

STATISTICHE Ogni mese in Italia vendute mille pillole dei «cinque giorni dopo»



ROSSELLA NAPPI
Ginecologa, endocrinologa e sessuologa all'Università di Pavia

Contracezione, meglio se fa rima con pianificazione

Ogni anno circa il 30% delle italiane corre il rischio di restare incinta senza volere. Ma l'80% delle donne che utilizza la contraccezione d'emergenza ha mutato in positivo l'atteggiamento

Martina Strazzari

LA SALUTE delle madri, l'autonomia della donna, e il family planning, ovvero le politiche legate alla natalità, sono tre degli obiettivi fissati dalle Nazioni Unite per lo sviluppo del millennio. Questi temi sono stati al centro del congresso mondiale sulla riproduzione, tenutosi a Venezia e presieduto da Riccardo Andrea Genazzani. La riproduzione come evento umano da salvaguardare. Sull'argomento è intervenuta Rosella Nappi, ginecologa, endocrinologa e sessuologa all'Università di Pavia, precisando come il primo passo per sdoganare la contraccezione d'emergenza (ce) dalla scatola nera dell'irresponsabilità, sia una corretta informazione. «Si chiama contraccezione d'emergenza — ammonisce — e come tale deve essere riconosciuta. L'uso della pillola del giorno dopo deve considerarsi un fatto esclusi-

sivamente occasionale». Nappi aggiunge che, più che «del giorno dopo», la denominazione corretta dovrebbe essere «del prima possibile». «Non trattandosi di una pillola abortiva — spiega — la tempestività nell'assunzione è fondamentale: il principio che la regola è interferire con il picco dell'ormone Lh che porta all'ovulazione, ritardando o annullando la finestra fertile della donna».

UN NUOVO farmaco a base di Ulipristal acetato, conosciuto anche come 'la pillola dei cinque giorni dopo', è presente sul mercato italiano dal 2012: la sua efficacia si mantiene fino a 120 ore dal rapporto non protetto, ma le probabilità di non incorrere in una gravidanza indesiderata sono tanto più basse quanto più rapida è l'assunzione.

«Quello che i dati ci mostrano — prosegue Nappi — è che il 46% delle gravidanze indesiderate non deriva dalla mancanza di metodi contraccettivi, ma dal loro uso sbagliato. Mi auguro che la prescrizione di una contraccezione d'emergenza possa essere

lo stimolo per affidarsi successivamente a metodi più sicuri».

I dati in questo senso sono inco-

raggianti. Da un'indagine europea condotta da Hra Pharma, risulta che, a seguito di un rapporto a rischio e conseguente utilizzo della contraccezione d'emergenza, il 61% delle donne ha deciso di prestare più attenzione all'assunzione o all'utilizzo del contraccettivo abituale.

TUTTAVIA I NUMERI mostrano anche come la prima e allarmante mancanza sia un'informazione adeguata. Secondo l'indagine, molte donne sembrano ignorare o sottovalutare i rischi di un rapporto non protetto: a causa di un errore di valutazione, il 43% ha ritenuto di non essere a rischio e non ha usato nessuna contraccezione d'emergenza, il 27% riconosce di avere avuto paura di una futura infertilità, e il 35% accusa la difficoltà di reperimento di prescrizione e farmaco. «Da questo quadro emerge la necessità — spiega Nicoletta Orthmann, dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (Onda) — della figura del ginecologo in quanto interlocutore di riferimento, per favorire l'accesso a uno strumento di prevenzione che non esponga all'eventualità di un'interruzione volontaria di gravidanza e che faccia riflettere e prendere coscienza dei rischi».

IL DATO

Il 46% delle gravidanze indesiderate deriva da un uso errato dei metodi contraccettivi



Metodi naturali, attenti a Ogino Knaus

Secondo una ricerca esiste sempre un 3% o un 5% di possibilità di concepire nei giorni considerati non fertili



Un nuovo farmaco disponibile sul mercato italiano dal 2012 offre un'efficacia fino a 120 ore dal rapporto non protetto



Il confronto europeo non premia l'Italia Welfare, poche risorse (spese male)

■ L'Italia esce sconfitta dal confronto europeo in materia di welfare, non solo per il basso livello di risorse spese, ma anche per la scarsa qualità degli interventi. Secondo l'analisi del Cergas-Bocconi, il sistema italiano spesso mostra una decisa preferenza per gli automatismi che distribuiscono le risorse a pioggia, minando l'effi-

cacia degli interventi. Rispetto a Francia, Regno Unito e Germania, l'Italia è anche l'unico Paese che non destina al welfare la maggioranza della spesa pubblica, ferma ad appena il 45 per cento. Tradotto in cifre, ogni italiano "riceve" in media 5.917 euro, rispetto ai 9.008 riservati ai tedeschi.

Servizi ▶ pagina 7

Spesa per il welfare: ultimi della classe anche nella «qualità»

Meno risorse rispetto ai big d'Europa e interventi poco attenti ai reali bisogni

L'indagine

Analisi del Cergas-Bocconi sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale

Le differenze

Le nostre disponibilità finanziarie risentono dell'elevato peso degli interessi sul debito

NON AUTOSUFFICIENZA

Siamo l'unico Paese a privilegiare misure generalizzate di sostegno economico anziché l'erogazione di servizi

Gianni Trovati

■ Tra i fattori che hanno messo i nostri conti pubblici sul banco degli imputati, portandosi dietro il carico di un indebitamento record nel mondo, c'è uno stato sociale troppo generoso, cresciuto in tempi di finanza allegra, che oggi «non ci possiamo più permettere».

Questo luogo comune è un classico nelle analisi sulla spesa pubblica italiana, ha una circolazione sempre più diffusa in questi tempi del rigore, ma non regge alla prova dei numeri. A metterli in fila è il Cergas,

il centro ricerche della Bocconi sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale, che ha messo a confronto la carta d'identità del welfare italiano con i sistemi di Gran Bretagna, Francia e Germania: mostrando che chi cercasse le cause della nostra sofferenza nel peso eccessivo delle prestazioni sociali sul bilancio pubblico sarebbe decisamente fuori strada.

Nell'analisi si può partire dalle conclusioni. Rispetto al welfare dei grandi Paesi europei, lo stato sociale italiano si rivela più leggero, ma non è solo la quantità assoluta della spesa a minarne l'efficacia. All'interno delle disponibilità, infatti, il sistema italiano spesso mostra una decisa preferenza per gli automatismi che permettono di "non scegliere" chi beneficiare, con il risultato che le ri-

sorse finiscono per essere spalmate su una platea più ampia di soggetti: la strada, insomma, è quella del «poco a tanti», che non permette però di misurare gli interventi sulla base del livello di bisogno dei singoli.

Le conclusioni a cui arrivano gli studiosi della Bocconi si basano naturalmente sui numeri, che nel confronto parlano da soli.

Tra i quattro grandi Paesi, l'Italia è l'unico che non destina al welfare la maggioranza della propria spesa pubblica: ogni 100 euro che escono dal bilancio di Stato ed enti territoriali, sono 45 quelli indirizzati alle prestazioni sociali, meno dei 50,6 della "liberista" Gran Bretagna, e lontanissimi dai 58,5 euro della Francia e dai 63,3 della Germania. Una parte di questa differenza è dettata

naturalmente dal peso del servizio al debito, che da noi assorbe il 9,5% della spesa pubblica (i dati sono del 2011), contro il 4,7% della Francia e il 5,7% della Germania. Il nostro maxi-debito spiega però solo in parte il problema, anche perché sono le «altre funzioni», dalla scuola ai consumi, ad assorbire il 45,5% della spesa contro il 36,8% della Francia e il 31,1% della Germania. Tradotto in cifre, ogni italiano "riceve" in me-



dia dal welfare 5.917 euro all'anno, il 59% dei 10.011 euro indirizzati a ogni francese, e lontano anche dai 9.008 euro riservati ai tedeschi e dei 7.303 euro dei cittadini del Regno Unito.

Certo, tedeschi e francesi possono pescare da un Pil che vale rispettivamente il 122% e il 118% del nostro, ma anche in rapporto alla ricchezza totale la spesa che l'Italia dedica al sistema sociale è inferiore a quella dei "concorrenti".

Insomma, la dote è inferiore, e anche nella sua distribuzione mostra più di una particolarità che la distingue dagli altri modelli europei. A parte il caso limite delle politiche di sostegno all'abitazione, che da noi sono praticamente assenti (6 euro all'anno a cittadino, contro i 262 euro della Francia), in tutti i confronti gli interventi italiani appaiono più leggeri.

«Il dato - sottolinea Giovanni Fosti, responsabile servizi sociali e socio-sanitari del Cergas - si riscontra anche guardando ai soli beneficiari. Nella non autosufficienza, per esempio, la maggior parte degli interventi si traduce in indennità di accompagnamento, configurando un sistema che non concentra le risorse su chi ha le esigenze maggiori ma tende a spalmarle su una platea estesa. In questo quadro si smentisce anche il mito secondo cui diamo troppi servizi erodendo la libertà degli utenti, perché siamo il Paese che più degli altri predilige la strada dell'intervento finanziario anziché di quello in servizi».

A concludere la serie dei miti in frantumi c'è poi quello del progressivo trasferimento sul territorio dell'impegno nel sociale: per l'assistenza a lungo termine, per esempio, nel nostro federalismo "teorico" solo 56 euro a cittadino sono a carico degli enti territoriali, cioè il 10% della dote complessiva: meno anche della centralista Francia (18%), per non parlare dei Paesi veramente federalisti come la Germania (30%).

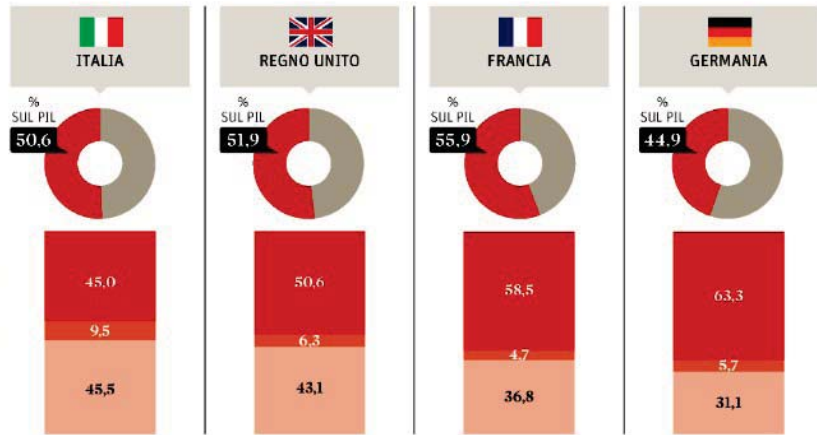
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fotografia in quattro Paesi

POCO PESO AL WELFARE
In % sulla spesa pubblica

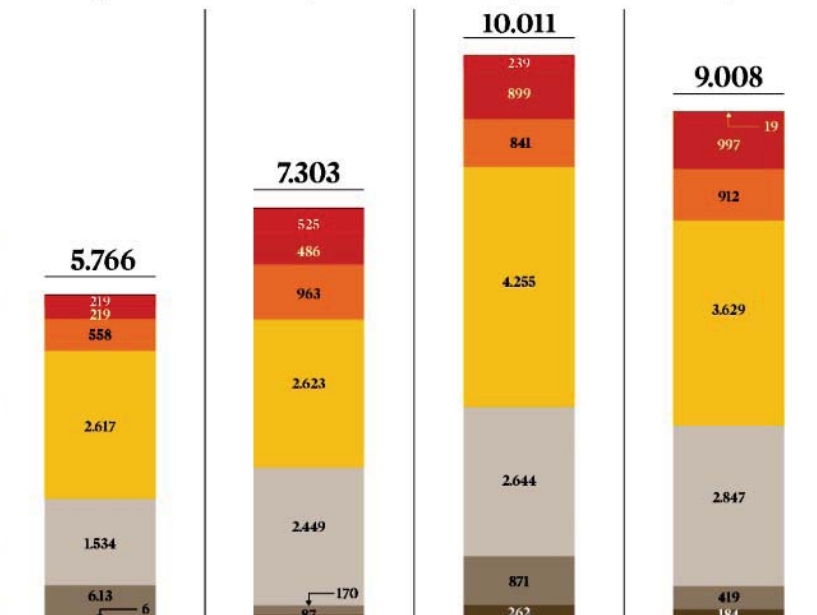
SPESA PUBBLICA

- Per il welfare
- Per gli interessi sul debito
- Per altre funzioni



LE AREE DI INTERVENTO
Dati in euro procapite

- Inclusione sociale e povertà
- Infanzia e famiglia
- Non autosufficienza e invalidità
- Previdenza
- Sanità
- Disoccupazione, lavoro e sicurezza
- Politiche per la casa



Fonte: elaborazioni Cergas Bocconi

BERSAGLI MOLECOLARI

Pancreas, passi avanti con le nanoparticelle

Stefano Massarelli

UNA SCOMMESSA importante nella lotta al cancro consiste nel veicolare **farmaci** collaudati con nuovi vettori. Parliamo di nanoparticelle, dalle dimensioni 100 mila volte inferiori a quelle di un capello, capaci di trasportare il medicinale in maniera selettiva sulle cellule malate. Le potenzialità di una strategia già nota in oncologia sono state chiarite dal professor Mauro Ferrari, presidente del Methodist Hospital Research Institute di Houston. «La terapia si concentra su cellule bersaglio — spiega Ferrari — il risultato è maggiore efficacia della chemioterapia e minore tossicità». Alcuni **farmaci** combinati sono già realtà, come il Nab paclitaxel, che coniuga un principio attivo di efficacia comprovata — il paclitaxel — con le nanoparticelle.

«**IL FARMACO**, rivestito di albumina, raggiunge le cellule neoplastiche in concentrazioni maggiori — chiarisce il professor Stefano Cascinu, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) — inoltre alcuni tumori secernono proteine particolari che attirano proprio l'albumina». Già utilizzato con successo nei casi di patologie al seno, il Nab paclitaxel ha fatto evidenziare risultati clinici significativi anche nel caso di tumore del pancreas, con un aumento della sopravvivenza del 59% dopo un anno e un tasso raddoppiato di sopravvivenza a due anni.

NEL LABORATORIO del prof Ferrari, intanto, prende forma l'idea di riproporre in termini clinici il concetto dei razzi multistadio lanciati sulla Luna dalla Nasa, mettendo a punto nanofarmaci migranti che centrano il bersaglio in tre fasi.



SONDAGGIO IN PROGRAMMA SEMINARI DI ORIENTAMENTO DELL'AIOM

Farmaci biotecnologici, brevetti in scadenza

SCADONO i brevetti dei primi farmaci biotecnologici, scoperti negli anni '80 e sintetizzati da microrganismi con tecniche di ingegneria genetica (molecole grandi e complesse). «Ma i biosimilari — precisa Michele Carruba, direttore del Dipartimento di Farmacologia all'Università di Milano — non possono ritenersi automaticamente intercambiabili con i farmaci originatori». «La posizione dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica è stata ribadita alla Commissione Igiene Sanità del Senato — spiega il presidente Aiom, professor Stefano Cascinu — il medico è legalmente responsabile di ciò che prescrive. Ai pazienti già in cura

deve essere garantita la continuità terapeutica con l'originatore». Pertanto l'Aiom, sentiti gli oncologi, ha avviato un ciclo di seminari in nove regioni italiane con l'obiettivo di fornire ai clinici strumenti per orientarli nella pratica quotidiana. I similari biotecnologici sono meno costosi, ma occorre tutelare la migliore scelta e l'appropriatezza. «Le Associazioni dei pazienti — afferma Francesco De Lorenzo (Favo) — rivendicano il diritto alla continuità del trattamento con il farmaco originario. La sostituibilità può essere accettata solo con il consenso informato del paziente».

m.m.f.

