

Rassegna del 25/05/2010

REPUBBLICA SALUTE - Camici & pigiami - Pillola dei tre giorni dopo quegli ostacoli tutti italiani - Cornaglia Ferraris Paolo	1
REPUBBLICA SALUTE - Pillola del futuro - Retico Alessandra	2

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**PILLOLA DEI TRE GIORNI DOPO
QUEGLI OSTACOLI TUTTI ITALIANI**

«La contraccezione d'emergenza può prevenire gran parte delle gravidanze indesiderate se assunta subito dopo il rapporto sessuale. Permette d'intervenire nei casi di rapporto non protetto o incidente (rottura del preservativo o dimenticanza della pillola), ha un valore particolare dopo la violenza sessuale. Questo documento si riferisce al levonorgestrel, farmaco disponibile in molti Paesi...». L'Oms conclude così: «Una scrupolosa disamina della letteratura medica mette in evidenza che il levonorgestrel è affidabile. Non causa aborto né danneggia future gravidanze. Gli effetti indesiderati sono rari e generalmente modesti». Non una novità, ma un farmaco registrato da anni: è la pillola da assumere entro 72 ore dal rapporto e da non confondere con RU486. Commercializzata in Italia come di Norlevo (11.60 euro) non è abortiva. Non è un farmaco pericoloso per la salute. In altri paesi non serve ricetta medica, in Italia è obbligatoria ma qualche ginecologo non la prescrive per una obiezione di coscienza discutibile.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ci sarà quella in formato chewing gum, nasceranno i cerotti invisibili a basso dosaggio ormonale, verrà commercializzata la spirale mini invasiva. Dal congresso degli specialisti europei, in Olanda, ecco tutte le novità

Pillola del futuro

Bio e anti-menopausa la contraccezione si fa così

Uno studio su 46mila donne: mortalità prematura più bassa tra chi ha preso la pillola

DAL NOSTRO INVIATO
ALESSANDRA RETICO

Contraccettivo è un diminutivo. La pillola del futuro sarà *on demand*: programmerà le mestruazioni, si scioglierà come un chewing gum profumato in bocca, si inietterà autarchicamente in casa. È già anti-brufoli e anti-grasso, è bio, è una pasticca con molte conseguenze, più di quante a cinquant'anni dalla nascita non ne abbia già avute. Prima medicina a essere usata senza

L'AJA

essere malati, osteggiata, temuta, nascosta o invece simbolicamente impugnata, non ha partorito e cresciuto solo cambiamenti sociali, ma clinici in senso stretto, e questo non va dimenticato: le donne che l'hanno presa sono state meno soggette a morte prematura per qualsiasi causa, incluse

malattie cardiovascolari e cancro, come lo studio pubblicato a marzo sul *British Medical Journal*, il più grande al mondo (46mila pazienti seguite per 40 anni) ha dimostrato in risposta alle mai taciute controversie sul suo conto.

Si è parlato del passato, visto il mezzo secolo compiuto, ma soprattutto dell'avvenire al congresso della Società europea di contraccezione nei giorni scorsi in Olanda. Non a caso nel paese dove il 50% delle donne prendeva la pillola, primato europeo, contro un 16% di italiane che si affida al blister per programmare la maternità, la sessualità, se stesse.

Eppure anche le italiane l'avrebbero scelta di più. Interessante il sondaggio presentato all'Aja dal progetto "Scegli tu" della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) tra seicento italiane tra i 40 e over 50. La amano l'85% di quelle che non l'hanno presa «per paura»: degli ormoni, dei mariti, delle madri, delle chiese e oggi è pentita (il 51%); e quelle che invece l'hanno usata, il 15%, pochissime ma convinte. Tutte dicono: ci ha migliorato la vita. Da noi la prima apparve nella farmacia Vaticana, prescritta contro le disfunzioni del ciclo, legale è diventata solo nel '71 e solo con l'abrogazione di un articolo del codice penale. «La pillola ha rivoluzionato più della bomba atomica» ha ricordato Pier Giorgio Crosignani, ginecologo dell'Università di Milano. «Oltre al fatto dimostrato che è il mezzo più chemioprotettivo esistente».

Non solo non fa male, fa bene. Specie adesso che è e sarà sempre meno "pillola". «Grazie a nuovi dosaggi e nuove formulazioni, alla compatibilità fisica e biologica, alla soluzione su misura per una fertilità responsabile, libera e felice». Alessandra Graziottin, direttore del centro di ginecologia e sessuologia medica del San Raffaele Resnati di Milano, porta a verifica delle sue storiche battaglie pro-ormoni una serie di dati incontrovertibili: «per esempio che il 33% delle gravidanze sono indesiderate e di queste il 50% finiscono in aborto». La ricerca si concentra oggi su una contraccezione a protezione della fertilità e alleata dell'estetica: boom tra le under

25 di quella che utilizza il drospironone con minimi effetti collaterali, mentre piace alle over 50 la "biopillola" antimenopausa che utilizza lo stesso ormone prodotto dal corpo. Tra le novità, quasi tutte del leader del mercato Bayer, quella con acido folico e un'altra con più principi attivi per contrastare l'endometriosi. Dal 2011 il mini dispenser per cadenzare il ciclo tra i 24 e 120 giorni, cerotti invisibili e al minimo dosaggio di ormoni (2013), spirali mini invasive (2012), un contraccettivo auto-iniettante che dura un mese (2015). Meglio prima che dopo. Il grembo comincia dalla testa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1550 A.C.

Un papiro egizio con le istruzioni per poter preparare un "tappo" fatto di datteri, miele e acacia da applicare all'entrata dell'utero: è uno dei primi esempi di anticoncezionale

XVII SECOLO

Nelle sue memorie Casanova descrive i suoi esperimenti per realizzare un condom a partire da membrane sottili e resistenti ricavate dalla vescica della pecora

1880

Con la vulcanizzazione della gomma scoperta nel 1839, si realizza il diaframma: primo strumento che impedisce agli spermatozoi di entrare nell'utero

1951

Gregory Pincus (a destra) e Carl Djerassi lavorano su un anticoncezionale ormonale: nel 1954 la pillola viene testata sulle donne

1960

La sperimentazione ha successo. La Food and Drug Administration autorizza la vendita della pillola anticoncezionale

Rassegna del 25/05/2010

GIORNO - CARLINO - NAZIONE - La curiosità...televisione, maestra di sesso - ...

1



LA CURIOSITÀ... TELEVISIONE, MAESTRA DI SESSO

Roma ■ Per oltre 300mila teenager italiani, il piccolo schermo rappresenta la fonte di informazione più qualificata per la sessualità. Lo sostiene la Società italiana di ginecologia e ostetricia



Vaccini

La Società italiana di igiene lancia un nuovo
calendario: contro i virus la protezione
deve coprire l'intero arco della vita

Per tutelare la salute. E la spesa sanitaria

Non solo bimbi e anziani richiami anche per adulti



Protezione, l'influenza e le altre

La Società italiana di igiene ha presentato al suo convegno una proposta di calendario vaccinale per gli adulti che riguarda tutte le principali patologie, compresa l'influenza.

Il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha proprio in questi giorni fatto il punto sull'influenza H1N1, ribadendo che «l'Italia è uno dei Paesi che ha speso meno in vaccini: ci possono essere contenziosi con le aziende fornitrici, ma abbiamo fatto quel che si doveva fare».

Da questo autunno un nuovo prodotto intradermico privo dei discussi adiuvanti

DANIELE DIENA

Vaccinarsi anche da adulti. È questa la parola d'ordine di una nuova filosofia della salute, tutta ispirata alla prevenzione, che viene lanciata dalla Società italiana di igiene. E perché l'appello non resti inascoltato gli esperti di medicina preventiva hanno preparato un apposito "Calendario Vaccinale per gli adulti e per gli anziani", contenente tutte le indicazioni utili sui vaccini ed i richiami da fare alle diverse età per difendersi dalle infezioni più diffuse.

«Le patologie prevenibili con la vaccinazione», ha detto Carlo Signorelli, vicepresidente della S. It. I., illustrando l'iniziativa presen-

tata nei giorni scorsi a Genova, «non riguardano solo bambini e anziani, come nel caso dell'influenza, ma tutti noi». La circolazione dei microrganismi non ha limiti di età né di sesso ed è per questo che, sottolineano gli esperti, «un moderno sistema sanitario dovrebbe prevedere la protezione vaccinale della popolazione lungo tutto l'arco della vita». E non è solo una questione di tutela della salute, la propria e di chi ci sta vicino in casa e al lavoro: la prevenzione vaccinale è anche e soprattutto un investimento in termini di contenimento della spesa sanitaria e sociale. Basta considerare i costi dell'infezione più nota, l'influenza che ogni anno, in Italia, colpisce dai 6 ai 9 milioni di persone, provocando circa ottomila morti, con un costo di circa 330 euro per paziente. Secondo uno studio (*I costi dell'influenza in Italia. Farmacoconomia e percorsi terapeutici* 2001, Lucioni, Costa, Sessa), a fronte dell'attuale costo socio-sanitario

dell'influenza (farmaci, ricoveri, assenza dal lavoro ecc.) di 2,86 milioni di euro e degli 8 euro necessari per ogni singolo vaccino, se si vaccinasse l'intera popolazione lavoratrice si realizzerebbe un risparmio di 1,29 milioni di euro.

Per questo la Società d'igiene propone l'estensione del vaccino antinfluenzale dai 50 anni in su. E da quest'autunno ci sarà un nuovo vaccino a somministrazione intradermica, che ha il vantaggio di essere privo di adiuvanti (il tanto discusso squalene) e di dare una maggiore protezione con un volume di liquido cinque volte inferiore. Altra novità, la raccomandazione della vaccinazione contro il papilloma virus per le donne fino ai 26 anni d'età (oggi si fa a 12 anni), mentre studi recenti ne hanno già dimostrato l'efficacia nella prevenzione del 90% delle infezioni anche in donne fino ai 45 anni.

CALENDARIO DEI VACCINI ANTI-VIRUS



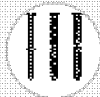
TETANO

Ma anche difterite e pertosse
Dai 19 anni
ad oltre i 65
è consigliata una
dose di vaccino
ogni 10 anni



HPV

Consigliato per
le donne da 19 a 26
anni in tre dosi
La protezione
si estende in media
sino a 49 anni



INFLUENZA

Fino a 49 anni
una dose l'anno
in presenza di fattori
di rischio;
dai 50 ad oltre i 65
consigliata



MORBILLO

Insieme a parotite,
rosolia e varicella,
è consigliata
nell'infanzia
Da 19 fino ai 65 anni
due dosi
(0, 4-8 settimane)



PNEUMOCOCCO

Fino a 64 anni
una dose di vaccino
(23-valente)
in presenza
di fattori di rischio;
poi consigliato



EPATITI

Vaccinarsi sempre
contro epatite A, B
e meningococco:
consigliato un
richiamo da adulti
se ci sono fattori
di rischio

2000-2010 Dopo la vita artificiale, Venter celebra la scoperta del genoma umano

Fedeltà, intelligenza e longevità I geni che governano la vita

Dieci grandi risultati nel decennio di ricerche sul Dna

Verrà presto il momento in cui il mondo intero riconoscerà il valore del mio lavoro (Gregor Mendel, 1822-1884)

di GIUSEPPE REMUZZI

Sull'onda del clamore suscitato dal primo passo verso la vita artificiale, Craig Venter ora celebra il primo decennio trascorso dal suo primo grande risultato che lo rese famoso. Nel 2000 completava la sequenza dell'intero genoma, tre miliardi di lettere contenenti le istruzioni per produrre i geni. Il 26 giugno, infatti, Craig Venter e Francis Collins erano alla Casa Bianca accanto al presidente Clinton. «La scienza del genoma cambierà la nostra vita e ancora di più la vita dei nostri figli. Sapremo prevedere, diagnosticare e trattare la maggior parte delle malattie dell'uomo». Trionfalismo politico? Forse. Anche Collins aveva fatto le sue previsioni quel giorno. «Nel giro di dieci anni — aveva detto — si saprà chi rischia di più per malattie comuni come il diabete e le malattie del cuore e ancora di più si potrà fare nel campo delle malattie rare». Collins aveva visto giusto; tutto quello che aveva previsto quel giorno è successo davvero. «Ho impiegato vent'anni e speso 50 milioni di dollari per trovare il gene responsabile della fibrosi cistica, quel lavoro lì adesso lo potrebbe fare un bravo studente che abbia un sequenziatore (serve per mettere in fila i geni che ci sono nel nostro Dna) e accesso a Internet» ha scritto

Francis Collins in questi giorni. E' proprio così, in questi anni s'è scoperto che 3.739 geni dei quasi 30.000 che formano il nostro Dna sono associati ad altrettante malattie, quasi sempre rare.

Cambio di tendenza

L'ambiente e l'educazione non sono sufficienti per spiegare manifestazioni o malattie: esiste anche una predisposizione genetica

Ciascuna di queste malattie dipende da alterazioni in un solo gene. Le mutazioni identificate in questi geni negli ultimi anni sono 100.329 (e pensare che alla fine degli anni Ottanta di geni associati a malattie se ne conoscevano non più di cento). E non basta. L'aver sequenziato il genoma ha consentito di capire le basi genetiche di malattie anche molto comuni, almeno trenta: l'asma, certe alterazioni del ritmo del cuore, certe forme di tumore, l'infarto del cuore, il diabete per fare solo qualche esempio. Queste non dipendono da un gene solo ma dall'interazione tra diversi geni. Per una decina di malattie dal gene si è passati alla proteina e dalla proteina al farmaco. Ma per la maggior parte delle malattie non è stato così. Per il cancro si stanno

muovendo i primi passi. Trastuzumab, imatinib, gefitinib, erlotinib, nomi astrusi per altrettanti farmaci biologici che si legano ad un certo recettore con la precisione di una chiave che si infila nel buco della serratura. Nulla di questo si sarebbe potuto fare senza gli studi sul genoma. Cureranno davvero il cancro? Vedremo. Ci sono ancora tante domande che non hanno una risposta. Una per tutte: molti di quelli che fumano si ammalano di cancro del polmone e quasi tutti vivono meno di chi non fuma, ma qualcuno no, non si ammala e vive a lungo, perché?

Gli studi sul genoma hanno aiutato a capire di più di certi comportamenti che prima era molto difficile spiegare (il dover dipendere dall'alcol, il non saper smettere di fumare, la facilità a rapportarsi con gli altri, la fedeltà). Quanto prima consideravamo ineluttabile o dovuto all'ambiente o all'educazione, potrebbe almeno un po' essere scritto nei geni. Queste conoscenze un giorno forse influenzeranno altre scienze e metteranno le basi per una nuova cultura. Un giorno si arriverà a capire quanto dei nostri comportamenti dipende dai geni, quanto dall'ambiente o dagli incontri che facciamo e quanto dall'interazione tra tutto questo. Ma non succederà domani, ci vuole ancora tanta ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le basi del comportamento

I «geni sociali» e la loro posizione nei cromosomi

INTELLIGENZA

← CHRM2
TRAPPC9 →
cromosomi 7, 8

L'intelligenza si eredita. E si misura: c'è una scala, in fondo stanno quelli vicini al ritardo mentale, in cima i più dotati. Ai primi mancano certi geni che si trovano sul cromosoma 8

LONGEVITÀ

← FOXO3A
cromosoma 6

Vivere a lungo dipende da tanti fattori, e da come e quanto si mangia. C'entrano anche i geni. Uno in particolare, FOXO3A

FUMO

← CHRNA3, CHRNA5, CHRNB4
cromosoma 15

Si comincia a fumare perché fumano gli altri, o perché fumare ti fa sentire grande. Ma certi che proprio non riescono a smettere possono avere alterazioni in uno dei geni della dipendenza da nicotina

VIOLENZA

← MAOA
← DAT1
← DRD2
cromosomi X, 5, 11

Ci sono bambini che si fanno coinvolgere in gravissimi atti di violenza. Questi bambini più spesso degli altri hanno variazioni in geni che si trovano sui cromosomi X, 5 e 11

OBESITÀ

← FTO
← MC4R
cromosomi 16, 18

Certe forme di obesità si ereditano. Quelle più gravi che sono per fortuna le più rare dipendono da variazioni di certi geni espressi soprattutto nel cervello. Forse è lì e non nello stomaco il punto debole di chi ingrassa a dispetto delle diete

ALCOLISMO

← GABRA2
cromosoma 4

Quelli che non riescono a smettere di bere nemmeno quando l'alcool gli rende difficile la vita di relazione, hanno varianti di un gene che sta sul cromosoma 4. È un gene espresso dalle cellule del cervello e regola il dialogo fra cellula e cellula

DEPRESSIONE

← 5-HTT
cromosoma 17

Variazioni di un gene che si trova sul cromosoma 17 rendono qualcuno di noi più suscettibile di altri a deprimersi di fronte alle stesse disavventure o addirittura a esserlo senza che se ne riesca a trovare una ragione

SOCIALIZZAZIONE

← ELN
cromosoma 7

Certi bambini hanno grande facilità di rapporti. Si fanno amici più facilmente degli altri bambini, ricordano i nomi di tutti, non sono mai in difficoltà con gli estranei. Dipende dalla delezione di un gene che si trova sul cromosoma 7

FEDELTÀ

← AVPR1A
cromosoma 12

Lo si sapeva già da studi sugli animali. Adesso lo si è visto nell'uomo. Chi ha certe variazioni nel gene che codifica per il recettore di un certo ormone prodotto dal cervello ha più possibilità che il matrimonio duri a lungo, chi ne ha altre, di separarsi

OMOSESSUALITÀ

C'è evidenza che la tendenza a essere omosessuali sia genetica. Di due gemelli identici se uno è omosessuale, capita che lo sia anche l'altro, per fratelli non gemelli non è così. Ma il gene dell'omosessualità non è ancora stato trovato

30.000 i geni che formano il DNA umano

3.739 i geni associati ad altrettante malattie

100.329 le mutazioni identificate in questi geni

Caratteri ereditari

Gregor Johann Mendel, nella foto in alto a sinistra, è stato un biologo e un frate agostiniano boemo, considerato, per le sue osservazioni sui caratteri ereditari, il precursore della moderna genetica

Piano antideficit Trattativa con l'Udc: nessuna conclusione ma l'intesa sembra vicina

Sanità, rischio diecimila esuberi

Taglio radicale dei posti letto. Sequestrate sei cliniche degli Angelucci

Il taglio di tremila posti letto potrebbe causare nel Lazio un pauroso esubero di personale pari a 10 mila lavoratori tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi. La maggior parte dei letti, però, secondo la Regione, saranno riconvertiti in Residenze per anziani non autosufficienti e malati cronici. Previsti anche tagli ai finanziamenti (fra il 2 e il 10%) a cliniche e ambulatori convenzionati. Sono le cifre sulle quali stanno ragionando Renata Polverini ed i suoi collaboratori per presentare ai ministeri del Tesoro e della Salute un

credibile piano antideficit. Passo in avanti tra la governatrice e l'Udc per l'ingresso dei centristi in giunta: l'intesa appare vicina. Intanto la sanità laziale è scossa dalla nuova inchiesta della Corte dei conti che ha chiesto il sequestro cautelativo di 6 cliniche della famiglia Angelucci: avrebbero fatturato in maniera irregolare prestazioni per 134 milioni in convenzione con le Asl.

A PAGINA 3
Francesco Di Frischia

Tremila letti in meno, diecimila lavoratori in esubero

Sempre più difficile la riorganizzazione ospedaliera. Sequestrate sei cliniche degli Angelucci



Da left: Renata Polverini e Lucio D'Ubaldo

Taglio di tremila letti, la maggior parte dei quali saranno riconvertiti in Residenze per anziani non autosufficienti e malati cronici, e diecimila dipendenti in esubero. Tagli ai finanziamenti, compresi tra il 2 e il 10%, a cliniche e ambulatori convenzionati. Sono queste le allarmanti cifre sulle quali stanno ragionando i vertici della Re-

gione per cercare di presentare il 31 maggio ai tecnici dei ministeri del Tesoro e della Salute un credibile piano antideficit. E intanto la sanità laziale è scossa dall'ultima indagine della Corte dei conti, che avrebbe rivelato una truffa da 134 milioni di euro ai danni della Regione da parte del gruppo San Raffaele Spa, di proprietà della famiglia Angelucci. Secondo i magistrati contabili, in alcune strutture si eseguivano presta-

zioni irregolari o inesistenti in regime di convenzione con la Asl. Per questo i giudici hanno disposto il sequestro cautelativo delle mura di sei cliniche fra le quali Velletri, Cassino, Pisana e Portuense. «L'attività sanitaria però prosegue regolarmente», ha precisato Carlo Tirelli, presidente della San Raffaele Spa, che ritiene però la misura ingiustificata.

Sul fronte del piano di risanamento della sanità, prose-

guono le febbrili trattative con le strutture private per definire



i budget 2010: ieri la Polverini ha incontrato il direttore generale dell'Agenzia di sanità pubblica (Asp), Gabriella Guasticchi, il sub commissario Mario Morlacco e Andrea Urbani, mentre oggi riunisce i rappresentanti della sanità privata (Aiop, Aris, Federlazio e Confindustria). In molti ancora non hanno digerito «il taglio a pioggia» ipotizzato dalla giunta regionale per cliniche e ambulatori convenzionati. La forbice colpirebbe soprattutto le risorse per la psichiatria (taglio del 10%) e per la riabilitazione (5%) con un risparmio previsto di 15 milioni. E all'orizzonte potrebbero arrivare anche i ticket che il governo Berlusconi potrebbe inserire nella manovra finanziaria. Per il riordino della rete ospedaliera, invece, che conta circa tre mila letti in esubero rispetto alla media nazionale, la governatrice punterà sulla riconversione dei piccoli ospedali nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) che cura-

zionali. Il taglio di letti, fanno notare gli esperti, potrebbe determinare anche un esubero di personale in Asl e ospedali pubblici: qualcuno azzarda l'ipotesi di 10 mila dipendenti tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi. Una parte del personale potrebbe essere dirottato a potenziare l'assistenza sul territorio. Basteranno questi tagli, il blocco del turn over, l'arrivo di probabili nuovi ticket e le trasformazioni dei piccoli ospedali in Rsa a diminuire il deficit? Lucio D'Ubaldo, senatore Pd, propone un'apertura di dialogo tra maggioranza e opposizione: «Mettere mano alla crisi della sanità è un'impresa ardua - sottolinea - Bisogna amputare un'offerta di servizi abbondante e dispendiosa. Ma chi è in grado, in termini politici, di guidare un'operazione tanto complessa e delicata specie nella fase attuale di crisi? Serve una tregua».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

no i soggetti fragili: anziani non autosufficienti, malati cronici e affetti da patologie degenerative come le demenze, il Parkinson e l'Alzheimer. Nel Lazio a fronte di circa 6 mila letti di Rsa attivi, ne servirebbero almeno il doppio. La Regione potrebbe risparmiare diminuendo il numero dei ricoveri tradi-

10% **Psichiatria** È il taglio stimato dei finanziamenti regionali per le cliniche private in questo settore

5% **Riabilitazione** È il taglio stimato dei fondi regionali per le cliniche private in questo settore

• Il ruolo anomalo dei medici di base, le voragini dei conti e alcune strane diagnosi. Gli aspetti meno noti del Servizio sanitario

Proposta per provare a tenere sotto controllo la spesa sanitaria

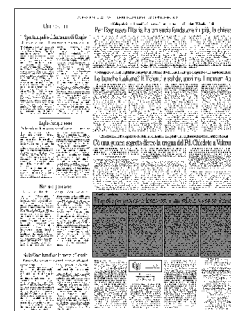
Adesso si comincia a capire che non si potrà andare avanti a lungo con una spesa pubblica che costa molto e produce poco. Anche se sappiamo meglio quanto

DI ROBERTO VOLPI

costa e meno quel che produce. Ma una cosa la sappiamo: quando la spesa pubblica travalica l'essenziale diventa controproducente. Ma dove sta l'essenziale? E come si controlla che non venga travalicato? In ambito sanitario ci hanno pensato i Lea (livelli essenziali di assistenza, istituiti nel 2001) a stabilire che essenziale è tutto e dunque a cancellare ab origine ogni serio criterio di essenzialità. I Lea sono quell'insieme di oltre 5.700 tra servizi e prestazioni che lo stato deve garantire ai cittadini gratuitamente o in compartecipazione attraverso il pagamento di un ticket sanitario. Sono esclusi dall'essenzialità nientemeno che la chirurgia estetica e la medicina non convenzionale, tutto il resto è essenziale giacché è fatto obbligo a istituzioni centrali e regioni che "ogni cittadino raggiunga lo stato di salute". E così la spesa

sanitaria pubblica si è allargata a dismisura. Si avvia a doppiare il capo dei 110 milioni di euro annui, ai quali si affiancano 30 milioni di spesa privata, ma i buchi di bilancio sbucano da ogni parte e non è chiaro quanto profondi. Un pozzo destinato a diventare voragine che si cercherà di tappare sforbiciando chissà come e dove, avendo azzerato ogni strumento per indirizzare e tenere validamente sotto controllo questa spesa. Operazione cominciata con l'affossamento professionale e funzionale del medico di base (e, di conseguenza, della medicina di base). Una volta caposaldo di tutto il sistema, figura indiscussa che si prendeva in carico ogni singolo assistito e si rendeva responsabile dei suoi passaggi e tragitti in tutto il sistema sanitario, indirizzandone e selezionandone così la relativa spesa, oggi peggio che mediocremente preparato dall'università, ridotto a scudiero della pletora degli specialisti insindacabili, impossibilitato a contenere una spesa sanitaria tutta ritenuta per principio essenziale e reclamizzata in ogni sua minima prestazione come "doverosa" (non soltanto si può, ma si "deve" ricorrere alla prestazione X, segue elenco delle ragioni che la rendono doverosa), vaga senza costrutto e senza ruolo, vivacchiando per portare a casa un bel po' di soldi, unica consolazione a una perdita tale di autorità e professionalità da minare alla base tutto l'impianto del Servizio sanitario nazionale. Operazione proseguita poi con l'introduzione del sistema dei Drg (Diagnosis Related Group), dove ciascun Drg rappresenta

una "categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere". Nati negli Stati Uniti alla metà degli anni Ottanta per definire il costo medio di un paziente ricoverato in ospedale, il sistema dei Drg funziona quando, essendo le assicurazioni private a pagare, i controlli sono continui e sistematici, ma non altrettanto in paesi, come il nostro, dove esiste un Servizio sanitario nazionale che finanzia pressoché a piè di lista la spesa sanitaria regionale. E il sistema dei Drg tende a far lievitare quella spesa attraverso l'attribuzione impropria ai pazienti di Drg che implicano una superiore remunerazione. Abbiamo visto dove portano i controlli dei Drg. In Campania non si è riusciti a intervenire neppure sui parti cesarei, saliti a rappresentare il 60 per cento dei parti: una anomalia di proporzioni madornali che continua svilupparsi per l'unica ragione che consente agli enti erogatori di incassare il doppio di un parto normale. Operazione infine conclusa con la "finzione" dei Lea. Dovevano mettere un confine, tra ciò che è essenziale, e dunque da assicurare gratuitamente da parte del Servizio sanitario nazionale, e ciò che non essendolo avrebbe dovuto ricadere sulle spalle dei cittadini. Dato che tutto è stato etichettato come essenziale, lungi dal frenare la spesa sanitaria pubblica i Lea ne sono diventati un motore. Mettere sotto controllo la spesa si può, senza menare fendenti un po' alla cieca. Ma bisogna volerlo. Avendo il buon senso di mettersi a ricostruire le basi di una "onestà" spesa sanitaria capace di segnalare davvero tutte le anomalie.



SANITÀ

**Aut aut
alle regioni:
senza tagli
nuovi ticket**

Turno ▶ pagina 5

Contribuenti. Tra verifica e cartella si riducono i tempi di contestazione

Edilizia. Riduzione delle sanzioni a un terzo
Si allontana l'ipotesi del condono generalizzato

Sulla sanità aut aut dell'esecutivo: i governatori decidano come recuperare 550 milioni

Alle regioni il bivio fra tagli e ticket

Roberto Turno
ROMA

«Niente superticket? Allora tagliate comunque la spesa sanitaria di 550 milioni. Decidete voi come fare e dove trovare le risorse, se ce la farete senza ticket, ben venga, ma spetta a voi». È più o meno questo il ragionamento che il governo ha fatto alle regioni dopo che è scoppiata la grana della più impopolare delle misure finite nel menu della manovra 2011-2012: la rinascita del maxi balzello sulle visite specialistiche. La palla, in sostanza, è stata gettata nella metà campo dei governatori, soprattutto di quelli con i conti in rosso che, data la situazione disgraziata dei bilanci, si trovano nell'impossibilità di utilizzare altre risorse se non quelle derivanti da un'altra raffica di ticket, che peraltro con i piani di rientro hanno già in cantiere.

E così il superticket - prima da 10 euro (834 milioni), poi da 7,50 (550 milioni) con tanto di salasso anche per gli esenti - è formalmente nel cassetto delle "misure impossibili". Restano però appunto quei 550 milioni da tagliare dal Fondo sanitario nazionale concordato col «patto per la salute» e ratificato dalla finanziaria 2010. La sanità deve fare la sua parte, insomma. Ma palazzo Chigi dice che non ci sarà «macelleria sociale» e così toglie la misura dal suo carnet. Se poi i governatori la scriveranno nel proprio, è un altro paio di maniche. Salvo che i tagli da qualche parte dovranno arrivare.

Governo e regioni, è chiaro, qualche idea ce l'hanno. Se non si toglie ai poveri (o alla massa degli elettori), è la sostanza, si potrebbe fare un'operazione alla Robin Hood: to-

gliamo ai ricchi. Assai meno impopolari (se non alle categorie interessate) potranno essere ad esempio alcuni tagli allo studio sulla **farmaceutica**. Ma ci sono anche i tagli agli stipendi della dirigenza (per l'articolazione della misura servizio a pag. 7): che nel Ssn vanno trovati in massima parte alla voce "medici". Va da sé che ancora ieri il principale sindacato degli ospedalieri, l'Anaa, ha fatto la voce grossa. E che i farmacisti di Federfarma si sono fatti sentire temendo un assalto ai loro fatturati. I primi assaggi della protesta che monta delle categorie sanitarie non lasciano presagire un clima sereno.

«Non ci saranno tagli lincari, ma miglioramenti dei processi di spesa», s'è limitato a dire il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, che sul tramonto o meno del superticket s'è chiamato fuori: «Bisogna chiederlo al ministro Tremonti». Intanto si conferma lo stop per un anno dei pignoramenti nelle regioni con i piani di rientro, la centralizzazione per gli acquisti di beni e servizi, misure sui farmaci (innovativi dall'ospedale alla farmacia, prezzi degli off patent, margini dei grossisti che scaricherebbero sulle farmacie, tetti di spesa invariati, gare Aifa per individuare i generici). Gran parte delle misure saranno in vigore per decreto dal 1° luglio. Altre arriveranno col superemendamento governativo che affronterà tutte le partite non risolte entro oggi in Consiglio dei ministri. Anche quelle sui Fas tolti alle regioni in super deficit, di cui non a caso i governatori si occuperanno giovedì in seduta riservata.

© RIPRODUZIONE RISHWAIA



MEDICINA**Via test per farmaco
contro distrofia**

Parte la prima sperimentazione clinica per trasformare la forma più grave di distrofia muscolare, quella di Duchenne, in quella meno aggressiva, chiamata variante di Becker. È il risultato della ricerca condotta da Telethon e i test saranno condotti nell'ambito di uno studio internazionale di fase 1, teso cioè a verificare la sicurezza del farmaco. Sono 12, sei dei quali italiani, i pazienti coinvolti in questa prima tappa della sperimentazione. Lo studio, al quale partecipano un gruppo svedese e uno belga, segna il primo risultato importante della ricerca condotta dal gruppo Telethon guidato da Alessandra Ferlini, del dipartimento di Medicina sperimentale e diagnostica dell'università di Ferrara.



LA SCIENZA IN ROSA

Nel cervello delle donne il futuro della ricerca

Tante laureate, tante giovani promesse ma poi mancano le condizioni per riuscire ad affermarsi



SPERANZE

«Hanno dai 25 ai 33 anni le giovani promesse della ricerca italiana in Europa premiate ieri a Milano con le borse di studio «L'Oréal Italia per le donne e la scienza»

■ Cervelli in fuga? A trattenerli ci pensano l'Unesco e L'Oréal Italia. Mancano i fondi per la ricerca? Li dà il Premio «L'Oréal Italia per le donne e la scienza», che ha istituito cinque borse di studio del valore di 15mila euro per permettere a ricercatrici di età inferiore ai 35 anni e residenti in Italia, di portare avanti il proprio progetto nei laboratori di tutto il mondo. Il premio, nato nel 2002, mira a promuovere la vocazione scientifica a livello internazionale e a riconoscere il lavoro e la passione delle studiose di tutto il mondo. «Nonostante le donne rappresentino il 60% dei laureati italiani - ricorda Giorgina Gallo, presidente e ad L'Oréal Italia - la loro presenza scende al 44% ai livelli iniziali della ricerca, per abbassarsi addirittura al 18% nei livelli di carriera più elevati. Nei settori tecnico-scientifici meno di un posto su 10 da professore ordinario è occupato da donne». Ma le scienziate meriterebbero molto di più. «Il futuro della ricerca è donna - sostiene Umberto Veronesi, direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia - io ho tante ricercatrici con me e sono più brave dei maschi, più attaccate al lavoro, più devote alla causa della ricerca e della scienza. Il problema è da risolvere perché sono bravissime non solo come ricercatrici, ma anche come organizzatrici del lavoro». Per convincere tutto il mondo scientifico delle sue teorie l'oncologo sta scrivendo addirittura un libro sul tema: «Voglio che il Paese prenda coscienza di questo bisogno di utilizzare al massimo i cervelli femminili, perché hanno qualità che agli uomini mancano. E questo premio è importante e intelligente perché va a scoprire le migliori ricercatrici d'Italia». Chi sono dunque le 5 giovanissime non più in fuga? Su 200 progetti pervenuti hanno vinto quello di Cin-

zia Chiandetti, 30 anni, psicologa sperimentale, che a Trento studia le capacità cognitive alla base della fisica ingenua per capire se l'abilità degli animali a rappresentarsi gli oggetti e le loro interazioni sulla base delle proprietà fisiche, faccia parte di un bagaglio preconstituito di conoscenze. Marina Faiella, 25 anni, laureata in chimica all'Università Federico II di Napoli, è stata premiata per il suo progetto sullo sviluppo delle proteine artificiali con applicazioni in processi industriali e per usi farmaceutici e diagnostici. Valentina Dominici, 33 anni, è laureata in chimica all'Università di Pisa dove sta studiando la caratterizzazione chimico-fisica di nuovi agenti di contrasto per la risonanza magnetica. Maria Ludovica Saccà, biologa dell'Università di Bologna, 27 anni, si occupa degli effetti ambientali dei prodotti per la cura del corpo, farmaci e sostanze psicoattive sugli ecosistemi acquatici. Lavinia Nardinocchi, biotecnologa all'Istituto nazionale dei tumori Regina Elena di Roma, a soli 28 anni, ha vinto con una ricerca sugli effetti della combinazione di chemio e radioterapia e zinco nella cura dei tumori primitivi del cervello.

Rita Levi Montalcini deve essere un esempio per tutte. Parola del sindaco di Milano Letizia Moratti, che ha aggiunto: «Credo che vada ulteriormente rafforzato questo ruolo, come sta facendo il ministro Gelmini che nelle indicazioni al piano di ricerca cui sta lavorando ha iscritto una sezione apposta per le donne».

MBR



La Lombardia è risparmiosa ma quanto pesa ammalarsi

Una spesa di 2.615 euro pro capite, contro i 3.172 del Lazio

— MILANO —

QUANTO SPENDE la Lombardia, in rapporto alle altre regioni italiane, per le tre funzioni fondamentali (sanità, assistenza, istruzione), un finanziamento che il federalismo fiscale, a regime, dovrà garantire integralmente a costi standard? La spesa pro capite in Lombardia è di 2.615 euro per la sanità, 42,6 euro per l'assistenza e di 20,8 euro per l'istruzione: come si vede, la spesa sanitaria è di gran lunga la voce preponderante.

Ma come saranno valutati i costi standard? Verranno prese come base le quattro regioni più virtuose (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana) per fissare i costi base dei servizi che saranno coperti dai tributi propri, come Irap, addizionale Irpef, e le compartecipazioni al gettito erariale (Irpef e Iva) e «aggiustati» in virtù di una perequazione fiscale.

In particolare si vogliono evitare casi, come quello emblematico della Regione Lazio, dove la spesa sanitaria pro capite è abnorme (dal 2006 al 2008 è aumentata del 91,4%): ogni laziale spende per la sanità 3.172 euro all'anno, il 46% in più rispetto alla media nazionale (2.176 euro) e il dop-

pio dei 1.619 euro di quanto spende un veneto.

La Lombardia è al quarto posto della classifica della spesa pro capite, dopo Lazio, Calabria e Molise, ma a differenza di queste regioni, i suoi conti sono in regola e non da oggi: tra il 2003 e il 2009 la Lombardia, pur essendo la regione più popolata d'Italia e con un altissimo tasso d'immi-

esempio l'età media degli abitanti), ora,

con i parametri aggiornati, potrebbe ottenere 50-60 euro in più a cittadino, fatto che attribuirebbe alla regione un incremento di risorse nell'ordine di 500 milioni di euro.

BUONE NOTIZIE, per la Lombardia, dovrebbero venire anche per quanto riguarda la determinazione dei costi standard. Se infatti da una parte lo stesso presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni, sostiene che la Lombardia ha la sanità più efficiente e risparmiosa di tutta Italia, dall'altra si è consapevoli che lo spostare troppo verso il basso l'asticella, chiedendo a tutti grandi sacrifici, non conviene a nessuno, neanche alla Lombardia. Quindi, probabilmente, l'accordo verrà trovato calcolando la media dei costi delle regioni già citate, di modo che la stessa Lombardia, con un tetto spesa teorico più alto, potrebbe ottenere dal fondo di perequazione nazionale risorse in più.

Altra questione è cosa si debba intendere per costi standard. Calcolare le prestazioni potrebbe essere cosa troppo lunga, meglio partire dalla spesa pro capite di ogni regione. La media di questo fattore potrebbe dunque rappresentare il costo "equo" per tutti i cittadini italiani.

DOPO IL FEDERALISMO

Dal fondo sanitario nazionale con la ripartizione potrebbero arrivare 500 milioni in più

grazione, ha contribuito per meno dell'1% ai vari disavanzi accumulati dalla sanità (28,4 miliardi, ripianati dallo Stato).

Non solo. Proprio in questi giorni si sta discutendo della ripartizione del fondo nazionale sanitario. Ebbene, se finora la Lombardia percepiva circa 1.600 euro l'anno pro capite, a fronte di una media nazionale di circa 1.700 euro, a causa di alcuni parametri che la penalizzavano (per



LA CLASSIFICA

Quanto ci costa la sanità

(uscite regionali nel 2008 pro capite in euro)

■ LAZIO	3.173
■ CALABRIA	3.110
■ MOLISE	2.849
■ LOMBARDIA	2.615
■ BOLZANO*	2.395
■ V. D'AOSTA*	2.355
■ SICILIA*	2.329
■ TRENTO*	2.032
■ EMILIA R.	2.032
■ PIEMONTE	1.941
■ TOSCANA	1.867
■ FRIULI V.G.*	1.834
■ CAMPANIA	1.793
■ LIGURIA	1.784
■ UMBRIA	1.778
■ SARDEGNA*	1.762
■ MARCHE	1.730
■ PUGLIA	1.722
■ BASILICATA	1.631
■ VENETO	1.619
■ MEDIA ITALIA	2.176



* A statuto speciale

D'ARCO