

Rassegna del 01/07/2010

LE SCIENZE - Ru486 e la pillola del giorno dopo - Sgheri Cinzia

1



RU486 e LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO

di Carlo Flamigni e Corrado Melega

L'Asino d'Oro, Roma, 2010, pp. 201 (euro 12,00) e pp. 180 (euro 12,00).

Non tutte le streghe sono state bruciate, recita il sottotitolo di *RU486*, che Carlo Flamigni e Corrado Melega hanno pubblicato per i tipi di L'Asino d'Oro insieme a un altro volume, *La pillola del giorno dopo*. Perché i due libri, oltre che agli operatori sanitari e a coloro che vogliono approfondire questi temi, sono dedicati soprattutto alle donne. Ieri bruciate con l'accusa di stregoneria, oggi ancora troppo spesso private di diritti fondamentali, su tutti quello di decidere del proprio corpo e della propria salute in autonomia e in libertà.

Ma Flamigni, già docente di ostetricia e ginecologia all'Università di Bologna, oggi membro del Comitato nazionale di bioetica e presidente onorario dell'AIED, e Melega, ginecologo, presidente della Commissione regionale Percorso Nascita dell'Emilia-Romagna e tra i fondatori del pronto soccorso per le donne vittime di violenza dell'Ospedale «Maggiore» di Bologna, dedicano *RU486* anche ai membri del Consiglio superiore di sanità, nei confronti dei quali, dichiarano, non nutrono buoni sentimenti. «C'è da chiedersi – scrivono – perché vi sia un così pervicace accanimento contro un farmaco che vie-

ne usato nel mondo da più di vent'anni, che è stato definito farmaco essenziale dall'OMS, che è stato approvato dalle più autorevoli agenzie competenti in tema di farmaci, che secondo alcune statistiche ha un indice di percezione positiva superiore al metodo chirurgo, che permetterebbe di eseguire la IVG in condizioni migliori in paesi dove la sicurezza e l'igiene sono scarse, che consentirebbe di non ricorrere all'intervento in settimane di gestazione avanzate con minor pericolo per la salute delle pazienti».

Gli autori rispondono con un linguaggio semplice ma rigoroso, per chiarire i meccanismi d'azione dell'aborto farmacologico e per provare a mettere ordine in un dibattito, quello sull'introduzione in Italia della pillola abortiva, in cui troppo spesso si perde di vista l'obiettivo principale: garantire la libertà e la salute della donna. E siccome troppo spesso si sente parlare indifferentemente di pillola abortiva e di pillola del giorno dopo, mentre sono farmaci diversi, i due libri si possono leggere insieme, per riflettere sui temi della contraccezione d'emergenza e dell'interruzione di gravidanza.

Cinzia Sgheri

Rassegna del 01/07/2010

GIOIA - Amore in gravidanza : quasi sempre si può - Graziottin Alessandra

1



Il rapporto va evitato se...

I soli casi clinici in cui l'astinenza va rispettata sono:

- minaccia d'aborto o di parto prematuro (solo finché dura il problema);
- ipercontrattilità uterina in trattamento con farmaci tocolitici, volti a rilassare la parete uterina;
- placenta previa, ossia impiantata nella parte

inferiore della cavità uterina, e il cui distacco può provocare emorragie;

- dilatazione del collo dell'utero prematura rispetto alla data del parto;
- rottura prematura del sacco amniotico in trattamento conservativo, cioè con farmaci volti a proteggere la maturazione dei polmoni del bambino.

COSA INFLUENZA IL DESIDERIO QUANDO SI ASPETTA UN BAMBINO

La sessualità della coppia durante la gestazione dipende da molti fattori:

- le condizioni di salute della donna e la qualità del decorso della gestazione;
- la qualità della vita intima nell'anno precedente la gravidanza: una coppia appagata ha più probabilità di mantenere una buona intesa anche in questo periodo;

- il fatto che il concepimento sia stato desiderato o accidentale;
- la presenza di altri figli, che possono essere sentiti come un fattore limitante;
- la situazione psicologica della donna e il suo vissuto della maternità;
- l'atteggiamento del partner verso la "presenza" e l'incolumità del bambino.

GINECOLOGIA & VITA DI ALESSANDRA GRAZIOTTIN*

AMORE IN GRAVIDANZA: QUASI SEMPRE SI PUÒ

Sono incinta di due mesi e la gravidanza procede normalmente. A differenza delle mie amiche, ho ancora molto desiderio per mio marito, anzi la felicità per questo bambino mi ha aumentato la voglia di far l'amore e anche la soddisfazione! Vorrei continuare ad avere rapporti. Il mio medico però ci ha consigliato di avere la massima prudenza. Ma è davvero così pericoloso avere rapporti quando si aspetta un bambino?

Roberta G.

Cara Roberta, stia tranquilla: far l'amore in gravidanza non è quasi mai pericoloso. Se il decorso è normale, la gestazione è uno stato del tutto fisiologico. E i rapporti, se desiderati e vissuti con gioia, non solo non presentano alcuna controindicazione, ma riducono anche il rischio di parto prematuro e di depressione post partum. Inoltre, una coppia che sappia mantenere una buona intimità fisica si ritrova ancora più affiatata anche dopo il parto. Il discorso cambia se il decorso è complicato da qualche patologia: in questi casi, l'astinenza dai rapporti completi può davvero essere l'unica via per scongiurare il rischio di aborto o di grande prematurità.

I motivi per cui alcuni sconsigliano a priori ogni forma di intimità sono tre: l'attrito meccanico fra pene e collo dell'utero; l'effetto contrattile sull'utero e sul collo dell'utero da parte delle prostaglandine contenute nel liquido seminale maschile; la prevenzione di infezioni sessuali trasmissibili al feto. Le ricerche più recenti dimostrano però che un rapporto sessuale normale non può minacciare una gravidanza ben avviata; inoltre, la quantità di prostaglandine seminali non sembra in grado di determinare contrazioni di intensità e durata significativa; infine, il rischio di infezioni è assente in una coppia sana, stabile e fedele.

Detto questo, la propensione ad avere rapporti dipende da donna a donna, e da coppia a coppia. Le donne in gravidanza avvertono di solito un maggior bisogno di tenerezza e di accudimento affettuoso: gli alti tassi di progesterone tendono a ridurre il desiderio sessuale. Ma un buon 15 per cento prova come lei un desiderio intatto, e con orgasmi addirittura più intensi: la congestione vascolare dei tessuti genitali, indotta dagli ormoni gravidici, tende infatti a facilitare la lubrificazione e la risposta orgasmica. Inoltre, le contrazioni uterine che accompagnano l'orgasmo, e che sono del tutto innocue per il bambino, sono più agevolmente riconoscibili per la maggiore massa del miometrio (il peso dell'utero varia tra i 50 a i 70 grammi, ma arriva a circa 1.500 grammi nell'imminenza del parto). Rispetto ai tempi della gestazione, invece, l'attività sessuale tende a ridursi soprattutto nel primo e nel terzo trimestre: nel primo per la nausea e altri piccoli malesseri fisici, e per le incertezze che colgono ogni donna che si scopra gravida, anche quando il bambino sia stato fortemente desiderato; nel terzo, perché aumentano l'ingombro fisico ed emotivo del pancione, e le preoccupazioni per l'imminente parto. Il secondo trimestre di gravidanza è invece il periodo più sereno anche dal punto di vista dell'intesa sessuale.

Se le visite di controllo confermeranno il normale decorso della sua gestazione, viva con la massima serenità il desiderio che la lega a suo marito: l'amore fisico è segno non solo di una relazione di coppia ottimale, ma anche di una attesa felice.

* Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia medica ospedale San Raffaele Resnati di Milano (www.alessandragraziottin.it).
Inviare le vostre lettere per Alessandra Graziottin all'indirizzo di posta elettronica (gioiaposta@hachette.it).

La salute di Milano

di **SERGIO HARARI**

Ospedali, tempo di nomine Attesa per il Policlinico

Sono di questi giorni le nuove nomine alle direzioni scientifiche di tre dei quattro Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici lombardi: Istituto neurologico Besta, Istituto nazionale dei tumori, Policlinico San Matteo di Pavia. Alla direzione scientifica del Besta viene riconfermato Ferdinando Cornelio, neurologo «storico» di questa importante struttura; all'Istituto nazionale dei tumori resta Marco Pierotti, oncologo esperto di genetica molecolare che già ricopriva questo incarico da qualche anno. Le due nomine sono particolarmente importanti in questo momento di discussione sul futuro delle due istituzioni alla luce del progetto «Città della salute», che dovrebbe vederle coesistere con l'Ospedale Sacco. Per alcuni la Città della salute dovrebbe essere una coabitazione con competenze integrate, per non rischiare di perdere la natura specialistica dei due Irccs, secondo altri dovrebbe essere un vero e proprio nuovo policlinico ospedaliero-universitario della città, forte di 1.400 posti letto.

La Regione deve ancora esprimersi ma l'accordo di programma siglato nel giugno

Cinque anni

In carica cinque anni secondo le direttive della «legge Turco»

2009 dai tre ospedali, dalla Regione e dall'Università lascia spazio a tutte le possibilità, pur garantendo alle tre strutture autonomia giuridica. Al San Matteo di Pavia va Remigio Moratti, laboratorista, che batte nella corsa a questa posizione il professor Mario Vigand, cardiocirurgo di chia-

ra fama e pioniere dei trapianti toracici, e la nota patologa cardiovascolare Eloisa Arbustini. Le nomine hanno la durata di cinque anni e sono avvenute secondo le nuove disposizioni della «legge Turco», ovvero attraverso un vero e proprio concorso ad hoc e non come in passato solo per nomina diretta da parte del ministero della Salute, acquisito il gradimento della Regione.

Resta aperta ora solo la posizione della direzione scientifica del Policlinico di Milano, attualmente ricoperta ad interim da Pier Mannuccio Mannucci, esperto di coagulazione di fama internazionale e prestigiosa figura di riferimento di questo ospedale, dopo le recenti dimissioni di Ferruccio Bonino. Anche questa è una posizione chiave la cui definizione è urgente, in particolare dopo l'imprevista rinuncia del direttore generale Giuseppe Di Benedetto e la ancora attesa nomina del rappresentante della Curia milanese nel consiglio di amministrazione della Fondazione Policlinico.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SPOIL SYSTEM

Asl e ospedali, la Polverini azzera tutti i vertici

Colpa di spugna ai vertici delle strutture sanitarie pubbliche laziali. Renata Polverini ha firmato la delibera che avvia lo spoil system, mandando a casa i manager del centrosinistra in scadenza di mandato. La presidente della Regione ha infatti avviato il commissariamento delle Asl Roma A, B, C, E, G, di Rieti e di Latina e di diversi ospedali su tutto il territorio laziale.

A PAGINA 5

Regione Nei prossimi giorni le nomine. Ieri proteste di medici e infermieri al San Camillo contro i tagli

Sanità, commissariate Asl e ospedali

La Polverini firma la delibera. Da oggi scatta il ticket per i disabili

Donato Antonellis (Anaa)

«Solo ieri 28 pazienti in attesa di ricovero al pronto soccorso: alcuni aspettano da 72 ore»

Via i manager, vicini al centrosinistra, ai quali è scaduto il contratto. Lo spoil system della sanità targata Polverini ha compiuto ieri il primo passo: la giunta regionale ha approvato il commissariamento delle Asl Roma A, B, C, E, G (Monte Rotondo e Tivoli), di Rieti e Latina, oltre che degli ospedali San Camillo—Forlanini, San Giovanni—Addolorata e l'Agenzia di emergenza sanitaria (Ares) 118. Carlo Mirabella è stato nominato commissario straordinario della Asl di Frosinone: per lui si tratta di un ritorno avendo ricoperto la poltrona di direttore generale di questa stessa Asl durante la giunta Storace.

Per qualche giorno, l'ordinaria amministrazione sarà

gestita dal più anziano tra il direttore sanitario e il direttore amministrativo. Nel frattempo la governatrice nominerà con appositi decreti i commissari che rimarranno in carica per 90 giorni in attesa che nel centrodestra si arrivi a individuare i futuri direttori generali da un avviso pubblico. Sulla scelta dei nomi nel centrodestra da giorni fervono le trattative: i più gettonati sembrano quelli di Salvo Cirignotta, che potrebbe andare al Policlinico Umberto I, Manlio Moretti, Carmine Cavallotti, Franco Condò e Giuseppe Quintavalle, personaggi che già hanno ricoperto questi incarichi. Nel turbine delle nomine potrebbe finire anche Domenico Alessio, vicino all'Udc, attuale direttore generale del San Filippo Neri. I più ottimisti pensano di chiudere la partita delle nomine all'inizio della

prossima settimana.

Intanto le acque della sanità regionale continuano a essere agitate. Ieri hanno manifestato medici e infermieri del San Camillo, chiamati a raccolta dal sindacato Anaa-Assomed «contro i tagli di personale e posti letto decisi dalla Regione». In particolare è stato fatto un esposto in Procura «per le carenze di anestesisti e rianimatori e l'impossibilità di coprire i turni»: ne mancano 7 su 25 nel pronto soccorso e 19 in tutto l'ospedale. «187 pazienti che nel 2005 hanno sostato in pronto soccorso oltre le 15 ore sono diventati quasi 4 mila nel 2009 — ricorda Donato Antonellis, segretario regionale dell'Anaa-Assomed —. E oggi (ieri ndr) ci sono 28 persone in attesa di ricovero e alcuni di loro lo attendono da tre gior-

ni».

Ma entra in vigore oggi il ticket sui disabili ricoverati in centri specializzati. Tommaso Ausili, segretario regionale della Cisl, chiede alla Regione nella legge di assestamento del bilancio di «prevedere una copertura per queste spese» perché «il ticket penalizza in modo devastante le famiglie». Per ogni paziente, secondo la Cisl, il costo per le prestazioni residenziali sarà pari a mille e cinquantotto euro al mese e circa 500 al mese per le semi residenziali.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervento

Di tagli alla spesa si muore non è solo un problema contabile

FRANCO LA SPINA

MENTRE la politica inquina la sanità, nel contempo la celebra. Per la Lombardia è una tradizione. È scattato l'allarme per i tagli imposti dalla Finanziaria: la bugia televisiva del ministro Tremonti che aveva affermato di non aver "toccato" la spesa sanitaria, mentre annunciava un taglio del 10% al finanziamento delle Regioni, si trasforma in un semplice calcolo che dice: meno 320 milioni. Si per isindacatisiaper la Regione la cifra sottratta alla sanità dovrebbe essere quella.

MENO personale, meno investimenti, meno spesa farmaceutica, allarme quindi dei medici, che di quei soldi hanno bisogno per curare i pazienti. Quantizzazione del danno: diciamolo con le parole del British Medical Journal (ricerca dell'Università di Oxford): prendendo in considerazione 15 Paesi europei, tra cui l'Italia, un taglio di spesa di 70 sterline, pari a 85 euro circa a persona (taglio di budget considerato minimo) comporta un aumento di mortalità della popolazione dell'1,2% per malattie cardiovascolari, 2,8 per la mortalità legata all'alcol, ecc...

Forse parlare di cose reali, per esempio di persone che muoiono per conseguenza dei tagli di spesa, può risvegliare da sonni contabilistici connessi a scelte politiche inqualificabili. Forse no, perché la vergogna non c'è, cede il passo alle splendide sorti della sanità lombarda, sempre celebrate e oggi arricchite da nuove svagate promesse: il Piano Socio Sanitario 2010 - 2014. Basta qualche parola in inglese (e. health, low care hospital,...) e qualche sciocchezza informatica (come la telemedicina, la parola "tecnologia" ripetuta fin alla noia) qualche slogan già sentito e fallito

come "la territorializzazione della sanità", per credere che sia un progetto? Delocalizzare funzioni oggi ospedaliere, pensare a luoghi intermedi di cura, puntare sui medici di base per alleviare il carico dei PS ospedalieri, vuol dire non aver fatto i conti con i costi di nuove attrezzature che si rendono necessarie, nuovo, più costoso rapporto numerico personale/malato, vuol dire discontinuità di rapporto personale tra paziente e il suo medico. Usare la tecnologia così male, da ridurla ad un miglior flusso di informazioni burocratiche, è più che altro voler un miglior controllo sulle spese.

La qualità delle cliniche private si controlla con una percentuale di cartelle verificate maggiore, la valutazione di quante siano le riammissioni dopo dimissioni affrettate e "lucrose", il numero dei trasferimenti in Ospedali pubblici "a guaio combinato", la presenza di un PS vero e proprio e non una stanzetta da cui si viene sempre "rimbalzati" altrove. Tutto ciò è previsto?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici in corsia



Un tetto alle spese che vale 15 miliardi

Tac Nel Lazio più cara del 36% rispetto all'Emilia

Siringa Stesso prodotto ma il costo è doppio

PAOLO BARONI
ROMA

Su 799 miliardi di euro di spesa pubblica, tolti gli interessi e le spese per il personale restano 84 miliardi di costi dello Stato e 171 miliardi di spese degli enti locali. Tremonti lo chiama «l'albero storto» della finanza pubblica, il «bubbone» vero però è quello della spesa per la sanità, oltre 100 miliardi di euro l'anno (130 con regioni a statuto a statuto speciale), su cui il governo ora vuole intervenire.

E' l'altra faccia del federalismo fiscale, che «non dovrà costare un centesimo di più di quello che si spende oggi», ma anzi dovrà portare efficienza, qualità dei servizi e (anche) risparmi. Lo strumento per intervenire è quello dei costi standard, che prenderanno il posto dei costi storici: a breve, una volta che sarà varata la riforma, alle Regioni lo Stato non trasferirà più risorse in base alla spesa così come si è consolidata negli anni ma a valori standard elaborati dalla stessa società che si occupa degli studi di settore, la Sose, e fissati incrociando qualità di servizi e prestazioni erogate e costi.

Tac e siringhe... d'oro

La sanità è una delle «anomalie», come le definisce Tremonti nella sua relazione, più macroscopiche. Per giurisprudenza costituzionale, ma anche come prassi a cominciare dagli acquisti di attrezzature. Denuncia il ministro: la stessa Tac a 64 slice, ovvero una delle apparecchiature più costose di cui una Asl può essere dotata, costa 1 milione e 27 mila euro in Emilia Romagna e 1 milione e 370 mila euro nel Lazio con una differenza di 370 mila euro «pari al 36%». Naturale domandarsi perché. Il discorso non cambia se si passa alle spese più minute. Esempio, una siringa da 5 mm: in Sicilia costa 0,05 euro al pezzo, contro gli 0,03 della Toscana. «Quasi il doppio» sottolinea il ministro dell'economia. Assurdo, viene da dire. Non solo, «ci sono ospedali dove i soli costi del personale superano del

doppio il valore del servizio prodotto a favore dei cittadini».

Il Lazio doppia il Veneto

Il risultato finale è che in una regione come il Lazio la spesa sanitaria pro capite (3172 euro l'anno) è doppia rispetto a quella del Veneto (1619) ed il 46% più alta della media nazionale (2.175 euro). La Calabria, con i suoi 3110 euro, «costa» un terzo in più di regioni come Emilia (2031 euro) e Toscana (1940 euro), la cui qualità dei servizi è nota a tutti, al pari di quelli erogati dalla Lombardia (2614). E con molta probabilità saranno queste regioni a costituire quel «paniere» che verrà presto preso a riferimento dal governo, i ministri Tremonti e Calderoli di qui alle prossime settimane si apprestano a varare una sventagliata di decreti attuativi, per fissare i futuri costi standard. «Di fatto - scrive Tremonti nella sua relazione approvata ieri - i livelli di assistenza sanitaria in molte Regioni sono alquanto mai disomogenei. Di omogeneo c'è solo che proprio dove si incontrano i maggiori disavanzi economici, minore è la qualità e la sicurezza delle cure rese ai cittadini». Oggi sono 4 le regioni commissariate e 8 quelle impegnate in piani di rientro, solo nel 2007 col decreto salvadeficit lo Stato, che continua a ripianare queste spese a piè di lista, ha stanziato 12,1 miliardi di euro per ripianare i conti in rosso di Abruzzo, Campania, Lazio, Molise, Sicilia. Lo strumento del commissariamento, «introdotto nel 2005, doveva essere l'eccezione ed diventato la regola in una vasta parte dell'Italia».

I risparmi possibili

Adesso stanno per arrivare i costi standard ed i calcoli andranno estesi alle tre funzioni principali assegnate alle regioni ovvero sanità, assistenza ed istruzione. Applicando un modello di calcolo prende ad esempio per ogni voce la regione «migliore», ed intervenendo su tutte e queste tre voci in teoria si potrebbero produrre risparmi per circa 15 miliardi all'anno. Usando invece un paniere di regioni «virtuose» (Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana) si arriverebbe a quota 2,3.



— | ASSENTEISMO E TRUFFA | —

Sono dipendenti del Policlinico Umberto I e di due Asl
**Roma, vendevano farmaci
 nelle ore di lavoro:
 indagati venti infermieri**

di GIULIO DE SANTIS

SONO finiti sul registro degli indagati della procura di Roma con l'ipotesi di truffa ai danni dello Stato. Venti infermieri, dipendenti del Policlinico Umberto primo e di due Asl a sud di Roma, si occupavano di vendere farmaci per conto di società private durante le ore di lavoro. Ma non si tratterebbe solo di assenteismo: anche quando erano in corsia, i paramedici si sarebbero occupati soprattutto di "piazzare" le medicine e favorire le società che li retribuivano. A incastrare gli indagati anche alcune email. L'inchiesta è solo all'inizio e promette sviluppi.

L'ARTICOLO A PAG. 11

ASSENTEISMO A ROMA

Tutti accusati di truffa ai danni dello Stato, avevano un doppio impiego

**Non assistevano i malati
 per lavorare con i privati**

Al Policlinico 20 paramedici indagati: vendevano farmaci per società

di GIULIO DE SANTIS

ROMA - Infermieri pagati dallo Stato. Che sarebbero stati, nelle stesse ore di lavoro, anche dipendenti retribuiti da società private o cooperative specializzate nella fornitura di medicinali generici. Una doppia pelle lavorativa indossata da venti paramedici statali, che avrebbero privilegiato le sorti del datore di lavoro privato, assentandosi più volte dal posto di lavoro pubblico. Adesso gli infermieri sono finiti nel registro degli indagati dalla Procura di Roma. L'ipotesi d'accusa contestata sarebbe di truffa ai danni dello Stato. I venti paramedici sospettati sono impiegati al Policlinico Umberto I e in due Asl a sud della Capitale. La loro responsabilità, secondo i primi passi dell'indagine condotta del pubblico ministero Paolo D'Ovidio, sarebbe di aver occupato, in più di qualche occasione, le scrivanie delle società private o cooperative negli orari in cui i paramedici avrebbero invece dovuto prestare attenzione ai pazienti del Policlinico o del Asl di quartiere. L'indagine, partita a febbraio del 2010, è ancora ai primi passi. Si tratta infatti di tracce investigative, anche se in alcuni casi gli inquirenti avreb-

bero scovato indizi che proverebbero l'assenza dal luogo di lavoro degli indagati. Non è escluso che presto l'inchiesta possa allargarsi a macchia d'olio per esaminare le situazioni in altri enti legati al mondo della sanità capitolina.

La Cassazione si è espressa a chiare lettere sull'incompatibilità del doppio lavoro del dipendente pubblico. Per i giudici di Piazza Cavour lavorare in un struttura statale comporta come conseguenza l'impossibilità di essere impiegati in una azienda privata. Ed è proprio l'incompatibilità tra il ruolo di infermiere e quello di dipendente di una società il punto focale intorno al quale ruota l'inchiesta. Secondo gli investigatori, gli infermieri si sarebbero dedicati, principalmente, ai destini delle cooperative o delle società private dove erano assunti tanto da assentarsi, talvolta pure per diverse ore, dal posto occupato nell'ente statale. Inoltre, sempre secondo gli inquirenti, anche quando indossavano il grembiule del paramedico, le loro attenzioni sarebbero state indirizzate principalmente ad ingrossare i guadagni delle società, facendosi in modo che i pazienti acquistassero i medicinali venduti dalle ditte in cui erano assunti.

Il suggerimento caldeggiato ai pazienti dagli infermieri sospettati però non sarebbe al vaglio degli investigatori.

L'acquisto di medicinale generici era pur sempre un consiglio. E il suggerimento, per quanto interessato, non danneggiava le casse del Policlinico o quelle delle Asl. Così come non intaccava il portafogli del paziente, libero di scegliere dove andare ad acquistare le medicine. Certo l'opera di convincimento non sempre si è conclusa con risultati lusinghieri, perché almeno in uno dei casi, una cooperativa è fallita. L'inchiesta, pur essendo ancora in una fase embrionale, avrebbe già evidenziato la responsabilità di diversi indagati, almeno secondo l'accusa. In molti casi ad inchiodare i paramedici alle loro responsabilità ci sarebbe le e-mail che avrebbero indirizzate dai computer delle ditte private quando il loro dovere stato quello di aggirarsi tra i corridoi del Policlinico oppure sedere negli uffici delle Asl. In questi casi gli inquirenti hanno proposto il patteggiamento della pena per limitare i danni della condanna. Soluzione, a tutto oggi, respinta dagli interessati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASSENZE

8%

In più le assenze nel pubblico a maggio rispetto al 2009



MANOVRA/ Gli effetti dell'eventuale blocco delle assunzioni sulle aree di assistenza

Turn over, specialisti decimati

A rischio paralisi emergenza e sale operatorie - Formazione in panne

Il ministro della Salute **Feruccio Fazio** ha assicurato che si farà di tutto per verificare la possibilità di esclusione del Ssn dal blocco del turn over previsto dalla manovra: «Stiamo verificando come sia la situazione allo stato attuale, ma lavoriamo all'ipotesi di condizionare il blocco del turn over a un tavolo tecnico delle Regioni per decidere caso per caso», ha detto.

Ma intanto i sindacati fanno i conti con l'applicazione del blocco già in atto nelle Regioni con piani di rientro e che potrebbe comunque essere un'arma di risparmio in più anche per le amministrazioni virtuose "tagliando" circa 60mila operatori in meno fino al 2014, di cui quasi 20mila medici e 17mila infermieri. Se la manovra dovesse passare così com'è, quindi, un quinto dei medici ospedalieri nei prossimi tre anni potrebbe dire addio al Ssn. Le stime sono di sindacati e associazioni con un mix tra prepensionamenti, precari e blocco del turn over. E per molti

settori potrebbe essere la paralisi, denunciano, a partire dalle aree critiche-emergenze che faranno i conti con oltre 6mila medici in meno comprese le carenze strutturali, quelle cioè "storiche", a cui comunque bisognerà far fronte per assicurare gli interventi.

Il primo rischio che denunciano i sindacati è che si allungino le liste di attesa per gli interventi non urgenti: nel 2009, gli accessi al pronto soccorso sono stati 30 milioni, hanno riguardato un italiano su due. E già oggi anche i primari, spiega **Fernando Schi-**

raldi (Simeu) sono impegnati nei turni per coprire le carenze strutturali che secondo Aaroi-Emac, sono di

almeno 2.500 unità. «La manovra metterà in ginocchio la Sanità delle Regioni in rosso - spiega il presidente **Vincenzo Carpino** - e in Italia, la riduzione di personale porterà alla riduzione di 10mila interventi chirurgici al giorno, dai 50mila attuali a 40mila». Come dire che per garantire le attività di pronto soccorso e tutti gli acuti, i

tempi per gli interventi programmabili saranno infiniti nel Ssn.

Allarme anche dai chirurghi. **Rodolfo Vincenti** (Acoi), richiama alla necessità di pianificare: «I contenuti della manovra servono solo a fare cassa, non c'è un obiettivo di programmazione. Ai pensionamenti forzati di medici nel pieno della professionalità non ver-

ranno integrate assunzioni, e questo rischia di bloccare le sale operatorie». A ciò si aggiunge il rischio di peggiorare la comunicazione con il paziente, facendo esplodere i contenziosi medico-legali «nella gran parte dei casi dovuti non tanto a imperizia, ma a un cattivo rapporto che si riesce a stabilire con chi deve operarsi».

Giovani medici senza pratica



Sugli altri fronti i radiologi lamentano una carenza cronica di oltre 700 professionisti e temono un peggioramento della situazione. Secondo **Francesco Lucà** (Snr e Fassid) «con i tagli non si riuscirà a far fronte ai circa 40 milioni di prestazioni che ogni anno si effettuano nell'area diagnostica, nucleare, comprese le radioterapie». Stessa musica per i cardiologi: «La cosiddetta "gobba" delle pensioni porterà a una forte riduzione di specialisti pubblici, almeno il 15% dei cardiologi, a cui si aggiungerà il mancato rinnovo della metà dei contratti a termine, con una frattura tra le prestazioni delle grandi unità cardiologiche e quelle più piccole», dice **Mario Scherillo** (Anmco).

Carmelo Iacono, degli oncologi dell'Aiom, spiega che si dovrà fare i conti con il rischio di perdere un terzo dei professionisti: «Si assiste a una corsa all'acquisto di Pet e macchinari costosi e sofisticati: chi le farà funzionare se perderemo oltre 1.600 oncologi?». E

sul fronte psichiatrico la manovra rischia di lasciare a casa 1.200 dei circa 6mila psichiatri del Ssn (dati Aipsi-Med) che già fanno fronte a numerose carenze territoriali.

Anche la Fesmed che riunisce chirurghi, ginecologi, endoscopisti, dentisti del Ssn, spiega che la flessione in 4 anni ridurrà il personale del 20% come ha illustrato il presidente **Carmine Gigli**: «Il mancato rinnovo dei contratti a tempo determinato danneggerà anche in maniera irreparabile la formazione dei giovani medici e in

particolare nelle specialità chirurgiche».

Infine, il rischio è forte anche per il personale non dirigente: il blocco potrebbe privare il Ssn di quasi 40mila operatori, di cui 17mila infermieri (l'Ipasvi ne calcola 13mila in meno già dal prossimo anno: si veda articolo in basso), già in carenza di 40mila unità, generando così un vero e proprio "allarme assistenza".

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allungamenti per le liste di attesa

Personale in meno fino al 2014

Specialità	Effetto manovra	Carenza strutturale
Cardiologi	1.700	-
Radiologi	1.300	750
Anestesisti rianimatori	2.000	1.500
Area critica - Emergenza	4.000	2.500
Chirurghi	2.400	-
Oncologi	1.600	-
Ginecologi	1.000	-
Psichiatri	1.200	-
Pediatri	1.000	-
Altri medici *	3.500	-
Personale *	39.441	-
- di cui infermieri	17.058	40.000
Totale	59.141	44.750

(*) Elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Conto annuale e Ipasvi

Fonte: stime sindacati e associazioni

DAI CONGRESSI AGLI ARTICOLI SCIENTIFICI

Tra blog e chat i medici si aggiornano

Social network e strumenti collaborativi sul web hanno iniziato a diffondersi anche tra i medici. Una recente indagine condotta negli Stati Uniti da Manhattan Research ha stimato in circa il 57% la percentuale di medici americani che collaborano on line attraverso blog, chat e social network. Il 12 per cento (pari a oltre 100mila medici) dichiara inoltre di partecipare con regolarità a social network aperti ai soli medici, mentre circa il 16% ha mostrato il forte interesse a usare questa tipologia di strumenti nel prossimo futuro. E nel medio futuro le stime sembrano essere ancora più ottimistiche, posizionandosi, sempre secondo l'indagine americana, attorno al 25-33% entro il 2012.

I social network dedicati piacciono prevalentemente ai giovani medici, in particolare alle donne, che lavorano in centri universitari e che usano tali strumenti come naturale luogo di aggregazione dove trovare risposte ai propri quesiti clinici e dove aggiornarsi, come dimostrano i dati contenuti nella stessa ricerca. Ma che trova numerosi sostenitori anche tra affermati professionisti che usano i social network come strumento per condividere pareri medici e discutere casi clinici.

Numerose sono le applicazioni di social networking rivolte ai medici che sono state sviluppate nel corso degli anni. Non si tratta di applicazioni costruite su Facebook (l'indagine americana ha illustrato come i social network generalisti siano poco usati per fini professionali), ma di strumenti realizzati su piattaforme sociali che superano i limiti del noto social network.

La più significativa è certamente quella di Sermo (www.sermo.com), una community nella quale oltre 100mila medici americani, afferenti a 68 discipline mediche, possono scambiarsi informazioni su casi clinici, fornire consigli per effettuare una diagnosi, discutere tra "pari" di trattamenti farmacologici e dispositivi medici, condividere le conoscenze e documentarsi sulla letteratura scientifica.

Numerose organizzazioni sanitarie (la Food and drug administration, i Centers for disease control and prevention di Atalanta e l'American medical association, per citare le più note) hanno stretto accordi con Sermo per usare la comunità dei medici al fine di monitorare il profilo di sicurezza dei dispositivi medici, attivare indagini, generare discussioni su temi e casi clinici presentati sui loro organi di stampa. Perfino le aziende farmaceutiche hanno iniziato a interessarsi a Sermo con l'obiettivo di esplorare nuove forme di comunicazione con i medici.

Altrettanto popolato (a oggi conta oltre 100mila iscritti) è Medscape physician connect (www.medscape.com/connect), il social network per i medici che frequentano il noto portale medico che, a differenza di Sermo, accetta l'iscrizione di medici di nazionalità diverse da quella americana.

La gestione di video e immagini cliniche è invece l'obiettivo di Medting (<http://medting.com>), un social network rivolto ai medici per la discussione di casi clinici e per la richiesta di una seconda opinione, ma che può essere impiegato anche per archiviare immagini e video clini-

ci. È strutturato come YouTube e offre un sistema di catalogazione che si basa sulla terminologia standard del dizionario Snomed Ct che facilita l'interoperabilità con altri sistemi e database clinici. Portali simili stanno iniziando a fare la loro comparsa anche in Europa come per esempio Doctors.net.uk (www.doctors.net.uk), la maggiore esperienza europea di social networking tra medici che operano nel Regno Unito e che, a oggi, conta oltre 170mila profili.

D'altra parte è in questo Paese che sembrano muoversi i passi più decisivi verso questo genere di applicazioni, come testimonia Doc2Doc (www.doc2doc.bmj.com), il social network lanciato all'inizio dello scorso anno dal British medical journal con l'obiettivo di aggregare i medici intorno a specifici temi e farli dibattere sulle ultime scoperte scientifiche (a partire da quelle pubblicate dalla prestigiosa rivista inglese).

Anche le società scientifiche internazionali hanno iniziato a muoversi in questo ambito, proponendo ai propri associati un social network con l'obiettivo di fornire loro nuovi mezzi di comunicazione e di collaborazione.



LA PROMESSA DI FAZIO ALLE INDUSTRIE FARMACEUTICHE

Gare sui generici, cancellazione in vista

Via le aste pubbliche Aifa a quattro concorrenti per l'approvvigionamento dei generici dispensati a carico del Ssn: il Governo è al lavoro su una riscrittura della norma contenuta al comma 9, articolo 11 della manovra economica all'esame della commissione Bilancio del Senato (Dl 78/2010; S 2228). L'annuncio della riscrittura della norma aborrita dalle aziende farmaceutiche è il dono che il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha offerto mercoledì scorso all'assemblea annuale **Farmindustria** in tensione per il rischio di crollo della competitività che sarebbe potuto scaturire dall'esercizio per tutte le imprese di settore, genericiste e non. «La richiesta di **Farmindustria** è corretta - ha detto il ministro - e stiamo lavorando per sostituire alle gare, in fase emendativa, la riduzione progressiva del prezzo dei generici e un aumento soprattutto dei volumi, che rappresentano il problema fondamentale - ricorda il ministro - risultando più bassi della media europea, a fronte di prezzi superiori del 20-25 per cento».

Tanto è convinto comunque il Governo dell'apporto positivo degli equivalenti che «una piccola quota sarà destinata a incentivare i medici di famiglia a prescrivere di più, per tenere sotto controllo la spesa».

Tolto quest'ultimo passaggio - che ha scatenato i distinguo da parte dei generalisti contro l'ipotesi dell'incentivo ad personam che fa tanto prescrittore meccanico scopo risparmio (*vedi box*) - la ciambella di salvataggio lanciata da Fazio agli industriali è stata l'unica buona notizia in una settimana ad alta tensione - tra minacce di passaggio all'indiretta delle farmacie e annunci di guerriglia da parte dei medici - sfociata poi nel grande strappo delle Regioni. In attesa degli emendamenti che il relatore in commissione Bilancio, il presidente Antonio Azzolini, presenterà martedì a una manovra attesa giovedì in aula e già segnata dalla sorte del maxi-emendamento, non resta che prendere atto della varietà e ricchezza delle proposte emendative approdate messe in pista da maggioranza e opposizione al capitolo delle pillole.

Tra i tentativi citabili quello di numerosi rappresentanti del Pdl (Tancredi, De Lillo, Germontani, Esposito, Astor, Tomassini), di trarre in salvo le farmacie, appunto, restituendo qual-

che decimale sui margini brutalizzati dalla manovra e tagliando almeno del 2% i listini dei farmaci Ssn. Ma sono numerosi - e spesso provenienti dagli stessi firmatari - anche gli emendamenti che puntano a recuperare col taglio prezzi l'intero 3 e più per cento imposto dalla manovra ai grossisti, e per trascinamento, ai presidi.

Già bella e pronta (Esposito, Latronico) la strategia della riduzione a scalare dei prezzi generici accennata da Fazio: gli scaglioni individuati andrebbero dal giugno 2010 a dicembre 2011; il taglio cumulato a fine percorso sarebbe del 24% e una parte dei risparmi dovrebbero servire a incentivare i prescrittori.

Scontata la pioggia di emendamenti "salva-rurali" e la voglia di perfezionare alcuni aspetti "delicati" della manovra: dall'adozione a tappeto del cost sharing per i farmaci di fascia H (Tomassini, D'Ambrosio Lettieri) ai ritocchi sul ruolo dei grossisti oltre che sulla logistica anche sulla distribuzione per conto (idem); dalla distribuzione dei farmaci a dosi su ricetta (e non in scatole preconfezionate) a partire dal 2011 agli sgravi fiscali a fronte di investimenti orientati all'ammodernamento strutturale e tecnologico delle farmacie in vista dei nuovi servizi che da queste ultime dovranno essere erogati. E ancora, tra le curiosità, neanche tanto peregrine, figura anche il tentativo del Pd (Bosone e altri) di modificare la 502/1992 prevedendo l'applicazione del contratto della Sanità pubblica in tutte le strutture accreditate dal Ssn. E per finire meritano d'essere citate le numerose versioni degli articoli aggiuntivi che definiscono il profilo del fascicolo sanitario elettronico e introducono misure per la digitalizzazione delle Asl. In pista anche la prelazione per i farmacisti dipendenti sui presidi ceduti dagli enti locali e l'apertura dei battenti delle parafarmacie ai farmaci etici non a carico del Ssn. Di questo e altro ci sarà tempo per discutere: la Bilancio ha chiesto una settimana in più per lavorare sulle 2550 proposte di modifica vagheggiate dai senatori. La manovra approderà in aula il 6 luglio e fino al 5 ci sarà tempo per la presentazione degli emendamenti in assemblea.

Sara Todaro



I medici di famiglia: «Niente incentivi ai singoli»

No a «incentivi non etici, finalizzati solo a ottenere un risparmio». Giacomo Milillo, segretario dei medici di famiglia della Fimmg, commenta così l'annuncio del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, all'assemblea pubblica di Farmindustria. Per i carnici bianchi, il punto nodale è che «gli incentivi non siano solo finalizzati al risparmio. Questo comprometterebbe il rapporto con gli assistiti: cosa succederebbe se pensassero che il proprio medico prescrive un determinato farmaco solo per risparmiare?», chiede. Sì, invece, a incentivi ai medici che «hanno raggiunto specifici obiettivi di appropriatezza, come nel caso delle malattie croniche o i percorsi assistenziali-terapeutici, o per la scelta del medicinale più appropriato». In ogni caso «a decidere sul farmaco da scrivere sulla ricetta non può che essere il medico», sottolinea Milillo. «Questo significa "no" alla sostituibilità del medicinale da parte del farmacista».

Milillo, infine, «apprezza» l'intervento del presidente di Farmindustria, Sergio Dompé, «in particolare quando richiama la necessità di ragionare sulle singole misure tenendo conto delle ripercussioni su tutto il sistema. Questo vale per l'industria, ma anche per la medicina generale o l'intero Ssn: si interviene per ottenere risparmi in un settore, ma la spesa si sposta in altri, con ripercussioni dannose non solo sul piano della qualità, ma anche economico».

Per Mauro Martini, coordinatore della medicina gene-

rale del Sumai, un conto sono i «progetti per potenziare la medicina generale nel suo insieme», tutt'altro sono gli incentivi «diretti al singolo medico». «I medici di famiglia - spiega Martini - sono disponibili a migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, privilegiando, in quest'ottica, i farmaci generici. Siamo contrari, però, a forme di incentivazione incentrate solo sulle ricette, che premiano i professionisti in base a quanti generici hanno prescritto». Secondo Martini, «ci sarebbero tantissime possibilità di risparmio utilizzando meglio la medicina generale, per esempio nell'assistenza e presa in carico dei malati cronici. Basterebbe reinvestire nel settore il 50% di questi risparmi per un concreto potenziamento del territorio».

A favore di Fazio «gioca» comunque la recentissima sentenza della Corte di giustizia Ue (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 16/2010), che ha dichiarato legittimi i «premi» riconosciuti ai generalisti britannici che prescrivono più generici o più farmaci «specificamente designati» per contenere la spesa. La controversia era nata per gli incentivi introdotti dai Primary Care Trust inglesi e dai Local Health Boards gallesi volti a promuovere la prescrizione delle statine meno costose. La misura è lecita, hanno spiegato i giudici del Lussemburgo. A patto che si rispetti la regola dell'assoluta trasparenza degli accertamenti sull'equivalenza terapeutica. I criteri, insomma, devono essere obiettivi. E i medici continuare a tenere comportamenti deontologicamente corretti.

Ma per la Corte Ue sono legittimi

STUDIO CERGAS BOCCONI

Cure su ricetta: prezzi italiani sotto del 20% rispetto all'Ue

Se la voglia di gare al ribasso per le forniture Ssn nasce anche dalla constatazione che i prezzi dei generici possono essere ulteriormente compressi a fronte di volumi adeguati, il concetto non può valere per tutto il comparto. E anzi c'è da stare attenti a fare di tutt'erba un fascio anche sul fronte degli off patent: tra genericazione stesa e tagli ai listini anche per i fuori brevetto l'Italia comincia ad avere prezzi inferiori a quelli degli altri Paesi. Nel mercato nazionale, insomma, il valore "immaterialmente" del bene farmaco è ben lungi dall'essere riconosciuto: i listini dei medicinali su ricetta sono minori rispetto ai principali paesi Ue, dal 5 al 53%, con una media del 20%, e lo scarto è ancora maggiore per quelli coperti da brevetto.

Nell'assemblea annuale di mercoledì scorso **Erminia Stria** è tornata alla carica sulla questione prezzi grazie ai dati di uno studio realizzato da Claudio Jommi, docente di Economia aziendale all'Università del Piemonte Orientale e responsabile dell'Osservatorio Farmaci del Cergas Bocconi e da Patrizio Armeni e Vincenzo Vella, ricercatori del Cergas Bocconi, in collaborazione con

Ims Health, realizzato mettendo a confronto i prezzi industriali dei farmaci nel 2009 in Italia, Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Spagna, Regno Unito e Svezia, ovvero l'80% del mercato dell'Unione europea.

Dal confronto internazionale basato sulle prime 200 molecole in Italia (il 92% del mercato per farmaci con prescrizione dispensati nelle farmacie) è che sulla totalità del campione di farmaci l'Italia presenta prezzi industriali più bassi di tutti gli altri Paesi, con i prezzi in Francia, Belgio, Svezia e Austria superiori del 12-18% e in Germania del 34 per cento.

Il risultato è sistematicamente confermato - indipendentemente dagli indici di prezzo utilizzati e dal fatto che si prendano in considerazione le prime 200 molecole in Italia o quelle comuni tra le prime 200 in Italia e il paese di confronto - per i farmaci coperti da brevetto.

Discorso analogo per i farmaci non coperti da brevetto: considerando le molecole comuni tra le prime 200 in Italia e le prime 200 nei Paesi di confronto l'Italia presenta prezzi più alti solo rispetto a Svezia, Spagna e Regno Unito.

DENUNCIA DEI SINDACATI

«Mancano gli anestesisti»: esposto in Procura

«Nel pronto soccorso e nella sala Urgenze su 25 anestesisti ne mancano 7 e 19 in tutta l'azienda». La denuncia arriva dal sindacato dei medici Anaa



che ieri ha protestato in un sit-in davanti all'ospedale San Camillo «contro i tagli di personale e posti letto indetti dalla Regione Lazio». L'appello dell'Anaa, durante il sit-in «3 P

Day» (Pronto soccorso-Posti letto-Precariato), è rivolto al presidente della Regione Lazio e commissario per la Sanità, Re-

nata Polverini, «affinchè attui un intervento urgente per risolle-
vare le sorti del San Camillo», ha spiegato il Segretario Anaa Antonellis. L'Anaa ha riferito che «i 187 pazienti che nel 2005 hanno sostato nel Pronto Soccorso del San Camillo oltre le 15 ore sono diventati quasi 4 mila nel 2009 e, se si confermerà il trend attuale, diventeranno 6 mila alla fine del 2010 e, fra loro, circa 2 mila persone malate attenderanno un posto letto per oltre 24 ore. Inoltre gli accessi in codice rosso sono quasi triplicati dal 2005 ad oggi». «Solo questa mattina (ieri mattina, ndr) - ha detto il segretario aziendale Anaa Assomed al San Camillo Forlanini, Bruno Schiavo - ci sono 28 persone in attesa di

ricovero e alcuni di loro lo attendono da tre giorni».

Essendo venuti a mancare molti precari, in alcuni dipartimenti, sempre secondo il sindacato, «gli infermieri di ruolo sono stati costretti in servizio per coprire fino a tre turni (per un totale di 13 ore) per tre giorni consecutivi. Inoltre tutti gli interventi di neurochirurgia (di solito 60 al mese) programmati per luglio e agosto sono saltati e non si sa quando riprenderanno, se la situazione rimarrà questa».

SIT-IN DELL'ANAAO AL SAN CAMILLO

«Al Pronto soccorso e in sala urgenze su 25 non ce ne sono 7»



IL PUNTO

La sanità in forte disavanzo deve privatizzare gli ospedali

Le regioni che più si stanno lamentando della stretta alla spesa corrente, imposta con la manovra di bilancio dal ministro Tremonti, sono proprio quelle con forti disavanzi nel settore della sanità. Tutte nel Sud del paese con il Lazio a fare da cerniera: la regione della capitale non è ancora Mezzogiorno ma deve dare un vero colpo di reni per affrancarsi dalla traiettoria declinante lungo la quale è collocata. Come? Cercando soluzioni meno tradizionali e più ortodosse per un settore, quello sanitario, dove l'Italia vanta delle eccellenze qualitative a livello internazionale non valorizzate dalla scarsa capacità della gestione pubblica di farle emergere. Paradossalmente, la sanità è, almeno sulla carta, un settore del made in Italy, perché potrebbe essere tranquillamente esportata chiavi in mano. Ospedali con miniere di conoscenza specialistica di Roma o del resto di Italia potrebbero facilmente fare accordi per organizzare e gestire strutture cliniche a Caracas, Abu Dhabi, Doha o altrove. Peccato che manchi l'innescò fondamentale, una struttura imprenditoriale/manageriale in grado di offrire l'eccellenza organizzativa alla domanda internazionale. Comunque sia, nella sanità italiana i processi di produzione e le competenze ci sono. Purtroppo la gestione diretta del pubblico fatica a valorizzarli. Anzi, li trascina in continui disavanzi annui. Per uscire dall'im-

DI EDOARDO NARDUZZI

Oppure deve affidarli in gestione ai privati

passo si potrebbero percorrere varie soluzioni. Privatizzare, ad esempio, alcune strutture ospedaliere pubbliche riservando alla Regione la vigilanza ed il controllo sulla produzione dei servizi resi. Capitali privati interessati ad entrare nel business della sanità ci sono ed anche copiosi, visto che con il 12% del pil assorbito mediamente nei paesi Ocse è uno dei primi settori produttivi. Ed i privati sarebbero rapidamente in grado di riequilibrare i costi di produzione per essere in pareggio o in avanzo con il fondo di dotazione ricevuto. Se, per ragioni ideologiche o di opportunità politica, si preferisce non privatizzare una struttura ospedaliera, allora la stessa potrebbe essere affidata in gestione pluriennale a un imprenditore privato. La concessione, fissa un budget annuo di assegnazione per rendere un tot di prestazioni e i livelli qualitativi attesi (da verificare puntualmente). Se il gestore privato riesce a spendere meno del budget guadagna, altrimenti ci rimette i soldi di tasca sua.

Il disavanzo della sanità di alcune regioni può essere una opportunità unica per diminuire la gestione diretta della mano pubblica. Le crisi, ha ragione Barack Obama, sono troppo importanti per essere sprecate. E il made in Italy è alla ricerca di nuove storie da proporre nel mondo.

© Riproduzione riservata



Studio del Regina Elena: individuati marcatori molecolari del tessuto tumorale mammario

Scoperto un nuovo marker

I MicroRna compaiono nella fase precoce della trasformazione neoplastica

RICERCA

È stato pubblicato su "Scienze Signaling" un lavoro cui ha partecipato l'Istituto nazionale tumori Regina Elena (Ire), che ha messo in evidenza grazie all'analisi molecolare, un precoce meccanismo di alterazione cellulare su cui si potrebbe intervenire: sono stati individuati marcatori molecolari del tessuto tumorale mammario che compaiono in una fase estremamente precoce della trasformazione neoplastica del tessuto. Si tratta di alcuni MicroRnas (miRna) individuati come attenuatori dei processi di oncogenesi.

L'Epidermal growth factor o Egf, fattore di crescita che gioca un importante ruolo nella formazione e proliferazione di cellule dei tumori, riduce l'espressione dei miRna con conseguente incremento di geni ad attività oncogenica. Tuttavia questo meccanismo è stato individuato solo nelle cellule tumorali mentre nel tessuto peritumorale i MicroRnas stimolati con Egf non hanno attenuato la propria espressione.

La ridotta espressione di questi MiRna rappresenta quindi un potenziale segnale di trasformazione tumorale ed è un evento molecolare molto precoce. «Con lo studio dei meccanismi di sviluppo dei tumori - sottolinea **Paola Muti**, direttore scientifico Ire - aspiriamo a comprenderne tutti i passaggi e le modalità di trasformazione cellulare al fine di intervenire prima che il tumore si sviluppi».

Lo studio pubblicato su "Science Signaling" è il risultato della collaborazione fra il Weizmann institute of science di Rehovot in Israele, l'Istituto nazionale tumori Regina Elena, l'Università di Oslo, Montebello; e ha dimostrato che

cellule mammarie stimolate con Egf attivano programmi di espressione genica aberranti, come si osserva nel tumore mammario, e ha inoltre evidenziato che i MicroRnas, invece, stimolati con Egf attenuano la propria espressione genica con la conseguente attivazione di eventi oncogenici.

Tali risultati evidenziano come i MicroRna, piccole sequenze di Rna non codificanti, che non danno quindi origine a una proteina ma che sono in grado di inibire l'espressione genica a livello post-trascrizionale, siano importanti regolatori dell'attività dei geni e pertanto possono avere un ruolo di rilievo nella prevenzione delle formazioni neoplastiche.

Lo studio ha comparato 2 importanti casistiche, la prima dell'Università di medicina di Oslo e la seconda dell'Ire. Nella prima casistica l'analisi molecolare del solo tessuto canceroso del seno ha confermato che la ridotta espressione di un gruppo di miRna indotta dal fattore Egf favoriva la crescita abnorme di cellule tumorali. Con l'analisi molecolare della seconda casistica che comprendeva anche il tessuto peritumorale, si è visto che non c'è solo un rapporto di causa effetto. Infatti se depotenziando un gruppo di 23 MicroRnas si verifica un'attivazione potente di oncogeni, nella casistica fornita dall'Istituto Regina Elena di Roma che comprendeva anche tessuto peritumorale, si è visto che l'alterazione dei MicroRna prodotta dal trattamento con Egf è specifica del tessuto tumorale e non del corrispettivo peritumorale. In definitiva la ridotta espressione di questi miRna è un potenziale marcatore del tessuto tumorale mammario ed è un evento molecolare molto precoce di trasformazione tumorale.



MARCATORI TUMORALI**Sensori asimmetrici**

Sono l'asimmetria e le caratteristiche chimico-fisiche a essa collegate il segreto dei nuovi nanosensori sviluppati dall'Interuniversity Microelectronic Centre di Lovanio, in Belgio, per il rilevamento precoce di marcatori tumorali. I biofisici belgi hanno messo a punto un sistema che sfrutta una proprietà assunta dai metalli nobili quali oro e argento ridotti in scala nano, e cioè la risonanza plasmatica localizzata di superficie, in base alla quale la rifrazione ottica di una certa nanostruttura cambia in funzione della sua geometria spaziale. Alternando nanodischi e nanoanelli d'oro, i ricercatori hanno ottenuto nanostrutture asimmetriche i cui spettri mutano per modifiche spaziali anche minime; così, se il sensore si lega a un marcatore tumorale, ciò determina una variazione dello spettro ottico che può essere usata a fini diagnostici e, in futuro, anche a scopi terapeutici. I test proseguono in collaborazione con l'Imperial College di Londra e la Rice University di Houston, per avere nanosensori standardizzabili e altamente versatili. (a.cod.)



Nuoro. Collaborazione con l'Oncologico di Cagliari Tumori, nuova tecnica in ospedale

Da ieri nel reparto di radiologia dell'ospedale San Francesco di Nuoro si attua un nuovo protocollo contro i tumori, in particolare quelli localizzati nel polmone, fegato e ossa, con l'utilizzo delle stesse apparecchiature radiologiche normalmente utilizzate per le diagnosi e le biopsie. Nuova cura possibile grazie alla consulenza avviata un mese fa del dottor Claudio Pusceddu, responsabile della sezione di Radiologia interventistica dell'oncolo-

gico "Businco" di Cagliari che insegna ai colleghi nuoresi la nuova tecnica altamente specialistica.

«Si interviene sotto guida radiologica computerizzata - spiega la dottoressa Maria Giobbe, responsabile della sezione Tac - non sostitutiva della chirurgia ma impiegata in pazienti con metastasi, già operati e selezionati, per i quali sono sconsigliati ulteriori interventi. Nel caso ad esempio di metastasi ossee si agisce per far scomparire il do-

lore e ripristinare la funzionalità delle parti, consentendo a chi è allettato perché magari colpito al femore o al bacino, di ricominciare a camminare». Il paziente viene trattato in anestesia nella sala tac: individuata la lesione neoplastica sotto la guida dell'apparecchio con l'ausilio di un ago uncinato si distruggono le cellule tumorali o con la radiofrequenza (riscaldamento) o raffreddandole con la crioablazione. (m.b.d.g.)



Sanità, la Liguria taglia i costi Ist e San Martino unificati

Integrazione per attività oncologiche, diagnostica e chirurgia toracica

ALESSANDRA COSTANTE

GENOVA. L'azienda ospedaliera universitaria San Martino e l'Istituto tumori di Genova sulla via della fusione. Dolce, ma pur sempre fusione. Dopo il pronto soccorso a pagamento per i codici verdi, la cancellazione dei doppioni ospedalieri (soprattutto in ambito chirurgico) e dei reparti poco produttivi (come i punti nascita che sono al di sotto dei 500 parti all'anno), nel piano che dovrà portare ad un risparmio strutturale di 100 milioni all'anno nella sanità ligure si parla anche di Ist e San Martino e della loro integrazione. Fino ad oggi una specie di tabù perché le due strutture hanno sempre pervicacemente difeso se non altro i propri confini di competenza, perché quelli fisici in effetti non esistono. Così mentre gli stati generali degli enti locali liguri, ieri riuniti a palazzo Ducale, hanno deciso una «strategia unitaria» contro la manovra economica di Giulio Tremonti «per ottenere interventi più equi e che non soffochino la ripresa economica», sull'altro lato di piazza Defererrari, negli uffici dell'assessorato alla Salute, è stato completato il documento sui tagli e risparmi, riportando sotto controllo i conti della sanità, dovrebbero evitare ai liguri di pagare nuove e più salate tasse.

Non sarà (non per il momento) un'unificazione istituzionale quella di Ist e San Martino, ma di fatto le due strutture dell'eccellenza sanitaria ligure dovranno mettere «a fattore comune» - come dice il direttore generale dell'Agenzia regionale sanitaria Franco Bonanni - un insieme di attività. A cominciare proprio da quelle oncologiche (chirurgiche e mediche) e dall'area

diagnostica (macchinari e laboratorio analisi) per finire alla chirurgia toracica. Oggi ne esiste una dell'Ist e una del San Martino: due reparti identici in un fazzoletto di metri quadrati. Tanto per dare un

ordine di grandezza del problema a Genova le chirurgie toraciche sono quattro, in tutta la Toscana tre.

Seppure graduale e dolce la fusione non è solo clinica e assistenziale perché la Regione chiederà che anche i servizi amministrativi siano messi in comune. E se in passato l'assessorato regionale alla Salute aveva lasciato che Università, azienda ospedaliera San Martino e Ist si regolassero, questa volta l'atteggiamento «è più dirigista» come assicura l'assessore regionale alla Salute Claudio Montaldo che nella giunta di domani presenterà il piano di correzione dei conti.

Di altri conti, quelli degli enti locali che rischiano di non poter assicurare i servizi essenziali, hanno

parlato ieri Regione, Comuni (presente il sindaco di Genova Marta Vincenzi), Province e Comunità montane nell'assemblea alla quale, ieri a palazzo Ducale a Genova, hanno preso parte oltre duecento amministratori pubblici. «Bisogna avere una politica diversa delle en-

CONTRO LA SCURE
A palazzo Ducale
gli Stati generali
degli enti locali
hanno deciso
un'azione unitaria

trate, chiedendo un “contributo” anche alle rendite finanziarie che in un paese con il debito alto come il nostro non possono pagare meno che negli altri Paesi: il 12% contro il 20%» ha sostenuto il presidente della Regione Liguria Claudio Burlando insistendo sulla «cecità della manovra» che colpisce indiscriminatamente gli enti locali virtuosi e quelli «che hanno speso troppo e male». La richiesta, partita per l'ennesima volta dagli amministratori liguri, è rimodulazione dei tagli tra Stato, Regioni e Comuni «altrimenti non si farà molta strada» ha osservato l'assessore regionale al Bilancio Pippo Rossetti.

costante@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il governatore della Liguria Claudio Burlando con il sindaco di Genova Marta Vincenzi