di interruzioni di gravidanza chirurgiche sia aumentato è spiegabile con la cittadinanza delle donne che decidono di abortire.

«Per le italiane - prosegue Asl - rispetto al 2004 la diminuzione è stata del 23%, per le donne straniere al contrario c'è stato un incremento del 16%».

È vero che i 751 aborti chirurgici l'anno scorso ci sono stati, ma nessuna donna pare abbia richiesto il trattamento farmacologico. «Non mi risulta che nell'ultimo anno - prosegue La Mantia - ci siano state richieste in questo senso da parte da cittadine del territorio, quando tra l'altro in Toscana, a Pontedera, la sperimentazione per l'interruzione di gravidanza farmacologica è stata avviata dal 2005».

Ciò significa che Asl non prevede certo molte richieste di trattamenti con Ru486. Ecco perchè l'Estav nord-ovest della Toscana (il consorzio che gestisce gli acquisti anche per l'Asl livornese) farà pervenire oggi all'ospedale cittadino solo tre confezioni di pillola abortiva. «Nei prossimi mesi - dice ancora il direttore sanitario - osserveremo se ci sono richieste. In caso positivo provvederemo a ordinare un numero congruo di trattamenti Ru486. Comunque non mi risulta che in città e in provincia ci sia stata una particolare sollecitazione dei cittadini per introdurre questo aborto farmacologico».

Appurato che nessuna donna farà le corse per accaparrarsi una confezione di Ru486, quali saranno le regole di somministrazione del trattamento previste dall'Asl 6? Il direttore sanitario spiega che l'azienda si rifà al parere espresso dal Consiglio nazionale di sanità, che propende per il ricovero delle pazien-

ti. «Il parere del consiglio nazionale - prosegue La Mantia - è che la pillola venga usata in regime di ricovero. La paziente dovrebbe rimanere fino alla completa espulsione del feto, che con il trattamento farmacologico non è contemporaneo al distacco dello stesso, come avviene nell'aborto chirurgico». Insomma alle donne che vorranno sottoporsi al trattamento con Ru486 negli ospedali di Livorno, Cecina, Piombino e Portoferraio, sarà consigliato di ri-



manere in ospedale due o tre giorni. «In verità quello del Consiglio nazionale - conclude La Mantia - è soltanto un parere, che prendiamo come guida. Però non esiste una legge nazionale. Aspettiamo le indicazioni del Consiglio regionale di sanità e della Commissione regionale di bioetica». Intanto l'orientamento dell'Asl 6, nel rispetto del parere del Consiglio nazionale di sanità, è quello di lasciar stabilire al medico che pratica il trattamento con Ru486 se la paziente ha condizioni fisiche o psicologiche tali da dover evitare il ricovero.

Anna Cecchini



Il Consiglio regionale di sanità e la Commissione di bioetica daranno le linee guida definitive per l'uso del medicinale

A fianco Rosa La Mantia, direttore sanitario dell'Asl 6. Sopra la pillola Ru-486 per l'aborto farmacologico



Rassegna del 07/04/2010

OGGI - Perché il Piemonte ha "stoppato" la Ru486? - Cota Roberto

1

Perché il Piemonte ha "stoppato" l'Ru486?

Il neo governatore Cota ha chiesto verifiche prima di commercializzare la pillola abortiva. Ed è polemica



RISPONDE
Roberto Cota
governatore
del Piemonte

Sulla pillola abortiva Ru486 la mia posizione è sempre stata chiara: essendo io a favore della vita, farò di tutto per affermare questo principio. È ovvio che rispetterò la legge, non posso fare diversamente; ma è altrettanto chiaro che, dal punto di vista dei valori, io ho delle idee diverse rispetto alla governatrice non riconfermata.

Ho chiesto, quindi, di fare bene le necessarie verifiche prima di impiegarla negli ospedali, proprio per la salute delle donne. A quanti parlano a vanvera vorrei far notare che, a prescindere dalle valutazioni etiche (seppur dal mio punto di vista siano molto importanti), dal punto di vista strettamente medico, l'utilizzo della pillola abortiva è una

pratica potenzialmente molto pericolosa per le donne. Lo dimostrano i dati dei Paesi nel mondo dove è già diffusa. E quantomeno per il suo impiego è necessario il ricovero. Come ha ribadito anche il Consiglio superiore di sanità.

Per tutti questi semplici motivi ho chiesto ai direttori generali di bloccare l'impiego della Ru486, attendendo la mia entrata in carica. Anche perché ritengo che sia necessario attendere l'emanazione di precise linee guida da parte del ministero della Salute.

Inoltre, vorrei anticipare che chiederò che in tutte le strutture sanitarie piemontesi siano ospitate le associazioni pro vita. E che la legge 194 dovrà essere applicata nella parte che chiede che alle donne venga fornito un adeguato supporto mirato a prevenire l'aborto, e non ad accettarlo solo come un fatto ineluttabile.



L'Aifa ha autorizzato la vendita in Italia della pillola abortiva Ru486. Il Consiglio superiore di Sanità ha chiesto che anche l'aborto chimico sia fatto in regime di ricovero, per rispettare la legge 194.

Focus Alimentazione e società

Le cause Merenda di metà mattina troppo abbondante, poca frutta e verdura, attività fisica insufficiente

I rischi Il diabete di tipo II, che un tempo veniva classificato come senile, oggi ha abbassato l'età della sua comparsa

Un milione di bambini con problemi di peso

Fuori forma un alunno su tre nella fascia 6-11 anni

Nonostante la dieta mediterranea, allarme obesità in Italia

Se è vero che chi nasce oggi può arrivare a una vita media di 120 anni, è altrettanto vero che se gli stili di vita non cambiano si rischia di perdere per strada un buon 30 per cento di questo potenziale genetico. Diabete e malattie cardiovascolari sono in agguato. L'allarme è diffuso: i bambini di oggi, con gravi colpe dei genitori, sono in generale *oversize*. Tutti i Paesi occidentali registrano un dato comune: una crescita esponenziale del fenomeno dell'obesità e del sovrappeso nell'infanzia. Anche quei Paesi che, per tradizioni alimentari, dovrebbero essere virtuosi: l'Italia, patria della dieta mediterranea, è ai primi posti nel mondo per il peso in eccesso dei suoi pargoli. La Campania, poi, batte ogni record. Il tutto in circa 30 anni.

Scattiamo una fotografia della situazione, secondo i dati raccolti dall'«International Obesity Task Force»: i bambini in età scolare obesi o sovrappeso nel mondo sono 155 milioni, ovvero uno su dieci. Di questi, 30-45 milioni sono classificati tra gli obesi, il che significa il 2-3% dei ragazzi in età compresa tra i 5 e i 17 anni. In Europa il problema dell'obesità infantile è sempre più diffuso: ogni anno negli Stati membri dell'Unione Europea circa 400 mila bambini sono considerati sovrappeso e oltre 85 mila obesi. Per quanto riguarda la sola obesità giovanile, oggi la prevalenza in Europa risulta essere 10 volte maggiore rispetto agli anni Settanta.

Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito un'importanza crescente anche in Ita-

lia, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino, sia perché rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Oggi, su 100 bambini della classe terza elementare quasi 24 sono in sovrappeso (23,6%) e oltre 12 sono obesi (12,3%). Complessivamente si stimano oltre un milione e centomila bambini italiani, tra i sei e gli undici anni, con problemi di obesità e sovrappeso: più di un bambino su tre.

Quali le cause? Claudio Maffeis, pediatra dell'università degli studi di Verona, ha stilato un rapporto per il «Barilla Center for Food & Nutrition», organismo creato all'inizio del 2009 come centro di pensiero e proposte dall'approccio multidisciplinare per affrontare il mondo della nutrizione e dell'alimentazione mettendolo in relazione con le tematiche a esso correlate: economia, medicina, nutrizione, sociologia, ambiente. Organismo garante del Barilla Center for Food & Nutrition è l'Advisory board, composto da Barbara Buchner, ricercatrice presso l'International Energy Agency di Parigi (Iea); Mario Monti, economista; Gabriele Riccardi, endocrinologo; Camillo Ricordi, diabetologo; Joseph Sassoon, sociologo; Umberto Veronesi, oncologo.

Scrivono Maffeis nel rapporto: «È evidente la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, emerge che l'11% dei bambini non fa colazione; il 28% la fa in manie-

ra non adeguata; l'82% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante (oltre 100 calorie); il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente né frutta né verdura». Da qui indicazioni utili anche per l'industria alimentare.

Anche i dati raccolti sull'attività fisica sono poco confortanti: solo un bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età e uno su 4 non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine. La metà dei bambini, inoltre, possiede un televisore in camera propria.

Aggiunge Renata Lorini, pediatra dell'università di Genova: «La percezione del problema da parte dei genitori, infine, sembra essere inversa-



La pediatra: quattro mamme su dieci non si accorgono di avere un figlio in sovrappeso

mente proporzionale alla frequenza statistica del peso in eccesso: quattro mamme su dieci di bimbi in sovrappeso non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo rispetto all'altezza».

La European association for the



study of diabetes (Easd) e la Federazione diabete giovanile riconoscono la prevenzione e il trattamento dell'obesità come «il più importante problema di salute pubblica in tutto il mondo». Oltre alla rilevanza sanitaria, infatti, l'obesità e il sovrappeso generano anche un significativo effetto negativo sui costi della sanità.

Molto interessanti appaiono i risultati di un recente studio condotto su giovani americani di età compresa tra i 6 e i 19 anni negli anni 2002 e 2005 e basato sui dati di un'importante indagine statistica nazionale (Medical expenditure panel survey, Mepps). Che cosa è emerso? I soggetti «classificati» obesi in entrambi gli anni hanno generato maggiori costi sanitari: 194 dollari in più per visite ambulatoriali, 114 dollari in più per prescrizione di farmaci e 12 dollari in più per prestazioni d'emergenza rispetto ai bambini con peso normale. Estrapolando i dati per l'intera popolazione si può dire che obesità e sovrappeso tra i giovani causano costi incrementali per il sistema sanitario americano di 14,1 miliardi di dollari l'anno per visite ambulatoriali, farmaci e medicina d'urgenza.

Diretta conseguenza di sovrappeso e obesità, dei disturbi metabolici o dismetabolismi giovanili, è il diabete precoce con tutte le conseguenze. Il diabete di tipo II, quello che un tempo veniva classificato come senile, oggi sembra avere abbassato l'età anagrafica della sua comparsa. A Roma, nell'ultima edizione di Changing Diabetes Barometer Project, Anil Kapur, managing director della World Diabetes Foundation, ha sottolineato: «Le stime riguardanti i costi globali dell'healthcare — prevenzione, tratta-

mento del diabete e delle sue complicanze — si attestano per il 2010 intorno a 376 miliardi di dollari, mentre nel 2030 questo numero è destinato a superare i 490 miliardi di dollari». Tutto ciò senza calcolare i costi per malattie cardiovascolari e ictus, comprese le disabilità indotte, che con sovrappeso e obesità sono strettamente collegate. La roadmap di Changing Diabetes prevede, in Italia, una «rete di collegamento» in grado di armonizzare dati ed evidenze relative allo stato del diabete a livello locale, favorendo così lo sviluppo di un piano di azione nazionale coerente ed efficace e di un sistema di cura uniforme e integrato su tutto il territorio, ponendosi come una guida reale per le Regioni. A partire dai primi anni di vita.

Perché è nei primi due anni che si segna il destino metabolico futuro. È questo il momento in cui un'iperalimentazione, oltre a causare un aumento di volume delle cellule adipose (ipertrofia), determina anche un aumento del loro numero (iperplasia). Ed è il momento che favorisce l'obesità in età adulta, oltre a una difficoltà a scendere di peso o a mantenerlo nei limiti. Questo per l'impossibilità a eliminare gli adipociti maturi una volta completata la loro differenziazione.

Quindi, a conti fatti, la cultura della corretta alimentazione pesa più della genetica. E forse nei Paesi occidentali è proprio quella cultura a scarseggiare.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri



NEL MONDO

155 milioni I bambini in età scolare obesi o sovrappeso nel mondo, pari a uno su 10

45 milioni I ragazzi classificati come obesi, pari al 3% della fascia di età tra 5 e 17 anni



IN ITALIA

1 su 3 i bambini tra 6 e 11 anni con problemi di obesità e sovrappeso (pari a 1,1 milioni)



I bambini di terza elementare sovrappeso



I bambini di terza elementare obesi

La mappa

Prevalenza del sovrappeso nei ragazzi a livello internazionale (anni 2000-2006)

% di sovrappeso	15-19,9
<5%	20-24,9
5-9,9	25-29,9
10-14,9	>30%



85 mila

I bambini considerati obesi ogni anno nel Paesi dell'Ue

Ereditarietà e ambiente

I fattori genetici contano fino al 50 per cento

Dieci anni orsono l'Istat fece un'indagine sulla tendenza *oversize* dei giovani italiani. Ne uscì uno spaccato indicativo: il 25% dei bambini e adolescenti in sovrappeso ha un genitore obeso o in sovrappeso, mentre la percentuale sale a circa il 34% quando sono obesi o in sovrappeso entrambi i genitori. In effetti, i fattori familiari per lo sviluppo dell'obesità sono fondamentali.

Il bambino eredita dai geni dei genitori la predisposizione all'obesità ma apprende da loro, con cui si relaziona sin dalla nascita, abitudini motorie e nutrizionali. Cattiva alimentazione e sedentarietà. Per quanto riguarda il contributo genetico all'obesità, i risultati delle ricerche ora disponibili hanno evidenziato l'associazione di vari geni (più di 430) con l'eccesso ponderale. D'altra parte, però, non è ancora possibile predire la comparsa dell'obesità in base a test genetici.

Un recente studio pubblicato sulla rivista *Nature* e realizzato da un team di ricercatori dell'Università di Cambridge ha analizzato il genoma di 300 bambini obesi in modo grave trovando una correlazione tra la perdita di una parte di Dna e la grave obesità: il gene scomparso nei bambini obesi appartenerrebbe al cromosoma 16, che regola la fame e i livelli di zucchero nel sangue. In realtà, l'obesità infantile ha una causa multifattoriale. In media, la responsabilità dei geni è di circa il 50%, mentre il restante 50% è imputabile all'ambiente sia relazionale (famiglia, amici, compagni) che fisico (area di residenza, clima). La sedentarietà facilita questo processo.

Fondamentale appunto il ruolo dei genitori. Spesso si preoccupano quando il proprio bambino mangia poco, raramente quando mangia troppo. Se è vero che una dieta insufficiente può portare a deficit di vario tipo (proteine, calcio, ferro, vitamine

e altri nutrienti essenziali alla crescita), di contro, un introito calorico eccessivo determina dapprima una condizione di sovrappeso del bambino e poi, nella maggioranza dei casi, una manifesta obesità. Oltre la quantità totale di calorie (e quindi le porzioni di cibo), anche la composizione della dieta può contribuire allo sviluppo e al mantenimento del sovrappeso. Quella sbagliata è ricca di grassi, che si accumulano, e povera di fibra (frutta e verdure): dovrebbe essere il contrario.

Ecco cosa si rischia se si tende all'obesità nella prima infanzia e adolescenza: le più frequenti conseguenze sono sia di carattere metabolico (insulinoresistenza, dislipidemia, intolleranza al glucosio, ipertensione arteriosa) che non metabolico, quali patologie osteoarticolari (valgismo degli arti inferiori, dolori articolari, mobilità ridotta, piedi piatti), cutanee (strie rubrae, Acanthosis nigricans), epatiche (fegato grasso), respiratorie (apnea notturna) e psicologiche (disturbi dell'immagine corporea, disturbi del comportamento alimentare, depressione). L'obesità comporta anche conseguenze emozionali, sociali e psicosociali importanti per il bambino e l'adolescente. Tra queste, quelle legate al bullismo in ambito scolastico, a sua volta associato a rischio di depressione e ansia. Infine, i bambini sovrappeso spesso hanno un'autostima più bassa e sono facilmente emarginati dai compagni di giochi e a scuola (aspetto determinante, questo, per il loro sviluppo sociale e psicologico). Con il rischio di essere maggiormente suscettibili a comportamenti negativi per la salute quali il consumo di alcol e fumo di sigaretta.

M. Pap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quanta materia oscura c'è nel cervello

Per decenni ci si è concentrati sui neuroni, ma la verità sul cervello è un po' diversa.

ARCOVIO e NOSENGO PAG. 28 e 29



Quanta materia oscura nel cervello

Ignorati da sempre, gli astrociti sono la chiave dei ricordi
Adesso potrebbero diventare un'arma contro l'epilessia

Chi è
Giorgio Carmignoto
Neuroscienziato

RUOLO: E' RICERCATORE ALL'ISTITUTO DI NEUROSCIENZE DEL CNR DI PADOVA E PARTECIPA AL PROGRAMMA «NEUROGLIA»
IL SITO: WWW.NEUROGLIA.EU/WELCOME.PHP

NICOLA NOSENGO

Proprio come l'Universo, dove la materia e l'energia osservabili sono solo una frazione del totale, anche il nostro cervello è fatto per la maggior parte di qualcosa di cui sappiamo poco o nulla.

In questo caso la materia oscura si chiama glia, termine ombrello che indica astrociti, oligodendrociti, microglia, insomma tutte le «altre» cellule del sistema ner-

vosio. Sono oltre il 90% della massa cerebrale, ma per quasi un secolo le abbiamo considerate poco più che «colla» per tenere assieme i neuroni, su cui si concentrano da sempre le attenzioni dei (lo dice la parola stessa) neuroscienziati. Senonché, cogliendo un po' tutti di sorpresa, negli ultimi anni diverse ricerche hanno mostrato che alcune tra quelle cellule affiancano i neuroni nell'elaborare informazioni.

In particolare gli astrociti, grosse cellule a forma di stella i cui filamenti «avvolgono» i neuroni, stanno diventando uno degli argo-

menti più «hot» per chi studia il cervello. «Dieci anni fa, ai grandi convegni internazionali, le relazioni su questo tema non erano più di quattro o cinque l'anno, ora sono 400 o 500 - conferma Giorgio Carmignoto dell'Istituto di Neuroscienze del Cnr di Padova -. Ormai le perplessità che accolsero i nostri primi studi sono superate, ed è evidente che per capire il cervello non basta studiare i neuroni».

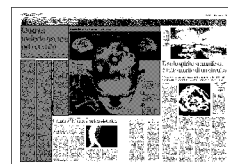
Progetto europeo

Con il suo gruppo Carmignoto è stato tra i primi al mondo a studiare gli astrociti. Assieme ad altri colleghi sparsi per l'Europa fa ora parte del progetto «Neuroglia», finanziato dall'Unione Europea proprio per capire di più sul ruolo di queste cellule e sulla possibilità di trasformarle in

bersagli per nuove terapie, in particolare l'epilessia.

Per capire quale rivoluzione stiano portando queste ricerche, è il caso di ricordare la visione classica dell'attività cerebrale: protagonisti assoluti sono i neuroni, che formano tra di loro sinapsi, cioè collegamenti lungo cui si scambiano messaggi sotto forma di brevi scari-

che elettriche. Queste, a loro volta, provocano il rilascio di sostanze chimiche dette neurotrasmettitori, che arrivano ad altri neuroni, innescando nuove risposte. E tutto, dalla percezione al controllo dei movimenti fino alla memoria, sembrava dipendere da questa comunicazione tra neuroni.



Gli astrociti, privi di attività elettrica, sembravano solo un'impalcatura per consentire ai neuroni di funzionare, incapaci però di «parlare». In realtà, come hanno dimostrato Carmignoto e il suo gruppo, gli astrociti parlano eccome, tra di loro e con i neuroni, ma in modo diverso. Non usano segnali elettrici, ma flussi di calcio, che a loro volta stimolano il rilascio di trasmettitori: gli stessi usati dai neuroni, solo che in questo caso si chiamano gliotrasmettitori. «E' una battuta, ma forse, se un secolo fa ci fosse stato un metodo per rilevare flussi di calcio tra le cellule, avremmo passato il Novecento a studiare gli astrociti e oggi parleremo dei neuroni come di una novità», scherza il ricercatore padovano.

Flussi di calcio

Invece, un metodo per seguire quei flussi di calcio non esisteva fino a metà Anni 90. Da allora i ricercatori hanno scoperto diverse funzioni fondamentali degli astrociti: sono loro, quando «sentono» le sinapsi attivarsi, a richiamare un maggiore afflusso di sangue per fornire ai neuroni l'energia necessaria per lavorare. Ancora più importante, gli astrociti intervengono nel processo che ci consente di immagazzinare ricordi. «Quando impariamo qualcosa di nuovo, alcune sinapsi si rafforzano, ma allo stesso tempo quelle circostanti si indeboliscono, in modo da farla risaltare ulteriormente», spiega Carmignoto. Ed è proprio l'astrocita vicino alla sinapsi da rafforzare che si occupa di «spegnere» quelle vicine. Una funzione fondamentale

per l'apprendimento e la memoria, altro che colla.

Se gli astrociti sono così importanti, è inevitabile pensare che siano anche coinvolti in diverse patologie. Le novità più interessanti, che Carmignoto ha illustrato negli Usa, a Santa Fe, al meeting annuale della «American Society for Neurochemistry», riguardano l'epilessia. Si scopre, infatti, che gli

astrociti fanno anche da direttori di orchestra, coordinando più neuroni, perché «sparino» assieme quando necessario. E una crisi epilettica è dovuta proprio a una scarica simultanea e anomala di un gran numero di neuroni. In un lavoro ancora in fase di pubblicazione lo studioso padovano dimostra che, in linea di principio, si potrebbe agire sugli astrociti per «scoraggiare» la sincronia dei neuroni e, quindi, modulare le crisi.

Si tratterebbe (ma è una prospettiva ancora lontana, chiarisce Carmignoto) di una prima vera terapia per l'epilessia, che al momento si può solo controllare, a meno di interventi chirurgici con tutti i rischi del caso.

Molte sorprese

«Siamo soltanto alla punta dell'iceberg - conclude Carmignoto, che si aspetta ancora molte sorprese sul ruolo degli astrociti - Di sicuro dobbiamo iniziare a pensare al cervello come a una rete di neuroni e astrociti, non solo di neuroni». E questo in particolare per gli esseri umani. Un dato intrigante è, infatti, che il rapporto tra astrociti e neuroni cresce lungo il cammino dell'evoluzione. I vermi, infatti, hanno 10 neuroni per ogni astrocita; i topi li hanno più o meno in numero uguale; noi abbiamo 10 astrociti per ogni neurone. Qualcosa vorrà dire.

Il cervello: dentro la macchina delle meraviglie

I NUMERI → **1,4 kg**
È il peso medio

100 miliardi
È il numero stimato di neuroni

1 milione
Sono le nuove connessioni create ogni secondo

I NEURONI
Sono le cellule nervose che formano le sinapsi, i collegamenti lungo i quali si scambiano messaggi sotto forma di **scariche elettriche**. Queste provocano il rilascio dei **neurotrasmettitori**

GLI ASTROCITI
Sono grosse cellule a forma di **stella** i cui filamenti «avvolgono» i neuroni. Con **oligodendrociti e microglia** compongono oltre il 90% della massa cerebrale

LE CARATTERISTICHE
Non usano segnali elettrici, ma **flussi di calcio**, che a loro volta stimolano il rilascio di trasmettitori, i **gliotrasmettitori**

LE FUNZIONI
Quando «sentono» le **sinapsi** attivarsi, richiamano un maggiore **afflusso di sangue** per fornire ai neuroni l'energia necessaria per lavorare

I neuroni sono in rosso
gli astrociti in verde

L'ARIA CHE RESPIRIAMO

Smog, 60 ricoveri al giorno per inquinamento

Quando le polveri sottili superano i limiti, al pronto soccorso della città il numero degli accessi sale del 15%
Al centro diagnostico da oggi consulenza telefonica gratuita per conoscere tutti i trucchi contro Pm10 e affini



PER STRADA Sotto la lente dei medici c'è il Pm 2,5, più pericoloso del Pm10 ma poco conosciuto

Maria Sorbi

■ A Milano ogni giorno 60 persone vengono ricoverate in ospedale per smog. E nei giorni di picco delle polveri sottili il pronto soccorso registra un boom di interventi del 15 per cento. Per questo nasce il centralino sos smog. Un servizio per dare una vera e propria consulenza a chi ogni giorno, volente o nolente, è costretto a convivere con l'inquinamento. L'obiettivo è prevenire le malattie delle vie respiratorie: dall'asma ai tumori polmonari (di cui in Italia nel 2010 si contano già oltre 30 mila nuovi casi).

«Daremo consigli pratici su come difendersi dallo smog - spiega Cristina Balzarotti, pneumologa del Centro diagnostico italiano -. A volte bastano piccoli atteggiamenti: fare le scale a piedi per salire in casa, fare sport

I CONSIGLI Contro i disturbi ai polmoni più esami di controllo, sport e cibo sano

solo nei parchi e mai per strada, smettere di fumare. O evitare di uscire nelle ore più calde, quando l'ozono, favorito dai raggi Uv, raggiunge le concentrazioni più alte. E ancora, mangiare frutta e verdura per combattere i processi infiammatori delle vie respiratorie».

I medici puntano anche a far sì che gli asmatici e gli allergici tengano a bada i loro disturbi che, inevitabilmente, nei giorni in cui il Pm10 si fa più fitto, aumentano alle stelle. «Tenere l'asma sotto controllo sempre, con costanza - aggiunge la pneumologa - significa difendersi dai disturbi acuti nei giorni critici. Molti però non si curano con continuità». E poi c'è la categoria dei fumatori, una delle più a rischio. Gli pneumologi stanno intensificando le campagne di prevenzione e invitano chi non può fare a meno della sigaretta a effettuare periodicamente il test della spirometria, un esame che aiuta a capire se i polmoni funzionano come dovrebbero. In questo modo si può combattere più facil-

mente anche la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), che in Italia rappresenta la terza causa di mortalità. Oggi, dalle ore 13 alle 18, i medici del centro diagnostico Cdi daranno una consulenza telefonica anti smog gratuita al numero 02 48317639. L'iniziativa nasce in occasione della giornata mondiale della Salute, che quest'anno è dedicata al rapporto tra salute e vita in città. Vita in città che, dal punto di vista medico, è sempre più difficile: mentre ormai si conosce quasi tutto sugli effetti del Pm10, ci sono altre polveri (come il Pm2,5) ancora poco monitorate. Tuttavia, essendo ancor più sottili, rap-

LE MALATTIE Asma, tumori e ostruzione delle vie respiratorie i problemi più frequenti

presentano una minaccia non indifferente per le vie respiratorie.

Per incoraggiare a una maggior attenzione alla salute dei polmoni, il Cdi ha atti-

vato anche lo Smoking check per i fumatori. I primi controlli consistono in una tac, una visita specialistica, delle prove respiratorie complete e la misurazione del livello di ossigeno nel sangue. In sostanza, si fotografa lo stato di salute delle vie respiratorie. Dopodiché, ai fumatori incalliti viene consigliata una terapia di disintossicazione, a base di antitumorici.

«Alleato all'inquinamento - spiegano i medici -, il fumo di sigaretta è ancora più pericoloso: rappresenta infatti la prima causa di broncopneumopatia ostruttiva cronica e tumori polmonari».



Seno, la diagnosi salva la vita

Uno studio inglese dimostra che la prevenzione di massa ottiene risultati concreti nella cura immediata del male

di Antonio Caperna

La diagnosi precoce di massa non è infallibile ma, nel caso del seno, i benefici in termini di prevenzione sono doppi rispetto alle eventuali diagnosi sbagliate. Lo dimostra uno studio della London Medical School, pubblicato sul Journal of Medical Screening, che ha esaminato le cartelle cliniche di 80 mila donne inglesi con un'età superiore ai 50 anni. La mammografia ha permesso di salvare 5,7 pazienti ogni mille dalla morte per tumore, mentre in 2,3 casi una diagnosi dubbia ha portato a terapie non necessarie. «Significa che la riduzione di morte è più che significativa, grazie alla mammografia, e quindi i benefici sono superiori ai costi. Gli eventuali trattamenti in eccesso sono giustificati dal numero di vite salvate», affermano i ricercatori. «Si confermano i dati che vedono una diminuita mortalità per tumore al seno, nonostante il numero di malati sia aumentato negli anni», sottolinea Stefano Zurrada, Docente di chirurgia all'Università di Milano e condirettore della divisione di senologia all'Istituto Europeo di Oncologia (www.ieo.it) di Milano. «Ogni anno in

Italia ci sono 32mila nuovi casi e sono sempre in aumento -prosegue lo specialista- tuttavia, grazie alla diagnosi precoce, è più facile bloccare la malattia nei primi stadi di sviluppo». Sul banco degli imputati la cattiva alimentazione, la poca abitudine alla frutta e verdura, la scarsa attività fisica e la scelta, spesso obbligata, di avere figli sempre più tardi: La gravidanza e l'allattamento sono fattori protettivi. Tuttavia oggi la sopravvivenza per il tumore al seno supera il 90%. «Le indicazioni per l'anticipazione diagnostica sono l'ecografia dopo i 25 anni da ripetersi una volta ogni anno oppure la mammografia -evidenzia Zurrada- in questo caso dopo i 40 anni ogni 12 mesi oppure, se c'è familiarità per la malattia, si anticipa a 35 anni. Importanti sono anche i fattori ereditari: il 5% dei casi di tumore rivela una predisposizione attraverso i geni BRCA 1 e 2». Di grande aiuto è anche la consapevolezza del nostro stato di salute e, quindi nella mammella, dell'autopalpazione. Attualmente poi si sta facendo avanti anche la possibilità di 'personalizzare' la prevenzione in base all'età e ai fattori di rischio. Fondamentali restano comunque i centri di senologia, come quello che sta nascendo a Roma, presso Villa Stuart (www.villastuart.it): «Si tratta di un'Unità multidisciplinare - conclude Zurrada - che vuol offrire un servizio totale per la cura del seno. Quindi si vogliono far lavorare in sinergia gli specialisti della clinica e diagnostica, la radiologia nonché l'anatomia patologica, la chirurgia e la medicina nucleare».



I dati di Federfarma. Si prescrivono più prodotti, ma di prezzo più basso

Farmaci, la spesa è in calo

Crescono ricette (+3,5%) e costi ospedalieri

La spesa **farmaceutica** netta convenzionata Ssn, nell'anno 2009, è diminuita dell'1,2% rispetto al 2008, a fronte di un incremento del numero delle ricette del 3,5%; continua invece ad aumentare la spesa ospedaliera, in modo incontrollato e senza garanzie di trasparenza. Lo rende noto Federfarma, sottolineando che l'andamento della spesa **farmaceutica** convenzionata nel 2009 è il risultato di un costante incremento del numero delle ricette e di un contestuale calo del valore medio delle ricette stesse (-4,5%): si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso.

Tale risultato è dovuto ai tagli dei prezzi dei medicinali varati da governo e Aifa a partire dal 2006 (da ultimo quello del 12% sui medicinali generici Ssn, in vigore dal 28 maggio al 31 dicembre 2009, che continua a produrre effetti anche nel 2010, in quanto le aziende produttrici non hanno riaumentato i prezzi), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza di importanti brevetti e



Le farmacie continuano a dare un rilevante contributo al contenimento della spesa

degli interventi adottati a livello regionale.

Tra questi ultimi, l'estensione in diverse regioni del rimborso di riferimento agli inibitori di pompa protonica; la reintroduzione (Abruzzo, Campania, Lazio e, dall'8 maggio 2009, Calabria) o l'appesantimento (Sicilia; Lazio dall'11 dicembre 2008) del ticket; la distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali

acquistati dalle Asl. Le farmacie continuano a dare un rilevante contributo al contenimento della spesa, oltre che con la diffusione degli equivalenti e la fornitura dei dati sui farmaci Ssn, con lo sconto al Ssn, che ha garantito un risparmio di oltre 600 milioni di euro nel 2009, ai quali si aggiungono oltre 77 milioni di euro derivanti dal pay-back, posto a carico delle farmacie dal 1°

marzo 2007, prorogato per tutto il 2009 e per il 2010. A tali oneri si è aggiunta, nel 2009, la trattenuta dell'1,4% sulla spesa farmaceutica, introdotta dal decreto legge Abruzzo. Nel dettaglio, i farmaci per le malattie cardiovascolari rappresentano il 36% della spesa, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale con il 14%. I farmaci per le malattie del sistema nervoso centrale rappresentano il 10,7% della spesa e sopravanzano ormai di 1,5 punti percentuali gli antimicrobici sistemici. I farmaci per il sistema respiratorio sono stabili all'8%.

Il calo di spesa, nel 2009, è particolarmente evidente in Calabria (-6%), nel Lazio (-4,3%), in Abruzzo (-3,7%) e in Sicilia (-3,4%), regioni interessate da piani di rientro dal deficit, che hanno adottato misure di contenimento della spesa molto drastiche, quali l'introduzione o l'aumento del ticket e il potenziamento della distribuzione di medicinali acquistati dalle asl direttamente agli assistiti e/o tramite le farmacie convenzionate sulla base di specifici accordi.

... © Riproduzione riservata



Federalismo post elettorale

Consumate le elezioni e decise le nuove maggioranze, per le Regioni (e per tutti noi) si apre ora la sfida delle sfide: fare il federalismo. Bella (si fa per dire) partita.

Un tempo si diceva: fatta l'Italia, facciamo gli italiani. Ecco, centocinquant'anni dopo, forse ancora gli italiani non sono stati "fatti", eppure si vuol fare il federalismo. Quando neppure era stato fatto un sano regionalismo. Ma tant'è: una sfida è sempre una sfida. E allora, sfidiamolo pure questo federalismo, perché in fondo, alla radice, il male da sconfiggere - in Sanità anzitutto - non può ammettere troppi

indugi, o scelte gattopardesche di cui è piena la storia politica e sanitaria nazionale all'insegna del cambiar tutto per cambiar nulla.

Eppure non mancano le controindicazioni per l'uso, a cominciare da quei costi standard ancora misteriosi che non possono essere ridotti a una formula matematica. Perché a quel punto il pericolo di passi falsi provocherebbe un disastro peggiore del male che si vuol annientare. «Handle with care» direbbe Obama. Maneggiamolo con cura il giocattolo. (R.Tu.)

A. PAG. 9

Dopo le elezioni Italia divisa in due - Parte la rincorsa all'applicazione del federalismo

Regioni, bisogno di alleanze

Il primo banco di prova: la scelta del presidente dei governatori

Aurme ancora "calde" con l'Italia delle Regioni divisa politicamente in due, la Sanità si conferma il terreno più difficile e urgente su cui i nuovi governatori dovranno misurarsi. Primo banco di prova (anche con i costi standard) di quel federalismo fiscale che è l'obiettivo primario della maggioranza di Governo e della neo-maggioranza politica delle Regioni.

E i governatori dovranno trovare nuove intese - come è stato l'appello pre-elettorale del presidente uscente della Conferenza Vasco Errani, ricordando l'unanimità degli ultimi anni - per confermare i risultati finora ottenuti, dal patto per la salute al federalismo fiscale, tutto da fare e su cui è necessario che le Regioni si ricompattino per non trasformarsi in terreno di scontro tra Nord e Sud.

Di argomenti da gestire "unitariamente" ce ne sono tanti: i conti della salute che non tornano mai spesso anche nelle Regioni virtuose e i commissariamenti passati di fatto col Patto 2010-2012 sotto il controllo dei governatori. E poi i costi standard che bussano alla porta del federalismo, i Lea approvati e mai emanati dal Governo che proprio le Regioni chiedono a gran voce. C'è anche la patata bollente di contratti e convenzioni, appena approvati ma tutti da applicare e gestire sul territorio tra aumenti e nuove sanzioni e i fondi Fas, quelli del "vecchio" federalismo del 56/2000 (circa 4 miliardi), il riparto dei 108 miliardi del fondo sanitario non ancora

decollato e dei 400 milioni per la non autosufficienza.

Ma l'unanimità non sarà cosa facile dalle premesse. A 48 ore dalle elezioni era già scattata la prima polemica tra il neo-governatore del Veneto, il leghista Roberto Cota e quello della Toscana del Pd, Enrico Rossi sulla pillola abortiva: «Cercherò di lasciare la pillola nei magazzini», ha detto Cota; «Dichiarazioni dettate dall'inesperienza in materia sanitaria o dalla volontà di strumentalizzare il consenso dell'opinione pubblica», ha ribattuto Rossi. E a seguire tutte le Regioni si sono divise pro e contro la pillola (v. pagina 8)

Il primo banco di prova sarà ora l'elezione del nuovo presidente dei governatori, prevista tra fine aprile e i primi di maggio. Il nome in pole position è quello di Roberto Formigoni: centro-destra, tra i più esperti presidenti di lungo corso, alla guida di una Regione che da sola amministra oltre il 16% di cittadini e di fondo sanitario. «Non sono candidato, ne discuteremo», ha però sottolineato il governatore lombardo.

Ma non sarà facile decidere tra le rivendicazioni di un Nord dove Lega e Pdl dilagano, un Centro

dove i governatori di centro-destra sono "novizi" e comunque alla guida di Regioni con i conti in rosso e il Sud dove il centro-destra governa tutte le Regioni tranne Puglia e Basilicata, ma che con molta probabilità il Nord non accetterebbe mai come guida. Così come dalla Campania in giù sareb-

be un boccone amaro da ingoiare quello di una guida tutta nordista.

Sull'appartenenza politica del neo-presidente i dubbi dovrebbero essere pochi (anche se sarebbe tecnicamente possibile, seppure improbabile, una presidenza di transizione di centro-sinistra in cui magari riconfermare Errani). Il peso del centro-destra è maggiore dopo le elezioni: 11 Regioni con oltre il 70% di italiani e quasi il 70% di fondo sanitario. E il 54% di cittadini e di fondo sono proprio quelli delle 4 Regioni in più: Piemonte, Lazio, Campania e Calabria.

Undici voti in Conferenza dei presidenti spettano anche al centro-sinistra (il Trentino Alto Adige ha un voto a sé, oltre quelli di Trento e Bolzano). Tutto da stabilire è anche il criterio delle alternanze alla guida dei governatori. Dal 1997 in poi si è abbandonata la semestralità con cui dal 1981 e

seguito l'ordine alfabetico delle Regioni (con eventuali eccezioni per recuperare qualche presidenza "saltata" per motivi istituzionali) si cambiava guida, senza distinguere grandezza della Regione o appartenenza politica. Nel 1997 il primo a "rompere" le regole fu Vannino Chiti (Ds a quei tempi) che restò in carica due anni. E il suo successore, Enzo Ghigo (al tempo Fi), fu il primo a coprire l'intero arco della legislatura come ora è toccato a Vasco Errani (Pd).

Nulla osta tornare a un criterio di alternanza, ma sarà difficile. E sulla Sanità si concentrano le at-



tenzioni dei neo-governatori già di centro-destra, dalla lega (Cota: il Veneto ha una tradizione di "guida" della Commissione salute) al Pdl. Polverini nel Lazio l'ha messa al primo posto, auto-investendosi commissario ad acta al momento dell'elezione, con la successiva conferma dello stesso ministro della Salute Ferruccio Fazio. Obiettivo: rifare il piano di rientro. Stavolta però sotto l'occhio attento e ipercritico dei suoi colleghi di centro-sinistra.

P.D.B.**La situazione attuale**

	Popolazione 2009	Percent. popolazione	Rip. fondo 2010 (miln)	% fondo 2010
Piemonte	4.432.571	7,38%	7.758,80	7,54
V. d'Aosta *	127.065	0,21%	218,97	0,21
Lombardia	9.742.676	16,23%	16.660,72	16,19
Bolzano	498.857	0,83%	832,17	0,81
Trento	519.800	0,87%	883,39	0,86
Veneto	4.885.548	8,14%	8.325,82	8,09
Friuli	1.230.936	2,05%	2.161,67	2,10
Liguria	1.615.064	2,69%	3.022,83	2,94
Emilia R.	4.337.979	7,22%	7.592,88	7,38
Toscana	3.707.818	6,18%	6.535,99	6,35
Umbria	894.222	1,49%	1.572,30	1,53
Marche	1.569.578	2,61%	2.741,25	2,66
Lazio	5.626.710	9,37%	9.585,08	9,32
Abruzzo	1.334.675	2,22%	2.306,47	2,24
Molise	320.795	0,53%	557,19	0,54
Campania	5.812.962	9,68%	9.580,13	9,31
Puglia	4.079.702	6,79%	6.840,73	6,65
Basilicata	590.601	0,98%	1.022,04	0,99
Calabria	2.008.709	3,35%	3.403,88	3,31
Sicilia	5.037.799	8,39%	8.455,72	8,22
Sardegna	1.671.001	2,78%	2.837,46	2,76
Totale	60.045.068	100,00%	102.895,50	100,00
Centro-destra	42.104.382	70,12%	71.632,95	69,62
- di cui con elezioni 2010	32.509.176	54,14%	55.314,43	53,76
Centro-sin.	17.940.686	29,88%	31.262,55	30,38

* In Valle d'Aosta la maggioranza è dell'Union Valdôten che comunque segue la corrente di centro-sinistra

Tutti i presidenti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

Regione/Partito	Mandato	Regione/Partito	Mandato	Regione/Partito	Mandato
Emilia Romagna ● Lanfranco Turci (Pci)	Gennaio-aprile 1981	Umbria ● Germano Marri (Pci)	Aprile-novembre 1986	Basilicata ● Antonio Bocchia (Dc)	Luglio 1994 - Gennaio 1995
Friuli Venezia Giulia ● Antonio Comelli (Dc)	Maggio-luglio 1981	Sicilia ● Rino Nicolosi (Dc)	Gennaio-novembre 1987	Emilia Romagna ● Pier Luigi Bersani (Pds)	1° semestre 1995
Lazio ● Giulio Santarelli (Psi)	Settembre-dicembre 1981	Trentino Alto Adige ● Gianni Bazzanella (Dc)	Dicembre 1987 - Ottobre 1988	Friuli Venezia Giulia ● Alessandra Guerra (Ln)	2° semestre 1995
Lombardia ● Giuseppe Guzzetti (Dc)	Gennaio-aprile 1982	Valle d'Aosta ● Augusto Rollandin (Uv)	Gennaio 1987 - Marzo 1990	● Sergio Cecotti (Ln)	
Marche ● Emidio Massi (Psi)	Maggio-luglio 1982	● Gianni Bondaz (Dc)	Settembre-ottobre 1990	Lazio ● Piero Badaloni (Ind. sin.)	1° semestre 1996
Piemonte ● Ezio Enrietti (Psi)	Settembre 1982 - Gennaio 1983	Friuli Venezia Giulia ● Adriano Blasutti (Dc)	Novembre 1990 - Dicembre 1991	Liguria ● Giancarlo Mori (Ppi)	2° semestre 1996
Puglia ● Nicola Quarta (Dc)	Marzo-aprile 1983	● Vinicio Turello (Dc)	Gennaio-giugno 1992	Lombardia ● Roberto Formigoni (Cdu)	1° semestre 1997
Sardegna ● Angelo Roich (Dc)	Luglio-dicembre 1983	Molise ● Enrico Santoro (Dc)	Giugno-luglio 1992	Marche ● Vito D'Ambrosio (Pds Ul)	2° semestre 1997
Liguria ● Rinaldo Magnani (Psi)	Gennaio-giugno 1984	● Luigi Di Bartolomeo (Dc)	Settembre 1992 - Gennaio 1993	Toscana ● Yannino Chiti (Ds)	2 anni (1997-2000)
Toscana ● Gianfranco Bartolini (Pci)	Luglio 1984 - Gennaio 1985	Campania ● Ferdinando Clemente Di San Luca (Dc)	Gennaio-marzo 1993	Piemonte ● Enzo Ghigo (Fi)	5 anni (2000-2005)
Veneto ● Carlo Bernini (Dc)	Gennaio 1985 - Aprile 1986	● Giovanni Grasso (Dc)	Aprile-giugno 1993	Emilia Romagna ● Vasco Errani (Pd)	Attuale presidente della Conferenza
		Abruzzo ● Vincenzo Del Colle (Dc)	Luglio-dicembre 1993		
		Calabria ● Guido Rhodio (Dc)	Gennaio-luglio 1994		

Nota: Pappartenenza politica è riferita al periodo di presidenza
Fonte: Segreteria Conferenza delle Regioni e delle Pa

STUDIO CER**Ecco i risparmi dei farmaci****Quasi 12 miliardi di minori costi - Gli sprechi per B&S**

Un uso appropriato dei farmaci per le patologie croniche ad alta criticità consentirebbe al Ssn risparmi per circa 12 miliardi. E una buona gestione degli acquisti di beni vari consentirebbe potenziali risparmi per circa 1,4

miliardi. A segnalarlo è un recentissimo studio del CerNib sostenuto da Farmindustria, sulla tenuta dei Sistemi sanitari regionali e sul ruolo dei farmaci nel controllo della spesa sanitaria.

A PAG. 6-7

Uno studio del Cernib sostenuto da

Farmindustria sul ruolo dei farmaci nel controllo della spesa sanitaria**«Medicinali e B&S: c'è da mediare»****Possibile risparmiare 1,4 mld****sugli acquisti - Terapie croniche: 12 miliardi di costi in meno**

Un uso appropriato dei farmaci destinati ad alcune patologie croniche ad alta criticità consentirebbe al Ssn risparmi complessivi per circa 12 miliardi di euro. Una gestione degli acquisti di beni vari effettuata con scienza e coscienza consentirebbe potenziali risparmi per circa 1,4 miliardi.

Tra una cosa e l'altra si avrebbero quasi 14 miliardi di minore spesa, senza nulla togliere alla qualità delle cure e avendo anzi qualche soldino in più a disposizione per le cure. Il tutto a patto che le Regioni sappiano mettere a punto politiche sanitarie "dinamicamente efficienti". Il che - detto in soldoni - significa smetterla di andare a mettere il naso (e le tagliole) sempre negli stessi compartimenti.

Il ragionamento - non peregrino, non inedito - è frutto di un recentissimo studio realizzato dal CerNib col sostegno di **Farmindustria** sulla sostenibilità dei sistemi sanitari regionali e sul ruolo dei farmaci come strumento per il controllo della spesa sanitaria regionale, datato febbraio 2010. L'analisi trae spunto dagli oroscopi non esattamente brillanti sui trend della spesa di settore in ambito regionale.

Le previsioni sono chiare: da oggi al 2050, chi ha i conti in regola migliorerà la performance, chi sta sperimentando la medicina dei piani di rientro si ritroverà in disavanzo anche per quell'epoca.

Di qui l'esigenza segnata dallo studio di tarare gli interventi di lungo periodo «considerando le relazioni esistenti tra le diverse componenti della spesa sani-

taria e tra queste e l'intero sistema economico» e promuovendo azioni «che garantiscano una maggiore efficienza del Ssn senza pregiudicare la qualità e l'efficacia dell'assistenza offerta».

Nel mirino, dunque, le compere da fare "con giudizio" e i benefici economici diretti e indiretti, in termini di contenimento della spesa per altre forme di assistenza, sanitaria e non, e di riduzione delle giornate di assenza dal lavoro, ottenibili con un uso migliore della risorsa farmaceutica. Sul bilancino dei ricercatori, le patologie più importanti in termini di mortalità e disabilità complessivi: le malattie cardio-vascolari, le affezioni delle vie respiratorie (in particolare bronchite cronica e asma), le malattie neuro-degenerative e i disturbi psichici, che tutte assieme rappresentano oltre il 50% della mortalità totale (al netto delle cause accidentali e violente) e della disabilità dovuta a malattie croniche.

Tra quelle in esame la patologia che genera il maggior numero di assenze è quella cardiovascolare: circa 3 milioni di giorni l'anno nel Nord-ovest, 2,2 milioni nel Nord-est, 1,8 nel Mezzogiorno, 1,7 nel Centro e 660mila nelle Isole. Seguono le malattie psichiche, che determinano oltre 8,7 milioni di giornate di lavoro perse, soprattutto nell'Italia Nord-occidentale (3,3 milioni) e al Centro (2,4). Sono infine circa 7 milioni le giornate lavorative perse per malattie respiratorie, di cui circa 5 al Nord e 826mila le gior-

nate di assenza per malattie neuro-degenerative, di cui oltre metà nell'Italia Nord-orientale.

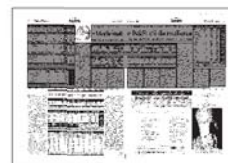
Il tutto a fronte di un valore economico dei giorni di assenza per malattie croniche del lavoratore occupato da meno di un anno attestato nel 2007 a quota 4 miliardi, con un trend di crescita costante del 3% medio annuo.

L'accesso alle cure mirate sarebbe invece in grado di procurare alle casse statali e regionali un beneficio totale in termini di mancati costi diretti e indiretti di quasi 12 miliardi di euro annui.

In particolare, grazie ai medicinali, per le sole tre grandi situazioni patologiche considerate, si risparmierebbero 6,6 miliardi (32,3%) di costi sanitari e 5 miliardi (29,4%) di costi non sanitari, per un risparmio complessivo nazionale pari al 31 per cento.

In questo quadro, secondo lo studio, a trarre il maggior vantaggio dall'utilizzo proprio dei farmaci sarebbe l'Italia Nord-occidentale, con 3,3 miliardi di risparmi, seguita dal Nord-est con 2,4, dal Centro, con pari importo, per finire col Mezzogiorno (2,3 miliardi) e con le isole (1,2).

A livello regionale, invece, sarebbe in particolare la Lombardia a godere dei maggiori benefici, con quasi 2 miliardi di minori spese, di cui 1,1 legati a costi sanitari evitati.



A seguire, il Veneto e il Lazio, con risparmi da un miliardo di euro, il Piemonte e la Valle d'Aosta (940,2 milioni), l'Emilia Romagna, la Campania e la Sicilia, tutte attestata attorno ai 90 milioni di possibili minori

spese. Un dato già di per sé significativo che acquista maggior peso se messo a confronto con il costo reale sostenuto dal Servizio sanitario pubblico per l'acquisto e l'erogazione delle relative terapie.

Secondo i calcoli dei ricercatori la spesa complessiva 2008 sarebbe ammontata a 6,3 miliardi, appena al di sotto dei benefici stimati.

«La spesa (farmaceutica) vale l'impresa», insomma, concludono i ricercatori. Soprattutto perché «contribuisce alla sostenibilità economico-finanziaria del Sistema sanitario nazionale, evitando al contempo possibilità di razionamento della domanda di assistenza, i cui effetti colpirebbero la parte meno abbiente della popolazione». Effetti sgradevoli e impopolari in tutte le stagioni. A maggior ragione in quella che s'è appena aperta.

Sara Todaro

Spesa farmaceutica e costi evitati (mln €)

	Spesa farm. pubblica lorda (*)	Costi sanitari evitati	Costi non sanitari evitati	Costi totali evitati
Piemonte e Val d'Aosta	466,8	544,7	395,5	940,2
Lombardia	923,2	1.109,6	863,2	1.972,8
Trentino A. A.	80,5	97,3	83,0	180,3
Veneto	464,9	586,9	449,0	1.035,9
Friuli V. G.	127,5	154,1	126,5	280,6
Liguria	196,9	236,4	180,6	417,0
Emilia R.	447,6	530,8	398,3	929,1
Toscana	368,8	430,8	343,5	774,2
Umbria	92,4	128,7	98,3	226,9
Marche	166,0	196,6	140,2	336,8
Lazio	661,6	586,1	429,0	1.015,1
Abruzzo	145,2	137,7	109,4	247,1
Molise	34,1	35,0	30,8	65,8
Campania	605,2	490,6	403,6	894,2
Puglia	455,9	377,0	268,0	644,9
Basilicata	60,5	57,0	51,4	108,4
Calabria	228,7	206,8	157,4	364,2
Sicilia	571,5	521,6	398,0	919,6
Sardegna	185,0	189,2	132,2	321,4
Italia	6.282,4	6.616,8	5.057,8	11.674,6

(*) La spesa è relativa ai farmaci utilizzati per le patologie cardiovascolari e respiratorie, la depressione e l'Alzheimer
Fonte: elaborazione Cernib su dati vari

I risparmi potenziali (mln €)

	Acquisto di beni			Acquisto di servizi				Risparmi potenziali totali	Risparmi pro capite (euro)
	Sanitari	Non sanitari	Totale	Non sanitari	Manutenzione	Godimento beni terzi	Totale		
Regioni "senza" Pdr	470,33	94,729	565,06	121,7	57,1	53,0	231,8	796,8	20,2
Regioni "con" Piani di rientro	92,50	0,400	92,90	358,7	15,5	98,7	472,9	565,7	29,2
Totale	562,90	95,100	658,00	480,4	72,5	151,7	704,6	1.362,6	23,2

Fonte: elaborazioni Cernib su dati ministero della Salute

Effetti sul risultato d'esercizio (mln €)

	Risparmi (a)	Saldo di esercizio 2008 (b)	Saldo di es. potenziale (c) = (a) - (b)
Regioni "senza" Pdr	796,8	-957,0	-160,2
Regioni "con" Pdr	565,7	-3.800,9	-3.235,2
Totale	1.362,6	-4.757,9	-3.395,3

Fonte: elaborazioni Cernib su dati ministero della Salute

Gli effetti dei risparmi di spesa sui risultati di esercizio regionali (mld €)

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Regioni con Pdr	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4	1,7	1,9	2,1	2,2
Regioni senza Pdr	0,9	1,1	1,4	1,7	2,0	2,3	2,6	2,8	3,0
Italia	1,5	1,9	2,4	2,9	3,4	4,0	4,5	4,9	5,2

Fonte: elaborazioni Cer su dati vari

Maggiori costi evitati grazie alla disponibilità di farmaci (mln €)

	Cardiovascolari	Bronchite cronica e asma	Depressione - Alzheimer	Totale	Risparmi potenziali sui costi totali (in %)
Totale costi sanitari evitati					
Italia Nord-occidentale	1.139,4	127,7	623,5	1.890,6	32,1
Italia Nord-orientale	837,5	86,0	445,5	1.369,1	32,1
Italia Centrale	753,1	79,8	509,2	1.342,2	33,0
Italia Meridionale	781,7	95,4	427,0	1.304,1	32,1
Italia Insulare	416,4	44,8	249,6	710,8	32,5
Italia	3.928,1	483,7	2.254,9	6.616,8	32,3
Totale costi non sanitari evitati					
Italia Nord-occidentale	1.169,8	35,5	234,1	1.439,4	30,6
Italia Nord-orientale	859,9	23,9	173,0	1.056,8	30,5
Italia Centrale	773,2	22,2	215,4	1.010,9	27,2
Italia Meridionale	802,6	26,5	191,5	1.020,6	28,8
Italia Insulare	427,5	12,5	90,2	530,2	30,0
Italia	4.033,0	120,6	704,2	5.057,8	29,4
Totale costi evitati					
Italia Nord-occidentale	2.309,2	163,2	857,6	3.330,0	31,5
Italia Nord-orientale	1.697,4	110,0	618,5	2.425,9	31,4
Italia Centrale	1.526,4	102,0	724,6	2.353,0	30,2
Italia Meridionale	1.584,3	121,9	618,5	2.324,7	30,6
Italia Insulare	843,9	57,3	339,8	1.241,0	31,4
Italia	7.961,1	554,3	3.159,1	11.674,6	31,0

Fonte: elaborazione Cernib su dati vari

Spesa farmaceutica pubblica lorda (2008) (mln €)

	Sistema cardiovascolare	Sistema respiratorio	Depressione e demenza	Totale
Italia Nord-occidentale	1.156,8	248,6	181,6	1.586,9
Italia Nord-orientale	846,1	186,2	108,2	1.120,6
Italia Centrale	943,1	216,7	130,0	1.289,8
Italia Meridionale	1.117,0	269,5	143,1	1.529,6
Italia Insulare	544,6	136,9	74,9	756,5
Italia	4.607,7	1.036,8	637,9	6.282,4

Fonte: elaborazione Cernib su dati Omed (2009)

INFLUENZA A

Lezioni pandemiche da non dimenticare

Dibattito alla Bocconi - Il Consiglio d'Europa all'attacco

Passata l'emergenza, almeno nel nostro emisfero, è tempo di bilanci: sul banco degli imputati finisce la gestione dell'influenza A, la prima pandemia dell'era "globale". Se ne è parlato in una conferenza promossa il 24 marzo scorso all'Università Bocconi di Milano dal gruppo studentesco Sbl (Studenti bocconiani liberali). E il "verdetto" non è stato tenero. Così come non si preannuncia tenero il rapporto finale che il Consiglio d'Europa dovrebbe sfornare a fine aprile, al termine dell'inchiesta avviata a gennaio su proposta del tedesco **Wolfgang Wodarg**.

A Milano **Eduardo Missoni**, medico tropicalista, docente e coordinatore del gruppo sulla salute globale del Cergas Bocconi, non ha negato l'esistenza di un'emergenza. Ma ha rilevato il peccato originale che ha viziato il management della pandemia: «Aver cambiato la definizione di pandemia all'inizio di maggio, cancellando il requisito della gravità e della letalità dell'influenza, ha alterato in corsa le regole del gioco. Non è stato un buon inizio». La scarsa trasparenza, inoltre, «non ha aiutato a fugare i sospetti di conflitti d'interessi». E una «comunicazione contraddittoria» - denunciata dai medici presenti: **Roberto Carlo Rossi**, vice-presidente dell'Ordine di Milano, e **Pasquale Pellino**, direttore del Servizio di prevenzione dell'Asl Milano 1 - è stata la ciliegina sulla torta.

Giovanni Fattore, professore associato dell'Isap Bocconi e ricercatore del Cergas, ha invitato a una visione generale: «Davanti a potenziali eventi catastrofici bisogna avere approcci evidence based per minimizzare i danni. Si possono fare due errori: dichiarare una pandemia quando

non c'è oppure non muoversi affatto». Secondo Fattore, il pericolo principale che l'influenza A poneva non era tanto quello di provocare un gran numero di morti quanto quello di causare un gran numero di malati, impedendo il funzionamento dei servizi essenziali e paralizzando così intere società. Da questo bisognava difendersi. Però la strategia ha fatto acqua: «Non sono state prese decisioni sufficientemente evidence based, è mancato un coordinamento europeo e si è creato un problema di governance, dati i grandi interessi in gioco».

Il fatto che lo sviluppo e la produzione di vaccini sia un sistema di mercato avrebbe dovuto in sintesi comportare una regia e un controllo più efficaci. Perché è sui vaccini che si è insistito di più (il relatore incaricato del Consiglio d'Europa, **Paul Flynn**, si chiede nel suo memorandum del 29 marzo se fosse necessario ed evidence based, appunto, ricorrere alla produzione di massa dei nuovi prodotti) ed è sui vaccini che lo spreco di denaro pubblico è stato più ampio e il guadagno dell'industria più elevato.

Nel frattempo anche l'Oms si è mossa: ha incaricato un «comitato di 29 esperti indipendenti» di esaminare dal mese di aprile il proprio operato e quello dei diversi Paesi nella gestione della pandemia. Un rapporto preliminare dovrà essere consegnato a maggio alla direttrice generale, **Margaret Chan**, in tempo per la prossima Assemblea mondiale, e dovrà fornire indicazioni per crisi future. Dagli errori si può imparare molto. A patto che si voglia.

Manuela Perrone

