

Rassegna del 05/03/2010

GIOIA - Ci vuole un seme - Ceci Monica

1

PROCREAZIONE ASSISTITA



La donazione di gameti in Italia è vietata dall'art. 4 della legge 40.



Ci vuole un seme

Sei coppie sono pronte a fare ricorso contro il divieto di fecondazione eterologa, a nome di chi non può concepire senza donatori. È l'ultimo assalto alla legge 40, dopo che il limite dei tre embrioni è caduto l'anno scorso. Ma non per tutti

DI MONICA CECI - FOTO DI FRANK ROTHE

Ci sono quelli che molte coppie infertili chiamano "i benemeriti". Quelli che, al dolore del figlio che non arriva, alla fatica degli interventi medici, alla violazione dell'intimità, alle spese, al peso della compassione altrui, aggiungono il fardello supplementare di un ricorso davanti al giudice. È così dal 2004, anno di promulgazione della legge 40 sulla fecondazione assistita, e sarà così anche per la prossima puntata della lunga serie di aggiustamenti che hanno avuto per oggetto la legge in questione. Gli ultimi benemeriti in ordine di tempo sono sei coppie assistite da cinque avvocati (Marilisa D'Amico, Ileana Alesso e Massimo Clara di Milano, Maria Paola Costantini di Firenze, Nello Papan-drea di Catania), promotori dei ricorsi

per chiedere l'incostituzionalità dell'articolo 4, che vieta la fecondazione con seme di donatore o donatrice esterna alla coppia (eterologa). **In quelle coppie ci sono uomini che hanno avuto un tumore ai testicoli, donne senza tube o in menopausa precoce**, altri e altre che non possono produrre gameti. Se vogliono un figlio, devono affrontare il tabù del seme "diverso" e poi pagarsi l'intervento all'estero, come fanno circa 8.000 coppie all'anno. I legali sono gli stessi che l'anno scorso sono riusciti a far cancellare con una sentenza della Corte costituzionale l'obbligo più contestato della legge 40, quello di produrre al massimo tre embrioni, impiantandoli tutti. Oggi i medici sono tenuti a produrre gli embrioni "strettamente necessari" secondo la situazione della paziente. Quanto all'eterologa, «Non vogliamo aprire in modo indi-

scriminato», dice Marilisa D'Amico, «solo eliminare una discriminazione tra le coppie eterosessuali, sposate o conviventi, alle quali si applica la legge».

Quanti sono gli italiani che vorrebbero ricevere la donazione di seme senza espatriare? Secondo Guido Ragni, consulente scientifico del Centro sterilità della Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano, il 10 per cento delle coppie che si curano per infertilità ha nessuna o pochissime possibilità di concepire con il proprio seme, e quelle poche a costo di interventi molto invasivi. La discriminazione tra chi può permettersi di pagare 5-10mila euro per la chance di una gravidanza all'estero e chi non può è abbastanza ovvia. Meno ovvio, dice Ragni, è il rischio sanitario: «Ci sono Paesi che hanno normative sicure come la Francia, l'Inghilterra, il Belgio, l'Olanda, la Spa-



gna, la Svizzera. E poi c'è il low cost: **Moldavia, Cipro, Turchia, Ucraina, dove i controlli sono blandi o semplicemente non esistono, ogni centro decide per sé.** Il pericolo sono tutte le malattie infettive, dall'epatite al virus Hiv». Poi, aggiunge Rossella Bartolucci, presidente di Sos Infertilità, «c'è un esercito di donne sopra i 40 anni che per i motivi più vari si è decisa tardi e vuole l'ovodonazione perché dà maggiori probabilità di rimanere incinte. L'età dell'ovocita conta infatti più di quella dell'utero. Ma bisognerebbe dire che la fecondazione assistita non sposta i limiti fisiologici della maternità: dopo i 40, ci riesce lo 0,1 per cento». Nel frattempo, i circa 300 centri italiani che praticano la fecondazione omologa **assicurano davvero a ogni donna il numero di embrioni "strettamente necessari a un tentativo serio"?** Secondo il professor Ragni sì: «Le sette società scientifiche italiane di medicina della riproduzione hanno elaborato una linea comune: in rari casi di malattie, gli ovociti devono essere tutti fecondati, perché alcune donne possono essere sottoposte a un solo ciclo di stimolazione ovarica. Nel resto dei casi, il 98 per cento, si feconda il numero minore possibile: **se una donna ha 40 anni e 6 ovociti li feconda tutti, se ha 28 anni e tre ovociti ne feconda due.** Gli ovociti in eccesso e gli embrioni che non possono essere impiantati si congelano». Eleonora Porcu, responsabile del Centro infertilità dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna e promotrice dell'"alternativa italiana" al congelamento degli embrioni, continua a fare quello che ha sempre fatto: congelare soltanto ovociti e impiantare tutti gli embrioni che produce, non più di tre:

I centri autorizzati in Italia sono circa 300, più di metà privati, il 46 per cento pubblici o convenzionati.



«Non congelo embrioni soprannumerari», dice. «Del resto non ne ho. Nei cinque anni di applicazione della legge nella sua forma originaria ho ottenuto un aumento di gravidanze rispetto alla media europea. La buona medicina, fatta con convinzione, consente di fare questo». L'ultimissimo sondaggio online di Sos Infertilità (curato da Stefania Grandi), su un campione di 100 donne, fotografa una via di mezzo: **il 37 per cento dei centri, più spesso i pubblici, va ancora con le vecchie regole (non più di tre embrioni)**, il 14 per cento, più spesso i privati, viola la legge fecondando tutti gli ovociti sempre; il 45 per cento applica la sentenza del 2009, fecondando quelli strettamente necessari. Dice Rossella Bartolucci: «Le leggi vengono seguite scrupolosamente nei centri di buon livello. Se lo Stato applicasse gli standard di qualità che noi chiediamo, tutti i centri funzionerebbero come si deve. Solo che, invece di 300, sarebbero la metà». ■

Legge 40, com'è cambiata

2004: la legge consente la procreazione assistita di tipo omologo (con gameti maschili e femminili che appartengono alla coppia) solo per motivi di sterilità o infertilità alle coppie eterosessuali, sposate o conviventi; la produzione di massimo tre embrioni, che devono essere tutti impiantati nell'utero; il congelamento di gameti maschili e femminili.

Vieta la fecondazione eterologa; il congelamento e la soppressione degli embrioni; la selezione degli embrioni a fini eugenetici (quindi anche la diagnosi di eventuali malattie prima dell'impianto); la produzione di embrioni umani per fini di ricerca.

2008: linee guida del ministero. Ammettono alla procreazione assistita le coppie fertili nelle quali l'uomo ha malattie sessualmente trasmissibili, come Aids o epatite. La diagnosi preimpianto non è più vietata.

2009: sentenza della Corte costituzionale. Cancella il limite dei tre embrioni: ora il numero prodotto dev'essere quello "strettamente necessario" a ogni donna. Gli embrioni possono essere congelati.

2010: sentenza del tribunale di Salerno. Ammette alla procreazione assistita una coppia fertile portatrice di grave malattia genetica, consentendo esplicitamente la diagnosi preimpianto per impiantare solo gli embrioni sani.

2010: i nuovi ricorsi. Chiedono che le coppie eterosessuali, sposate o conviventi possano ricorrere alla fecondazione eterologa quando l'omologo è impossibile.



TUTTI I MODI DI FARE FAMIGLIA

Il 13 marzo a Milano l'associazione **Sos Infertilità onlus**, in collaborazione con la Provincia di Milano, organizza un convegno sul tema **"Possibili forme di genitorialità"**, dedicato a tutti i modi di fare famiglia quando un figlio non arriva. Procreazione assistita omologa, donazione di seme, embrioadozione e adozione saranno gli argomenti toccati dai relatori (tra i quali giuristi, medici, psicologi ed esperti di adozione). Il convegno si svolge a Palazzo Isimbardi, via Vivaio 1. Per informazioni e iscrizioni: tel. 331 18619298; sito (www.sosinfertilita.net), numero verde 800 097 999.



Salute I consigli degli esperti riuniti all'Humanitas

Trentamila passi per invecchiare sani

Un decalogo migliora la vita allungata

Trentamila passi a settimana, cervello sempre attivo, alimentazione corretta e aria aperta laddove non c'è smog. Moderazione in tutto, tranne che in un concetto positivo della vita. È la ricetta del buon senso, ma anche quella della prevenzione antica e moderna per invecchiare senza invecchiare. Tanti anni in buona salute. Sabato, all'Istituto clinico Humanitas di Rozzano (Milano): dalla riabilitazione, un decalogo di lunga buona vita. Lo propone il convegno «Si.Cura.10!»: percorsi di cura in degenza riabilitativa», organizzato da Stefano Respizzi, responsabile del Dipartimento di riabilitazione e recupero funzionale di Humanitas. Prima regola: movimento. Bando alla sedentarietà dell'era moderna. Ma senza eccedere, senza strafare.

Camminando, camminando gli anni si raggiungono in buona salute. Quanti anni? Centoventi in media. Se l'età scritta nei geni venisse raggiunta anche nella realtà (e ciò è possibile) dovremmo fare in modo di dare anche «forza» agli anni. A 120 anni si può vivere bene, in salute, se la prevenzione divenisse la parola d'ordine. E se, come facevano i cinesi quattromila anni fa, i medici fossero pagati solo se la gente sta bene. Intanto, nei laboratori di tutto il mondo si studiano i geni di longevità, e il modo di tenerli attivi. Sempre nell'Impero Celeste, il fungo reishi (o dell'immortalità) e le sue spore mantenevano «giovani» i cinesi ricchi (non i poveri perché quel fungo, oggi coltivabile, era allora rarissimo e prezioso). Che cos'è reishi? Un potente anti infiammatorio e stimolante delle difese corporee, uno scudo anti radicali liberi. Ecco. I ricercatori dell'epoca del genoma hanno individuato nei «motori» delle cellule, i mitocondri, la chiave per non invecchiare. Cioè tenere i mitocondri sempre «puliti» e attivi. Dagli Stati Uniti si propone, per esempio, il coenzima Q10 per mantenere «giovani» questi motori. O l'acido alfa-lipoico, potente «spazzino» dei radicali liberi che proprio i mitocondri producono come scar-

to della loro attività. Ma è tutto ancora da verificare sull'uomo.

Di certo il movimento, quei 30 mila passi a settimana, hanno un'azione analogica: la pressione si abbassa, il cuore funziona meglio, le arterie restano elastiche, le ossa affirano calcio (e non invecchiano: osteoporosi), le articolazioni stimolano nuova cartilagine (artrite, artrosi & Company tenute a distanza), il sistema immunitario (le difese) si equilibra. I molti centenari studiati per scoprirne i segreti di longevità hanno in comune, per esempio, una pressione del sangue mediamente bassa. O, comunque, normale. Uno studio del «Mario Negri» di Bergamo, pubblicato sul *Journal of Clinical Investigation*, ha scoperto un legame fra l'ormone angiotensina II e la durata della vita. Questo ormone bloccherebbe, infatti, l'azione di *Nampt* e *Sirtuina 3*, due geni della longevità. L'angiotensina II regola normalmente il tono dei vasi sanguigni e quindi la pressione arteriosa. Se si blocca l'angiotensina si vive di più. Nei topi così è stato. Un terzo di vita in più. «Anche se — ripete Luca Deiana, coordinatore del progetto AKeA (A Kent'Annos, ossia a cent'anni) — tra i centenari della Sardegna che stiamo studiando c'è chi a 112 anni ha sempre avuto la pressione normale e chi, a 105, ha sempre avuto la pressione alta». Tutti però hanno sempre «brillato» per vita moderata e attività fisica quotidiana.

Quindi, nell'attesa di pillole più o meno miracolose, basterebbe correggere gli stili di vita. «Seguire alcune semplici regole può aiutare le persone a vivere meglio e quindi anche ad affrontare la vecchiaia in salute e sicurezza», conferma Respizzi. La sua pillola? «Esercizio fisico, meglio se effettuato almeno 3 volte a settimana, è una vera e propria medicina, a qualsiasi età. *Exercise is medicine*, come dicono gli anglosassoni. Studi scientifici ne dimostrano la correlazione con il benessere e la diminuzione della

mortalità», risponde. E la posologia? «Fare 10.000 passi (5 chilometri) tre volte la settimana». E poi? Altri consigli: giocare con console e videogiochi di ultima generazione; riscoprire la propria corporeità; essere impegnati nel sociale; evitare l'abuso di farmaci, in particolare antidepressivi o sonniferi; vivere all'aria aperta; evitare escursioni termiche eccessive.

Patricia Boyle, della *Rush university medical Center* (Chicago), ha pure lei un consiglio: «Le persone che hanno molti scopi nella vita, che sono ricche di progetti da perseguire, hanno un rischio di ammalarsi di Alzheimer della metà più basso di coetanei meno attivi, con meno interessi e minore grado di coinvolgimento in esperienze di vita». Un suo studio su quasi mille anziani, e pubblicato sulla rivista *Archives of General Psychiatry*, porta a queste conclusioni. Insomma, sentirsi sempre giovani è l'elisir di lunga vita.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per il cervello Per le cellule



Videogiochi di ultima generazione, fantasia, progettualità, visione positiva della vita



Proteggere il Dna dai radicali liberi. Gli imperatori cinesi prendevano il fungo dell'immortalità



I punti

Alimentazione, sport e sesso: come tenere in forma corpo e mente

- 1 Fare 10.000 passi (5 chilometri) tre volte la settimana. L'esercizio fisico è una medicina, a qualsiasi età
- 2 Scegliere attività fisiche di equilibrio e non di forza. Bene Tai Chi, Pilates e i giochi alla consolle coi nipoti
- 3 Mangiare bene, variando scelte per non escludere nessun gruppo alimentare. No ai grassi, sì a frutta e verdura
- 4 Evitare il fumo e limitare l'alcol a un solo bicchiere di vino al giorno, durante i pasti
- 5 Riscoprire la propria corporeità: affettività, ma anche sessualità e contatto fisico, danno serenità
- 6 Coltivare le relazioni familiari. Il rapporto coi nipoti, per esempio, aiuta i nonni a restare attivi e in salute
- 7 Essere impegnati nel sociale. Avere un impegno preciso, come il volontariato, aiuta a restare mentalmente attivi
- 8 Non abusare di farmaci, in particolare antidepressivi o sonniferi. Per aiutare il sonno, l'esercizio fisico è più indicato
- 9 Vivere all'aria aperta: i raggi solari non solo fanno bene all'umore ma aiutano a prevenire l'osteoporosi
- 10 Evitare escursioni termiche eccessive: dunque evitare di uscire di casa nelle ore più fredde d'inverno e più calde d'estate

SALUTE

TRAPIANTI / IL CASO DEI SAMARITANI

TI REGALO UN RENE

Donatori viventi disponibili a dare un organo. A sconosciuti. La legge lo consente. Ma c'è il rischio di pagamenti nascosti. Come accade negli Usa. Così è meglio incentivare i parenti

DI IGNAZIO MARINO

Sono un ragazzo di 26 anni, vorrei essere donatore di organi, ma non voglio attendere un incidente, voglio esserlo ora! Credo che nel mondo ci siano persone che meritino di vivere molto più di me, per la loro importanza nella società, perché la loro mancanza potrebbe distruggere una famiglia o semplicemente perché hanno voglia di vivere... Vorrei conoscere delle persone bisognose di un trapianto»: il messaggio arrivato pochi giorni fa sulla mia posta elettronica non può passare inosservato; in pochissimi credono alla solidarietà fine a se stessa, molti pensano ad un disagio psicologico, altri a interessi economici non dichiarati. E sono infatti queste le reazioni più diffuse anche rispetto alla recente notizia di tre persone che hanno affermato pubblicamente di voler donare un rene a uno sconosciuto senza chiedere nulla in cambio. Si chiamano in gergo donatori "samaritani" e per la prima volta anche l'Italia si trova a confrontarsi con un fenomeno che in altre nazioni, come gli Usa, l'Inghilterra o i paesi scandinavi esiste da tempo ed è considerato in crescita.

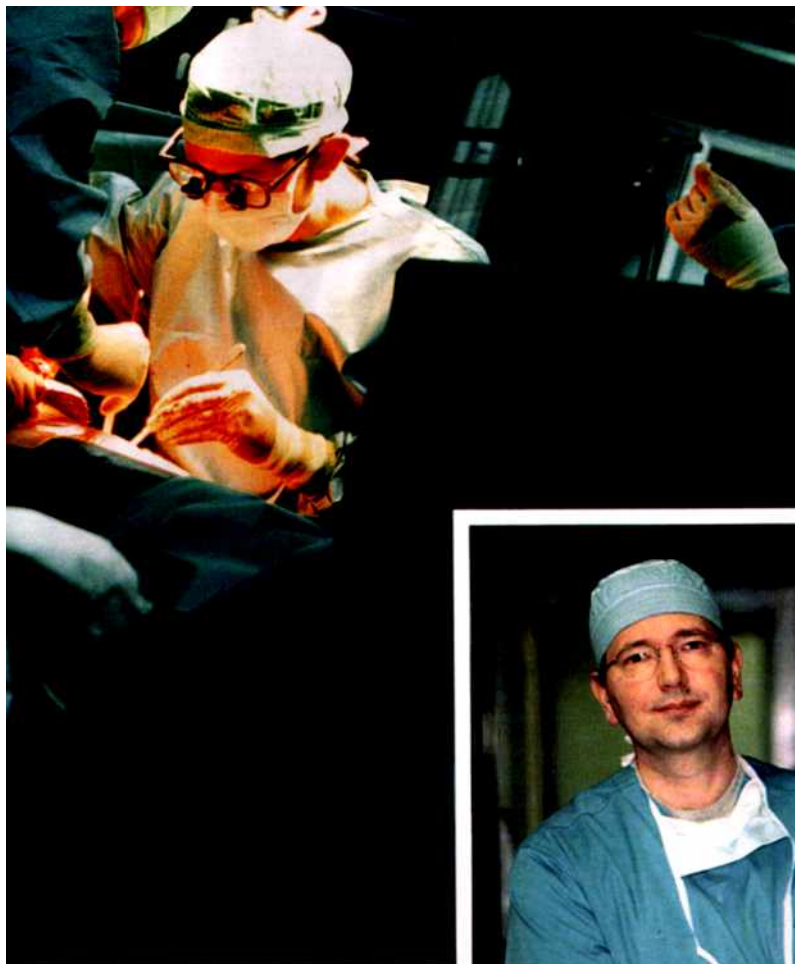
Ripartiamo dalla cronaca: alcune settimane fa in Piemonte e in Lombardia tre persone si sono rivolte ai centri specializzati affermando di voler mettere a disposizione delle collettività un rene, in modo da aiutare con un gesto puramente altruistico, alcuni pazienti con insufficienza renale che si sottopongono alla dialisi tre volte a settimana e sono in attesa di un trapianto. Le richieste sono finite a Roma, dove gli esperti del Centro nazionale trapianti hanno iniziato a interrogarsi sugli aspetti etici e legali. In Italia la legge ammette la donazione da vivente tra non consanguinei, una norma pensata per favorire i coniugi. Dunque dal punto di vista strettamente giuridico, nulla vieta che una persona doni un organo ad un'altra, anche senza vincoli di parentela. La prudenza certo è d'obbligo, anche perché in passato è capitato di vedere finire in tribunale donatori che avevano ottenuto denaro in cambio di un rene con la connivenza di medici, finiti anch'essi sotto processo perché coinvolti in un commercio illecito di organi.

Ma se nel nostro paese la propensione alla sfiducia nel prossimo, l'idea che ci sia sempre sotto qualcosa, fa un po' parte del nostro

Dna, ci sono tuttavia altri elementi culturali da considerare. Lo ha chiarito il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella in una sua recente dichiarazione: «Il corpo non è un bene a disposizione e quindi non può essere regalato». Un approccio molto diverso rispetto ai paesi anglosassoni e del nord Europa, in cui il corpo è considerato proprietà privata dell'individuo e di conseguenza ognuno può essere libero di disporne come meglio crede. È proprio in questi paesi che sono accettati i donatori samaritani, anche se i casi sono rari - 15 in Inghilterra nel 2009 - e valutati di volta in volta con grande rigore sotto il profilo legale e psicologico.

Diverso il caso degli Stati Uniti dove prevale, come sempre, il pragmatismo e le donazioni altruistiche verso estranei si possono effettuare anche tramite Internet. Il sito www.matchingdonors.com, aperto nel 2004, oggi è diventato il più grande portale del mondo che mette in relazione ammalati bisognosi di un organo con altre persone disposte a cederlo, nel rispetto della legge e quindi senza scambio di denaro o altro bene materiale. I potenziali donatori regolarmente registrati sono a oggi oltre 7 mila e il sito





Computer imaging di reni.
A sinistra: intervento di trapianto all'ospedale Le Molinette di Torino. Sotto: Ignazio Marino in sala operatoria



viene visitato da più di un milione e mezzo di persone l'anno. Il sistema è piuttosto semplice: ci si iscrive nella categoria "donatore" oppure "paziente", si forniscono le indicazioni cliniche richieste, si racconta la storia personale e chi gestisce il sito si occupa di valutare le richieste e di mettere in contatto i potenziali donatori con i pazienti che per il servizio sottoscrivono un abbonamento che va da cinquanta dollari per il primo mese di prova ai centocinquanta per i mesi successivi. Dopodiché si avvia l'iter per un tradizionale trapianto da donatore vivente: si individua il centro clinico, si effettuano gli accertamenti per verificare la compatibilità dell'organo e, se tutto risulta a posto, i medici programmano la data dell'intervento. L'unico pagamento che arriva al donatore consiste nel rimborso delle spese mediche che sono sostenute dall'assicurazione di chi riceve l'organo, oltre alle eventuali spese di viaggio, oggi sempre più contenute grazie alla partnership con alcune compagnie aeree per avere biglietti a prezzo agevolato. Fino ad oggi non vi sono state denunce o sospetti di commercio illegale di organi benché si sia saputo che, almeno in un caso, chi ha rice-

Foto: A. Toubatto - Contrasto, Olycom, Sipi - Contrasto

Dai figli...

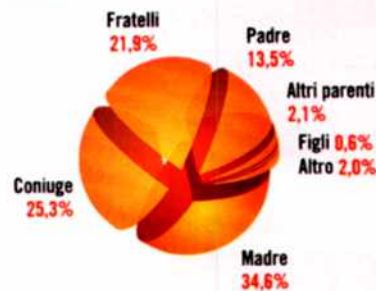
Tipologia dei donatori viventi di fegato dati dal 2001 al 2009



Fonte: Centro nazionale trapianti

...alla madre

Tipologia dei donatori viventi di rene



SALUTE

vuto il rene ha poi contribuito a sanare dei debiti del donatore. Mutuo soccorso o sfruttamento? La certezza non esiste, tanto più che, al contrario di quanto avviene in Europa dove i donatori samaritani non possono conoscere l'identità di chi riceve il loro organo, negli Usa donatore e ricevente si incontrano, si conoscono, possono anche fare amicizia come dimostrano le numerose fotografie pubblicate su Internet. La solidarietà umana non va esclusa a priori, può darsi che esistano moltissime persone pronte a privarsi di un rene, di un polmone o di una parte del fegato, e soprattutto disponibili a sottoporsi ai rischi di un intervento chirurgico, ma nutrire qualche dubbio è legittimo e l'idea che prima o poi, anche all'insaputa dei medici, possa avvenire uno scambio illegale di denaro non può essere sottovalutata.

Tuttavia la questione non può essere liquidata con generiche considerazioni morali o ancora più generici appelli alla cautela; il vero nocciolo del problema sono le migliaia di pazienti in attesa di un trapianto, le decine di migliaia di dializzati che vivono per anni appesi ad una speranza che spesso è solo un miraggio. Dobbiamo metterci nei loro panni e affrontare con serietà il tema delle donazioni da vivente. Perché in Italia siamo i secondi in Europa per le donazioni da cadavere e siamo agli ultimi posti per quelle da vivente, con soli 120 trapianti negli ultimi due anni? Perché non si fa nessuno sforzo per incenti-

vare le donazioni tra familiari, visto che ogni anno si eseguono mediamente 1.600 trapianti di rene a fronte di 6.800 pazienti in lista d'attesa? Perché in molti casi la possibilità di una donazione da vivente non viene nemmeno prospettata dai medici?

Il paragone con l'estero ci aiuta anche in questo caso: in Inghilterra le donazioni di rene da vivente tra familiari sono arrivate al 37 per cento del totale e percentuali simili si registrano in Norvegia, Olanda, Svezia. Negli Stati Uniti ormai da alcuni anni le donazioni da vivente rappresentano la metà dei circa 15 mila trapianti di rene che si eseguono ogni anno.

Organi di ricambio

Numero di trapianti da deceduti fatti in Italia

	Rene	Fegato	Cuore	Polmone	Intestino	Pancreas
1999	1314	685	337	101	n.p.	n.p.
2000	1308	728	298	60	1	1
2001	1448	796	316	61	5	15
2002	1470	830	312	59	5	24
2003	1487	867	317	65	3	23
2004	1746	1016	353	85	6	39
2005	1671	1053	344	97	5	31
2006	1667	1089	345	93	5	24
2007	1585	1041	311	112	2	19
2008	1533	996	326	94	5	12
2009	1645	1059	361	116	4	12

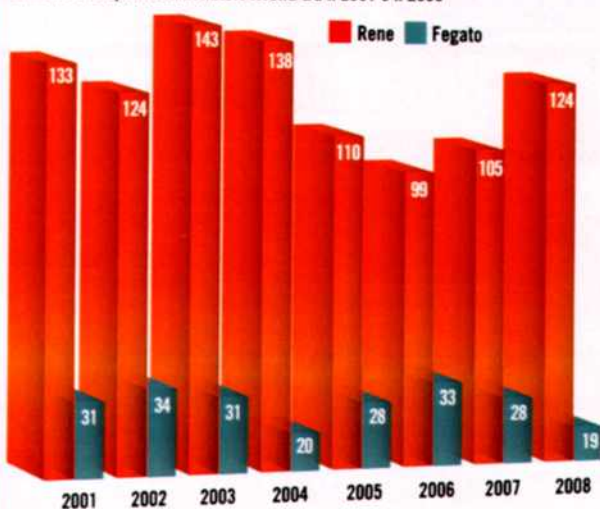
Fonte: Centro nazionale trapianti

A destra: conservazione di organi da trapiantare e recipienti per il trasporto in un ospedale americano

Il nostro ministero, invece, insiste nell'indicare nelle donazioni da cadavere la strada maestra, non supportando tale posizione da alcuna evidenza scientifica. Dati alla mano e studi consolidati da oltre cinquant'anni di esperienze dimostrano, infatti, che la qualità di vita con il trapianto migliora radicalmente e che la sopravvivenza dell'organo è addirittura superiore nel caso di un trapianto da vivente. Dal punto di vista economico, poi, per il sistema sanitario è certamente più

Interventi a basso rischio

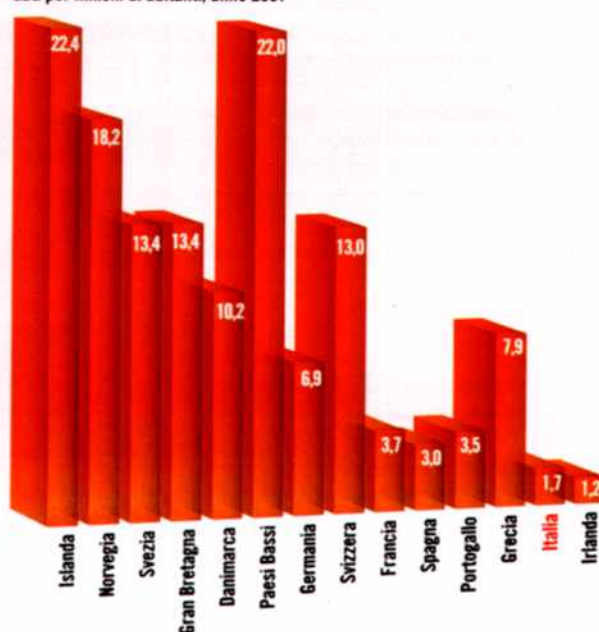
Numero di trapianti da donatori viventi tra il 2001 e il 2008



Dal 2001 si eseguono circa un centinaio di trapianti di rene all'anno da donatori viventi. Per quanto riguarda il fegato, il numero molto più basso si deve alla difficoltà tecnica dell'intervento e ai rischi cui viene sottoposto il donatore.

Fanalini di coda

Numero di trapianti di rene da vivente nei Paesi europei dati per milioni di abitanti, anno 2007





È un problema di informazione

colloquio con Alessandro Nanni Costa di Tiziana Moriconi

In Italia, i trapianti da vivente sono pochissimi. Ci dice perché Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro Nazionale Trapianti.

Come mai si fanno così pochi trapianti da donatore vivente?

«Perché questo tipo di procedura medica è stata poco sviluppata nel corso degli anni rispetto al trapianto da cadavere, dove invece abbiamo acquisito competenze molto valide. La conseguenza è che non tutti i centri di trapianto la propongono come opzione, e le persone non vengono informate di questa possibilità».

Sarà possibile adeguarsi alla media europea?

«Di sicuro ora siamo più maturi per questa procedura, tanto che il centro di Padova sta facendo il giro di tutti i reparti di dialisi del Veneto per far conoscere il suo programma di trapianto di rene da vivente. Se un paziente ne ha la possibilità, è giusto che lo possa fare. È necessario però che il sistema garantisca a tutti un buon programma di base, da cadavere o da vivente che sia».

È un problema di conoscenza di questa possibilità?

«Esatto. Dobbiamo far sì che il paziente abbia accesso ai centri con una procedura efficace e una grande casistica. Una volta che sono state rispettate tutte le condizioni di sicurezza, negare che la possibilità del trapianto da donatore vivente sarebbe ingiusto».

vantaggioso sostenere le spese di un trapianto e dei farmaci contro il rigetto, piuttosto che gli elevatissimi costi della dialisi per anni e anni. È evidente allora che gli unici a beneficiare della scarsità delle donazioni tra familiari sono i proprietari dei centri dialisi privati che si assicurano, con l'alto numero di pazienti da assistere, una fonte di guadagno sicura e in costante aumento.

Foto: Corbis (3)

Ogni sforzo dovrebbe essere fatto anche perché la sproporzione tra la domanda e

l'offerta resta drammatica e gli organismi internazionali denunciano con preoccupazione la crescita del traffico illegale di organi dai paesi più poveri. E se nei paesi più ricchi non si farà ogni sforzo possibile per limitare questa deriva, promuovendo le donazioni legittime e punendo con pene esemplari chi viene coinvolto in un traffico illegale, il fenomeno del commercio degli organi non potrà che crescere.

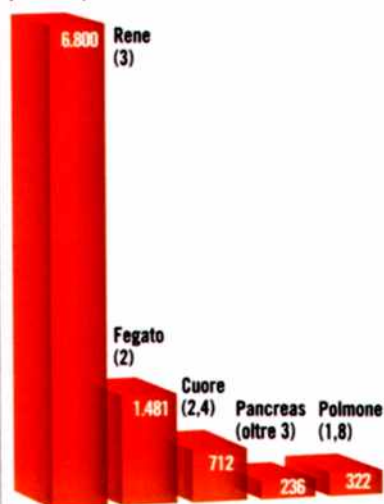
Quando lavoravo come chirurgo in Sicilia, visitavo molti pazienti con insufficienza renale per valutare il loro inserimento in lista d'attesa per un trapianto e prospettavo sempre loro l'ipotesi di una donazione all'interno del nucleo familiare. A volte non riuscivo nemmeno a finire il mio discorso che chi accompagnava il malato si metteva a disposizione per donare un rene al familiare. A volte riuscimmo ad evitare a dei bambini l'incubo della dialisi, trapiantandoli prima che fosse necessario. Un giorno, ricordo perfettamente l'incontro con una donna di circa cinquant'anni, alta e magrissima, provata da lunghi anni di dialisi, condizionata da una vita scandita dalle sedute in ospedale. La figlia era disposta a donarle il rene ma dagli esami risultò non compatibile e la prospettiva del trapianto sfumò. Aveva un altro figlio di nome Mario che, probabilmente spinto dai sensi di colpa, un giorno mi chiese un appuntamento per parlarmi nel mio ufficio in ospedale: «Vede dottore, io sono giovane, mi piace lo sport, correre, nuotare, viaggiare. Se dono un rene chissà se potrò continuare a fare tutte queste cose, la mia vita cambierà, sarò un invalido e magari morirò prima del

Nessuno informa i parenti che possono fornire l'organo. E i centri di dialisi ci guadagnano

tempo con un rene solo». Domande legittime, che fanno comprendere quanto sia importante comunicare con i pazienti e informarli sempre correttamente. Così gli spiegai prima tutti gli aspetti negativi: i rischi collegati, e inevitabili, all'intervento chirurgico, le visite e i controlli periodici, il dolore che avrebbe provato al risveglio, la ferita da medicare... ma lo tranquillizzai rispetto alla qualità di vita che avrebbe avuto, perché sarebbe stata assolutamente identica, anzi forse sarebbe vissuto più a lungo perché nel corso della sua esistenza avrebbe fatto più controlli medici. Alla fine del colloquio mi disse con rammarico che comunque non se la sentiva. Non ne parlammo più ma dopo due mesi me lo vidi spuntare in reparto, pronto per sottoporsi agli esami e determinato a donare un rene alla madre. Verificata la compatibilità potemmo procedere con il trapianto e tutto andò per il meglio. Il giorno dopo l'intervento, quando Mario entrò nella stanza per vedere come stava la madre, entrambi scoppiarono a piangere per la felicità: il legame tra quei due esseri umani sarebbe stato ancora più speciale da quel giorno in poi. ■

La lunga attesa

Numero di pazienti in lista di attesa per un trapianto al dicembre 2009



(tra parentesi il tempo medio di attesa in anni)

ECONOMIA

SANITA' / I BILANCI IMPAZZITI

La spesa corre IN CORSA

Quest'anno le Regioni pagheranno quasi tre miliardi in più per le medicine. Colpa degli ospedali. E dei trucchi delle aziende farmaceutiche

DI DANIELA MINERVA

Mancano 2,9 miliardi. Le previsioni per la spesa pubblica farmaceutica 2010 sono apocalittiche: il tetto è fissato al 15,7 per cento del Fondo sanitario nazionale, quindi a 16,4 miliardi: ma se ne spenderanno almeno 19,3. Fin qui è una storia abbastanza usuale: i tetti di spesa sanitaria sono costantemente disattesi per diverse ragioni. Ma il caso della farmaceutica fa scattare un campanello d'allarme alla Conferenza delle regioni. Per via di una cabala che si sta trasformando in nodo scorsoio per i governatori.

I denari pubblici spesi per i farmaci seguono, sostanzialmente, due canali: le farmacie e gli ospedali. Per la prima categoria, cresciuta all'impazzata fino a pochi anni fa, esiste però oggi un tetto, pari al 13,6 per cento del Fondo sanitario nazionale, oltre il quale lo sfondamento deve essere ripianato anche dalle aziende. La ratio è stata quella di presupporre che, se le prescrizioni sono più dei malati previsti dall'epidemiologia, qualcuno sta esagerando: i dottori nelle ricette facili e le aziende nelle pressioni del marketing. Per la spesa ospedaliera la faccenda è diversa: le Regioni che sfondano il tetto del 2,4 per cento si devono pagare da sole il surplus, e le aziende incassano senza pagare dazio.

Oggi accade, e qui sta il mal di pancia dei governatori, che a crescere all'impazzata è proprio la spesa ospedaliera, mentre quella in farmacia è sostanzialmente stabile. Le mille misure di contenimento pensate dall'Aifa, l'Authority dei farmaci, tra il 2004 e il 2008, e la pressione delle Regioni sui medici di famiglia stanno dando i loro frutti: da un lato alle aziende non conviene spingere verso fat-



Una farmacia a Roma. A sinistra: un laboratorio della Ratiopharm

l'Aifa: «Ma dobbiamo anche introdurre dei meccanismi di governo della spesa ospedaliera che contengano la pressione delle aziende».

E qui si apre il nuovo fronte della guerra alle molteplici trovate degli addetti al marketing. Posto che la loro fantasia è infinita, sussurrano gli uomini dell'Aifa, si potrebbe co-

turati che poi dovranno restituire al Ssn; dall'altro, i dottori temono che accada a tutti quello che è successo a un collega di Bergamo condannato dalla Corte dei Conti a pagare 2.800 euro per «irragionevole prescrizione». Risultato: la pressione delle aziende sulla spesa farmaceutica ai privati si allenta, mentre si inasprisce quella sulla ospedaliera. Non solo: negli ultimi anni, l'avvento di medicinali complessi e costosi, i cosiddetti biologici, per malattie di massa come il cancro e le reumatiche, ma anche per patologie più rare ma senza cure, ha sconvolto i budget degli ospedali. Risultato: tutti affermano che quel tetto del 2,4 per cento è assolutamente irrealistico. Ma anche che lasciar galoppare la spesa ospedaliera porterebbe a un mercato impazzito proprio come era quello delle farmacie prima della cura Aifa.

«La spesa per i farmaci negli ospedali oggi è il doppio del tetto. Siamo almeno al 4,6 per cento e questo dovrebbe essere il margine da osservare se si vuole essere credibili», commenta Giovanni Bissoni, assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna e consigliere del-

Una montagna di pillole
Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera
(in milioni di euro)



*stima su dati Osmed e Agenas relativi al periodo gennaio-novembre 2009



Pfizer al comando

Il rank delle principali farmaceutiche sul mercato italiano

	Fatturato 2009	Quote di mercato %
Pfizer	1.463.553.344	7,9%
Sanofi-Aventis	1.170.297.952	6,3%
Roche	1.106.597.440	6,0%
Menarini	977.820.785	5,3%
Novartis	951.000.800	5,2%
Merck & co	885.262.272	4,8%
Glaxosmithkline	874.445.728	4,7%
Bayer	761.743.808	4,1%
Astrazeneca	622.902.208	3,4%
Johnson & Johnson	598.166.272	3,2%
Abbott	439.997.952	2,4%
SigmaTau	412.120.046	2,2%
Lilly	385.204.032	2,1%
Boehringer ingel	361.548.168	2,0%
Bristol-myers sqb.	345.236.432	1,9%
Chiesi	300.563.910	1,6%
Gilead sciences	250.525.392	1,4%
Kedrion	240.776.721	1,3%
Angelini	230.017.855	1,2%
Merck Kgaa	227.628.484	1,2%
Bracco	223.123.304	1,2%
Recordati	217.018.974	1,2%
Amgen	197.249.528	1,1%
Servier	187.990.222	1,0%
Italfarmaco	185.740.560	1,0%

Fonte: elaborazione Il bistrini su dati Ims

minciare a estendere all'ospedale i paletti disegnati per la spesa farmaceutica. Primo tra tutti lo stop alle false innovazioni.

Per anni le aziende hanno forzato il mercato mettendo in commercio specialità, differenziate da piccole variazioni chimiche e di associazione di composti, del tutto analoghe per valore terapeutico. Per ogni microscopi-

ca variazione spuntavano prezzi diversi e il pressing degli informatori sui medici spostava le prescrizioni sulle specialità più nuove e costose.

In ospedale le cose vanno un po' diversamente, specie perché i prodotti sono assai com-

piessi e le farmacie ospedaliere hanno imparato a stoppare le fantasie innovative dei primari, ma il meccanismo è lo stesso. «L'Aifa deve mettere a punto dei metodi di governo delle innovazioni per bloccare quelle fasulle», dice Bissoni. La spesa, però, è già alle stelle, e i veri big spender sono i farmaci biologici per il cancro e le malattie reumatiche. La medicina dice chiaramente che si tratta di prodotti molto efficaci, ma che per lo più funzionano solo in presenza di determinate anomalie genetiche. Molte di queste anomalie sono rilevabili con analisi conosciute e qui il lavoro è facile: si fa il test e si somministra il farmaco solo se l'anomalia genetica è presente (l'herceptin per il tumore del seno è un esempio di questa procedura). Ma per la maggior parte dei nuovi oncologici il cosiddetto "profilo di efficacia" è molto più sfumato, le anomalie in causa sono diverse e alcune non conosciute. Così, i medici si trovano a decidere sulla base di pochi fattori noti se somministrare cicli che costano decine di migliaia di euro. E, ovviamente, decidono di farlo. Ma oggi il tema del governo di questa "spesa etica" si fa pressante. E un modo per equilibrare il sistema c'è.

L'ha messo a punto l'Aifa e alcuni oncologici sono, in effetti, sottoposti a questo regime, il "payment by results": il Ssn rimborserà il farmaco solo se funziona, altrimenti l'azienda copre le spese del medicamento. Se Pfizer e Glaxo l'hanno accettato per due loro prodotti, perché non estenderlo a tutti i nuovi farmaci biologici? Occorre affinare i meccanismi di autorizzazione di nuovi medicinali legando il rimborso alla loro efficacia. E stabilire un rapporto tra quanto un farmaco innova e quanto costa. ■

Quale prodotto? Mi dia il più caro

Il rebus è squadrato sui tavoli di tre ministeri (Economia, Sviluppo e Salute), dell'Autorità garante per la concorrenza e della Corte dei Conti. Perché se esistono due farmaci per trattare una malattia degli occhi legata all'età (la degenerazione maculare, Dmle) che la letteratura scientifica considera equivalenti il Ssn è costretto a erogare il più costoso? A porre il quesito è stata la regione Emilia-Romagna, che ha stabilito, in attesa di chiarimenti, di erogare il farmaco più economico. La diatriba riguarda il Lucentis della Novartis, capace di trattare la Dmle al prezzo di 1.100 euro la fiala, e l'Avastin di Roche,

che fa lo stesso mestiere a meno di 30 euro la dose. Lo dimostrano 33 studi scientifici. Per capire bisogna fare un passo indietro al 2007, quando per curare questa malattia non c'erano farmaci. I dati scientifici mostravano però che l'Avastin, registrato come anticancro a 321,85 euro ogni 100 milligrammi, opportunamente dosato poteva trattare la Dmle. L'Aifa allora ne autorizzò l'uso con la modalità off label (fuori da quelli contemplati nella scheda di registrazione). Poi, a dicembre 2009, è arrivato sul mercato Lucentis, che ha proprio l'indicazione per la Dmle. E questo

ha scompaginato tutto, perché in presenza di un farmaco specifico non si può utilizzare un off-label, a meno che l'azienda non ne chieda la registrazione ad hoc. Ma Roche non lo ha fatto. Anzi, ha scritto alle autorità, il 9 dicembre del 2009, avvertendo che un diverso dosaggio del medicinale può presentare rischi. Insomma, la multinazionale svizzera non vuole si usi il suo farmaco contro una malattia che, con l'invecchiamento della popolazione, è sempre più diffusa. E questo nonostante la stessa Fda americana le abbia chiesto di farlo. Sembra strano, ma non lo è. Perché Lucentis è un byproduct dell'Avastin (sostanzialmente una molecola del tutto analoga) sviluppato dalla stessa Genentech, che detiene

il brevetto di entrambi e che ha concesso i diritti di vendita di Lucentis alla Novartis. Nel 2009 Roche ha acquisito Genentech e quindi la proprietà di Avastin e i proventi delle royalties sulla Lucentis. Ovvio che non abbia interesse a chiedere la registrazione del suo prodotto per la Dmle. Ma la vicenda getta nuova luce su due elementi: innanzitutto svela che il meccanismo delle innovazioni fasulle si può applicare anche a farmaci complessi e costosi. E poi indica all'Aifa una strada: trovare meccanismi per i quali a parità di prestazioni si possa scegliere la specialità meno cara. Negli Usa Avastin è usato come Lucentis, in attesa di uno studio che definisca l'efficacia dei due farmaci.

Il convegno

Prevenzione e ricerca alla giornata del rene

Nefrologi e sociologi
a confronto
all'Istituto filosofico

Alessandra Gargiulo

In Campania sono 1.600 i trapiantati rispetto ad un esercito di ben 6mila persone in dialisi, la cui sopravvivenza è legata per decenni ad una macchina. Ma «sopravvivere non basta». C'è bisogno di «qualità di vita nella malattia renale cronica», come recita il titolo del convegno che l'11 marzo, per la quinta «Giornata mondiale del rene», si terrà a Napoli - come in altre 14 città italiane ed estere - presso l'Istituto italiano per gli studi filosofici, coordinato da Gaspare Natale De Santo, nefrologo e docente presso la Sun.

Una sensibilizzazione alla prevenzione e alla ricerca clinica, cardini di una sanità giusta, rispondente ai bisogni dei malati e con i conti in ordine. «Perché la salute è un bene primario che non può essere regolato dai tagli della politica - sostiene De Santo -. È necessaria una medicina predittiva, fondata sul concetto che il medico è il tutore del malato; è un clinico, prima che uno scienziato. La ricerca di base deve tornare a trasformarsi in cure e la medicina umanista rappresenta il futuro nel rapporto tra medico e paziente dove oggi è il manager a comandare». Ecco allora che il ruolo del filosofo si

inserisce tra malati e politica, per creare una nuova classe manageriale che ponga al centro il paziente. «La filosofia è amore per il sapere e quello medico sostiene l'uomo», afferma Aniello Montano, filosofo dell'Università di Salerno. Proprio «dalla medicina unita alla filosofia potrà ripartire la ricostruzione etica del paese» sottolinea Gerardo Marotta, presidente dell'Istituto studi filosofici, sede dell'incontro a cui interverranno tra gli altri Masullo e il sociologo francese Morin e che sarà preceduto dal convegno dell'8 marzo «Nefrologia Donna», dedicato alle specialiste, con la partecipazione di Annamaria Bernardi, prima nefrologa primario in Italia. «Invece delle mimose - conclude De Santo - evidenzieremo il contributo femminile nella cura della malattia. Oltre il 90% degli specializzandi sono donne, ma ci sono solo 3 primarie su 30 posti disponibili». Un'occasione per testimoniare la nuova vita dopo il trapianto di rene. Come quella di Cristina con la sua Chiara, o di Mena, ora psicologa, entrambe pazienti di De Santo che da 15 anni vivono con un rene nuovo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La festa delle donne
Incontro l'otto marzo
sul contributo
delle «specialiste»



Malati & malattie

Gloria Saccani Jotti

L'affidabilità del test dell'Hpv per individuare i tumori del collo dell'utero

È stato dimostrato per la prima volta che il test per il Dna del papilloma virus umano (Hpv) previene un maggior numero di tumori del collo dell'utero, in confronto al tradizionale test citologico (Pap-test), poiché consente di individuare con maggiore anticipo eventuali lesioni precancerose. Per questo, il test dell'Hpv dovrebbe diventare lo strumento principale di screening per la diagnosi precoce nelle donne di età pari o superiore ai 35 anni. Lo dimostra un articolo appena pubblicato su *Lancet Oncology*, che presenta i risultati di uno studio realizzato in Italia in 9 centri di screening (Torino, Trento, Padova, Verona, Bologna, Imola, Ravenna, Firenze e Viterbo) e che ha avuto come capofila il Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte (Cpo) dell'Azienda ospedaliero universitaria San Giovanni Battista - Molinette di Torino. Lo studio randomizzato multicentrico «Nuove Tecnologie per lo screening del Cancro Cervicale (NTCC)», coordinato dal dottor Guglielmo Ronco, ha confrontato la performance dei due tipi di test su un campione di 94.370 donne di età compresa tra i 25 ed i 60 anni, invitate a sottoporsi al controllo. «Il nostro studio - affermano gli autori - è il primo a mostrare una maggiore efficacia del test dell'Hpv rispetto al Pap-test nel prevenire i tumori invasivi in un Paese sviluppato, dove lo screening citologico ha avuto luogo per anni ed i tumori cervicali avanzati sono estremamente rari tra le donne che aderiscono allo screening». Vi sono state due fasi di reclutamento, avvenute tra marzo e dicembre 2004, ognuna composta da due round. In ciascuna fase le donne sono state assegnate casualmente a due gruppi. Nella prima fase, ad un gruppo è stato effettuato il Pap-test, mentre all'altro sono stati somministrati sia il Pap-test, sia il test Hpv. Nella seconda fase, un gruppo è stato sottoposto al Pap-test, mentre l'altro al test HPV da solo. Al primo round i due test hanno rilevato un numero simile di tumori invasivi, ma nel secondo nessun carcinoma è stato riscontrato nel gruppo Hpv-test + Pap-test, a fronte dei 9 rilevati nel gruppo Pap-test. Ciò dimostra che il test Hpv è più efficace e permette di individuare le lesioni precancerose. Il test dell'Hpv va somministrato solo alle donne dopo i 35 anni.



Lecco, tumore alla laringe: un metodo per riavere la parola

LECCO. Lei ce l'ha fatta e adesso vuole aiutare chi ancora combatte con i postumi del tumore alla laringe e vuole ritornare a parlare. Emma Rita Ferri, presidente della sezione di Merate (Lecco) dei laringectomizzati, ha inventato un nuovo metodo per riprendere l'uso della parola dopo l'operazione e ne ha fatto un manuale di riabilitazione fonatoria, considerato innovativo dagli esperti del settore. Il volume, "Guida metodo Ferri", sottotitolato "Verso del piccione", dal nome dato al particolare suono elaborato dalla meratese, sarà presentato domani mattina nella sala civica "Fratelli Cernuschi" di Merate. Al tavolo dei relatori, i dirigenti dell'Ospedale "Mandic" di Merate e il presidente nazionale Ailar, Maurizio Magnani, specialista in Foniatria. Durante la presentazione, sarà commentata un'indagine endoscopica realizzata su Emma Rita Ferri, che mostra che cosa succede nella gola della donna mentre parla utilizzando il metodo da lei stessa elaborato. **(P. Fer.)**



Baresità

Oncologia, dal sostegno economico fino a un 'territorio senza dolore'

Nel nostro paese si scoprono 250mila nuovi casi di tumori l'anno. Questa sta diventando la vera emergenza sanitaria del Paese. Il Governo si sta impegnando ad occuparsi del caso e delle assistenze ai malati di tumore, infatti nella prossima conferenza Stato-Regioni approderà il piano oncologico nazionale. Il ministro alla Salute, Ferruccio Fazio, a questo proposito, ha spiegato che l'Italia è uno dei paesi al mondo dove diagnosi e cure sono i più avanzati e che il libro bianco dell'Aiom (associazione italiana oncologia medica) permetterà al ministero stesso di migliorare e correggere, dove necessario, sia i livelli di prestazioni che i servizi e l'organizzazione.

In 4 anni la spesa per i farmaci oncologici è quasi raddoppiata. E a proposito di spesa dal primo marzo è attivo anche a Bari e provincia il 'Progetto famiglie Ant', che prevede un sostegno economico di 250 euro al mese per 6 mesi alle famiglie disagiate che stiano assistendo in casa un malato di tumore.

Le linee programmatiche del Piano Oncologico

Nazionale saranno incentrate sulla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), sulla cura del paziente per tutto l'iter della malattia con un coinvolgimento di tutte le figure professionali, sullo sviluppo di una rete per le cure palliative e la terapia del dolore al fine di raggiungere l'obiettivo di un 'territorio senza dolore'.

Ma l'obiettivo più importante sarà creare un network di tutte le Reti Oncologiche Regionali (Rete delle reti) che permetta una condivisione di tutte le informazioni utili a fornire standard di assistenza più elevati a tutti i pazienti oncologici, indipendentemente dalla sede in cui risiedono. Secondo i numeri del rapporto Aiom, l'87% delle oncologie italiane ha un servizio di assistenza domiciliare. Risulta inoltre che un'oncologia del Nord tratta a casa in media 200 pazienti, 148 al Sud-Isole, 118 al Centro. Dal 2001, i servizi riabilitativi, passati dal 4,6% al 41,7% odierno. Ma si attende il giorno in cui i ricercatori dicano: "Abbiamo trovato la cura per il cancro."

Omega



Ancora troppi tumori: eredità della raffineria

Morandi, primario di Chirurgia I: Rho centro di alta qualità per gli interventi a colon, mammella e pancreas

RHO - La Chirurgia generale ha ritmi di lavoro sempre più intensi. Il reparto numero "1", diretto dal dottor Eugenio Morandi, rappresenta uno dei fiori all'occhiello dell'ospedale rhodense che continua a essere ben radicato nella storia cittadina e a fare i conti con il contesto in cui Rho è cresciuta. Ad esempio, il numero di interventi per problemi oncologici è in crescita e questo dipende ancora dall'eredità del vecchio polo petrolchimico che ha lasciato spazio alla Fiera di Milano. «Affrontiamo un numero elevato di interventi chirurgici oncologici - spiega Morandi, attivo a Rho dal gennaio 2004 - La presenza storica della raffineria ancora lascia i suoi strascichi. Il lascito ricevuto in dono, alla base della "Fondazione Eugenio Morandi Onlus per lo studio e la cura dei tumori pancreatici", ha permesso di realizzare uno studio pubblicato dalla Liuc. Dimostra che qui c'è una domanda di chirurgia di altissimo livello per il tratto gastroenterico superiore. C'è chi sceglie di operarsi a Milano, in cliniche private, ma noi siamo perfettamente in grado di affrontare la situazione e abbiamo potenzialità enormi, po-

tendo contare su persone quotate in ambito accademico e scientifico, con un valore riconosciuto ad alti livelli». La media è di 110 operazioni al colon, di 80-90 alla mammella, di 25 al pancreas, ogni anno. Oltre a molte altre. La specializzazione universitaria di Chirurgia generale si appoggia per la formazione dei nuovi medici all'ospedale di Rho. «Non manda gli allievi del primo anno, ma chi deve imparare la chirurgia medio-alta ed è al 4-5° anno - spiega il primario, reduce da un meeting internazionale di tutoraggio, svoltosi in Francia - I dettami della chirurgia moderna indicano un bisogno di identificazioni più precise: non è possibile pensare che tutti facciano tutto nello stesso modo. Gli standard di qualità sono selettivi: all'ultimo congresso negli Stati Uniti sugli interventi al pancreas, è emerso che le strutture che non hanno un'alta media di interventi devono avere il buon senso di consigliare ai pazienti centri di riferimento più qualificati». Non è il caso di Rho, dove arrivano a farsi operare da Morandi persone di diverse regioni italiane: di recente, un paziente giudicato "ino-

perabile" a Palermo, qui si è visto salvare la vita. «Rho vanta ottime prestazioni su colon, mammella (con annesse cure successive, dopo una chirurgia non demolitiva) e pancreas - dice Morandi - Ha le caratteristiche per essere un punto di riferimento e questo va riconosciuto. Ci sono numeri e competenze». L'ospedale è anche sede della Fondazione cui Morandi ha dato vita nel 2006 con altri colleghi per le cure al pancreas (02 - 994303 265; info@fondazionemorandi.it). «Questo - dice Morandi - è l'ospedale dei rhodensi, la gente preferisce venire qui e fa bene perché trova valide professionalità. Tra l'altro, con un'unità semplice dipartimentale, gestiamo anche un numero altissimo di interventi d'urgenza». Quindi aggiunge considerazioni sulla gestione della sanità: «Non si capisce perché le valutazioni sull'attività non impattino sulle progettualità - dice Morandi - Abbiamo un'attività intensa, rapporti con istituzioni universitarie, eppure non si muove nulla per migliorare l'operatività».

Angela Grassi

