

[Share](#)  stampa

Nascite. Le mamme scelgono l'ospedale pubblico: lo preferiscono quasi 9 su 10. Ancora troppi cesarei: sono il 36,7% del totale. E l'1,4% delle donne ricorre alla Pma

Publicato il 10° rapporto Cedap del ministero della Salute. Fotografate le attività di 567 punti nascita in tutta Italia per un totale di 541.206 eventi nascita (pari al 99% del totale dei nati registrati in anagrafe nel 2011). Il 19% delle mamme non è italiana con un'età media di 29,4 anni. Più "vecchie" le mamme tricolori con una età media vicina ai 33 anni. [IL RAPPORTO](#).



21 FEB - Compie dieci anni il rapporto Cedap (ovvero "Certificato di assistenza al parto") che, anche se con un ritardo temporale di qualche anno rispetto alla data di uscita (l'edizione 2015 riporta i dati del 2011), offre un quadro completo dell'evento nascita in tutte le strutture del Paese. Lo scarto temporale nelle analisi ha comunque il suo "peso", se si considera il fenomeno progressivo della riduzione dei nati in Italia. Basti considerare che i nati nel 2014, secondo [l'ultimo censimento Istat](#), sono stati solo 509.000, quindi quasi 40.000 in meno di quelli registrati nel nuovo rapporto Cedap che, riferendosi al 2011, basa le sue analisi su oltre 540mila eventi nascita.

Sotto la lente degli esperti del [ministero della Salute](#) è finito infatti il 99% delle nascite registrate nelle anagrafi comunali, avvenute in 567 punti nascita pubblici e privati, per un totale di 541.206 eventi.

In ogni caso la rilevazione, istituita con decreto ministeriale nel 2001, costituisce, come si legge nella prefazione al volume - curato dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del [ministero della Salute](#) - "la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale".

Ecco i principali risultati:

1. La rilevazione 2011, con un totale di 567 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 98,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed un numero di nati vivi pari al 99% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

2. L'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,9% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 61,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 191, rappresentano il 33,7% dei punti nascita totali. Il 9,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

3. Nel 2011, il 19% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (26,1%) e dell'Unione Europea (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,3% di quelle non italiane.

4. L'età media della madre è di 32,6 anni per le italiane mentre scende a 29,4 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 29 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,7 anni.

5. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2011 il 44,2% ha una scolarità medio alta, il 31,8% medio bassa ed il 23,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (50,4%).

6. L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 59,3% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 30% sono casalinghe e l'8,8% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2011 è per il 54% quella di casalinga a fronte del 65,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

7. Nell'85% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,1% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita a partire dalla 12ª settimana è pari al 2,8% mentre tale percentuale sale al 13,7% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dalla 12ª settimana di gestazione è pari al 10,9% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,8%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,3%) o tardivi (1ª visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 13,6% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 35,87% dei casi.

segui [ilFarmacistaonline.it](#)



iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Liberalizzazioni. Cdm approva Ddl Guidi.** Sì alle società di capitali. Via anche il limite di 4 farmacie per società. Lorenzin: "Fascia C con ricetta resta in farmacia". Il testo del DDL "approvato"
- 2 Liberalizzazioni. Renzi conferma ddl per il prossimo Consiglio dei ministri:** "Ma non attaccheremo certezze di cui il sistema ha bisogno"
- 3 Liberalizzazioni. Istituto Bruno Leoni:** "Il cittadino non avrebbe nulla da temere acquistando un farmaco in una parafarmacia"
- 4 Liberalizzazioni. Aifa:** "Quelle già in vigore hanno fallito. Gli italiani hanno speso più di prima per i farmaci di fascia C: + 200 milioni di euro dal 2006"
- 5 Liberalizzazioni. Aifa ribadisce:** "Siamo contrari all'allargamento dei punti vendita di medicinali"
- 6 Anteprema. Convenzione farmacie. Ecco l'Atto di indirizzo.** Nuove regole su account, tempi di pagamento, ricette, contributo Enpaf, farmacia dei servizi e remunerazione
- 7 Mario Negri. Nuovo studio sulla Sla:** "C'è anche la 'mancanza' di un enzima specifico dietro la malattia e la sua progressione"
- 8 Liberalizzazioni. Lorenzin:** "Farmaci con ricetta fuori dalle farmacie 'tecnicamente' insostenibile"
- 9 Liberalizzazioni. Audizione di Federfarma al Senato:** "Governò riconsideri norme Ddl"
- 10 D'Ambrosio Lettieri:** "La liberalizzazione delle Farmacie e le lobby vere e presunte. Dodici domande al Governo"

8. La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 90,6% dei casi il padre del bambino, nel 8,15% un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

9. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 36,7% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 56,9% dei parti contro il 33,9% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,2% dei parti di madri straniere e nel 38,6% nei parti di madri italiane. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (36,7%); nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 42,3% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 41,7% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

10. I nati totali registrati nel 2011 dalle anagrafi comunali sono 546.607, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 541.206 (il 99% del totale dei nati). L'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

11. Sono stati rilevati 1.463 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,70 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 6.680 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 22,8% dei casi di natimortalità e nel 44,3% di nati con malformazioni.

12. Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media 1,43 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

21 febbraio 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

allegati*

:: [Rapporto Cedap 2011 \(pubblicato nel febbraio 2015\)](#)

*avvertenza: se il browser non consente il download immediato del documento: posizionare il cursore sul collegamento, quindi **'tasto destro' > 'salva oggetto con nome'** (Explorer) oppure **'salva destinazione con nome'** (Firefox)

articoli precedenti

:: [Maternità in Italia. Save the Children. Tre Punti nascita su dieci fuori standard. La mortalità infantile al Sud: +30%](#)

:: [Donazioni e Trapianti. I dati del Report 2014. Sistema sempre più efficiente. È record di donazioni](#)

:: [Foto Istat della sanità italiana: "Spendiamo sempre meno sia nel pubblico che nel privato"](#)

:: [Farmaci a scuola. Indagine Istat-Miur: in Emilia Romagna più richieste, sia per la continuità assistenziale che per l'emergenza](#)

:: [Morire di disoccupazione. Nel mondo 200mila suicidi dopo aver perso il lavoro o per la paura di perderlo o di non trovarlo](#)

IlFarmacista online
Quotidiano della Federazione
degli Ordini
dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile
Andrea Mandelli

Direttore editoriale
Cesare Fassari

Editore
Edizioni Health Communication
srl
[contatti](#)
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.





Nascite. Le mamme scelgono l'ospedale pubblico: lo preferiscono quasi 9 su 10. Ancora troppi cesarei: sono il 36,7% del totale. E l'1,4% delle donne ricorre alla Pma

Publicato il 10° rapporto Cedap del ministero della Salute. Fotografate le attività di 567 punti nascita in tutta Italia per un totale di 541.206 eventi nascita (pari al 99% del totale dei nati registrati in anagrafe nel 2011). Il 19% delle mamme non è italiana con un'età media di 29,4 anni. Più "vecchie" le mamme tricolori con una età media vicina ai 33 anni. [IL RAPPORTO](#).



21 FEB - Compie dieci anni il rapporto Cedap (ovvero "Certificato di assistenza al parto") che, anche se con un ritardo temporale di qualche anno rispetto alla data di uscita (l'edizione 2015 riporta i dati del 2011), offre un quadro completo dell'evento nascita in tutte le strutture del Paese. Lo scarto temporale nelle analisi ha comunque il suo "peso", se si considera il fenomeno progressivo della riduzione dei nati in Italia. Basti considerare che i nati nel 2014, secondo [l'ultimo censimento Istat](#), sono stati solo 509.000, quindi quasi 40.000 in meno di quelli registrati nel nuovo rapporto Cedap che, riferendosi al 2011, basa le sue analisi su oltre 540mila eventi nascita.

Sotto la lente degli esperti del [ministero della Salute](#) è finito infatti il 99% delle nascite registrate nelle anagrafi comunali, avvenute in 567 punti nascita pubblici e privati, per un totale di 541.206 eventi.

In ogni caso la rilevazione, istituita con decreto ministeriale nel 2001, costituisce, come si legge nella prefazione al volume - curato dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del [ministero della Salute](#) - "la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale".

Ecco i principali risultati:

1. La rilevazione 2011, con un totale di 567 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 98,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed un numero di nati vivi pari al 99% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

2. L'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,9% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove. Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il

61,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 191, rappresentano il 33,7% dei punti nascita totali. Il 9,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

3. Nel 2011, il 19% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (26,1%) e dell'Unione Europea (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,3% di quelle non italiane.

4. L'età media della madre è di 32,6 anni per le italiane mentre scende a 29,4 anni per le cittadine straniere. I valori medi sono invece di 33 anni per le italiane e 29 anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,7 anni.

5. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2011 il 44,2% ha una scolarità medio alta, il 31,8% medio bassa ed il 23,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (50,4%).

6. L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 59,3% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 30% sono casalinghe e l'8,8% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2011 è per il 54% quella di casalinga a fronte del 65,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

7. Nell'85% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,1% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita a partire dalla 12° settimana è pari al 2,8% mentre tale percentuale sale al 13,7% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dalla 12° settimana di gestazione è pari al 10,9% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,8%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,3%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 13,6% dei casi). Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 35,87% dei casi.

8. La donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) nel 90,6% dei casi il padre del bambino, nel 8,15% un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

9. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 36,7% dei parti avviene con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Rispetto al luogo del parto si registra un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate in cui si registra tale procedura in circa il 56,9% dei parti contro il 33,9% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28,2% dei parti di madri straniere e nel 38,6% nei parti di madri italiane. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (36,7%): nelle strutture dove hanno luogo meno di 500 parti annui si ricorre al taglio cesareo nel 42,3% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 41,7% dei casi. Il fenomeno è correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nelle classi dei punti nascita di dimensioni ridotte.

10. I nati totali registrati nel 2011 dalle anagrafi comunali sono 546.607, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 541.206 (il 99% del totale dei nati). L'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10.

11. Sono stati rilevati 1.463 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,70 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 6.680 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 22,8% dei casi di natimortalità e nel 44,3% di nati con malformazioni.

12. Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media 1,43 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

21 febbraio 2015

© Riproduzione riservata

Allegati:

■ [Rapporto Cedap 2011 \(pubblicato nel febbraio 2015\)](#)

Altri articoli in Studi e Analisi



Maternità in Italia. Save the Children. Tre Punti nascita su dieci fuori standard. La mortalità infantile al Sud: +30%



Donazioni e Trapianti. I dati del Report 2014. Sistema sempre più efficiente. È record di donazioni



Foto Istat della sanità italiana: "Spendiamo sempre meno sia nel pubblico che nel privato"



Morire di disoccupazione. Nel mondo 200mila suicidi dopo aver perso il lavoro o per la paura di perderlo o di non trovarlo



Farmaci a scuola. Indagine Istat-Miur: in Emilia Romagna più richieste, sia per la continuità assistenziale che per l'emergenza



Servizio "118". Il personale incide dal 75 all'89% dei costi. E la colpa è del blocco del turn over

OS newsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

<http://www.corriere.it/salute/>

La Thailandia vieta l'utero in affitto 10 anni di carcere a chi viola la legge

Dopo due scandali il parlamento ha approvato una legge che vieta solo agli stranieri di sfruttare le donne: «Non vogliamo diventare l'utero dell'Asia»

di Emanuela Di Pasqua



La Thailandia ha deciso di sbarrare i confini della maternità surrogata, emanando una legge che vieta tassativamente alle donne di affittare a pagamento il proprio utero a cittadini stranieri. Inoltre viene proibito anche di gestire e promuovere l'attività di madre surrogata e chi verrà colto a violare la legge rischierà fino a 10 anni di carcere.

L'utero dell'Asia

Negli ultimi anni la maternità surrogata è diventata in Thailandia un vero e proprio business, tanto da garantire alla nazione il poco piacevole soprannome di «utero dell'Asia». La nuova legge si propone di contrastare duramente questo fenomeno, consentendo però alle coppie thailandesi, o a quelle nelle quali uno dei partner è thailandese, di continuare a poter fruire di un eventuale utero in affitto purché appartenga a una donna che abbia più di 25 anni.

Due casi

In particolare vi sono stati due casi che hanno attirato l'attenzione dell'opinione pubblica mondiale ed evidentemente anche dei legislatori thailandesi. Il primo è quello di Baby Gammy, bimbo nato circa un anno fa dopo che un'agenzia specializzata in maternità surrogata aveva messo in contatto due coniugi australiani, David e Wendy Farnell, con colei che avrebbe portato in grembo il nascituro (e la sua gemella Pipah) per nove mesi, Pattharamon “Koy” Janbua. Al momento della nascita però il piccolo Gammy è risultato affetto dalla sindrome di Down e da gravi problemi di salute, così quelli che dovevano essere i suoi genitori lo hanno rifiutato e lasciato alla madre naturale, ripartendo per l'Australia con la sola sorellina. Fortunatamente la madre del bimbo ha ottenuto la cittadinanza australiana, avendo così accesso

alle cure delle quali Gammy ancora necessita. Il secondo caso è quello di Mitsutoki Shigeta, 24enne figlio di un miliardario giapponese che si crede abbia messo al mondo 16 figli grazie all'ausilio di altrettante madri surrogate e del mezzo milione di dollari necessario per pagarle tutte. In realtà è sospettato di gestire una sorta di fabbrica dei bebè ed è stato sottoposto a indagini da parte della polizia thailandese con l'accusa di traffico di esseri umani e sfruttamento di minori. La polizia non ha però trovato sufficienti prove per incriminare Shigeta e l'uomo ha potuto tranquillamente fare ritorno in Giappone, ma dodici bimbi sono rimasti in Thailandia e affidati ai servizi sociali. Al momento il 24enne miliardario giapponese non è sottoposto ad alcun procedimento giudiziario e proclama la propria innocenza dichiarando di avere voluto soltanto una famiglia numerosa.

Basterà una legge?

Certamente l'iniziativa del governo thailandese è da considerarsi un passo avanti, ma da più parti sono giunte critiche preoccupate che, complici la povertà di molte famiglie e un certo lassismo delle forze dell'ordine, il boom di uteri in affitto possa continuare nell'ombra dell'illegalità, con tutti i gravi rischi che ciò comporta per le madri, i bambini e persino per gli aspiranti genitori. In tutti i casi è altamente probabile che la nuova legge porti a un rallentamento del fenomeno della maternità surrogata così come lo è, tristemente, che presto un altro Paese (presumibilmente con un alto tasso di povertà e vuoti legislativi) verrà fatto oggetto delle attenzioni di molti futuri genitori.

Thailandia. Stretta sulla maternità surrogata. Stop agli stranieri

**Il Parlamento approva una legge più restrittiva. Stabilita anche l'età minima di 25 anni per le donne disposte ad «affittare l'utero»
Il Paese cerca così di ripulirsi dall'immagine di centro asiatico del «turismo riproduttivo»**

STEFANO VECCHIA
BANGKOK

Ieri il Parlamento thailandese ha approvato la nuova legge sulla maternità surrogata. Un provvedimento atteso, elaborato dallo scorso agosto e presentato al Parlamento a novembre. Tra i punti fondamentali del nuovo documento, l'età minima di 25 anni per le donne disposte a prestare il proprio utero per una gravidanza surrogata e la proibizione per coppie straniere di accedere a pratiche di questo genere nel Paese.

Provvedimenti che hanno alla base la volontà espressa di tutelare maggiormente le cittadine thailandesi ma anche quella di ripulire l'immagine del Paese, che per molti era diventato l'hub asiatico del "turismo riproduttivo", unico in Asia, insieme all'India, ad avere aperto la pratica a stranieri.

I parlamentari, che non rappresentano parti sociali o gruppi politici ma interessi connessi alle élite tradizionali e alle Forze armate, hanno deciso di regolare il fenomeno, cresciuto in modo esponenziale negli ultimi anni privo di tutele legali e sostanziali sia per le donne locali thailandesi che si prestavano alle necessità di prole di coppie straniere, sia per gli stranieri che accedevano a questa pra-

tica disponibile a prezzi concorrenziali e in condizioni mediche di buon livello. Un'estensione della consistente industria medica della Thailandia, caratterizzata da qualità e affidabilità, ma che esponeva comunque a rischi e abusi i vari attori di questa pratica.

Una dubbia popolarità per il Paese che ha spinto all'azione le istituzioni provvisorie, sollecitate anche da alcune situazioni-limite emerse lo scorso anno e che hanno avuto un'ampia eco internazionale. Il primo quello di Baby Gammy, il piccolo nato con Sindrome di Down e per questo inizialmente abbandonato dalla coppia australiana, i coniugi Farnell, che l'aveva commissionato a una thailandese 23enne e che aveva invece portato con sé in Australia il gemellino sano. La coppia ha successivamente modificato la sua posizione, riconoscendo un sostegno alla donna e Gammy (che a gennaio ha ricevuto la cittadinanza australiana).

L'altro caso è quello di un cittadino giapponese, Mitsutoki Shigeta, che in Thailandia ha procreato almeno 16 bambini con altrettante madri surrogate puntando per sua ammissione all'obiettivo di "almeno cento" figli ottenuti con lo stesso metodo. Le autorità stanno indagando sulle vere ragioni di questa esperienza al limite del paradossale che comunque ha evidenziato ampie falle nei controlli e nelle regole.

Con i nuovi provvedimenti, diventa fuorilegge l'accesso alla pratica da parte di coppie non thailandesi ma resta per quelle miste. Tuttavia, data l'estensione raggiunta e il valore economico, non sono pochi a ritenere che la legge potrebbe spingere nella clandestinità il fenomeno. Incerta la sorte delle numerose coppie straniere in attesa di ricevere i bambini o che non ne hanno ancora regolarizzato l'assegnazione, come pure delle madri surrogate in gravidanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA LOTTA AL MESOTELIOMA CAUSATO DALL'AMIANTO

“Così cerchiamo di creare nuovi farmaci antitumorali”

I ricercatori spiegano agli studenti del Sobrero come si fa ricerca

FRANCA NEBBIA
 CASALE MONFERRATO

Studi su nuovi farmaci anti-tumorali e loro sperimentazione sul mesotelioma pleurico. Ne ha parlato ieri all'istituto casalese Sobrero Federica Grosso, responsabile dell'Ufim, l'Unità funzionale interaziendale per il mesotelioma (vede la collaborazione dell'Aso alessandrina e dell'Asl), insieme con un altro ricercatore, il casalese Michele Ardizzone, da poco trasferitosi a Parma come «scientific officer» per l'European food safety Authority (Efsa), che ha invece spiegato l'andamento di una ricerca scientifica.

Tre «protocolli»

Tre in particolare i «protocolli» esaminati da Grosso: un farmaco biologico, un altro che aumenta la resistenza alla malattia indotta dalla chemioterapia, un terzo di origine marina, allargando il discorso all'immunoterapia e alle possibilità di mantenimento dei risultati ottenuti con una cura. «Del paziente abbiamo a disposizione la storia sanitaria completa - ha commentato la dottoressa Grosso -, quindi le cure a cui è già stato sottoposto, le reazioni del suo fisico, e questo ci consente di allargare la ricerca a nuove molecole con l'obiettivo di incrementare l'effetto della chemioterapia sulla neoplasia, oppure di

stabilizzare la malattia, agendo direttamente sulle cellule tumorali o rinforzando il sistema immunitario del paziente».

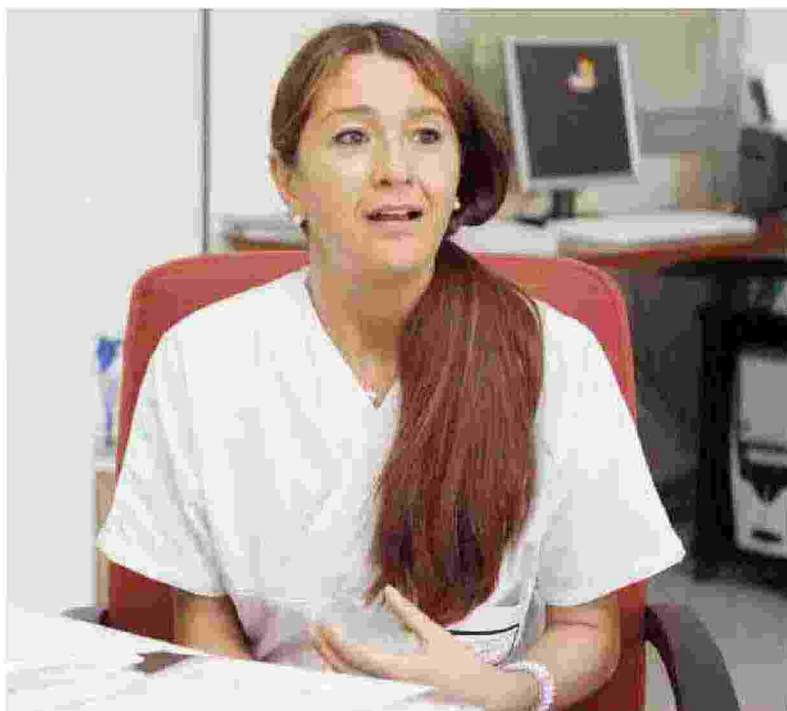
Ricercatori e scuola

L'incontro, impostato su «Ricerca e sperimentazione farmacologica nelle patologie amianto correlate», era stato voluto dall'istituto Sobrero per «offrire agli studenti - ha commentato il dirigente Riccardo Rota - la conoscenza delle basi scientifiche su cui si muovono i ricercatori, tenuto conto del futuro proprio dei nostri studenti e delle strade che li attendono».

Un procedimento lungo

Michele Ardizzone aveva idea-

to una sperimentazione sui topi a Casale, per individuare nuovi siti dove il polverino di amianto potrebbe essere nascosto e ha sottolineato come una ricerca sia lunga e necessiti di test per dimostrare la sua validità: «Il primo passo nel processo di sviluppo di un farmaco consiste nell'individuare il target su cui intervenire per trattare o prevenire una malattia. I bersagli sono generalmente proteine associate con la malattia e la sfida principale è nell'identificarle, perché ognuna di esse può trasmettere informazioni ad altre, influenzandole». Per mettere a punto un nuovo farmaco e immerlo sul mercato, secondo i relatori intervenuti al Sobrero, occorrono circa 14 anni di ricerche, con sforzi e costi non indifferenti».



Federica Grosso, responsabile dell'Ufim, l'Unità funzionale interaziendale per il mesotelioma



quotidianosanita.it

22 FEBBRAIO 2015

Cancro della pelle. Non basta proteggersi mentre si prende il sole. Metà dei danni arriva dopo ore dall'esposizione

Ben il 50% delle dannose variazioni genetiche dei raggi UV viene trasferita al Dna anche in assenza della luce solare, creando una mutazione nociva identica a quella avvenuta durante l'esposizione alla luce. Secondo gli scienziati, si potrebbero sviluppare opportune creme protettive evening-after ('dopo-sera') per prevenire tali danni. Lo studio* è su Science

I raggi ultravioletti danneggerebbero la pelle anche svariate ore dopo che è terminata l'esposizione al sole: ad affermarlo è uno studio condotto dalla Yale University, che sottolinea la potenziale opportunità di creme protettive *evening-after* ('dopo-sera') studiate per bloccare tali danni. Lo studio è stato pubblicato* su *Science*.

Questo danno rappresenta la principale causa di tumore della pelle, una delle neoplasie maligne ad incidenza globale in crescita e il tumore più comune negli Stati Uniti.

I raggi UV possono modificare il Dna dei melanociti, cellule della cute che sintetizzano melanina, un pigmento scuro responsabile della colorazione della pelle. La melanina assume due ruoli opposti: da un lato funziona come scudo protettivo per il genoma contro agenti nocivi; dall'altro, come in questo caso, può diventare veicolo del danno cellulare.

Per studiare il fenomeno, per la prima volta il Professor **Douglas E. Brash** della Yale School of Medical ed i co-autori dello studio hanno esposto cellule umane e cellule di topo a luce ultravioletta mediante una lampada Uv. La radiazione ha causato una variazione genetica nota come *dimero di ciclobutano* (*Cpd*), in cui due 'lettere' del Dna attaccano e legano il codice, impedendo che l'informazione contenuta in esso possa essere letta correttamente. La sorpresa, per i ricercatori, è arrivata quando hanno osservato che i melanociti generano questo composto non solo immediatamente, ma continuano a produrlo anche a distanza di ore dall'esposizione alla luce; al contrario le cellule senza melanina generano il *Cpd* soltanto durante l'esposizione.

Testando l'entità del danno nel modello murino, i ricercatori hanno osservato che la metà delle variazioni cellulari (produzione di *Cpd*) erano avvenute 'al buio', cioè una volta terminata l'esposizione al sole.

Lo studio, dunque, conferma che la melanina è associata con il danno cellulare della pelle ed evidenzia un fenomeno nuovo: l'ampia estensione del periodo di tempo nel quale avvengono i danni cellulari.

In particolare, **Sanjay Premi**, ricercatore associato presso il Brash Laboratory a Yale, ha scoperto che la luce UV attiva due enzimi che riescono ad 'eccitare' un elettrone nella melatonina, un processo chiamato *chemi-eccitazione*. L'energia generata da tale fenomeno viene trasferita al Dna anche in assenza della luce solare (al buio), creando una variazione nociva identica a quella avvenuta durante l'esposizione alla luce. I ricercatori sottolineano che la chemi-eccitazione era stata osservata soltanto nelle piante e negli animali inferiori.

Secondo gli scienziati, in futuro mediante filtro protettivo si potrebbe provare a bloccare, dopo l'esposizione al sole, il trasferimento di energia a livello cellulare, il principale interruttore del danno.

Viola Rita

*Douglas E. Brash et al. Chemiexcitation of melanin derivatives induces DNA photoproducts long after UV exposure. Science, February 2015 DOI: 10.1126/science.1256022

ABOUTPHARMA

LA SPERIMENTAZIONE CLINICA ARRETRA E ANCHE L'AIFA VUOLE CAMBIARE ROTTA

Stefano Di Marzio
 AboutPharma and Medical Devices
 sdimarzio@aboutpharma.com

Non c'è tempo da perdere. Le sperimentazioni cliniche (Sc) in Italia si stanno riducendo a causa soprattutto di lunghi tempi autorizzativi mentre trial grandi e piccoli migrano all'estero. A suonare l'allarme all'unisono – condividendo a grandi linee le proposte per rimettere in asse il sistema – sono in queste pagine alcuni tra i più autorevoli esperti istituzionali e della ricerca industriale. Il dibattito lanciato da AboutPharma prende le mosse dalla presentazione del 13° Rapporto nazionale 2014 (dati aggiornati al 31 dicembre 2013) sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia, presentato dall'Aifa nelle scorse settimane a Roma. Il documento – che può essere consultato sul sito dell'Agenzia – si chiude proprio con l'appello del direttore generale Luca Pani, in favore di una riorganizzazione normativa e gestionale, a livello centrale (Aifa, Ministero della Salute) e periferico (Regioni, Comitati etici, direttori generali di Aziende Sanitarie e Ircss): “Solo così potremo essere preparati ad affrontare la sfida del nuovo Regolamento Ue e avere un sistema autorizzativo efficiente, di alto livello scientifico, in grado di garantire

Le sperimentazioni autorizzate dall'Agenzia



dati robusti e affidabili, nella salvaguardia totale della sicurezza del paziente. Solo così la ricerca clinica non migrerà verso altri Paesi garantendo all'Italia

un ritorno di investimenti, di immagine, di accesso precoce alle cure più innovative, di risorse per i nostri centri clinici e ricercatori”.

FEBBRAIO 2015



**L'Agenzia presenta a Roma il
 13° Rapporto sui trial in Italia.
 AboutPharma and Medical Devices
 apre un dibattito a più voci sulle cause
 che rallentano il processo e le proposte
 per riequilibrare il sistema**

Ma cosa è accaduto di tanto eclatante nel 2013? I numeri e lo stesso Pani dicono che il totale delle Sc autorizzate **dall'Aifa** con parere unico favorevole nel 2013 è pari a 583, con una riduzione rispetto all'anno precedente di poco superiore al 16%, che riporta il Paese ai livelli dei primissimi anni 2000 (si veda il grafico in pagina). Aggiunge Pani: "Complessivamente il nostro Paese detiene una quota pari al 17,2% della ricerca interventistica farmacologica rispetto all'Unione europea, sostanzialmente in linea rispetto agli anni precedenti".

Il vero e proprio decremento riguarda la ricerca non commerciale che mostra invece un valore inferiore al 25% rispetto agli anni scorsi, laddove galleggiava su una cifra prossima al 30%. Pani tenta una spiegazione: "Riteniamo che questo dato possa essere sottostimato anche per carenze/ritardi nell'inserimento di questa tipologia di Sc nelle banche dati".

L'area terapeutica più esplorata dalla ricerca clinica è quella oncologica (neoplasie: 35%) seguita a lunga distanza da cardiovascolare (8,6%), malattie del sistema nervoso (6,9%) e malattie del sistema ematico e linfatico (5,1%). Quanto ai principi attivi oggetto dei trial, per il 70% è rappresentato da prodotti di sintesi chimica e per il 30% ha natura biologica o biotecnologica. Safety

ed efficacia rappresentano gli obiettivi della stragrande maggioranza degli studi (rispettivamente 538 e 522 Sc), seguiti dall'utilizzo terapeutico (fasi IV o protocolli di accesso al farmaco e follow up di sicurezza, 338 SC) e dalla farmacocinetica (259 Sc).

Secondo Luca Pani è stata la crisi economica globale a determinare il decremento del numero delle sperimentazioni cliniche e del numero stesso dei pazienti arruolati in Europa. "Tuttavia - scrive ancora il direttore - nonostante l'inevitabile fase di adattamento collegata all'introduzione in Italia della nuova normativa, il nostro Paese ha mantenuto le proprie quote nel settore della ricerca, anche se i dati numerici degli studi, in termini assoluti, sono in calo rispetto al triennio 2007-2009 e pur fornendo gli stessi dati un segnale importante, da tenere in considerazione nei prossimi mesi, quando la normativa italiana dovrà essere adeguata in vista dell'entrata in vigore del Regolamento europeo".

La buona notizia, infine, è che per la prima volta gli studi di fase I si attestano al di sopra del 10% sul totale delle Sc, con un netto aumento in termini di valore assoluto. Crescono debolmente anche le cosiddette early phases I e II, che si attestano al 45% (rispetto al 43% dello scorso anno) sul totale delle Sc. "È un segnale positivo e quali-

Il confronto tra Unione europea e Italia

Anno	Sc in Ue*	Sc in Italia**	% Italia/Ue
2009	4.609	761	16,5
2010	4.153	670	16,1
2011	4.127	676	16,4
2012	3.943	697	17,7
2013	3.383	583	17,2

* numero di studi caricati nel sistema europeo

** numero di studi autorizzati dall'Autorità competente

Fonte: **Aifa**, 2014

ficante - conclude Pani - che il baricentro si sposti verso le fasi più precoci, poiché è noto come le stesse abbiano anche un effetto traino per le fasi successive dello sviluppo clinico di un farmaco".

Parole chiave

Sperimentazione, ricerca, trial
 Aziende/Istituzioni
Aifa, Unione europea

<http://www.lastampa.it/>

Le staminali restituiscono la vista: via libera Ue al primo farmaco

La tecnica è tutta made in Italy, ci sono voluti 30 anni di ricerche. Ora si pensa di poterla usare per curare anche altre malattie



DANIELE BANFI

ROMA

Una storia iniziata negli Anni 80. Sono queste le tempistiche della vera scienza, quella fatta secondo le regole. Oggi, dopo anni di sperimentazioni, la Commissione Ue ha autorizzato il primo farmaco della storia a base di cellule staminali. Una cura capace di ricostruire le cornee danneggiate ridonando la vista ai malati. Accade a Modena, terra di eccellenze dove l'incontro tra Graziella Pellegrini, Michele De Luca dell'Università di Modena e Reggio Emilia e la lungimiranza della Chiesi Farmaceutici ha reso possibile questo successo.

Made in Italy, nata in Usa

Tutto parte dagli Stati Uniti. Qui De Luca impara a coltivare cellule staminali epidermiche per la rigenerazione della pelle nei grandi ustionati. Tecnica che esporta in Europa incontrando la Pellegrini. I due scienziati si appassionano allo studio delle staminali della superficie oculare. «Abbiamo scoperto che le cellule che consentono la rigenerazione della cornea risiedono in una piccola area al confine tra cornea e congiuntiva chiamata limbus. Quando ustioni termiche o chimiche della superficie oculare danneggiano irreversibilmente la riserva di staminali la superficie corneale smette di rigenerarsi e la congiuntiva si opacizza rendendo impossibile la visione» spiega la Pellegrini.

Partendo dall'evidenza che la cornea è in grado di rigenerarsi gli scienziati italiani hanno pensato di riparare il danno partendo proprio da queste cellule. «Basta solamente un millimetro di tessuto oculare integro per poter ricostruire in laboratorio l'intera superficie dell'epitelio che ricopre la cornea» spiega De Luca. Un lavoro di ingegneria tissutale che prende il nome di Holoclar, il primo farmaco a base di staminali. Una cura prodotta nei laboratori di Holostem Terapie Avanzate di Modena, spin off dell'università al Centro "Stefano Ferrari".

Come funziona

Il primo passo è la biopsia. Ovunque si trovi il paziente le staminali prelevate, grazie ad un corriere

specializzato, partono e arrivano entro 24 ore a Modena. A questo punto inizia il processo di sviluppo che richiede alcune settimane. Quando il paziente è pronto, il tessuto generato viene spedito per il trapianto. «Selezionati con cura i malati che presentano le caratteristiche per essere trattati, nel caso di lesioni superficiali il ripristino della visione avviene in circa l'80% dei casi» spiega l'esperto. Persone altrimenti destinate a rimanere senza vista.

Gli sviluppi

Oggi gli scienziati modenesi lavorano allo sviluppo di una cura per la sindrome dei bambini farfalla, grave malattia caratterizzata dalla formazione di ferite continue. «Prelevando e modificando con un approccio di terapia genica le staminali epidermiche siamo riusciti a trattare i primi due casi. La speranza è quella di ripetere con successo quanto ottenuto con gli occhi» conclude De Luca.

EDUCAZIONE E NUOVE LEGGI CONTRO AIDS E SIFILIDE

di LUDOVICO ABBATICCHIO

L'articolo sull'«allarme sifilide» (apparso giovedì scorso sulla Gazzetta, in queste pagine) ha riportato in risalto il drammatico problema della disinformazione socio-sanitaria del cittadino, pur essendo questo periodo sociale ricco di fonti informative disponibili.

Il nostro sistema sanitario spesso su questi temi è incarcerato da una cultura dominante legata ad una falsa morale che straripa ogni volta che si parla di sesso, sessualità o peggio ancora di pillola del giorno dopo o di aborto. La paura della malattia nel nostro Paese diventa stimolo di attenzione sociale quando in realtà la maggioranza delle famiglie entrano in allarme, sia per corretta che per scorretta informazione.

L'esplosione dell'Aids, nella fine del secolo scorso, portò le scuole ed il sistema istituzionale a favorire corsi per l'educazione alla salute e alla sessualità perché le famiglie erano preoccupate e temevano per la salute dei loro figli, e quindi non senza grosse polemiche macchia di leopardo si iniziò a favorire la nascita di una nuova cultura della sessualità.

Con l'avvento di nuove terapie, la paura dell'Aids e delle malattie sessualmente trasmesse si è ridimensionata e tutto è tornato alla normalità, tranne le malattie che continuano ad esistere ed a colpire i nostri giovani.

L'Aids e il suo exploit provocarono il ritorno dell'attenzione pubblica sul tema della prevenzione, tanto è vero che i temi della prostituzione femminile e maschile, della tossicodipendenza, della violenza sessuale, della povertà sfruttata sessual-

mente diventarono importanti.

Ora stanno tornando all'attenzione della gente sotto altre forme sociali che si aggiungono e si integrano con le precedenti quali l'immigrazione e la clandestinità e le varie culture etniche.

CONTINUA IN VI >>

ABBATICCHIO

Educazione e nuove leggi contro ritorno di Aids e sifilide

>> SEGUE DALLA PRIMA

● La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e l'Aids si combattono anche attraverso l'educazione alla salute praticata nelle scuole come materia fondamentale di insegnamento, insieme a risposte dure e repressive dello Stato nei confronti ad esempio del mondo criminale che controlla la prostituzione e dei loro «clienti» che la sovvenzionano.

Nuove leggi sulle materie scolastiche e nuove leggi in campo repressivo su i temi dello sfruttamento sessuale sono necessarie. La piaga della malattia quale l'Aids non è scemata, alcuni dati 2013 dell'Iss (Istituto Superiore di Sanità) trasmessi dalle Regioni ci possono far riflettere: aumentano le diagnosi tra maschi che fanno sesso con maschi, mentre per gli stranieri in Italia la prima trasmissione avviene attraverso rapporti eterosessuali. Le diagnosi di Hiv sono state 3086, età media per i maschi 39 anni, 36 anni per le femmine. L'Hiv scoperta nel 2013 nel 72% di maschi è dovuta maggiormente a rapporti sessuali non protetti e spesso legati a rapporti bisessuali.

È opportuno ricordare che le diagnosi avvengono molto tempo dopo l'incontro con il virus che avviene spesso in epoca

adolescenziale o giovanile. La prostituzione sia femminile che maschile, insieme alla tossicodipendenza e allo scambio di siringhe infette sono cause di incontro con il virus in fase spesso giovanile, per cui la diagnosi viene fatta quando il virus ha già iniziato a danneggiare, seriamente, il sistema immunitario. Strategico è quindi il ruolo dei mass-media, è necessario che il governo nazionale ma anche quello regionale producano nuove leggi e fissino nuovi finanziamenti per avviare, efficacemente, percorsi di prevenzione sociale e sanitaria che aiutino i nostri giovani in povertà e difficoltà a sfuggire al dramma della malattia psico-fisica e il mondo delle famiglie a sentirsi più tutelato sul piano della salute.



Ludovico Abbaticchio

Ludovico Abbaticchio
 Presidente regionale SMI
 (Sindacato Medici Italiani) Puglia
 Consigliere amministrazione AIFA
 (Agenzia Italiana del Farmaco)

