



## APPROVATE A MONTECITORIO

# Ivg: sette mozioni per difendere la 194

**G**arantire piena applicazione della legge 194 su tutto il territorio, attivarsi perché l'aborto farmacologico sia assicurato come opzione a tutte le donne, promuovere un monitoraggio dell'attuazione della norma in tutte le Regioni per avere dati certi e affidabili, ridare centralità ai consultori familiari. A 35 anni dall'approvazione della legge sull'Ivg - il cui bilancio, secondo gli esperti dell'Iss, è più che positivo - l'Aula della Camera ha approvato sette mozioni che impegnano il Governo a difendere l'applicazione della legge nonostante il dilagare dell'obiezione di coscienza tra gli operatori (quasi il 70% dei ginecologi, con percentuali che sfiorano il 100% in alcuni ospedali).

Il tema ha scaldato gli animi, con Scelta Civica che si è spaccata presentando due mozioni: la prima, a firma Irene Tinagli e centrata sulla tutela del funzionamento del servizio Ivg, ha avuto il via libera della Camera; la seconda, a tutela del diritto all'obiezione «senza alcuna discriminazione di obiettori e non obiettori», proposta da Paola Binetti, è stata bocciata. La doppia mozione è stata «un errore politico», ha commentato Federico Adornato, convinto che una sintesi tra le due posizioni fosse non solo possibile ma doverosa e averne proposte due ripropone «una guerra laici-cattolici che si colloca alla retroguardia di una moderna formazione politica». Diverso il giudizio del sottosegretario Ilaria Borletti: «Scelta Civica ha sempre garantito sui temi sensibili libertà di coscienza. Piuttosto che sintesi forzate e spesso fasulle è più corretto rispettare le diverse posizioni emerse».

In ogni caso la Camera ha scelto di privilegiare la strada della difesa della 194, affinché il ricorso sempre più massiccio all'obiezione non pregiudichi il diritto ai servizi per l'Ivg. «La maggioranza - ha detto Donata Lenzi, capogruppo Pd in commissione Affari sociali - ha confermato che la 194 è un diritto acquisito e così la sua piena applicazione, riconoscendo la possibilità dell'obiezione e il diritto delle donne di avere accesso alle strutture sanitarie e alla Ivg».

## Diagnosi precisa fecondazione ok

*Con la nuova ed efficace tecnica Microrray aumentano anche le percentuali di successo*

..... **Antonio Caperna**

ROMA - Diagnosticare in maniera precisa se esistono alterazioni in eccesso nei cromosomi degli embrioni, come le trisomie nella sindrome di Down, o in difetto come le monosomie per la sindrome di Turner.

È quanto permette la nuova tecnica di diagnosi molecolare, Microarray CGH, che consente di valutare se gli embrioni di un programma di fecondazione in vitro sono sani o malati. Con questa metodica è possibile studiare l'intero assetto cromosomico degli embrioni, mentre prima si faceva uno screening di una decina di

cromosomi, che portavano a sani quegli embrioni che invece erano malati. «Anomalie in eccesso o in difetto dei cromosomi comportano un mancato impianto nell'utero degli embrioni con una riduzione delle percentuali di successo delle tecniche di fecondazione assistita o aborto spontaneo nel primo trimestre di gravidanza fino ad arrivare all'impianto di feti anomali - spiega Ermanno Greco, direttore del Centro di Medicina e biologia della riproduzione dell'European Hospital di Roma (grecoe@hotmail.it) -. La tecnica permette invece successi intorno al 70% e consiste nel prele-

vare 5-10 cellule dall'embrione sviluppato allo stato di blastocisti da una zona specifica chiamata trofoectoderma, che darà origine agli annessi placentari».

E poi ancora: «Si tratta pertanto di una diagnosi prenatale molto precoce, che non compromette assolutamente l'embrione o le sue capacità d'impianto, perché a differenza di quanto avveniva precedentemente, le cellule di quest'ultimo non vengono coinvolte nel processo biotico di prelievo. La tecnica di diagnosi genetica dell'embrione - aggiunge lo specialista - deve essere applicata secondo la società della Ri-



produzione Europea (ESHRE) a tutte quelle coppie che presentano tre falliti tentativi di impianto embrionario, abortività ripetuta in cui non sono state riscontrate altre cause, età materna avanzata cioè oltre i 36 anni compiuti».

Un'altra novità sono

gli studi che valutano se questa tecnica si possa utilizzare anche per le coppie giovani che affrontano per la prima volta la fecondazione in vitro, per aumentare le percentuali di successo e diminuire le gravidanze multiple.

## Sindrome Down, test prenatale in vendita: sperimentale e senza approvazione

A comprarlo sono migliaia di gestanti, attratte dalla speranza di evitare un intervento invasivo come la villocentesi o l'amniocentesi – ma ignorare dei potenziali rischi connessi con quello che sembra un test innocuo ed efficace. L'azienda interpellata: "Tutti i laboratori offrono questo tipo di test. Estenda l'inchiesta anche ad altri"

**di Redazione Il Fatto Quotidiano**

La sua **attendibilità scientifica** è ancora da dimostrare, è venduto in Europa senza contrassegno Ce, non ha l'approvazione di nessun ente regolatore o autorità sanitaria ed è, secondo quanto risulta al *Fatto quotidiano*, ancora parzialmente in fase di sperimentazione. È il **test prenatale Harmony**, prodotto dalla statunitense Ariosa Diagnostics e lanciato negli ultimi mesi – a un prezzo consigliato fra i 795 e i 900 dollari – in 20 paesi del mondo fra cui Regno Unito, Spagna, Portogallo, Belgio, Austria e, dalla fine di marzo, anche in Italia (al Cam di Monza costa 695 euro più 50 di consulto medico).

A comprarlo sono migliaia di gestanti, attratte dalla speranza di evitare un intervento invasivo come la **villocentesi** o l'**amniocentesi**, ma ignorare dei potenziali rischi connessi con quello che sembra un test innocuo ed efficace. L'Harmony, spiega la brochure informativa, consiste nel prelievo di due provette di sangue materno da 10 ml. È praticabile fin dalla decima settimana di gestazione e, secondo i produttori, avrebbe un'attendibilità superiore al 99% nel determinare il rischio di trisomia 21 (**Sindrome di Down**) e rispettivamente del 98% e 80% per le trisomie 18 e 13 (**Sindrome di Edwards** e **Sindrome di Patau**), con un tasso di falsi positivi inferiore allo 0.1% in tutti e tre i casi.

Questo su un campione complessivo di 6mila pazienti, di cui 4mila ad alto rischio e 2mila a rischio generico. Le provette vengono inviate negli Stati Uniti dove vengono analizzate. I

risultati arrivano in due settimane.

**Un esame alternativo?** “Esame del sangue al posto dell’amniocentesi” – “Niente più esami invasivi: ora c’è Harmony” – Harmony test o amnio?” Sono solo alcuni dei titoli di giornali o topic di forum per gestanti che abbiamo trovato con una semplice ricerca in rete. Lasciano intendere che un semplice prelievo del sangue come quello offerto da Harmony sia alternativo a procedure potenzialmente dolorose, fastidiose e rischiose per il feto che tuttora comportano un rischio di aborto intorno all’1%. Una strategia di comunicazione pericolosa e ingannevole, praticata anche da qualcuno dei laboratori che offrono il test. Eppure, una serie di verifiche traccia uno scenario molto diverso, e per niente rassicurante.

**L’attendibilità scientifica.** In generale, la comunità scientifica internazionale considera questo tipo di test uno sviluppo potenzialmente positivo per la **diagnosi prenatale**. “I test prenatali non invasivi rappresentano uno straordinario progresso nel campo dello *screening* e della diagnosi prenatale. Hanno un grado di attendibilità molto alto e le **potenzialità** per ridurre il numero di procedure invasive come la villocentesi e l’amniocentesi” spiega a *ilfattoquotidiano.it* il dottore **Peter Benn**, direttore della *International Society for Prenatal Diagnosis*. “Ma i positivi risultati degli studi clinici su pazienti ad alto rischio devono essere ancora essere confermati in una popolazione più ampia, per il rischio di falsi positivi”. In sintesi, gli studi clinici finora disponibili sono molto incoraggianti **per gestanti ad alto rischio di trisomie** e in contesti controllati come gli studi clinici; in questo caso, i test non invasivi fornirebbero risultati statisticamente più sicuri di quelli attualmente in uso e quindi ridurrebbero il ricorso alle procedure invasive. Ma i risultati non sembrano altrettanto buoni sulla platea più ampia di pazienti comuni, quelle a cui l’esame è venduto.

Secondo una recente inchiesta del **Wall Street Journal**, i casi di risultati inaccurati per i diversi test prenatali oggi sul mercato, per quanto rari, sarebbero più frequenti del previsto, tanto che alcuni membri dell’American College of Medical Genetics and Genomics hanno proposto che questi esami vengano obbligatoriamente chiamati “screening” invece che test, perché si limitano a valutare il rischio di trisomie senza in nessun caso poter fornire diagnosi certe. Ma nella maggior parte dei casi questo si scopre solo durante l’appuntamento per l’esame, al momento del colloquio informativo con il medico (spesso a pagamento) o della firma del consenso informato. Per tutelarsi legalmente, nel modulo di consenso informato Ariosa utilizza questa dicitura: Il test prenatale Harmony è un test di screening e non è concepito né validato per fare diagnosi.

Eppure, esami analoghi sono considerati dalla **Food and Drug Administration** come “dispositivi medici per uso diagnostico”. “La finalità precisa è cruciale per determinare il livello di rischio di questo tipo di esami, ci spiega la portavoce della FDA **Susan Laine**. La FDA ha classificato altri test prenatali sulla base del rischio posto da eventuali falsi positivi o negativi: sono stati considerati a medio rischio (quelli che devono essere confermati da test non invasivi più accurati) o ad alto rischio (quando una controprova è possibile solo con una

procedura invasiva)”. La logica è che **falsi positivi**, se non verificati con accertamenti successivi – e cioè proprio quelle procedure invasive che la paziente sperava di evitare – possano indurre ad abortire feti sani. Ma il test Harmony è un test di screening o diagnostico? Non è accertato visto che, come scoperto dal fattoquotidiano.it, **non è fra quelli approvati dalla FDA**. La cui approvazione è una garanzia di qualità ma non è obbligatoria perché l’Agenzia ha deciso, per carenza di risorse, di applicare all’intero settore la cosiddetta *enforcement discretion*: si accontenta di una generica certificazione di qualità dei laboratori, senza essere tenuta ad indagare sui singoli casi, nemmeno in caso di segnalazioni come la nostra. Se dal risultato di questi test può dipendere una decisione come quella di **interrompere una gravidanza** l’affidabilità scientifica diventa cruciale. E qual è, nel caso specifico dell’Harmony? Non siamo in grado di valutarlo. Ci limitiamo a riportare le informazioni che abbiamo raccolto sugli studi finora pubblicati.

A fine marzo scorso, su otto pubblicazioni in riviste specializzate, sei erano stati finanziate da Ariosa (la fonte è il dottor Thomas Musci, vicepresidente di Ariosa, che ci ha inviato il link). In un caso su sei, lo studio era stato condotto esclusivamente da dipendenti di Ariosa. In quattro, i dipendenti di Ariosa erano la maggioranza dello staff di ricercatori. Solo due casi sugli otto citati sono definiti dallo stesso management di Ariosa “indipendenti”. Si tratta di **pubblicazioni** basate su studi clinici condotti dai ricercatori dell’Harris Birthright Center (un centro pubblico) del prestigioso **King’s college** di Londra, sotto la direzione scientifica del professor **Kyprios Nykolaides**, considerato un’autorità mondiale della diagnosi prenatale. La **sperimentazione**, su un campione di circa 2000 pazienti a è stata possibile grazie a un finanziamento della Fetal Medicine Foundation, fondazione caritatevole che fa formazione di alto livello e utilizza il ricavato di corsi e donazioni a fine di ricerca.

In ogni caso, le **provette utilizzate** dai ricercatori del King’s college sono diverse da quelle del kit Harmony e il sangue prelevato alle gestanti, processato entro 15 minuti dalla raccolta, veniva comunque inviato e analizzato nei laboratori di Ariosa a spese della società. Il professor Nykolaides, a cui in due diverse occasioni abbiamo chiesto un’intervista, non ha finora trovato il tempo per rispondere alle nostre domande.

**La sicurezza.** Come abbiamo già detto l’Harmony, negli Stati Uniti, non è approvato dalla Food and Drug Administration, l’Agenzia pubblica che vigila sulla sicurezza dei farmaci. E in Europa? Siccome l’analisi di fatto ha luogo in territorio statunitense (cioè nei laboratori di Ariosa dove le provette vengono inviate per essere esaminate) il test non è sottoposto alle procedure di controllo e autorizzazione previste in Unione Europea. Per il momento, quindi, l’Harmony (e altri test analoghi) viene messo in commercio senza nessun tipo di controllo indipendente. Quello che è utilizzato in Europa e quindi, per essere venduto, **deve essere certificata CE la provetta**.

Come si ottiene la certificazione? Come ci hanno confermato il ministero della Salute italiano e l’MHRA britannico, secondo la direttiva europea del 1998 sui dispositivi medici, gli

strumenti di questo tipo non sono soggetti all'approvazione dell'EMA, l'**Agenzia Europea per il Farmaco**. Il produttore deve, però, "autocertificarsi" presso un Ente notificatore nei singoli stati in cui il suo dispositivo viene venduto. La messa in commercio va poi notificata alle autorità sanitarie. È una normativa a maglie troppo larghe, tanto che agli enti regolatori è sfuggito il caso delle protesi PIP; e infatti a Bruxelles è in corso la revisione integrale della direttiva.

Quando abbiamo chiesto al management di Ariosa, fino a quel momento estremamente sollecito e collaborativo, la prova che il kit Harmony fosse in regola con le disposizioni europee, ci siamo visti rispondere così dall'ufficio legale: "Non è nostra policy fornire informazioni sensibili a terzi". Un'ambiguità incomprensibile, visto che qualsiasi produttore in regola dovrebbe essere ben felice di farlo sapere ai giornalisti. Da lì, non è stato difficile avere la conferma che il kit Ariosa non ha il contrassegno CE. Insomma, non è autorizzato alla vendita. È un modo per risparmiare sui costi (non proibitivi) ma soprattutto sui tempi necessari a ottenere l'autorizzazione? Lo abbiamo inutilmente chiesto ad Ariosa.

Di certo, la guerra per conquistarsi un **vantaggio competitivo** sul mercato europeo è in pieno svolgimento. L'Harmony test di Ariosa Diagnostics è solo uno dei molti esami di questo tipo sviluppati in laboratori privati negli Stati Uniti, di solito in collaborazione con centri di ricerca di università prestigiose. Oltre ad Ariosa, i principali produttori attivi in Europa sono 5 (Sequenom, Life Codexx, Verinata and Natera) che si contendono, anche a colpi di carte bollate, un mercato potenziale che un documento interno di Ariosa valuta, per i soli Stati Uniti, in più di un miliardo di dollari. Entrare rapidamente in un **mercato** promettente come quello europeo può rappresentare un enorme vantaggio competitivo. Insieme al costo, sensibilmente più basso di quello dei suoi concorrenti. Una **corsa al profitto** che potrebbe mettere a rischio la sicurezza di molte pazienti.

**I rischi per la sicurezza.** Come ha potuto verificare ilfattoquotidiano.it, le provette utilizzate per Harmony non sono semplici contenitori sterili. Sono invece prodotti molto specifici, realizzati negli Stati Uniti dalla Streck, azienda leader nella produzione di dispositivi medici per **laboratori clinici**. Queste speciali provette devono, infatti, garantire la perfetta stabilizzazione e il trasporto sicuro dei frammenti di **DNA fetale** presenti nel sangue materno – una caratteristica produttiva coperta da brevetto depositato. E' con una verifica sul sito della Streck che scopriamo un ulteriore tassello, che non appare sulla brochure dell'Harmony: questo tipo di provette sono "For research use only. Not to use in diagnostic procedures". Significa che devono essere utilizzate esclusivamente a fini di ricerca. Mai per procedure diagnostiche che possano condurre a decisioni mediche, per le quali è necessaria un'autorizzazione specifica, molto difficile da ottenere.

Ce lo ha confermato Susan Laine, portavoce del Dipartimento dei Dispositivi Medici della Food and Drug Administration: "La FDA non ammette né consiglia che prodotti così classificati siano usati come componenti di test utilizzati per prendere decisioni mediche".

Come un'interruzione di gravidanza. Abbiamo sottoposto la questione al management di Ariosa. La risposta, arrivata dopo settimane di attesa e solleciti, ci è parsa sconcertante: "Dal momento che tutti i laboratori che attualmente offrono questo tipo di test [...] utilizzano le nostre stesse provette, riteniamo che estendere la Sua inchiesta ai dispositivi medici e alle attività di **Sequenom, BGI, Life Codexx, Verinata and Natera** (le aziende concorrenti in Europa e Cina) contribuirebbe a rendere il Suo articolo più equilibrato e corretto".

Non siamo per il momento in grado di verificare questa informazione. Quello che ci è stato confermato dalla Verinata è che il loro test verifi® è disponibile in alcune cliniche private a Milano e Bologna – la cui lista, per non meglio precisate ragioni di "concorrenza", è top secret.

**di Sabrina Provenzani**

<http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/06/16/sindrome-down-in-vendita-test-prenatale-ma-non-e-stato-approvato-ed-e-ancora-in/613075/>



CAMERA/ Calendario di audizioni fittissimo e conclusioni previste a fine settembre

# Sostenibilità: parte l'indagine

Obiettivo: coniugare i bisogni di salute alla spesa in vista della stabilità 2014



**G**overnatori, sindaci, Cortei dei conti, Ragioneria generale, Agenas, Bocconi, Scuola Sant'Anna di Pisa, Luiss, fondi integrativi, imprese, sindacati. E chiude in bellezza l'Economia. Tutti in corteo al capezzale della crisi che oltre a pane di bocca rischia anche di togliere i servizi sanitari ai cittadini.

Tema all'ordine del giorno: la sostenibilità del Ssn che barcolla ogni giorno di più. «Basta tagli lineari», va dicendo il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, dal giorno dell'insediamento. Dirlo è buono e bello. Ascoltarlo pure.

Il come fare è tutta un'altra storia. E poiché qualcosa si dovrà fare (e in fretta), perché non affidare il compito di cominciare a tracciare la rotta a chi poi le eventuali antipatiche misure da intraprendere sarà costretto a votarle?

Niente piccoli gruppi di saggi o pensatori per la croce del Welfare. Tutto lo schieramento delle possibili fonti di buoni consigli è pronto a sfilare, da questa settimana, davanti alle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera. Che si sono prese la briga di cercare e servire sul piatto d'argento al Governo la soluzione alla domanda delle cento pistole (o siringhe?): «Quale sostenibilità garantire al Ssn, con quali mezzi e con quali prospettive?».

## IN RETE



Il programma delle audizioni

[www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)

Questo l'interrogativo dell'indagine conoscitiva voluta all'unanimità e deliberata dalle commissioni di Montecitorio.

«Il tema di fondo è come garantire esigenze e diritti di salute in maniera uniforme, tanto più in tempi ormai prolungati di crisi. Puntiamo ad arrivare a un documento finale in tempo per la legge di stabilità», garantisce **Pierpaolo Vargiu** (Scelta civica), presidente della Affari sociali a Montecitorio fissando per settembre la fine dei lavori.

«Non si tratta di mettere in discussione il Ssn ma di decidere come modificare il sistema della compartecipazione alla spesa o il rapporto Stato-Regioni e la riorganizzazione nell'erogazione dei servizi», puntualizza la capogruppo del Pd, **Donata Lenzi**. E di sfondo resta il vecchio, vecchissimo problema delle Regioni sotto piano di rientro e l'ancor più vetusto problema del gap Nord-Sud: «I conti stanno migliorando - segnala **Raffaele Calabrò**, capogruppo Pdl -

ma peggiora in maniera preoccupante la qualità dei servizi».

È con questi stati d'animo e con queste prospettive - mentre il vascello dell'Isee prepara a tirare la volata alla gestazione di un nuovo modello di copayment - che le commissioni Bilancio e Affari Sociali di Montecitorio lavoreranno gomito a gomito fino alla chiusura estiva dei lavori: appuntamento il giovedì, preparandosi a rimasticare nel corso del week end gli spunti ricevuti dagli auditi.

«È evidente che ci sarà una rimodulazione della spesa pubblica: lavorando con la commissione competente cercheremo risposte valide anche in una congiuntura economica negativa», garantisce **Francesco Boccia** (Pd), presidente della Bilancio. «Ci aspettiamo che la spesa venga ridotta ancora: la sfida è quella di garantire risorse di salute in un contesto economico di recessione», rincara Vargiu. «Con questa indagine vorremmo essere un interlocutore pro-attivo del governo: per questo abbiamo scelto di mettere assieme le sensibilità incarnate dalle due commissioni».

Purché non sia ancora una volta quella economica a prendere il sopravvento.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Più spesa nel privato. Non profit di qualità

## analisi

**Tagli e rinunce costringono sempre più italiani a pagare la sanità di tasca propria. Ecco come andrebbero aiutati**

DI CARLA COLLICELLI

**D**a quando i Piani di rientro nelle regioni con problemi di bilancio (dapprima) e le disposizioni della *spending review* (poi) hanno innescato una fase recessiva nella sanità italiana, si è riaperto il dibattito sul ruolo della sanità privata. È un dato di fatto che, pur spendendo in sanità pubblica solo 2.964 dollari pro-capite all'anno (a fronte dei 3.076 della Spagna e i 4.338 della Germania nel 2011), l'Italia stia affrontando per la prima volta tra 2012 e 2015 una riduzione del Fondo sanitario nazionale, pari a complessivi 34,9 miliardi di euro, i cui contraccol-

pi negativi si vanno ad aggiungere a quelli provocati nello stesso periodo dall'azzeramento del Fondo per la non autosufficienza, del Fondo inclusione immigrati e del Fondo servizi infanzia, e alle drastiche riduzioni introdotte negli altri fondi statali di carattere sociale (famiglia, pari, opportunità, giovani...). Non meraviglia quindi che l'accesso ai servizi sanitari pubblici diventi sempre più difficile e che si ricorra all'offerta privata.

Più di 12 milioni di italiani hanno dichiarato, nel corso di una ricerca Censis di un mese fa, di aver dovuto pagare più di prima di tasca propria per accedere ai servizi sanitari necessari; il 62% lo ha fatto per la insostenibilità delle liste di attesa; il 40% ha riscontrato un costo del ticket nel pubblico superiore o di poco inferiore a quello della parcella nella sanità privata; altri 9 milioni avevano dichiarato, qualche mese fa, di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria per motivi economici. A parte i rinunciatari, una realtà che andrebbe studiata più da vicino, un revival del privato quindi, che secondo l'Istat ha fatto crescere già tra 2009 e 2011 la spesa di tasca propria da 26 a 28 miliardi. Ed è

allora più che mai necessario distinguere tra le diverse forme di privato che esistono nella sanità italiana.

Dal punto di vista dei flussi finanziari, una parte cospicua della spesa di tasca propria viene utilizzata per acquistare prestazioni (soprattutto di diagnostica) negli ambulatori privati. Una parte se ne va nel cosiddetto "Low cost sanitario" (secondo AssoLow-cost 10 miliardi all'anno), dato da offerte veicolate per lo più attraverso la rete Internet. Di queste spese, poi, una parte (per circa 10 milioni di cittadini più fortunati), viene loro rimborsata da Fondi e Casse mutue integrative di origine contrattuale ed aziendale. La grande massa degli altri italiani sopporta in prima persona il carico dei costi aggiuntivi che - anche se a basso costo - sono gravosi e spesso improcrastinabili. La questione dei flussi e della loro razionalizzazione andrebbe affrontata con grande attenzione. Inoltre, rispetto alle strategie di tipo organizzativo e politico, occorrerebbe cominciare a lavorare nel pubblico sull'annoso problema dei tempi di accesso alle prestazioni

in una logica di priorità accertata dagli operatori (come succede al Pronto Soccorso con i codici di urgenza). Ancora, bisognerebbe cercare di indirizzare l'offerta di sanità privata verso le prestazioni assenti nel pubblico (come l'odontoiatria e la assistenza socio-sanitaria dei disabili).

Infine è necessario distinguere con attenzione tra strutture private for profit e strutture non profit. Le strutture non profit, in gran parte religiose, al di là di pochi casi eclatanti negativi, sono per lo più gestite in maniera oculata e con una attenzione particolare per i più fragili e malati, come emerge ad esempio dallo studio comparativo condotto nei mesi scorsi dal professor Americo Cicchetti del Centro Studi Altems del Policlinico Gemelli di Roma, su una serie di ospedali di Roma. Dalla ricerca si evidenzia l'alto grado di efficienza e di produttività di una struttura come il Gemelli, privata ma non a fini di lucro. Anche in questo caso quello che non funziona, o funziona male, sono i meccanismi di selezione e di orientamento della domanda proveniente dai cittadini di Roma, della regione Lazio e anche di altre regioni italiane, alla ricerca spasmodica di prestazioni a basso costo e di qualità, senza poter contare su adeguati supporti informativi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it





CONSIGLIO DEI MINISTRI

## «Fare» taglia certificati inutili e burocrazia

Si chiama «Fare» ed è il decreto che il Governo ha messo a punto su semplificazioni burocratiche e amministrative e le prime agevolazioni per il lavoro. Il testo (la cui approvazione in Consiglio dei ministri è prevista, al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale giovedì 13 giugno, già per sabato 15) affronta in undici capi e quasi cento pagine investimenti produttivi, ambiente, edilizia e anche Sanità.

Cinque i capitoli dedicati alla salute da semplificare. Il primo riguarda l'aviazione e si riferisce ai piccoli allevamenti che non pro-

ducono animali per la vendita ma solo per autoconsumo familiare. In quanti casi l'obbligo di tracciabilità previsto dal Dlgs 9/2010 non serve e viene abrogato. Lo stesso vale per la tracciabilità sanitaria perché si tratta di allevamenti da autoconsumo e quindi hanno un rischio minimo per la diffusione di malattie.

Poi la risonanza magnetica. Semplificazione per le procedure di autorizzazione per le apparecchiature, si riducono quelle sog-

gette ad autorizzazione della Salute per l'installazione e si ampliano le autorizzazioni da parte delle Regioni.

Per gli odontoiatri è cancellata la previsione dell'obbligo di specializzazione per accedere alla dirigenza Ssn perché la laurea in odontoiatria è già specialistica e quindi la specializzazione è un requisito ingiustificato.

Poi una serie di certificazioni da sopprimere. Analogamente a quanto già fatto in alcune Regioni si

propone di abolire una serie di certificazioni e autorizzazioni sanitarie perché in base alle attuali conoscenze scientifiche, non hanno più ragione di essere o sembrano, in ogni caso, inefficaci rispetto agli scopi per cui erano state previste.

Tra le certificazioni soppresse ci sono quelle di sana e robusta costituzione per alcuni compiti come l'ufficiale esattoriale; il certificato di idoneità per l'assunzione nelle lavorazioni non a rischio; il certificato medico di sana costituzione

fisica per i farmacisti; il certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego (impieghi civili dello Stato); il certificato di idoneità psico-fisica per i maestri di sci e quella alla conduzione di generatori a vapore; l'idoneità all'esecuzione di operazioni per l'impiego di gas tossici; il certificato per la vendita dei generi di monopolio.

C'è poi un capitolo (non nel capo dedicato alla salute) di semplificazione degli adempimenti su informazione, formazione e sorveglian-

za sanitaria, previsti dal Dlgs sulla sicurezza sul lavoro (81 del 2008) nei casi in cui la prestazione del lavoratore presupponga una permanenza di breve durata nei luoghi di lavoro (fino a 50 giornate lavorative nell'anno solare di riferimento), per evitare la ripetizione di adempimenti già svolti dallo stesso o da altri datori di lavoro. L'esempio è la visita medica di controllo per ogni prestazione lavorativa, anche di poche ore o ripetuta per la stessa attività di formazione riferita a un'analoga attività solo perché cambia il datore di lavoro.

Un chirurgo torinese annuncia che entro due anni sarà possibile. Ma la legge lo vieta e molti sostengono che si tratterebbe di un intervento da fantascienza eticamente riprovevole

# Trapianti, ora si pensa alla testa

## LA PROVOCAZIONE

**S**ergio Canavero, neurochirurgo di Torino, ne è certo: «Tra un paio d'anni saremo in grado di effettuare un trapianto di testa». Lo ha annunciato dando anche un buon numero di dettagli durante un'intervista al settimanale "Oggi" in edicola.

Si tratta di un progetto che è stato pubblicato sulla rivista scientifica "Surgical neurology internazionale" dal nome Haven/Gemini (Head anastomosis venture with cord fusion). Che, in teoria indica la possibilità di unire due diversi tratti del midollo spinale, quello di un corpo donato, con il moncone nel collo del paziente ricevente. Chi può arrivare a questo scambio? «Il donatore del corpo e il candidato ideale per accoglierlo - spiega il neurochirurgo che lavora alla Città della scienza e della salute di Torino - sono un individuo che ha perso la vita per un trauma cranico senza lesioni degli altri organi o chi ha subito un ictus fatale mentre il ricevente un paziente colpito da una malattia neuromuscolare degenerativa o una persona tetraplegica». Un progetto che evocare esperimenti di medicina estrema alla Frankenstein, un progetto che qui da noi, al momento è vietato. In Italia, infatti, non è possibile trapiantare né cervello né organi genitali.

Insomma, per gli addetti ai lavori, una sorta di oltraggio etico-chirurgico-scientifico. Una certezza che, secondo Canavero, potrebbe ricostruire la continuità del midollo spinale grazie a dei materiali chimici. Dei fusogeni, ha chiarito, o sigillanti di membrana. Questi sarebbero in grado, come testimoniano alcune sperimentazioni del 1999, di ridare integrità ad un nervo tagliato.

## LE CRITICHE

I colleghi del neurochirurgo di Torino lo attaccano, smentiscono le previsioni e bollano il progetto come fantascienza. Alessandro Nanni Costa che dirige il Centro nazio-

nale trapianti non lascia spazio al dubbio. Ricorda che si tratta di un intervento vietato. «Si tratta - spiega - di trapianti di strutture complesse di cui ancora ignoriamo tante cose. Atteniamoci alla sfera della realtà e al buon senso». Di riguardo «fantascientifico» parla Giulio Maira, ordinario di Neurochirurgia dell'università Cattolica: «Si è provato in tanti modi a ripristinare la funzione del midollo lesionato con ponti biologici che permettono alla fibre nervose di crescere e riempire la lesione. Si è provato con le cellule staminali ma, per ora, non ci sono risultati validi e siamo lontani dalle applicazioni cliniche». Canavero ha lavorato su macachi, i neurochirurghi avanzano dubbi sulla possibilità di passare, con successo, dalla fase sperimentale sull'animale a quella sull'uomo.

Passaggio di una tecnica che porta con sé forti considerazioni bioetiche. Più di un trapianto di testa, è l'obiezione, si tratterebbe di un trapianto di corpo. Dal momento che il cervello si struttura in funzione del corpo sui cui si sviluppa. «Trapiantare un corpo ad una testa - commenta Gilberto Corbelli-

ni, storico e filosofo della scienza all'università La Sapienza di Roma - ha lo stesso valore che tenere un cervello artificialmente in vita. Prima che un problema etico vedo un'idea sbagliata sul fatto che la testa di qualcuno possa controllare il corpo di un altro individuo». Chi guida il network dei giovani ricercatori dell'Istituto europeo di neuroscienze (Ebri) fondato dal premio Nobel Rita Levi Montalcini, Antonio Cattaneo, è preoccupato delle false speranze che questo annuncio può generare. «Soprattutto - dice - nei pazienti tetraplegici».

**C.Ma.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



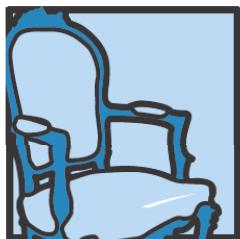
IL COLLAGE  
Un'opera della poetessa polacca Wislawa Szymborska fino al 27 giugno al Goethe Institut di Roma  
(Courtesy Fondazione Wislawa Szymborska)

**«SAREBBE COME TENERE UN CERVELLO ARTIFICIALMENTE IN VITA»**

**Gilberto Corbellini**  
*filosofo della scienza*



# Sanità



AGENAS/ Indagine sull'utilizzo improprio delle strutture di emergenza nel 2012

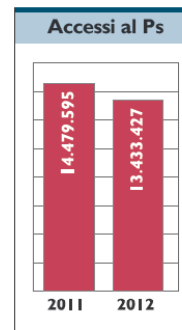
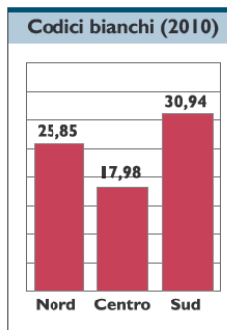
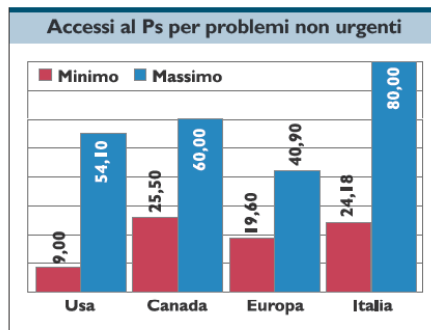
## Pronto soccorso, crollo di accessi

Un milione in meno in un anno - Monitorati i progetti di 12 Regioni

In un anno - nel 2012 rispetto al 2011 - crollano gli accessi in Pronto soccorso passati da 14.479.595 a 13.433.427. Un milione in meno circa che l'Agenas considera impropri, legati cioè a codici e situazioni gestibili sul territorio. E che l'Agenas analizza in uno studio su «assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso: evidenze e indirizzi», pubblicato sull'ultimo numero della rivista Monitor.

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza - come spiegano il presidente Agenas **Giovanni Bissoni** e il direttore dell'Agenas **Fulvio Moirano** - è ampiamente diffuso sia a livello internazionale sia italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al pronto soccorso per problemi non urgenti si attesta tra le varie strutture tra il 9% e il 54,1% negli Usa, tra il 25,5% e il 60% in Canada, tra il 19,6% e il 40,9% in Europa. Una variabilità, spiegano i vertici Agenas commentando l'indagine, presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società italiana di medicina di emergenza e urgenza che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino a un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24,18% (Sud e Isole 30,94%, Centro 17,98%, Nord 23,85%).

Nella ricerca sono stati monitorati i progetti presentati da 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria,



Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto) che riguardano soprattutto la sperimentazione di modelli territoriali di diversa tipologia e diversa denominazione (presidi territoriali di assistenza, assistenza territoriale integrata, ambulatorio di nucleo di cure primarie, casa della salute), ma anche alcuni modelli ospedalieri (a esempio, ambulatorio codici bianchi; ambulatori codici di minor gravità gestiti dai Mmg presso i pronto soccorso).

Nello studio, sono state verificate anche le componenti organizzative e professionali dei progetti regionali che hanno tutti come obiettivo il miglioramento dell'assistenza sul territorio e la promozione della riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

La modalità organizzativa preferita, per rispondere all'esigenza di continuità dell'assistenza, è il servizio a gestione territoriale (92,8% casi), con un'accessibilità che nel 42,8% dei casi si articola per 7 giorni su 7 e un'apertura h24 del servizio in circa il 30% dei casi. Tutte le linee proget-

tuali prevedono comunque un'accessibilità non inferiore alle 12 ore giornaliere. Dal monitoraggio effettuato emerge come sia riconosciuto un ruolo centrale, nel contenimento degli accessi impropri al pronto soccorso, ai medici del territorio, siano essi il medico di continuità assistenziale (o guardia medica) o il medico di medicina generale. Queste figure sono coinvolte nel 92,9% dei casi, anche se con diverse modalità collaborative: il 92,8% delle linee progettuali coinvolge il medico di continuità assistenziale, il 71,4% il medico di medicina generale e, nel 64,4% dei casi, sono presenti insieme.

La ricerca offre anche i risultati di un approfondimento su quattro casi studio in Calabria, Toscana, Veneto ed Emilia-Romagna: una medicina

di gruppo h12 che diventa h24 per la Regione Calabria, una Casa della salute per la Regione Toscana, un'Aggregazione funzionale territoriale (Aft) per il Veneto, un ambulatorio di medicina generale in nucleo di cure primarie (Ncp) h12 per l'Emilia Romagna. In due dei quattro casi esaminati, gli effetti prodotti sono risultati ampiamente positivi in termini di riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso, anche nel poco tempo trascorso dalla loro attivazione. Negli altri due casi, i risultati non sono significativi nei primi anni di attività in quanto non sembrano aver ancora modificato in modo incisivo i comportamenti degli assistiti. Tuttavia, a oggi - secondo lo studio - non è ancora possibile formulare una valutazione conclusiva dell'impatto prodotto da queste esperienze, in quanto ciò richiede un periodo più lungo di quello considerato nello studio.

Lo studio ha confermato anche che il fenomeno degli accessi impropri al pronto soccorso rappresenta una "punta dell'iceberg" rispetto alla necessità di un riequilibrio di sistema

e della riorganizzazione dell'assistenza primaria, tenendo conto dei bisogni dei pazienti rappresentati, individuabili in quattro target: soggetto sano o apparentemente sano; paziente non classificato; paziente cronico; paziente non autosufficiente e/o fragile.

«La ricerca - commentano Bissoni e Moirano - offre alcuni spunti di miglioramento per l'attivazione e lo sviluppo delle iniziative nell'ambito dell'assistenza primaria, utili tanto ai decision maker di diverso livello istituzionale nella programmazione e controllo quanto ai professionisti per lo svolgimento della pratica clinica. Alcuni di questi elementi riguardano la metodologia di analisi dei progetti, le caratteristiche delle basi dati e delle procedure statistiche da utilizzare per le valutazioni di impatto acquistano particolare importanza in questo periodo di crisi finanziaria generalizzata, soprattutto nelle Regioni interessate dai Piani di rientro dal disavanzo sanitario che stanno provvedendo alla riorganizzazione della rete dei servizi cercando il corretto punto di equilibrio tra le reti dell'emergenza-urgenza, territoriale e ospedaliera».

Per raggiungere questi obiettivi, concludono, è necessaria una chiara e sistemica strategia organizzativa di tipo regionale che, «nel rispetto dei principi di un sistema universalistico pubblico, riesca a definire in maniera sostenibile priorità di intervento sui bisogni di salute adeguatamente misurati, presentare una offerta di servizi non frammentata e in una logica prestazionale e in grado di monitorare e guidare i processi di assistenza con tempi e strumenti adeguati».

Paolo Del Bufalo

**IN RETE**

@ Il numero di Monitor sullo studio

www.24oresanita.com

# LEGGI

## A causa dell'artrite lavoro in crisi

*Dati allarmanti: carriera a rischio per il 41% di chi è colpito dalla malattia*



MADRID - Il 41% di chi è colpito da artrite reumatoide afferma che la propria carriera o capacità di lavorare sono stati influenzati in maniera negativa dalla malattia, uno su tre dichiara di aver dovuto assentarsi dal lavoro (33%) oppure lasciare l'impiego per un

certo periodo di tempo (32%). Sono alcune risposte della più grande indagine su questa patologia, che colpisce le articolazioni e che ha coinvolto 10.171 pazienti in 42 nazioni, presentata da AbbVie a Madrid in occasione del congresso annuale EULAR. I dati so-

no stati annunciati in occasione dell'evento di lancio dell'iniziativa "RA: Join the Fight".

«Ho trovato sorprendente che nonostante più di quattro pazienti cinque siano consapevoli della natura grave e progressiva dell'artrite reumatoide, un piano di gestione della malattia sia disponibile per solo il 56% dei soggetti», afferma Peter Nash, Professore Associato, Department of Medicine, Università del Queensland, Australia. **(A.Cap.)**

# quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 19 GIUGNO 2013

## L'Assemblea Mondiale della Sanità. Duemila delegati da tutto il mondo. Ecco le risoluzioni

***Una settimana di discussione serrata dei principali attori dell'Oms. Principale argomento di discussione il nuovo corona-virus. Ma anche la copertura sanitaria universale, i vaccini, l'e-Health: 2000 delegati, 24 ratificazioni, 5 decisioni. Ma quali sono le principali?***

Sono stati sette giorni di intensa discussione quelli della 66esima Assemblea Mondiale della Sanità, che si è tenuta come ogni anno a Ginevra, a fine maggio. Il meeting ha visto la partecipazione di quasi 2000 delegati da tutti gli stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Un'assemblea importante, il cui tema principale è stato – come prevedibile – quello del nuovo coronavirus, che per oltre un mese ha tenuto il mondo col fiato sospeso.

“Guardando alla situazione globale della sanità, la mia più grande preoccupazione rimane il nuovo coronavirus”, ha detto **Margaret Chan**, direttore generale dell'Oms nel discorso conclusivo dell'Assemblea. “Sappiamo troppo poco del virus, se mettiamo a confronto con l'enormità del rischio che potrebbe rappresentare. Ogni nuova malattia che emerge più velocemente di quanto ci mettiamo noi a comprenderla è un'incognita che potrebbe sfuggire al nostro controllo”. Chan ha poi aggiunto: “I casi sparsi nel mondo sono campanelli di allarme a cui dobbiamo rispondere. Il nuovo coronavirus non è un problema dei singoli stati colpiti, da ragionare e risolvere in autonomia. È un rischio per tutti e tutte”.

Tuttavia, il nuovo coronavirus non è l'unico argomento discusso nel corso dell'Assemblea Mondiale. In tutto ha approvato 24 ratificazioni e 5 decisioni. Tra queste, alcune riguardano malattie e condizioni specifiche, altri strumenti e obiettivi.

### **e-Health**

Una delle risoluzioni riguarda la standardizzazione e l'interoperabilità dei nuovi sistemi di e-Health. Gli obiettivi principali da raggiungere sono svariati: rilevazione di dati più accurati e registrazione/consultazione veloce, integrazione con i sistemi e i servizi sanitari standard, sicurezza e tutela della privacy nell'annotazione delle informazioni dei pazienti.

### **Copertura sanitaria universale**

Altra risoluzione importante riguarda la decisione degli Stati Membri di impegnarsi per assicurare che tutti i cittadini ottengano i servizi sanitari di cui hanno bisogno senza il rischio di tracollo finanziario, specificando che non basta garantire il finanziamento alla sanità, ma che il servizio sanitario offerto sia di qualità ed economico a tutti i livelli.

### **Prodotti salva-vita per donne e bambini**

Sono 13 le merci di cui gli Stati Membri si sono impegnati a garantire la qualità, la disponibilità e l'uso per le donne e i bambini di tutto il mondo, come ad esempio contraccettivi, antibiotici, terapie per combattere la disidratazione. Con la risoluzione i sistemi sanitari dell'Oms hanno inoltre stabilito di velocizzare il processo di registrazione per questi prodotti salva-vita e di sviluppare piani di lavoro per aumentarne la richiesta e facilitarne l'accesso.

### **Global Vaccine Action Plan**

Altra risoluzione cruciale riguarda i vaccini, con i quali dovrebbe essere possibile prevenire milioni di morti entro il 2020. L'idea è quella di garantire un accesso più equo all'immunizzazione per chiunque in ogni comunità, ma anche quella di iniziare un processo di revisione indipendente dei vaccini oggi disponibili, in modo da valutarne l'efficacia.

### **Malattie non trasmissibili**

Argomento principe dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2012, non poteva mancare una risoluzione anche sul problema delle malattie non trasmissibili, che includono le patologie cardiocircolatorie e quelle croniche alle vie respiratorie, ictus, diabete e cancro. tra gli obiettivi prefissati dagli Stati Membri c'è quello di ridurre la mortalità per questo tipo di condizioni del 25% entro il 2025. Ma non solo: l'idea è anche quella mettere in piedi un sistema di monitoraggio che controlli 25 indicatori legati alla mortalità e alla morbilità, che valuti i progressi fatti nel diminuire i fattori di rischio e che giudichi se i piani di azione e le strategie nazionali funzionino.

### **Malaria**

I tassi di mortalità per questa malattia nel mondo sono diminuiti del 25% dal 2000 al 2010. Tuttavia, il recente taglio al Fondo Globale potrebbe oggi mettere a repentaglio questi buoni risultati ottenuti. Tra i principali problemi quello di sorveglianza della malattia in particolare per le forme più resistenti. L'Assemblea Mondiale ha sottolineato che progressi nella lotta alla malattia potranno essere fatti solo se i prossimi interventi copriranno il 17 Stati più colpiti al mondo, che da soli vedono circa l'80% dei casi.

### **Pandemia influenzale**

L'Assemblea Mondiale ha rilevato l'assenza di strutture di base utili per la lotta alla pandemia. In particolare, in molte nazioni mancano ancora laboratori di studio e sistemi di sorveglianza della malattia, nonché regolamentazione e disponibilità di vaccini.

Altre risoluzioni e decisioni riguardavano il budget dell'Oms per il biennio 2014-15, la riforma dell'Organizzazione stessa, la regolamentazione sanitaria internazionale, il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, l'aumento dell'attenzione ai fattori sociali della salute, il metodo di trattamento della disabilità e delle malattie mentali, la prevenzione delle malattie agli occhi e della cecità, lo stato delle malattie tropicali trascurate, l'intensificazione del programma di eradicazione della poliomielite, l'eliminazione dal commercio di prodotti medici contraffatti o con etichette false, la salvaguardia delle condizioni di salute nei territori palestinesi occupati e infine il 12esimo programma di lavoro dell'Oms.

*Laura Berardi*

# Cura con il metodo Stamina: al via la sperimentazione

È ormai partito il conto alla rovesci per l'avvio della sperimentazione del metodo Stamina, la terapia messa a punto da Davide Vannoni, presidente di Stamina Foundation, e che utilizza cellule staminali mesenchimali. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha infatti firmato il decreto attuativo per il via ai trial clinici entro il primo luglio, come già stabilito. L'ultima parola spetterà ad un Comitato scientifico che dovrà decidere criteri e dettagli della sperimentazione. «I protocolli di avvio per la sperimentazione clinica del metodo Stamina con cellule staminali sono partiti; ho



firmato il decreto e si sta predisponendo la cell-factory. Entro il primo luglio saremo pronti. Speriamo - ha affermato Lorenzin - in risultati positivi». Sarà dunque un Comitato scientifico - di cui faranno parte Istituto superiore di sanità, Centro nazionale trapianti e Agenzia del farmaco, oltre a vari esperti - a decidere i criteri ed i dettagli della sperimentazione. Il Comitato dovrà stabilire per quali patologie verrà avviata la sperimentazione, quali dovranno essere i criteri per la scelta dei pazienti e le modalità di produzione delle cellule staminali.

**I piccoli guai dell'estate**

**SUSTENIUM**  
Energia e Vitalità

AGGIUNTA  
UNATTESA  
COSTA POCO

Chi non è riuscito a dormire la notte è un sintomo di un problema di salute che deve essere risolto.



**In cura**  
Attualmente  
sono 84 i  
pazienti in  
cura presso  
gli Spedali di  
Brescia



**I CRITERI FISSATI DA UN COMITATO SCIENTIFICO**

## Staminali, dal governo sì alla sperimentazione

**Il ministro Lorenzin  
firma il decreto  
Vannoni: «Ma nessuno  
ci ha consultato»**

ROMA

Conto alla rovescia per l'avvio della sperimentazione del metodo Stamina, la terapia messa a punto da Davide Vannoni, presidente di Stamina Foundation, e che utilizza cellule staminali mesenchimali. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha firmato ieri il decreto attuativo per il via ai trial clinici entro il primo luglio, come già

stabilito. L'ultima parola spetterà però, secondo quanto previsto dal decreto, ad un Comitato scientifico che dovrà decidere criteri e dettagli della sperimentazione.

Del Comitato scientifico faranno parte l'Istituto superiore di sanità, il Centro nazionale trapianti e l'Agenzia del farmaco, oltre a vari esperti. Dovranno stabilire per quali patologie verrà avviata la sperimentazione, quali dovranno essere i criteri per la scelta dei pazienti e le modalità di produzione delle cellule staminali.

La notizia della firma del decreto è stata accolta con soddisfazione, ma anche sorpresa, da Vannoni: «Mi sembra molto strano. Ancora non ci è stato chiesto di consegna-

re il nostro protocollo, né è stata fissata la date del primo incontro con le istituzioni competenti. Ci fa piacere che il ministro abbia firmato il decreto, perché questo è indice della volontà di andare avanti con la sperimentazione. Ribadisco comunque che saremo disponibili a fornire il nostro protocollo di cura solo a determinate condizioni, a partire dal fatto che la produzione delle staminali possa essere fatta dai biologi di Stamina». Al momento, ricorda Vannoni, sono «84 i pazienti già in cura agli Spedali di Brescia con il nostro metodo, ma ci sono 600 famiglie pronte a fare ricorso per ottenere le cure».

Intanto, dall'Ordine dei medici di Brescia arriva una dura presa di posizione: ha approvato un documento per «ribadire l'indipendenza degli iscritti» e per lanciare «un appello alla Federazione nazionale ordini medici perché intervenga presso le sedi parlamentari e governative» in merito alle terapie con cellule staminali.

L'amantadina, utilizzata per i malati di Parkinson, si è rivelata efficace anche per chi non riesce a rinunciare alle scommesse

# Basterà una pillola per curare la febbre da gioco

## LA RICERCA

**N**ata come antivirale per le vie respiratorie, è utilizzata per i malati di Parkinson e oggi si è dimostrata efficace per curare i giocatori d'azzardo. Curiosa la vita di questa sostanza, l'amantadina, che si scopre essere prescritta per patologie così diverse tra loro. Dall'influenza all'impulso a puntare sui cavalli o a scommettere su una partita di calcio. Oltre ottocentomila persone malate di ludopatia, coloro che spinte da un irrefrenabile impulso buttano denaro, tempo e vita in una slot o in qualsiasi altro gioco che regala un sinistro piacere. Una dipendenza come le sostanze e l'alcol.

Tutto inizia da effetti secondari di altri farmaci indicati per la terapia del Parkinson. Farmaci che, a lungo andare, scatenavano nei pazienti il desiderio di scommettere. Per riparare quel danno i neurologi si sono spostati sull'amantadina. Risultato: niente dipendenza. Da qui, l'ipotesi, di adottare quel farmaco per i pazienti che lottano con il gioco. Parte una sperimentazione con

**«LA LUDOPATIA  
DISTRUGGE LA VITA  
CON QUESTO FARMACO  
CALA LA DIPENDENZA»**

Giovanni Martinotti  
psichiatra

numero limitato di volontari seguiti da neurologi e psichiatri dell'università di Chieti. Risultato: questa sostanza riduce la voglia di scommettere. La ricerca è stata presentata alcuni giorni fa a Barcellona davanti alla platea dell'European neurological society da Giovanni Martinotti ricercatore alla cattedra di Psichiatri dell'università di Chieti diretta dal professor Massimo Di Giannantonio.

Martinotti, coordinatore nazionale dei Giovani psichiatri, è pronto ad avviare un nuovo studio con più pazienti. Va verificato se, con numeri più ampi e con una diversa organizzazione clinica, si arriva agli stessi risultati.

**Che avete pensato quando avete saputo che un farmaco contro il Parkinson poteva aiutare chi è dipendente dal gioco? Sorpresi?**

«Una piacevole sorpresa quando l'équipe del professor Marco Onofri della Neurologia dell'università di Chieti ci ha mostrato le sue evidenze scientifiche. Sapevamo che alcuni farmaci, nei parkinsoniani, inducono alla compulsione ma non pensavamo che altri avessero l'effetto opposto».

**Voi lavorate sulle dipendenze, in particolare queste dal gioco che, in pochi anni, sono diventate un allarme sociale per i giovanissimi e per i loro nonni?**

«Il nostro gruppo ha voluto subito sperimentare perché la ludopatia distrugge la vita del paziente e quella delle loro famiglie».

**Ma come può uno stesso farma-**

**co essere utilizzato per chi ha il Parkinson e chi gioca d'azzardo?**

«Nel Parkinson viene sfruttato l'effetto dell'aumento di dopamina in generale nel sistema nervoso, nelle dipendenze e nel gambling viene utilizzato l'aumento di dopamina specificatamente nel nucleus accumbens, il centro del piacere e della gratificazione».

**Qual è stato il commento dei pazienti?**

«Ci hanno detto che il desiderio di giocare si era ridotto. La sperimentazione è durata per alcuni tre mesi e per altri sei. Due compresse al giorno».

**Avevano, cioè, più tempo per riflettere?**

«L'assenza di compulsione permette al paziente di fermarsi. Di avere maggiori vantaggi dagli incontri con lo psicoterapeuta come dai gruppi di aiuto».

**Prendendo questo farmaco sono state sospese le altre terapie?**

«In generale questi pazienti assumono, in diverse dosi e secondo la gravità della patologia, degli antidepressivi o ansiolitici. La psicoterapia è un vero sostegno. Chi ha accettato la sperimentazione ha aggiunto l'amantadina al resto del programma terapeutico».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ridotto  
il desiderio  
di giocare nei  
pazienti curati  
con questa  
sostanza

DOSSIER CHOC LA MAPPA DELLE DIECI MUNICIPALITÀ: PIÙ COLPITI GLI UOMINI, PIÙ A RISCHIO POLMONI E COLON

# Tumori, ecco dove si muore di più

## A Napoli 2.800 vittime all'anno: il record a Pianura e nell'area Nord

**NAPOLI.** All'ombra del Vesuvio si muore sempre più di tumore. Ogni anno sono circa 2.800 a Napoli gli ammalati di cancro che non riescono a vincere la loro battaglia contro la malattia. Dati allarmanti quelli resi noti ieri dall'Associazione Napoletana Giovani Ricercatori che ha monitorato il quinquennio 2004-2009. Ad ammalarsi sono molti più uomini che donne: 56% contro il 44%. Per i primi il principale nemico per la salute è il cancro al polmone, per le seconde quello alla mammella. La densità di napoletani ammalati è maggiore a Pianura e nell'area nord. All'interno i dati quartiere per quartiere.

PRIMO PIANO A PAG.3

**IL MONITORAGGIO** Uomini più colpiti delle donne. I maggiori "nemici" sono il cancro al polmone e alla mammella

# Tumori, ogni anno a Napoli 2.800 morti

di Carmine di Guida

**NAPOLI.** A Napoli si muore sempre più spesso di tumore. Lo dicono i dati statistici dell'Associazione Napoletana Giovani Ricercatori (Angir). A distanza di un anno dalla nascita dell'osservatorio oncologico sono stati presentati dall'assessore alla Salute, Pina Tommaselli, i dati allarmanti emersi dal lavoro svolto sul territorio. I dati, che si rifanno al Registro Nominativo delle Cause di Morte (Rencam) dell'Asl Napoli1, hanno fotografato lo stato di salute della città partenopea per quanto riguarda la mortalità per malattie oncologiche. Attraverso questo progetto sono stati individuati i dati sulla mortalità di ogni municipalità per ogni singola patologia tumorale. Dai dati è emerso che nel comune di Napoli vi è un aumento di mortalità tumorale rispetto alla media nazionale di circa il 30%. Dal 1 gennaio 2004 al 31 dicembre 2009, infatti, il Rencam Asl Napoli 1 ha registrato mediamente per ogni anno 2.857 decessi per tumore. Di questi il 56% uomini e il 44% donne. Gli organi maggiormente colpiti da tumori sono il polmone negli uomini e la mammella per le donne. Per quanto riguarda gli uomini il polmone segna il primato col 32,4% di de-

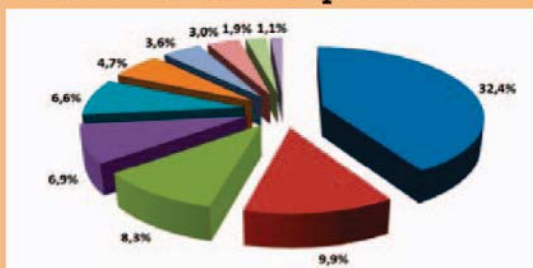
cessi, seguono il colon (9,9%), fegato (8,3%), prostata (6,9%), vescica (6,6%), stomaco (4,7%), pancreas (3,6%) e leucemia al 3,0%. Nelle donne la patologia tumorale più frequente si riscontra alla mammella. Il 16,1% delle donne affette muoiono. E purtroppo il dato più avvilente è che negli ultimi anni questo cancro ha contagiato soprattutto giovani donne under 30. Quindi anche la diagnostica mediante lo scanner, consigliata alle donne che hanno superato i 40 anni, non è riuscita a prevenire l'aggravarsi della malattia. Anche nelle donne il polmone segna un dato importante: 13,3% di decessi. Seguono colon, al 12,2%, fegato (7,1%), pancreas (5,5%), stomaco (4,6%). Sotto la soglia del 4% di mortalità si trovano utero (3,9%) e ovaio (3,5%). La dottoressa Maria Grimaldi, Presidente dell'A.N.Gi.R. si dice «soddisfatta del lavoro prodotto da questo gruppo di 14 giovani studiosi, quasi tutti under 35. Hanno lavorato con dedizione e professionalità. Hanno contribuito, attraverso questo supporto statistico, a informare con i numeri i cittadini e le istituzioni sul gravissimo stato di mortalità di questa città». Una di queste giovani dottoresse, Grazia Arpino, oncologa della Federico II, sottolinea un aspetto particolare: «In alcune municipalità c'è un aumento della mortalità mediante tumori curabili che in altre parte d'Italia non

vengo considerati "big killer". È questo il caso del tumore del fegato che registra un elevato aumento di mortalità in alcune municipalità. Stesso discorso vale per il mesotelioma. Tra i fattori di rischio che influenzano l'incidenza di questi due tipi di tumore bisogna segnalare l'esposizione all'amianto, per il mesotelioma, e la cirrosi epatica, l'epatite B e C per il tumore epatico». Per l'assessore Tommaselli «l'osservatorio ha lavorato nella maniera ottimale utilizzando le banche dati del Comune di Napoli e dell'Asl Napoli1. Ha dato vita ad uno strumento utile per la futura programmazione sanitaria e ambientale. Ci stiamo muovendo per eventuali bonifiche e interventi ambientali. Speriamo che il nostro lavoro venga appoggiato anche dalle altre istituzioni per migliorare l'ambiente della città». Secondo l'assessore i dati dimostrano inoltre una «scarsa offerta sanitaria e una scarsa prevenzione per alcuni tumori».



## IL DOSSIER CHOC

### Maschi: i tumori più diffusi



polmone	32,4%	prostata	6,9%	pancreas	3,6%
colon	9,9%	vescica	6,6%	leucemie	3,0%
fegato	8,3%	stomaco	4,7%	NHL	1,1%

### Ecco dove si muore di più

#### PRIMA MUNICIPALITÀ

CHIAIA - POSILLIPO  
SAN FERDINANDO

1. polmone 29,5%
2. prostata 9,8%
3. colon retto 9,6%
4. fegato 6,1%
5. vescica 4,9%

#### TERZA MUNICIPALITÀ

STELLA S. CARLO ARENA

1. polmone 32,3%
2. fegato 10,0%
3. colon retto 9,8%
4. prostata 9,1%
5. vescica 5,9%

#### QUINTA MUNICIPALITÀ

ARENELLA-VOMERO

1. polmone 29,4%
2. colon retto 11,4%
3. prostata 9,2%
4. vescica 8,1%
5. fegato 5,2%

#### SETTIMA MUNICIPALITÀ

MIANO-SECONDIGLIANO

1. polmone 35,6%
2. fegato 10,3%
3. colon retto 9,2%
4. vescica 6,3%
5. prostata 5,6%

#### NONA MUNICIPALITÀ

SOCCAVO-PIANURA

1. polmone 36,9%
2. fegato 8,4%
3. colon retto 8,1%
4. vescica 5,2%
5. prostata 5,0%

#### SECONDA MUNICIPALITÀ

AVVOCATA - MONTECALVARIO -  
MERCATO - PENDINO

1. polmone 33,5%
2. colon retto 9,8%
3. fegato 8,5%
4. vescica 6,2%
5. prostata/stomaco 5,9%

#### QUARTA MUNICIPALITÀ

S. LORENZO - VICARIA

1. polmone 32,5%
2. fegato 9,7%
3. colon retto 8,4%
4. vescica 7,0%
5. prostata 5,7%

#### SESTA MUNICIPALITÀ

PONTICELLI-BARRA

1. polmone 32,1%
2. colon retto 10,3%
3. fegato 8,5%
4. vescica 7,5%
5. stomaco 4,3%

#### OTTAVA MUNICIPALITÀ

PISCINOLA - MARIANELLA-  
CHIAIANO-SCAMPIA

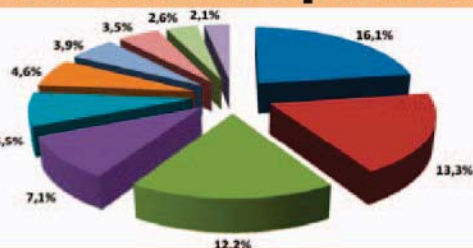
1. polmone 33,3%
2. colon retto/ fegato 10,5%
3. -
4. vescica 6,3%
5. prostata 5,3%

#### DECIMA MUNICIPALITÀ

BAGNOLI-FUORIGROTTA

1. polmone 30,2%
2. colon retto 10,7%
3. vescica 7,5%
4. fegato/prostata%
5. -

### Femmine: i tumori più diffusi



mammella	16,1%	fegato	7,1%	utero	3,9%
polmone	13,3%	pancreas	5,5%	ovaio	3,5%
colon	12,2%	stomaco	4,6%	NHL	2,6%

### Ecco dove si muore di più

#### PRIMA MUNICIPALITÀ

CHIAIA - POSILLIPO  
SAN FERDINANDO

1. polmone 18,9%
2. mammella 16,5%
3. colon retto 10,5%
4. pancreas 4,8%
5. fegato/stomaco 4,2%

#### TERZA MUNICIPALITÀ

STELLA S. CARLO ARENA

1. mammella 17,3%
2. colon retto 14,3%
3. polmone 11,6%
4. fegato 7,6%
5. pancreas 6,1%

#### QUINTA MUNICIPALITÀ

ARENELLA-VOMERO

1. mammella 15,6%
2. polmone 15,2%
3. colon retto 11,7%
4. pancreas 5,1%
5. fegato 4,3%

#### SETTIMA MUNICIPALITÀ

MIANO-SECONDIGLIANO-SAN  
PIETRO A P.

1. mammella 15,1%
2. colon retto 12,9%
3. fegato 12,8%
4. polmone 11,3%
5. stomaco 5,5%

#### NONA MUNICIPALITÀ

SOCCAVO-PIANURA

1. mammella 18,3%
2. polmone 13,2%
3. colon retto 11,5%
4. fegato 8,6%
5. pancreas 5,7%

#### SECONDA MUNICIPALITÀ

AVVOCATA - MONTECALVARIO -  
MERCATO - PENDINO

1. mammella 15,8%
2. polmone 13,1%
3. colon retto 13%
4. fegato 6,7%
5. stomaco 5,3%

#### QUARTA MUNICIPALITÀ

S. LORENZO - VICARIA  
POGGIOREALE

1. mammella 15,9%
2. polmone 12,9%
3. colon retto 11,9%
4. fegato 8,3%
5. pancreas 5,6%

#### SESTA MUNICIPALITÀ

PONTICELLI-BARRA

1. mammella 16,9%
2. colon retto 11,5%
3. polmone 10,7%
4. fegato 7%
5. pancreas 5,3%

#### OTTAVA MUNICIPALITÀ

PISCINOLA - MARIANELLA- CHIA-  
IANO-SCAMPIA

1. mammella 15,1%
2. polmone 11,8%
3. colon retto 11,1%
4. fegato 8,2%
5. pancreas 5,9%

#### DECIMA MUNICIPALITÀ

BAGNOLI-FUORIGROTTA

1. mammella 15,1%
2. colon retto 13,3%
3. polmone 12,9%
4. pancreas 7,1%
5. fegato 6,7%