

## Rassegna del 09/12/2009

---

SOLE 24 ORE SANITA' - "Ginecologia, è ora di cambiare pagina" - Viglino Sandro M.	1
MATTINO NAPOLI - Ru486, cinque ospedali pronti alla distribuzione - Pirro Maria	3
SECOLO XIX - La casella della sanità - Libri per la salute - ...	4

## L'APPELLO DEL CIOG

# «Ginecologia, è ora di cambiare pagina»

**U**n tempo il territorio rappresentava il luogo dove il paziente incontrava lo specialista per un primo contatto, ben sapendo che qualunque approfondimento clinico si sarebbe naturalmente svolto in ospedale. Già oggi le cose non stanno più così. Ma per comprendere meglio il percorso che il "territorio" ha seguito occorre fare un passo indietro nella storia del nostro Paese.

**Uno sguardo al passato.** Nel 1925 il regime fascista creò l'Opera nazionale maternità e infanzia (Onmi) con la legge 2277/1925, il cui scopo era la diffusione nelle famiglie e negli istituti «delle norme e dei metodi scientifici e d'igiene prenatale e infantile (...) anche mediante l'istituzione di ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti specialmente in riguardo alla sifilide». Le federazioni provinciali provvedevano all'esecuzione sul territorio di quanto ordinato dalla sede centrale dell'Onmi di Roma. All'istituzione dell'Onmi seguì la costituzione di organi sanitari e di assistenza materiale quali i consultori pediatrici e ostetrico-ginecologici, i consultori prematrimoniali e matrimoniali, i refettori materni e gli asili nido, i dispensari di dermatologia sociale e i centri medico-psicopedagogici. L'Onmi ha cessato di esistere con la legge 698/1975, che ha anticipato il Dpr 616/1977 sul trasferimento di poteri dallo Stato alle Regioni e la soppressione di enti tra i quali gli Eca e il loro passaggio ai Comuni. Ma il 1975 è anche l'anno in cui vengono istituiti i consultori familiari con una legge-quadro legge via via recepita e applicata nelle varie realtà regionali. Nel 1996 la legge 34 stanziava 200 miliardi di lire per riqualfi-

carli e ne fissa il numero: uno ogni 20mila abitanti nelle aree urbane. Poi, nel 2000, il Progetto obiettivo materno-infantile (Pomi) ne ha perfezionato e ridefinito i criteri di organizzazione e il profilo di intervento socio-sanitario: interdisciplinarietà, lavoro di équipe, rete con gli altri servizi, valorizzazione delle

competenze femminili. È tuttora in corso, tra molte difficoltà, un censimento nazionale dei consultori familiari. Alla fine del 2007 il ministero della Salute ha dichiarato che ne esistono poco più di 2.000 con un rapporto dunque di 0,7-0,8 per 20.000 abitanti.

**Il ruolo dei consultori.** Sono pochi? Sono troppi? Il problema non sta nei numeri, ma nell'organizzazione e nel ruolo che svolgono o potrebbero svolgere. La legge 264/1999 che ha introdotto il numero programmato per accedere ad alcune Facoltà, Medicina in primis, se da un lato è servita a porre un argine a quell'accesso indiscriminato che ha determinato la pleora medica degli anni '70 e '80 (e di cui la mia generazione ha pagato un prezzo altissimo in termini di disoccupazione), dall'altro farà sì che nei prossimi anni si potrebbero aprire "buchi" negli organici ospedalieri a causa del progressivo pensionamento dei medici attualmente attivi. Sul territorio la situazione non è migliore, anzi l'età media degli specialisti oggi presenti negli ambulatori è ovunque medio-alta a causa del blocco quasi totale di nuove assunzioni e quindi di un qualsivoglia turn-over. Questa situazione riguarda l'intero comparto medico, ma in ginecologia tutto ciò

**I nodi della ginecologia.** Con la futura contrazione degli organici come si potrà continuare a fronteggiare un impegno come questo? E come si potranno armonizzare ospedale e territorio senza prevedere a monte una rete organizzativa funzionale e un personale medico preparato e motivato? Può la rete consultoriale far fronte alle nuove esigenze che attendono la ginecologia del futuro? Così come una sempre maggiore specializzazione tecnica dovrà caratterizzare le ginecologie ospedaliere che, al di là delle prestazioni di base, dovranno necessariamente specializzare il proprio modus operandi (non è più possibile garantire prestazioni di alto livello in ogni ospedale in tutti i settori superspecialistici in cui la ginecologia è impegnata) così anche il territorio dovrà "specializzare" i propri interventi. Per poter trasferire sul territorio funzioni e risorse oggi allocate in ospedale occorre che il primo si attrezzi in termini di strumentazioni e personale; lo specialista che opera sul territorio dovrà essere in grado di far fronte ai compiti che un approccio clinico completo e all'altezza della domanda impone (screening, primo soccorso, diagnostica di I e II livello ecc.). Questo vale anche per il personale di assistenza per il quale il

territorio non dovrà essere il luogo dove "imboscarsi", ma dove potrà svolgere il proprio lavoro in modo altrettanto dignitoso che in ospedale.

Il consultorio, d'altro canto, è nato con un'altra importante finalità: quella di occuparsi della donna, del bambino e della coppia in un contesto che non può e non deve essere semplicemente ambulatoriale perché richiede doti di ascolto, di elaborazione e interpretazione della domanda che richiedono spesso competenze interdisciplinari (questo è il vero lavoro di équipe!) con quei collegamenti al sociale che la reale gestione della coppia può richiedere; a questo, d'altra parte, tende la sempre più stretta collaborazione fra distretti sanitari e sociali nella prospettiva di un unico distretto socio-sanitario (lasciando ai Co-

## Consultori in cerca d'identità

aprirà scenari inconsueti: è la disciplina specialistica che offre all'utenza il più ampio ventaglio di offerte non solo per la presenza di Uo ospedaliere anche nelle realtà più periferiche (nonostante i tagli), ma soprattutto per una capillare presenza con ambulatori ospedalieri, territoriali, consultori familiari pubblici e privati (laici e religiosi), ambulatori gestiti dalle Leghe per la prevenzione dei tumori, ambulatori gestiti da Fondazioni, Onlus, gruppi di volontariato ecc.



muni la gestione delle funzioni sociali affidate, così come è già in atto in molte parti d'Italia).

**Compiti e funzioni da chiarire.** Se, nonostante i consultori si avviino verso il loro 35° anno di vita, l'80% delle gravide preferisce rivolgersi al privato (anche intramoenia) significa che uno degli obiettivi fondamentali per cui i consultori sono stati istituiti è fallito. La gravidanza e il percorso nascita in genere, la contraccezione, la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (legge 194), la sessualità, le problematiche degli adolescenti: questi sono gli obiettivi per i quali la rete consultoriale è stata creata. Purtroppo se guardiamo la realtà del quotidiano ci accorgiamo che le cose non stanno così. Occorre, è vero, rifinanziare la rete dei consultori

dopo anni di abbandono e di indifferenza, ridarle fiato e visibilità ma indicando con chiarezza quale dev'essere il vero target. E anche la vocazione professionale di chi ci lavora dev'essere consona.

Al resto della rete ambulatoriale territoriale competono altri compiti non contrapposti ma integranti il percorso consultoriale. Prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie a trasmissione sessuale e, conseguentemente, diagnosi precoce oncologica, ecografia office, prevenzione e diagnosi della patologia del pavimento pelvico, prevenzione e diagnostica di I livello dell'infertilità, diagnosi precoce della patologia mammaria, clinica e diagnostica della postmenopausa costituiscono esempi concreti di come funzioni attualmente svolte in ambito

ospedaliero possono trovare piena dignità e più logica collocazione se affidate al territorio.

Affermare, come fanno molte Regioni, che le risorse economiche trasferite dall'ospedale al territorio sono e saranno sempre più consistenti e poi, nei fatti, lasciare tutto come sta non fa il gioco di nessuno: né loro in quanto politici né nostro in quanto operatori né, soprattutto, dei pazienti. È necessario un cambio di passo, un profondo cambiamento culturale che deve riguardare tutti gli attori presenti sulla scena: i politici e gli amministratori, noi specialisti e le nostre pazienti, la cui fiducia nei nostri confronti dev'essere sostenuta e rafforzata ovunque esse ci incontrino.

**Sandro M. Viglino**

*Presidente Collegio italiano  
di ostetricia e ginecologia  
Vice-presidente Aogoi*



**La via del territorio  
va sostanziata**



## La pillola Ru486, cinque ospedali pronti alla distribuzione

**Maria Pirro**

Completata l'indagine della Regione, ecco la mappa degli ospedali pronti a introdurre la pillola Ru486. C'è almeno una struttura per ogni provincia: hanno detto sì all'aborto chimico più della metà dei centri di interruzione di gravidanza operativi in Campania.

A Napoli in prima fila cinque presidi: Cardarelli, San Paolo, Loreto Mare e i due Policlinici. Interesse al farmaco anche all'Elena d'Aosta, responsabile del centro di interruzione di gravidanza è il dottore Lucio Larocca che spiega: «Assicuriamo 48 aborti al mese, 576 all'anno. Ma effettuiamo l'intervento all'interno dell'ospedale San Gennaro anche se tutte le fasi, precedenti e successive all'operazione, avvengono all'Elena d'Aosta». Di qui i problemi tecnici per praticare l'aborto chimico in regime di ricovero come richiesto dal ministro della Salute Maurizio Sacconi. «Gli interventi con la tecnica tradizionale sono effettuati in regime di day surgery - chia-

risce Larocca - Ciò significa che la paziente può fare ritorno a casa dopo poche ore».

L'assessorato regionale alla Sanità che ha promosso la prima indagine conoscitiva sulla Ru486, intanto, registra grande attenzione per le modalità alternative di aborto anche nell'area a nord di Napoli: pronti a introdurre la Ru486 tutti gli ospedali dell'Asl, dal presidio di Giugliano a quello di Pozzuoli, ma anche il reparto di ginecologia e ostetricia di Frattaminore e le strutture di Ischia e Procida. I vertici dell'Asl Napoli 3 Sud, che abbraccia i Comuni da San Giorgio a Sorrento, si sono invece limitati a garantire che la pillola sarà disponibile in almeno una struttura, senza precisare subito quale. Un'adesione di massima è arrivata dall'Asl di Salerno, che assicura l'assistenza da Nocera Inferiore a Vallo della Lucania. Sì alla pillola, invece, dagli ospedali Ruggi d'Aragona di Salerno, Rummo di Benevento, Moscati di Avellino e dall'ospedale civile di Caserta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## la casella della sanità

### Libri per la salute

●●● Mousse “mangiami” a base granchio e avocado, come primo le “farfalle nello stomaco”, con tanto zafferano, poi le “intriganti scaloppine” spolverate di tartufo e per finire “baci di cioccolato”. Questa le ricette della “cenetta” ideale proposta dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) per stimolare il desiderio con un occhio alla salvaguardia della fertilità. Sono scelte fra i 30 piatti selezionati per il libro “Cibo e sesso” (Intermedia editore) realizzato dalla SIGO nell’ambito del progetto “Scegli tu” per spiegare come sia possibile accendere la passione e salvaguardare la fertilità. Tra gli alimenti “hot” oltre a peperoncino e molluschi, raccomandati gli asparagi, la rucola, i fichi, il miele. Da bocciare invece i troppi conservanti, gli zuccheri raffinati e i grassi saturi. Ma occhio anche ad alcool e caffè e soprattutto alle dosi: l’eccessiva quantità stronca l’eros. Così come il fast food. “Gli alimenti conservati e mangiare troppo velocemente provocano un’intensa eccitazione cerebrale – spiega la prof.ssa Alessandra Graziottin, direttore del Centro di

Ginecologia e Sessuologia Medica del San Raffaele Resnati di Milano – che però è paradossalmente dannosa per la libido: aumenta infatti l’irritabilità. Non a caso oggi si assiste ad un fenomeno nuovo, l’ansia da prestazione femminile: ne soffre l’11% delle donne sessualmente attive. Attenzione quindi non solo a cosa si mangia ma anche a come”. Esiste un grande interesse per le virtù afrodisiache degli alimenti, scarsissimo invece per le implicazioni della dieta sulla salute, in particolare quella riproduttiva. Il libro, presentato ieri a Roma, è disponibile gratuitamente rivolgendosi all’editore o alla Società scientifica, può essere scaricato dal sito [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it) ed è reso possibile grazie ad un contributo di Bayer Schering Pharma. La guida della SIGO contiene, oltre alle ricette, i consigli dei ginecologi su come restare in forma, le tabelle con i valori nutrizionali dei cibi e quelle del consumo calorico. Oltre a piccoli trucchi pratici come non ungere la teglia ma preferire la carta da forno, utilizzare poca acqua nella bollitura, evitare di scongelare e ricongelare i cibi, scegliere frutta e verdura di stagione.



## Rassegna del 09/12/2009

---

GRAZIA - E' giusto che la pillola abortiva sia somministrata solo in ospedale - Veronesi Umberto 1



**PENSIERO FORTE**  
 di Umberto Veronesi

# È giusto che la pillola **ABORTIVA** sia somministrata solo in ospedale

**L**a vicenda dell'approvazione della pillola Ru-486, che permette l'interruzione di gravidanza per via farmacologica (invece che chirurgica), sembra essere giunta, finalmente, alla sua puntata finale. Dico così poiché il nostro Paese era l'unico, in Europa (a eccezione di Portogallo e Irlanda), a fare ancora opposizione a questo metodo, adottato da tutti gli altri già dalla fine degli Anni 90 (e, negli Usa, dal 2000). L'iter è iniziato nel 2005 con l'avvio, tra le polemiche, della sperimentazione nell'ospedale Sant'Anna di Torino. Anch'io, nel 2000, da ministro della Sanità, avevo sollevato il dibattito sulla sua introduzione, trovando forti resistenze e subendo l'accusa di essere a favore dell'aborto. In realtà è vero il contrario: penso da sempre che l'interruzione di gravidanza sia un dramma da evitare, con la

prevenzione e con l'educazione e che la Ru-486 non sia un modo per promuoverlo, ma per rendere l'aborto meno traumatico per la donna, almeno dal punto di vista fisico. È una modalità di interruzione alternativa al bisturi, che nulla cambia nella sostanza della decisione di rinunciare alla gravidanza. Ora, questa posizione è stata accettata. In particolare ha creato confusione l'ultimo intervento della Commissione igiene e sanità del Senato che, pochi giorni fa, ha imposto un nuovo stop alla commercializzazione della Ru-486, rimandando la decisione finale al governo. I difensori delle donne e dei loro diritti si sono preoccupati, chiedendosi perché il Parlamento dovesse decidere della salute femminile.

Tanto più che l'Aifa (l'organismo scientifico incaricato di decidere della sicurezza dei farmaci) aveva dato il suo via libera già a luglio. In realtà, il parere richiesto al ministero non è sulla pillola in sé, ma sulla sua compatibilità con la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza. Dunque, al di là degli scontri politici, è giusto che sia il Parlamento a giudicare l'aderenza di una nuova procedura a una legge dello Stato ed è corretto che si parta con cautela, verificando che questa avvenga all'interno dell'ospedale. Si richiede, in fondo, che l'intero processo, dall'assunzione della pillola all'accertamento dell'espulsione dell'embrione, sia effettuato in regime di ricovero e con specifica sorveglianza da parte del personale sanitario. Così si rispetta la legge, che prevede che l'interruzione di gravidanza sia praticata da un medico del servizio

**— LA POLITICA DEVE VERIFICARE CHE IL FARMACO RISPETTI LA LEGGE 194 —**

ostetrico-ginecologico in un ospedale generale. La speranza, ora, è che la 194, una legge moderna e avanzata, venga rispettata nella sua interezza. Senza dimenticare il dovere all'informazione delle donne sui loro diritti, sui servizi sociali a supporto della maternità, o sull'uso degli anticoncezionali. ■

## **Rassegna del 09/12/2009**

---

OGGI - Ru486: cosa succederà adesso? - Roccella Eugenia

1



## Ru486: cosa succederà adesso?

*Il ministero chiede il ricovero anche per l'aborto chimico. Per tutelare le donne. E per non violare la legge 194. Ora la parola passa all'Europa*



**RISPONDE**  
Eugenia Roccella  
sottosegretario  
al Welfare

**L'**Agenzia del farmaco ha saltato un passaggio: non ha mai chiesto al ministro la compatibilità tra la Ru486 e la legge 194. La 194 prevede che l'aborto avvenga solo nelle strutture pubbliche e ha garantito la diminuzione del numero di aborti in Italia. Se, invece, una donna può prendere la pillola e andare a casa ad abortire, può mettere a repentaglio la sua salute. Il processo della Ru, dall'assunzione della prima pillola alla visita finale di controllo, dura 15 giorni: siamo sicuri che tutte le donne sappiano riconoscere se quell'emorragia, o quella febbre, sono normali o sono sintomi di complicazioni? Sarebbe meglio avere una costante vigilanza



medica. Ecco perché il ministero insiste per il ricovero: alcune delle morti causate dalla Ru sono state attribuite all'incapacità di riconoscere le complicanze. Sia chiaro: il governo non vuole vietare la Ru486. Vuole garantire la sicurezza della procedura che, per come si è espressa l'Aifa, ha ancora margini di ambiguità. Ecco perché abbiamo interpellato l'Agenzia europea per i medicinali e la Commissione europea, che dovrà valutare il parere del governo sulla compatibilità tra la Ru486 e la 194: attendiamo la risposta dell'Europa.

## Rassegna del 09/12/2009

---

DIVA E DONNA - Intervista a Paolo Fiorina - Nel cordone ombelicale una speranza per tutti - Simoneschi Marilù 1



**Il professor Fiorina, al quale si è affidata Elisabetta Gregoraci per la conservazione del cordone ombelicale dopo il parto, spiega l'importanza di questo gesto: «Con le cellule staminali che contiene si possono curare gravi malattie, dalla leucemia al diabete». «Si conserva per 20 anni, in apposite "banche", a meno 190 gradi: oggi costa circa 1600 euro, c'è un disegno di legge per aiutare la madri»**

ROMA - dicembre  
**E**lisabetta Gregoraci si è affidata per la conservazione delle cellule staminali, tratte dal cordone del suo bambino, al professor Paolo Fiorina, ricercatore presso Harvard University, prestigiosa università americana, e direttore scientifico di "Sorgente", una Banca per la conservazione delle staminali che si trova in Germania. Al momento del parto, dunque, un corriere sarà già pronto a prelevare lo speciale kit che verrà consegnato a Elisabetta a breve: in condizioni asettiche e idonee il sangue, con le preziose cellule, verrà velocemente trasportato a destinazione, dove rimarrà a disposizione per vent'anni. Al professor Fiorina, arrivato a Roma proprio per incontrare Elisa-

Roma. Elisabetta Gregoraci, 29, in dolce attesa, con Paolo Fiorina ricercatore ad Harvard e direttore di "Sorgente", società che conserva le staminali. A sin., la moglie di Flavio Briatore invita le madri a donare il cordone ombelicale (vedi "Diva e donna" n. 49/09).

## NEL CORDONE OMBELICALE UNA SPERANZA PER TUTTI

di Marilù Simoneschi-Foto di Roberto Brandi

betta, chiediamo alcuni chiarimenti sulla delicata questione della donazione cordonale.

**Professore, quali donne al momento del parto possono donare il cordone e come questo avviene?**

«Il cordone può essere donato da mamme in buona salute (vanno escluse, ad esempio, alcune patologie virali e del sangue, come l'Hiv e l'epatite C) sia in presenza di parti naturali che cesarei. Dopo il taglio del cordone, quando il bambino è stato già liberato, ma la placenta è ancora nel ventre materno, s'incannula la vena ombelicale e si lascia defluire il contenuto in una sacca sterile. La sacca de-

ve arrivare nella banca biologica entro 36-48 ore dal prelievo, viaggiando a una temperatura stabile di circa 20 gradi. Giunto a destinazione il campione di sangue viene sottoposto a rigorosi controlli e poi conservato a 190 gradi sotto zero. La conservazione dura un minimo di 20 anni».

**In Italia gran parte dei cordoni ombelicali vengono gettati tra i rifiuti ospedalieri: perché?**

«Perché non c'è stata una massiccia campagna d'informazione per le mamme in attesa e in questo senso il gesto della signora Gregoraci, di mettersi a



♥ A sin., Dorna Bianchi (senatrice Pd) ha presentato un disegno di legge per disciplinare la conservazione del sangue cordonale. A ds., Maria Ida Germontani (Pdl) auspica un'iniziativa bipartisan.



disposizione per condividere con altre mamme la sua esperienza, è positivo. Da medico mi auguro che anche in Italia aumentino le donazioni sia eterologhe, cioè a disposizione di tutta la collettività, sia autologhe, finalizzate al proprio figlio. Oggi il 99 per cento dei cordoni in Italia viene buttato via ed è necessario sottolineare quanto questo sia assurdo e scientificamente controproducente.

Estrarre le cellule dal cordone non richiede alcuna manovra invasiva; invece, in caso di bisogno, per estrarre le staminali dal midollo osseo occorre fare una biopsia midollare, un prelievo dalla colonna vertebrale anche di bambini molto piccoli. Ovviamente, a causa dei costi difficilmente sostenibili dal servizio sanitario nazionale, la conservazione non è possibile a livello gratuito e su tutto il territorio nazionale nelle banche pubbliche, che sono presenti in numero limitato e non in tutte le regioni. Inoltre, in base alla normativa italiana, da noi non si può decidere di conservare le cellule per il proprio bambino, ma solo metterle a disposizione anonimamente di

chiunque ne possa aver bisogno. Dunque quello che dobbiamo augurarci è che i nostri politici liberalizzino l'apertura di banche private anche in Italia, così come è accaduto in gran parte degli altri paesi europei. Oggi

una mamma italiana che vuole conservare il prezioso contenuto del cordone del proprio figlio deve affidarsi ad una struttura estera con costi che vanno dai 1600 euro in su. Se invece il sistema fosse liberalizzato e la normativa vigente si modificasse a favore di una libera donazione, sia autologa che eterologa, si abbatterebbero i costi. Ciò consentirebbe anche d'incrementare la ricerca perché molti degli studi che noi medici ricercatori italiani, stiamo facendo in Germania, potremmo farli qui da noi. E di conseguenza aprire nuovi centri di ricerca, assumere biologi, potenziare gli studi sulla rigenerazione cellulare, che è una grande sfida scientifica del futuro».

### **Professore, quale impiego è prevedibile dunque per queste preziose cellule conservate?**

«Innanzitutto le staminali possono venir impiegate oggi nella cura di tutte le malattie oncologiche del sangue, le leucemie e i linfomi, poi c'è la cura del diabete grave, delle anemie e di patologie del sistema immunitario. Il vantaggio nell'averle a disposizione per il donatore cellule perfettamente compatibili è quello di escludere il rigetto, poter ridurre i farmaci antirigetto e rendere più potenti gli effetti curativi delle cellule. C'è poi il 25% di possibilità di esito felice nell'impiegare le cellule in familiari consanguinei del donatore.

Ma la ricerca deve andare avanti, perché la scienza in questo campo ci pone di fronte ad obiettivi meravigliosi come quello di utilizzare le staminali per la rigenerazione tissulare, ad esempio per riparare un organo come il cuore colpito da necrosi per un infarto. L'obiettivo è dunque quello di dare alle persone affette da gravi malattie di avere una speranza in più per tornare alla vita. E occorre guardare a queste possibilità con un cauto, ma possibile ottimismo».

**Marilù Simoneschi**



♥ Elisabetta Gregoraci, al quinto mese di gravidanza, tiene in braccio Alessandro, 3 mesi, la cui madre ha donato il cordone ombelicale.

## Domenica entra nelle sue funzioni il ministero della Salute

**ROMA.** Domenica prossima entrerà nelle sue funzioni il ministero della Salute scorporato dal dicastero del Welfare: la data è stata precisata dal sottosegretario Eugenia Roccella durante "Punto Donna", programma del Tg3. Il via libera allo scorporamento della Salute era stato dato l'11 novembre scorso dalla decisione della Camera (che l'aveva approvato con 252 voti a favore, 63 contrari e 156 astenuti). Il secondo passo è poi arrivato quando, il 2 dicembre scorso, un emendamento del governo al ddl di Bilancio ha assegnato al nuovo ministero una dotazione di circa 2 miliardi nel 2010. Sulla base del testo uscito da Montecitorio, l'istituzione del ministero della Salute prevede un ministro, che sarà l'attuale viceministro **Ferruccio Fazio** (come preannunciato dal ministro del Welfare, Maurizio Sacconi) e due sottosegretari. È previsto inoltre che tutti i capitoli relativi alla spesa sanitaria, compresi i piani di rientro delle Regioni, dipendano dall'Economia, con il quale il ministero della Salute dovrà agire sempre di concerto per quanto riguarda coordinamento e monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali, organizzazione dei servizi sanitari e delle professioni sanitarie per tutti i profili finanziari.



## I dati 2007. L'Italia all'8,7% del Pil

# La spesa sanitaria sotto la media Ocse

**Marzio Bartoloni**

**■** Sorpresa: la sanità italiana, spesso accusata di sprechi e nel mirino di continui tagli e razionalizzazioni, costa meno della maggior parte dei Paesi più industrializzati. Sicuramente meno della media dei 30 Paesi che fanno parte dell'Ocse, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.

A rivelarlo è l'ultimo confronto tra le sanità dei Paesi più ricchi del mondo, diffuso ieri dall'Ocse, che mostra come l'Italia sia tra le meno spendaccione, sia per la spesa a carico del servizio sanitario che per quella che pesa direttamente sulle tasche degli italiani. Se si prendono in considerazione i costi sul Pil ci piazziamo al 17° posto. Mentre per la spesa pro-capite siamo preceduti da ben 18 Paesi, 11 dei quali membri della Ue (Grecia compresa).

Nel 2007 - l'ultimo anno preso in considerazione - l'Italia ha speso l'8,7% del suo Pil (6,7% a carico dello Stato) per cure e assistenza sanitaria. Non poco, ma sicuramente meno di molti Paesi che ci stanno vicino. E meno della media dell'Ocse che è dell'8,9 per cento. Se si escludono gli Usa che sborsano per le cure il doppio di noi (il 16% del Pil) - da qui la decisione di Obama di mettere mano alla riforma -, in oltre la metà dei Paesi più industrializzati la Sanità costa più che da noi. La Francia investe l'11% della propria ricchezza

per garantire le cure ai propri cittadini (con l'8,7% a carico dello Stato), la Germania il 10,4% del Pil (8% di spesa pubblica). Toccano quasi quota 10% della ricchezza prodotta ogni anno spesa per la sanità anche Portogallo (9,9%), Olanda (9,8%), Danimarca (9,8%) e Grecia (9,6%). Il dato è confermato anche dalla spesa pro-capite: ogni italiano spende all'anno per curarsi 2.686 dollari contro 7.290 degli americani, 3.601 dollari dei francesi, 3.585 dei tedeschi e 2.992 degli inglesi. Mentre la media Ocse si assesta a 2.984 dollari all'anno.

Come mai l'Italia è così "risparmiosa"? Uno dei motivi potrebbe essere il fatto che negli ultimi dieci anni i costi sono cresciuti a un ritmo inferiore: se nel decennio 1997-2007 la spesa pro-capite per la salute è aumentata nei Paesi Ocse al ritmo del 4,1% l'anno, in Italia è cresciuta "solo" del 2,4 per cento.

Il nostro Paese si segnala anche per altre performance sanitarie. Tra tutte il primato di parti cesarei. Ogni 100 culle in Italia si contano ben 39,7 neonati con taglio cesareo, contro la media Ocse del 25,7. L'Italia perde, invece, il record di camici bianchi: ce ne sono 3,7 ogni mille abitanti mentre la media è di 3,1 medici. Infine l'Italia conta troppi morti da incidenti stradali, con 9,8 vittime su 100mila abitanti contro 9,6 della media Ocse.

RI RIPRODUZIONE RISERVATA



**Patto per la salute.** Rinviato a un prossimo provvedimento il reintegro delle somme concordate con i governatori

# Congelati 2,4 miliardi per la sanità

**Roberto Turno**

■ Nella lotteria del superemendamento relatore-governo alla Finanziaria, la dotazione per la sanità si riduce di 2,4 miliardi nel biennio 2010-2012. Almeno per il momento. Il reintegro del fondo sanitario faticosamente concordato con le Regioni in una estenuante trattativa durata mesi, recita ora la modifica alla Finanziaria 2010 da oggi al voto della commissione Bilancio della Camera, sarà assicurato «con successivi provvedimenti legislativi» in rispetto del «patto» appena firmato con i governatori.

Insomma: il Governo promette di mantenere gli impegni ma in qualche modo congela parte delle somme in attesa di una leg-

## SUPER ADDIZIONALE

Secondo uno studio della Uil l'effetto della maggiorazione Irpef costerebbe fino a 56 euro a testa per i cittadini nelle sei regioni sotto tutela ad hoc in corso d'anno come in parte era previsto almeno alla voce "contratti". E le regioni per ora non drammatizzano, forti dell'intesa e della garanzia del reintegro delle somme formalizzata nel maxi-emendamento. «Col governo abbiamo appena sottoscritto un accordo per la sanità pubblica e per i cittadini. Verificheremo nelle prossime ore - afferma il rappresentante dei governatori, Vasco Errani (Emilia Romagna) - qualsiasi modifica. Certo, se ci fosse uno strappo dell'intesa, sarebbe gravissimo».

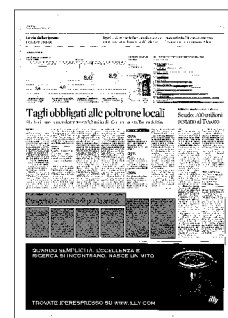
Col maxi-emendamento la dotazione del fondo sanitario cresce nel 2010 di 384 milioni (non di 1,6 miliardi, come concordato e previsto nel primo emendamen-

to governativo e nel «patto») e nel 2011 di 419 milioni (anziché di 1,7 miliardi), con un aumento confermato del 2,8% per il 2012. A conti fatti, si arriva così adesso a 105,148 miliardi il prossimo anno e a 107,303 nel 2012: 2,452 miliardi in meno nel biennio da reintegrare. Che sembrerebbero essere stati congelati anche in attesa di verificare gli accantonamenti delle regioni per i contratti del personale.

Lo stop, anche se temporaneo, potrebbe avere effetti su un'altra delicatissima partita che sta per aprirsi tra i governatori: proprio il riparto del fondo 2010, sul quale il Welfare ha inviato una proposta tarata sulle somme "piene" concordate. Proposta che però spacca le regioni, con quelle del Sud che lamentano di essere fortemente penalizzate dai criteri usati per la suddivisione della torta, troppo legati alla popolazione e all'età, anziché alle condizioni socio-economiche locali. La Puglia, capofila della protesta, ha già fatto sapere che, se non si cambia, non firmerà l'accordo. Un tira e molla che si ripete ogni anno e che dovrebbe essere ricomposto in una maratona tra i governatori a partire da mercoledì.

Intanto si fanno i conti sui riflessi possibili dello scatto automatico della maxi-addizionale Irpef (+0,30%) nelle regioni che non rispettino o non applichino i piani di rientro dall'extradeficit. Secondo uno studio della Uil nelle sei regioni sotto tutela (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Calabria e Sicilia) c'è il rischio di aumenti di 56 euro pro-capite all'anno. Che salirebbero a 105 euro se mai l'addizionale scattasse in tutte le regioni.

© RIPRODUZIONI RISERVATA





## Alimenti e farmaci, attenti al falso

**Il vademecum** Dai cosmetici ai prodotti per l'igiene, quanti rischi per i consumatori. E a tavola arrivano cibi contraffatti: una guida per evitare brutte sorprese

# Medicine, attenti alle truffe sul web

**L'allarme** In aumento i farmaci rubati sul mercato nero o venduti illegalmente

**Alessandra Grassi**

**A**cquistare una confezione di Viagra e accorgersi, forse quando è troppo tardi, che non fa effetto. Una sgradita sorpresa. Può capitare a chi decide di affidarsi ad internet per reperire alcuni farmaci tra cui, i più gettonati, oltre alla pillola blu, anche Cialis e Levitra. Non poche le truffe online scoperte dalle forze dell'ordine.

Medicinali falsi, poco efficaci, con principi attivi diversi o in dosi minori rispetto a quelli venduti nelle farmacie. Prezzi più bassi, pudore, nessuna ricetta medica i motivi che spingono i consumatori all'acquisto su siti specializzati.

Ma non solo. Le truffe nel settore sono anche più articolate. Come quella portata alla luce a settembre dai militari del Nucleo antisofisticazioni

di Napoli, coordinati dal tenente colonnello Ernesto Di Gregorio, comandante dei Nas per l'Italia meridionale. Attraverso ricette false o rubate venivano acquistati illegal-

**Il bilancio**

In Campania sequestri per 1,6 milioni

Il settore dei farmaci è molte volte al centro di irregolarità e raggiri. Da gennaio a ottobre i Nas in Campania hanno effettuato 536 controlli in farmacie, erboristerie ospedali e depositi all'ingrosso sequestrando prodotti per un valore di 1,6 milioni di euro.

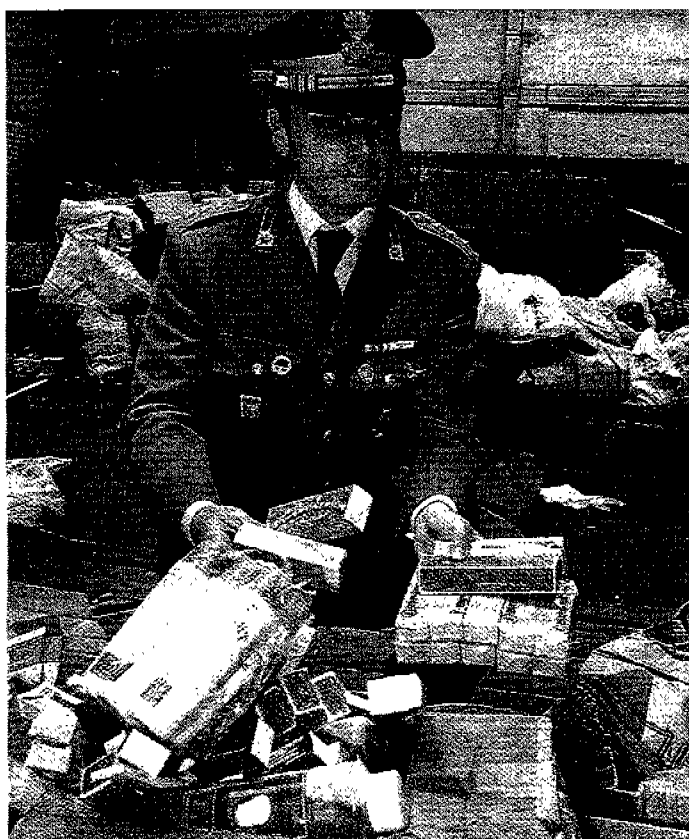




mente medicinali particolarmente costosi, come quelli usati per le terapie antitumorali, e poi rivenduti all'estero tramite intermediari. Ma non mancano i casi più estremi.

«Alcune volte - spiega il tenente colonnello Di Gregorio - farmaci rubati vengono immessi sul mercato nero e venduti illegalmente». Reati che comportano danni al Sistema sanitario nazionale e alla salute dei consumatori. I farmaci devono essere conservati secondo precise norme igieniche e a determinate temperature. Condizioni non rispettate se c'è la truffa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il caso** Aumentano i casi di truffe e di farmaci venduti illegalmente ..

## IL PIANO DEL GOVERNO

### Finanziamenti agli under 40 e premi agli atenei

# Ricerca, ai più giovani verranno assegnati il 25 per cento dei fondi

di ANNA MARIA SERSALE

**I**L venticinque per cento dei fondi destinati alla ricerca più avanzata andranno a «studiosi di età non superiore ai 40 anni» per progetti finalizzati allo «sviluppo di nuova conoscenza, con impatto sul lungo periodo». Lo scopo è quello di finanziare i giovani «driver» dell'innovazione per sostenere «l'eccellenza» e combattere «ritardi e inadeguatezze». È in sintesi uno dei passaggi chiave contenuto nel «Programma nazionale per la ricerca, 2009-2013», che detta le linee guida per i prossimi anni e che sarà presentato a Palazzo Chigi entro dicembre.

L'ARTICOLO A PAG. 12

Le linee-guida del «Programma 2009-2013» che sarà presentato entro il mese a Palazzo Chigi. Previsti premi agli Atenei che riescono a generare ricavi trasferendo al mercato i risultati dei propri studi

# Ricerca, il Governo apre ai più giovani: il 25 per cento dei fondi agli under 40

*Le altre novità: concorsi a cattedra «europei» e Università differenziate*

di ANNA MARIA SERSALE

ROMA - Il venticinque per cento dei fondi destinati alla ricerca più avanzata andranno a «studiosi di età non superiore ai 40 anni» per progetti finalizzati allo «sviluppo di nuova conoscenza, con impatto sul lungo periodo». Lo scopo è quello di finanziare i giovani «driver» dell'innovazione per sostenere «l'eccellenza» e combattere «ritardi e inadeguatezze». I soldi saranno subordinati alla valutazione fatta da esperti internazionali su «progetti già realizzati dal richiedente». È in sintesi uno dei passaggi chiave contenuto nel «Programma nazionale per la ricerca, 2009-2013», che detta le linee guida per i prossimi anni

e che sarà presentato a Palazzo Chigi entro dicembre. Sul testo sono in corso le ultime limature, ma l'impianto è definito. In realtà doveva sbarcare in Consiglio dei ministri già a fine novembre, poi le difficoltà sulla Finanziaria hanno suggerito uno slittamento.

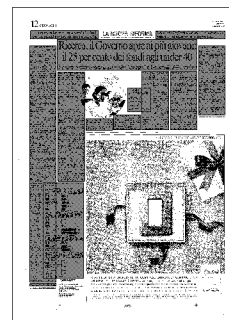
Dal piano si capisce che il governo ha deciso di aprire ai giovani ma vuole anche dare una scossa al mondo universitario. A pagina 32 è scritto che «per stimolare atenei ed enti pubblici a contribuire al rilancio» si prospettano nuovi interventi strutturali. «Ogni cattedra messa a concorso sarà aperta all'intero bacino europeo» per attrarre studiosi dall'estero. Inoltre saranno dati «premi» agli atenei

che riescono a «generare ricavi trasferendo al mercato i propri risultati di ricerca», per ottenere quel collegamento tra accademia e impresa che non si è mai realizzato.

Ma quello che più colpisce è l'idea di «differenziare le università», quelle dedicate alla didattica da quelle dedicate alla ricerca. Secondo il modello americano, il riordino universitario potrebbe prevedere la teaching university che per il 90% svolge attività didattica e la research university, che per il 50% si concentra nella ricerca. Una querelle, questa, che da noi ha detrattori (nascono le univer-

sità di serie B) e grandi sostenitori (cade la finzione delle università tutte uguali).

Le ambizioni, però, si scontrano con i vincoli



di spesa e i problemi stratificati da decenni. «L'attività di ricerca non è allineata a quella dei principali Paesi industrializzati», è questa una delle prime considerazioni contenute nelle 48 cartelle in cui il governo, enuncia le «strategie per indirizzare lo sviluppo». E gli investimenti, pochi, si disperdono in mille rivoli. Sotto accusa la «molteplicità

dei centri decisionali e di spesa» che tra regioni e ministeri incentiva la «frammentazione» tendendo a «duplicare e a sovrapporre» le iniziative. Per questo si pensa a una cabina di regia, che coordini. Poca internazionalità e età troppo elevata dei ricercatori, gli altri mali da combattere. Oltre alla «resistenza» della ricerca pubblica ad adottare incentivi e a trasferire la conoscenza alle imprese.

Ma se la ricerca non decolla è anche colpa della scarsità di laureati in materie scientifiche. L'indagine Firb di Confindustria segnala che alcune strozzature delle attività di ricerca privata dipendono dalla «difficoltà di reperire diplomati e laureati in settori specifici». I laureati tecnico scientifici da noi sono una rarità: solo l'8,20% della popolazione compresa tra 20-29 anni. Nell'Europa a tre, quella dei paesi leader, la percentuale dei laureati in materie scientifiche sale al 19,30%, più del doppio. L'Italia è indietro anche se si confronta con l'Europa a 27, che

ha il 13,40%. Ed ecco un altro segnale negativo: da noi gli occupati in high-tech sono appena il 7,60%, nell'Ue a 27 il 14,50%. I brevetti per milione di abitanti in Italia sono il 76,10%, nell'Ue a tre il 317,90% e nell'Ue a 27 il 105,70%. Da brivido il confronto sull'istruzione superiore, ossia sul numero complessivo di laureati: l'Italia ha lo 0,89% della popolazione tra 25 e 26 anni, l'Europa a tre il 2,44%, il Giappone il 37,40% e gli Usa il 38,40%. Insufficienti anche i finanziamenti: quelli pubblici sono lo 0,56 del Pil, mentre la media europea è dello 0,65%, percentuale che sale allo 1,04

nell'Ue a tre. Se poi si prendono in considerazione i soldi dei privati il divario cresce: da noi lo 0,55%, nell'Ue a tre il 2,43%, nell'Ue a 27 l'1,2%, in Giappone il 2,39%. Il piano per la ricerca non si

ferma a queste osservazioni. Si evidenzia anche che nelle università è diminuita la quota di investimenti in ricerca ma è aumentato del 10% il numero degli addetti, che sono 67.000. Si rimprovera anche la «scarsa propensione all'applicazione dei risultati della ricerca: abbiamo pochi brevetti e poche collaborazioni con le imprese».

Redatto dal Ministero guidato dalla Gelmini, nella premessa il «Programma» prende atto che la ricerca è in sofferenza. Da qui la necessità di agire su più fronti: «consolidare» gli investimenti, «contrastare la frammentazione» delle istituzioni di ri-

cerca e «verificare lo stato di avanzamento delle attività», assegnando un nuovo ruolo alla valutazione, puntando anche alla creazione e al rafforzamento di Centri di eccellenza, aperti alle industrie, con uno sguardo all'Europa che entro il 2020 prevede la «libera circolazione di ricercatori, conoscenza e tecnologie».

Dunque, più risorse per la ricerca, ma spese meglio, meccanismi di valutazione per «far emergere il talento, il merito e l'eccellenza: perché qualsiasi prospettiva di successo è basata sull'aumento del numero dei giovani, valorizzando il merito e liberandone le potenzialità». Così ai ritardi e alle inadeguatezze si contrappone il «sapere come motore dello sviluppo». Ma abbiamo poca capacità di innovazione e le ambizioni devono fare i conti con il gap che ci separa dagli altri Paesi. Il Polo economico mondiale si è spostato dall'Atlantico al Pacifico e il principio propulsore della ripresa è l'Asia sud orientale per cui dovremo fare i conti con Cina, India, Corea, Hong Kong, Singapore, ecc. L'Europa complessivamente ha calato gli investimenti in ricerca mentre i Paesi emergenti li hanno aumentati.

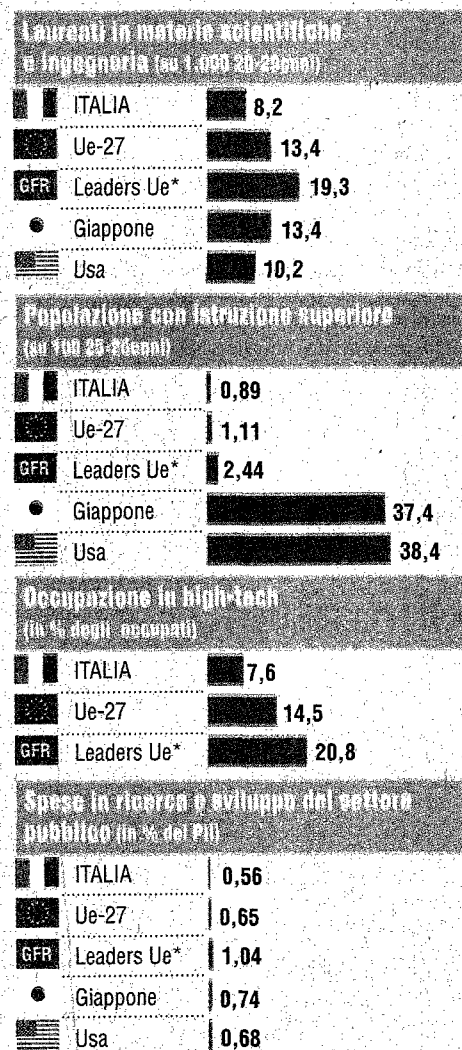
Perciò ora si punta alla «creazione di imprese ad alto contenuto tecnologico» e alla creazione di poli, distretti e piattaforme di ricerca avanzata. Tecnologie genetiche, energia, materiali, nanoscienze, studi sul cervello, informazione, ambiente, queste alcune delle aree individuate per rilanciare lo sviluppo. In programma anche la fondazione di Scuole internazionali di dottorato, incentivando gli atenei e gli enti di ricerca virtuosi. Si punta anche alle sinergie e a un sistema di governance condivisa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**INDAGINE DI CONFINDUSTRIA**

*«E' difficile reperire laureati in settori tecnico-scientifici»*

**Le cifre**



\*Germania, Francia, Regno Unito

Flash

## **Tumori/Italia**

### **MORTALITÀ IN CALO SUD SUPERA CENTRO**

Mortalità in calo per tutti i tipi di tumore e in entrambi i sessi dal 1998 al 2005. Aumento dei casi per alcuni tumori. Sorpasso del Sud sul Centro riguardo casi e mortalità. È la fotografia del cancro in Italia dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), basata su 20 registri tumori di popolazione generale e 2 registri specializzati della rete Airtum, che copre il 32% della popolazione residente. Tra il 1998 e il 2005 la mortalità per tutti i tumori è scesa (— 12% per gli uomini, — 6% per le donne) ma i casi diagnosticati sono aumentati. Effetto di esposizione a fattori cancerogeni e campagne di screening.

**Tumori/Europa****SVEZIA E FINLANDIA  
LE MENO COLPITE**

L'andamento dei tumori in Europa dal 1990 al 2004 è stato analizzato da Carlo La Vecchia, capo del dipartimento di Epidemiologia presso il Mario Negri di Milano e pubblicato sulla rivista *Annals of Oncology*. A fronte di una riduzione media (— 9% tra i maschi, — 8% tra le donne) le differenze tra i paesi rimangono alte. Ad esempio, per i maschi la mortalità più alta si ha in Ungheria (255,2 per 100.000 abitanti), Repubblica Ceca (215,9) e Polonia (209,8), mentre la più bassa in Svezia (125,8), Finlandia (130,9) e Svizzera (136,9). In Italia per i maschi la mortalità più alta si registra al Nord (232), seguito dal Sud e Centro (214).

# Tumori

**I ricercatori delle università di Napoli e West Virginia:**

*“Introdotta con una puntura endovenosa*

**può bloccare la crescita delle cellule malate”**

# Cancro alla prostata un gene per vincerlo

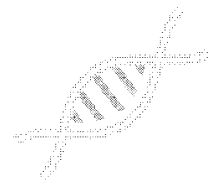
## LA TERAPIA

### GENE KILLER

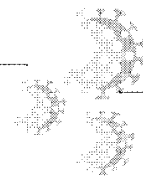
RNAi-7610-3

Blocca la crescita delle cellule tumorali

Serve unicamente come veicolo del gene killer



Microbolla d'aria



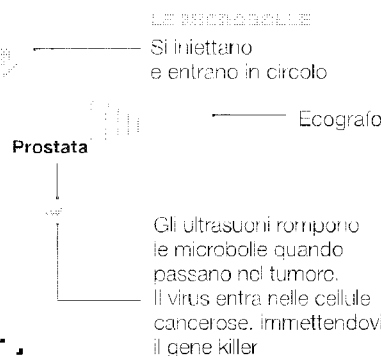
### GENE MANIPOLATORE

Ha dentro il gene killer. Viene incapsulato in microbolle d'aria per essere introdotto nell'organismo

Al momento è stato provato soltanto su animali di laboratorio

FONTE: DELIASI, RAZIUNE, PATAI, ALI, PUNZ, CA, ENLU

INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI



**ALDO FRANCO DE ROSE\***

**L**a terapia per il tumore della prostata po-

trebbe cambiare radicalmente. Non più interventi, radioterapia, ormoni o chemioterapia, ma l'iniezione di un gene

che, attivato da ultrasuoni emessi da un normale ecografo, determina la distruzione del tumore della prostata e delle sue eventuali metastasi. E' quanto hanno dimostrato alcuni ricercatori, per ora su animali

di laboratorio; ma la speranza che questo modello di terapia possa essere trasferito all'uomo diventa sempre più una certezza. Ne è convinto Pier Paolo Claudio, napoletano, direttore di Terapia molecolare alla Marshall University in West Virginia, che ha pubblicato lo studio *Eradication of Therapy-resistant Human Prostate Tumors Using an Ultrasound-guided Site-specific Cancer Terminator Virus Delivery Approach* sulla rivista scientifica *Molecular Therapy*.

Ecco come funziona questa "terapia intelligente": un gene killer, Mda-7/IL-24, viene inserito in un virus e poi incapsulato in microbolle e introdotto nell'organismo attraverso una semplice puntura endovenosa. «Le microbolle sono normalmente utilizzate come mezzo di contrasto per ecocardiografia — spiega Claudio. — Una volta in circolo, vengono rotte dagli ultrasuoni, prodotti da una comune apparecchiatura ecografica, proprio nella zona dove si desidera ottenere il rilascio del gene e cioè il tumore, individuato sempre con la stessa apparecchiatura ecografica».

La funzione del gene è quella di bloccare la crescita di cellule tumorali, la formazione di vasi sanguigni nei tumori (la cosiddetta angiogenesi) e stimolare l'apoptosi, cioè la morte cellulare programmata. Inoltre il gene non ha effetti sulle cellule normali perché si attiva solo nel tumore. «Fino ad oggi — conclude Claudio — il problema più grosso nei tentativi di terapia genica in vivo era rappresentato dalla mancanza di specificità del trasferimento genico. Ma la nostra metodica risolve il problema della specificità». Alla ricerca, tra gli altri, hanno partecipato Luigi Claudio Urologo dell'Ist di Napoli, Marco Salvatore direttore di Scienze biomorfolologiche dell'Università Federico II e Paul B. Fisher direttore di Genetica molecolare della West Virginia.

*\*Specialista urologo  
e andrologo clinica urologica  
Genova*

**Farmacologia****ECCO COME FUNZIONA  
L'ANTICANCRO PIÙ NOTO**

Con una ricerca che si è meritata la copertina di *Cancer Research*, prestigiosa rivista scientifica sul cancro, i ricercatori dell'Università Cattolica-Policlinico A. Gemelli di Roma diretti da Giovanni Scambia, insieme al Centro scienze biomediche Giovanni Paolo II della Cattolica di Campobasso, hanno svelato come funziona l'anticancro oggi più in uso, il paclitaxel. Era noto che altera i microtubuli, lo "scheletro" della cellula, uccidendola. Inoltre, la ricerca ha scoperto che il farmaco attiva il sistema di autodistruzione della cellula



**Giro d'affari di 20 miliardi**

# Sanità privata, l'inchiesta di «Report»



**Cliniche**

Milena Gabanelli, autrice e conduttrice della trasmissione di Rai3 «Report»

ROMA — L'affare sanità privata è un business da 20 miliardi di euro l'anno divisi tra un gruppo di pochi imprenditori. Alcuni noti (come la famiglia Rocca dell'Humanitas, Giuseppe Rotelli del gruppo San Donato, Carlo De Benedetti con la holding Sanità e Servizi, gli Angelucci con la Tosinvest, i Ciarrapico con la Eurosanità) altri sconosciuti come l'emiliano Ettore Sansavini col gruppo Villa Maria, i romani Raffaele Garofalo & Company e le cliniche Giomi della famiglia Miraglia. La trasmissione *Report* di Milena Gabanelli entra come un bisturi in questo mondo fatto di "accreditamenti" cioè di convenzioni con il pubblico, girandola di miliardi e racconta alcune storie eclatanti. Come quella di Giuseppe Ciarrapico, oggi senatore Pdl, che si buttò nella sanità 40 anni addietro affascinato da due bellissime suore — «Una bionda che si chiamava Ugo e una rossa, sembrava un corpo di ballo!» — dalle quali rilevò la clinica Quisisana ai Parioli e poi Villa Stuart anche se questa volta c'era di mezzo la «figlia

del generale Harster delle SS di Verona...». Sansavini oggi controlla il primo gruppo sanitario italiano per numero di strutture (500 milioni di fatturato e 5000 dipendenti) e all'inviato di *Report* Alberto Nerazzini racconta di aver cominciato rilevando una clinica forlivese a metà anni Sessanta quando era poco più che ventenne. Poi *Report* affronta l'avventura Angelucci (il fondatore Antonio anche lui onorevole Pdl) focalizzandosi sull'acquisto del San Raffaele di Roma comprato per 270 miliardi di lire e rivenduto pochi mesi dopo alla Regione Lazio per 320 con l'avallo del ministero guidato da Rosy Bindi. La stessa struttura che un anno prima Don Verze cercò di vendere allo Stato ottenendo dal ministero una valutazione di 200 miliardi di lire che lui rifiutò. Nelle more di quella vendita *Report* scopre che ci fu anche l'assunzione di 266 dipendenti a carico della Regione e l'affitto per 99 anni (per un euro) di una palazzina il cui uso oggi è coperto da totale riserbo.

del generale Harster delle SS di Verona...». Sansavini oggi controlla il primo gruppo sanitario italiano

per numero di strutture (500 milioni di fatturato e 5000 dipendenti) e all'inviato di *Report* Alberto Nerazzini racconta di aver cominciato rilevando una clinica forlivese a metà anni Sessanta quando era poco più che ventenne. Poi *Report* affronta l'avventura Angelucci (il fondatore Antonio anche lui onorevole Pdl) focalizzandosi sull'acquisto del San Raffaele di Roma comprato per 270 miliardi di lire e rivenduto pochi mesi dopo alla Regione Lazio per 320 con l'avallo del ministero guidato da Rosy Bindi. La stessa struttura che un anno prima Don Verze cercò di vendere allo Stato ottenendo dal ministero una valutazione di 200 miliardi di lire che lui rifiutò. Nelle more di quella vendita *Report* scopre che ci fu anche l'assunzione di 266 dipendenti a carico della Regione e l'affitto per 99 anni (per un euro) di una palazzina il cui uso oggi è coperto da totale riserbo.

**Roberto Bagnoli**

© RIPRODUZIONI RAI/ITALIA



**Pensa la Salute**

di **Riccardo Renzi**



**L'ETERNA CONTRAPPOSIZIONE PRO E CONTRO L'OMEOPATIA**

L'articolo del Corriere Salute di 15 giorni fa, che dava conto del dibattito sull'opportunità che l'Aifa, l'ente regolatorio dei farmaci, procedesse alla registrazione "semplificata" dei farmaci omeopatici (così come richiesto a livello Europeo), ha stimolato molti commenti, alcuni dei quali riportati qui sotto. Ricordiamo che per procedura "semplificata" si intende l'accertamento dell'innocuità del farmaco, che tuttavia comporta un grosso impegno, trattandosi di zomila preparati. Oltre ai commenti, ci è pervenuto anche un autorevolissimo appello, che volentieri qui a fianco pubblichiamo e che porta la firma della Consulta di 14 importanti società scientifiche italiane, coordinate da Giuseppe Mancina e Giuliano Buzzetti. A queste si è aggiunta l'adesione del "Gruppo 2003", un associazione che raggruppa gli scienziati italiani (non solo medici) che hanno il maggior numero di pubblicazioni scientifiche nel mondo. Complessivamente quindi già ora a questo documento ha aderito quello che può essere considerato il gotha della scienza italiana. Non possiamo perciò permetterci di aggiungere nulla. Ma "fuor di scienza", e mettendoci dalla parte dei pazienti-consumatori, non possiamo non notare che la questione «omeopatia pro e contro» continua a registrare una contrapposizione che appare insanabile, in Italia più che altrove, alla quale prima o poi si dovrà trovare una soluzione. Così come non aiuta la disparità di regolamentazione dei farmaci omeopatici nei vari Paesi europei, che pure costituiscono un unico grande mercato. Disparità che l'autorità europea sta appunto tentando di uniformare, garantendo ai milioni di consumatori, se non altro, una certificazione di innocuità. E' sbagliato il metodo scelto? Gli scienziati firmatari garantiscono di sì: che si cerchi allora una terza via, che non equipari gli omeopatici agli altri farmaci ma che non faccia finta che non esistono.



# PROFESSIONE MEDICO

In preparazione i regolamenti sull'Ecm

## Corsi e seminari di formazione a pubblicità-zero

**Sara Todaro**

■ Divieto totale di pubblicità nei paraggi dell'Ecm. E obbligo di far riempire ai partecipanti un questionario sulla eventuale "percezione di conflitto d'interessi" nel materiale utilizzato per la formazione per procedere all'assegnazione dei crediti.

Sono due delle precauzioni allo studio della Commissione Ecm per la formazione continua in medicina. Il 14 dicembre dovrebbero essere approvati i due documenti che costituiranno il manuale operativo per far funzionare il restyling dell'Ecm varato con Accordo Stato-Regioni a metà novembre. Il primo riguarda le procedure per l'accreditamento dei provider, il secondo dovrebbe definire i criteri per l'assegnazione dei crediti per tutte le possibili tipologie di eventi: congressi, convegni, attività residenziali e formazione a distanza.

Nella mappa dei requisiti che l'aspirante provider dovrà dimostrare di possedere spicca, tra l'altro, la dichiarazione formale che dovrà escludere interessi commerciali in campo sanitario per quanti siano coinvolti nell'attività Ecm fino ai parenti di primo grado. Ovviamente vincolanti anche il possesso di una sede idonea e stabile nella Regione accreditante, la documentata affidabilità economico-finanziaria, il rispetto delle norme in tema di sicurezza, previdenza e fiscalità.

Ma come già detto, quel che davvero sblocca l'assegnazione dei crediti è la scheda di valutazione della qualità percepi-

ta con la quale il partecipante sarà chiamato a giudicare la validità del programma rispetto al bisogno formativo e al ruolo professionale svolto, dando un giudizio sull'utilità della formazione ricevuta e dichiarando l'eventuale percezione di interessi commerciali nel programma Ecm.

Chi o cosa garantirà tanta adamantina trasparenza da parte dei discenti?

Intanto il chiaro divieto di qualsiasi pubblicità per prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi) o attività promozionali (pasti, attività sociali) nelle sedi attività Ecm o nei materiali durevoli per la Formazione a distanza (Fad): nel corso delle attività formative i nomi commerciali dei prodotti saranno banditi in toto, anche se correlati con l'evento in corso.

Poi c'è l'obbligo esplicito indirizzato ai produttori di farmaci e dispositivi di sponsorizzare il provider solo con "unrestricted grant" che non impongano condizionamenti di alcun tipo alle attività formative. Il baluardo più solido dovrà ovviamente garantirlo il provider, tenuto a illustrare all'ente accreditante i contratti formali siglati con lo sponsor e i pagamenti direttamente concessi a docenti e tutor, nonché a dimostrare le fonti di finanziamento utilizzate nell'ultimo biennio e il reclutamento dei partecipanti senza interferenze dello sponsor.

Gli elenchi degli studenti, in altri termini, saranno garantiti dalla privacy e in nessun modo potranno essere trasmessi allo sponsor o uti-

lizzati a fini commerciali.

Ultima barriera, la semplicissima regola sul conflitto d'interessi, che sussiste «anche se non si verifica effettivamente l'interferenza». Nessuno che produca, distribuisca, commercializzi o pubblicizzi farmaci, omeopatici, fitoterapici, dietetici o dispositivi potrà organizzare o gestire eventi Ecm.

E per dirigenti e responsabili dei provider scatta l'incompatibilità con interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore sanitario. Anche su questo farà testo la dichiarazione del provider, che dovrà conservare la documentazione su sponsor e conflitti per almeno due anni.

Il provider privato (non erogatore di prestazioni sanitarie) dovrà inoltre subire le verifiche di un comitato di garanzia (nazionale /regionale) che in base alla constatazione di violazioni molto gravi (esempio, assenza di dichiarazioni formali; documentazioni false) potrà disporre la definitiva espulsione dal pianeta Ecm.

Paletti solidi, dunque. Anche se resta ancora nel cassetto l'ultimo rebus della giostra Ecm: gli incentivi a chi si aggiorna, le sanzioni a chi bara. La materia resta affidata agli incontri con i rappresentanti sindacali a partire da gennaio.

### PAGELLA

I partecipanti chiamati a giudicare l'utilità delle discipline e l'eventuale conflitto di interessi del provider

