

## Rassegna del 12/05/2010

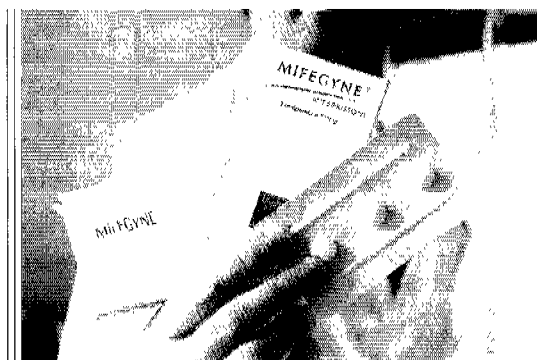
---

GIORNALE - Aborto, in un mese ordinate mille confezioni - ...	1
CORRIERE DELLA SERA - Lettera - La pillola ha 50 anni - Bovicelli Alessandro	2

**LA PILLOLA CHE INTERROMPE LA GRAVIDANZA**

**Aborto, in un mese ordinate mille confezioni di Ru486**

*La Toscana è la regione che ha fatto il maggior numero di richieste (318). Nessun ordine dal Lazio*



**CONTESTATO**

**Alcune confezioni di Ru486 mostrate dal personale dell'ospedale Sant'Anna di Torino. Il farmaco è in commercio in Italia da un mese**

■ Non c'è stata la corsa all'acquisto del farmaco. Da poco più di un mese la Ru486, la cosiddetta pillola abortiva, è arrivata in Italia e ad oggi le confezioni consegnate dalla Nordic Pharma, l'azienda che distribuisce in esclusiva in Italia il farmaco abortivo, sono poco meno di 1.100, per esattezza 1.069: ogni confezione contiene le tre pillole necessarie per l'aborto. La Toscana è decisamente in testa con 318 ordini, seguita dalla Lombardia con 208 confezioni consegnate.

All'ultimo posto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise e Valle d'Aosta con cinque confezioni ciascuna. Calabria, Lazio, Sicilia e Umbria non hanno invece ancora effettuato alcun ordine.

Marco Durini, direttore medico dell'azienda di distribuzione, intervistato da *quotidianosanita.it*, ha spiegato l'andamento delle richieste regione per regione.

«Stupisce - ha detto - il Lazio, in considerazione anche del numero comunque elevato di interruzioni di gravidanza effettuate in questa regione, pari a 13.600 secondo l'ultima relazione ministeriale». Significativo il dato del Trentino Alto Adige, con 56 ordinativi, poco inferiori a quelli dell'Emilia Romagna (69), che ha una popolazione quattro volte superiore. Interessanti anche i dati del Veneto (53 ordini) e soprattutto del Piemonte (148 ordini), le due regioni governate dalla Lega, i cui presidenti Luca Zaia e Roberto Cota avevano in un primo tempo annunciato il loro no alla Ru486.

In sostanza, a leggere i dati regione per regione, si conferma un approccio al farmaco abortivo estremamente differenziato, anche indipendentemente dal colore politico delle am-

ministrazioni regionali. Altro dato da tenere sotto la lente è quello relativo ai riordini della Ru486. «Il riordino - spiegano infatti dalla Nordic - dà la misura di come e se la regione stia utilizzando il farmaco. Al momento, nella maggior parte dei casi, siamo al primo ordine ed è ancora presto per capire che peso assumerà la Ru486 rispetto all'aborto chirurgico. Però - aggiungono - alcuni elementi possono essere presi in considerazione. Ad esempio in Toscana le aziende ospedaliere di Grosseto, Pisa e Firenze-Prato hanno già fatto riordini, come avvenuto a Torino, da parte dell'ospedale S. Anna che ha fatto richieste supplementari. Per il resto si tratta ancora di piccoli numeri, riordini bassi per evitare lo stoccaggio, concentrati per lo più al Nord».

Soltanto pochi giorni fa, era invece lunga la lista di attesa in Puglia di donne che vogliono abortire utilizzando l'Ru486. Nel Policlinico di Bari, dove l'Ru486 era usata in day hospital, acquistandola all'estero, già da due anni, e dove la pillola Ru486, dopo la commercializzazione in Italia, è stata utilizzata per la prima volta, finora sono state una ventina le donne che si sono sottoposte ad aborto farmacologico. E altre 25 sono in lista di attesa, provenienti da ogni parte del Paese.

Il 6 aprile è stata istituita una Commissione per predisporre le linee guida sull'utilizzo della pillola abortiva. Come reso noto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio, «le linee guida emesse approderanno in Conferenza Stato-Regioni per garantire l'omogenea distribuzione sul territorio del farmaco». La Commissione avrà inoltre il compito di attuare un monitoraggio sull'uso del contestato farmaco.



**CONTRACCETTIVI****La pillola ha 50 anni**

*La pillola contraccettiva ha compiuto 50 anni. Era il 9 maggio 1960 quando la Food and Drug Administration autorizzava la vendita del primo rimedio farmacologico contro le gravidanze, creato da tre ricercatori americani. Tuttavia l'Italia ha dovuto aspettare un po' di più: la pillola è arrivata nelle nostre farmacie all'inizio degli anni 70. I dati attuali della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia riportano che le donne italiane non sono fedeli ai metodi contraccettivi ormonali e passano dalla pillola ad altri sistemi. Il 63% considera la pillola nociva alla salute e solo il 16.2% fa uso della pillola.*

**Alessandro Bovicelli**

Bologna



## Rassegna del 12/05/2010

---

CORRIERE DELLA SERA MILANO - Mangiagalli, infermieri-obiettori "Non daremo la pillola abortiva" - Infermieri: no alla pillola abortiva - Ravizza Simona	1
GIORNALE DELLA TOSCANA - Pillola abortiva, Toscana prima nelle ordinazioni - ...	3
UNITÀ FIRENZE & TOSCANA - Boom di ordinazioni in Toscana della Ru486 - MVG	4
TIRRENO MASSA CARRARA - "Non torniamo al Medioevo" - ...	5

Uno su tre rifiuta di somministrare il farmaco. Accordo con la clinica per le emergenze

# Mangiagalli, infermieri-obiettori «Non daremo la pillola abortiva»

E ora gli infermieri si rifiutano di somministrarla: a un mese dall'arrivo della pillola abortiva negli ospedali uno su tre si dichiara obiettore di coscienza. Succede alla clinica Mangiagalli che, con i suoi 6.700 parti e 1.450 aborti l'anno, è l'osservatorio ostetrico della Lombardia.

La Toscana è decisamente in testa con 318 ordini, seguita dalla Lombardia con 208 confezioni consegnate. Da poco più di un mese la Ru486 è arrivata in Italia e ad oggi le confezioni consegnate dalla Nordic Pharma, l'azienda che distribuisce in esclusiva in Italia il farmaco abortivo, sono poco meno di 1.100 (ogni confezione contiene le tre pillole necessarie per l'aborto).

A PAGINA 5 Ravizza

**Il caso** Il 3% delle donne ha scelto di interrompere la gravidanza con il farmaco. Accordo per le emergenze

## Infermieri: no alla pillola abortiva

*Alla Mangiagalli uno su tre rifiuta di somministrare la Ru486*

# 1.450

**Gli aborti**  
che avvengono  
ogni anno  
alla clinica  
Mangiagalli

E ora gli infermieri si rifiutano di somministrarla: a un mese dall'arrivo della pillola abortiva negli ospedali, uno su tre si dichiara obiettore di coscienza. Succede alla clinica Mangiagalli che, con i suoi 6.700 parti e 1.450 aborti l'anno, è l'osservatorio ostetrico della Lombardia.

La Ru486 non smette di fare discutere. Prima le polemiche che si sono trascinate per i 700 giorni necessari alla sua autorizzazione in Italia. Poi il *vademecum* adottato dai ginecologi milanesi per avere regole comuni a tutela delle donne che assumono il farmaco. Adesso l'obiezione di coscienza tra gli infermieri che lavorano in corsia: il diritto a non partecipare alle interruzioni di gravidanza è previsto dalla legge 194 sull'aborto.

Ma finora la questione s'era posta, ovviamente, solo per gli interventi chirurgici, con gli infermieri che al momento dell'assunzione esprimevano la loro posizione. Con la pillola Ru486 la questione è più complessa: la paziente deve restare ricoverata per tre giorni in ospedale (salvo che la donna decida di firmare per uscire sotto la sua responsabilità). Qual è il momento preciso, allora, in cui si consuma l'aborto? Tutto comincia con il mifepristone, dopo 48 ore viene assunta un'altra pillola a base di prostaglandine, complessivamente entro 72 ore si compie l'interruzione di gravidanza. Di qui la difficoltà di stabilire fino a dove è legittima l'obiezione di coscienza e quando è necessario, invece, l'intervento dell'infermiere in-

dipendentemente dalle sue convinzioni. E il dilemma degli otto su 24 che hanno fatto richiesta in Mangiagalli per l'esonero dalle procedure che riguardano la Ru486.

Giovanni Muttillio, presidente della Federazione dei Collegi degli infermieri di Milano (Ipasvi), spiega: «La clausola di coscienza è prevista anche dalle norme del codice deontologico, appena emanato dall'Ipasvi ([www.ipasvi-mi.it](http://www.ipasvi-mi.it)). L'importante è garantire, comunque, le emergenze. La paziente in caso di bisogno dev'essere sempre assistita come ci ha insegnato Florence Nightingale, la fondatrice dell'infermieristica moderna di cui oggi celebriamo i cent'anni dalla morte all'ospedale militare di Milano».

In Lombardia, in cima alla



classifica degli ordini per la Ru486 dopo la Toscana, per il momento sono state ordinate 208 confezioni. L'aborto farmacologico è stato chiesto dal 3% delle pazienti che, prevalentemente, sono rimaste ricoverate per tre giorni, come previsto dal Consiglio superiore di sanità e dal Pirellone.

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

## Il caso

### In corsia

A un mese dall'arrivo della pillola abortiva negli ospedali, in Mangiagalli un infermiere su tre si dichiara obiettore di coscienza e si rifiuta di somministrarla

### In clinica

La clinica, coi suoi 6.700 parti e 1.450 aborti l'anno, è l'osservatorio ostetrico della Lombardia. La Ru486 aveva provocato polemiche da subito. In città i ginecologi avevano adottato un vademecum

## SANITA'

# Pillola abortiva, Toscana prima nelle ordinazioni

La Toscana è la regione d'Italia che ha fatto registrare più ordinazioni della Ru486, la cosiddetta «pillola abortiva» legalizzata in Italia da poco più di un mese. Ad annunciarlo è la stessa casa distributrice, che in una nota propone anche una classifica delle regioni dove la pillola è più usata.

Ad oggi, le confezioni consegnate dall'azienda che ha l'esclusiva per l'Italia, sono 1.069: ogni confezione contiene le tre pillole necessarie per l'aborto. La Toscana è decisamente in testa, in questa classifica, con 318 ordini. «Un dato interessante, quello toscano - affermano dalla stessa casa farmaceutica -. Le aziende ospedaliere di Grosseto, Pisa e Firenze-Prato, sveltano, rispetto alle altre province, per il numero di ordini e somministrazioni, tanto che hanno già effettuato nuovi ordini della Ru486. Per il resto si tratta ancora di piccoli numeri, riordini bassi per evitare lo stoccaggio».

In Toscana le disposizioni in materia di sanità hanno agevolato questo risultato. In particolare l'apertura al day hospital per l'uso della Ru486. Ogni professionista - ha sostenuto il neogovernatore Enrico Rossi, ex as-

sessore alla Salute della regione - può infatti decidere sotto la propria responsabilità se ricoverare la donna, oppure dimmetterla.

Ne consegue che la discrezionalità tra ricovero e day hospital possa incoraggiare questo tipo di pratica abortiva. Già nel 2005 in Toscana era iniziato l'uso della 486 in fase sperimentale, con l'acquisto, direttamente dalla Francia del farmaco. Le sue prime applicazioni vennero

*Grosseto, Pisa, Firenze e Prato sono state le aziende ospedaliere che hanno praticato più interventi di aborto chimico*

effettuate presso l'Ospedale di Pontedera.

Da questo punto di vista, l'applicazione della pillola abortiva era avvenuta ben prima che la legge la ammettesse come farmaco in Italia.

Il metodo farmacologico è stato considerato, quindi, «un tipo di intervento per procurare l'aborto che si affianca al metodo tradizionale chirurgico», aveva commentato Rossi, liquidando l'argomento come un fattore puramente tecnico nell'applicazione della 194.



# Boom di ordinazioni in Toscana della Ru486

■ Ru486, la Toscana è la prima regione per numero di ordinazioni: 218. A un mese dall'entrata in vigore della cosiddetta pillola abortiva, l'azienda che distribuisce in esclusiva in Italia il farmaco, traccia un primo bilancio. A commentare il dato, il neo assessore regionale alla sanità Daniela Scaramuccia. «La Toscana ha dimostrato finora, attraverso i principi che sostengono la sua politica sanitaria e le azioni che quotidianamente si compiono nelle strutture e nei servizi sanitari, di essere una regione della vita. Lo ha dimostrato nei fatti, non solo a parole. Negli ultimi anni il numero degli aborti è in calo costante: erano 8.879 nel 2006, sono stati 7.610 nel 2009, con una diminuzione assoluta di 1.269» premette l'assessore, prima di fornire i numeri relativi agli acquisti tramite gli Estav, un sistema centralizzato che permette di ridurre costi e attese. «Il totale - spiega l'assessore - è di 218 confezioni acquistate, e di 97 distribuite ai reparti. Ma questi numeri non vanno assolutamente associati a interruzioni di gravidanza fatte. L'utilizzo della pillola RU486 rappresenta il 2% rispetto all'aborto chirurgico».

**M.V.G.**





DIBATTITO SULLA RU 486

# «Non torniamo al Medioevo»

## *Solidarietà alle donne di "Usciamo dal silenzio"*

**MASSA.** Le polemiche sul dibattito organizzato da Ordine Futuro al teatrino dei Servi non si placano. Sull'accaduto interviene il segretario nazionale di Forza Nuova **Roberto Fiore**. «Chi ha partecipato al dibattito - scrive -, anche le donne pro-aborto che hanno vivacemente, ma legittimamente contestato, hanno potuto vedere con che correttezza sia stato organizzato. Se qualcuno, certamente non fra i forzanovisti, ha detto quel che si dice (vi stupriamo, tanto dopo abortite ndr) è lontano mille miglia da quello che Fn sostiene sull'aborto o sulla donna. Il mio intervento volgeva all'esaltazione dell'orgoglio femminile e materno. Alle donne dico che Fn le criticherà sempre per le loro posizioni, ma le difenderà sempre come sorelle, madri, mogli e figlie». Il responsabile di Ordine Futuro, **Daniele Pepe** spiega: «Ci dispiace notare che la manifestazione si sia ridotta ad un unico triste episodio. Quelle donne erano state viste già all'entrata e riconosciute come facenti parte dell'organizzazione "Usciamo dal silenzio" (legata alla sinistra), ma a nessuno è venuto in mente di non farle entrare, era giusto che partecipassero. Ad un certo punto le contestatrici hanno deciso di andarsene e mentre lo facevano davano ai presenti del fascista. Lì si è avvertita la frase che ha causato lo scandalo e che noi non possia-

mo tollerare. Condanniamo sia l'atteggiamento provocatorio delle signore sia la persona (che abbiamo appurato non essere legato ad alcun partito) che ha pronunciato quella bruttissima frase». Stessa ricostruzione dei fatti e stessa posizione per **Francesco Mangiaracina**, segretario provinciale di Fn: «Le donne sono uscite continuando ad inveire e c'è chi è cascato nella provocazione: un singolo personaggio non appartenente a Forza Nuova, il gesto del quale è fermamente condannato». Ma a quelle donne arriva la solidarietà di molti, a partire dal segretario di Cgil **Patrizia Bernieri**: «L'attacco a noi donne su un tema come quello dell'aborto travalica ogni decenza. Come donne dobbiamo respingere chi, anche attraverso queste parole, vuole riportare indietro il nostro paese. Condivido appieno - aggiunge - il riservare spazi di confronto a chi crede nei valori democratici della Resistenza affermati nella Costituzione». Solidarietà alle donne di «Usciamo dal silenzio» anche dall'**Arci**: «La violenza delle parole che avevano come unico scopo quello di offendere la dignità dimostra ancora una volta come il pensiero latente di una destra xenofoba, omofoba, sessista e intollerante non debba trovare spazio nella realtà democratica. Non possiamo permettere operazioni di lavaggio culturale attraverso iniziative che tendono alla legittimazione da parte della popolazione, senza che vengano messe alla luce le fonda-

menta ideologiche che muovono coloro che, come è successo domenica, trovano nella diversità argomento di discriminazione».

Solidarietà alle donne anche dall'Idv: «Queste nostre amiche a cui va tutta la nostra solidarietà, non si sono lasciate intimidire da chi le voleva spaventare con la violenza delle parole. Una destra affamata di politiche razziste e classiste che costruiscono e indirizzano la paura verso una presunta alterità per normare e disciplinare i comportamenti e i corpi. I ripetuti attacchi ai nostri diritti riguardo a sessualità e maternità sono parte di una rinnovata caccia alle streghe. Negare l'autodeterminazione delle donne significa imporre d'autorità il modello tradizionale della famiglia eterosessuale, patriarcale e familista. Ma tornare al Medioevo non sarà possibile».



## Rassegna del 12/05/2010

---

- OGGI - Papillomavirus: a volte ritorna - Graziottin Alessandra 1
- OGGI - La pillola ha 50 anni. Ma nel nostro Paese ha davvero cambiato la vita sessuale delle donne? - Graziottin Alessandra 2

**Corpo e cuore** La salute dalla parte delle donne


di Alessandra Graziottin

## Papillomavirus: a volte ritorna

«**H**o 25 anni. Due anni fa mi è stata diagnosticata una condilomatosi genitale, e poi un "CIN 1" al collo dell'utero. Purtroppo, nonostante le cure, le lesioni si sono ripresentate altre due volte. Sono assai preoccupata... Uscirò mai da questo incubo?».

Donatella G., Orvieto

**È vero: le ricadute delle infezioni da HPV, il papillomavirus,** responsabili sia della condilomatosi (le verruche genitali), sia delle «lesioni intraepiteliali del collo dell'utero» (in gergo CIN, che sono alterazioni pretumorali), stressano assai più della prima infezione! Le recidive sono possibili perché il virus si accasa nel nostro Dna, e si riattiva periodicamente provocando lesioni molteplici. Ripetere visite, Pap-test, biopsie e terapie, comporta costi «quantizzabili», soprattutto se ci si fa seguire privatamente, e «non quantizzabili», di tipo emotivo, esistenziale. E purtroppo molte donne ancora non hanno compreso appieno l'importanza di ricorrere sempre al profilattico per evitare malattie sessualmente trasmesse come l'HPV.

**Come prevenire l'infezione?** La

prima infezione si può prevenire col vaccino quadrivalente (che protegge contro i ceppi di HPV 6 e 11, che causano la condilomatosi, e gli HPV 16 e 18, che generano lesioni di tipo pretumorale e tumorale) o col bivalente, che tutela solo contro l'HPV 16 e 18.

La vaccinazione è gratuita per le ragazzine di 12 anni; può essere ottenuta «a prezzo sociale» (un terzo del costo effettivo) fino a 26 anni, rivolgendosi all'Asl di competenza; è efficace, comunque, fino ai 45 anni, ma il costo è a carico della donna. Un'ottima notizia arriva da uno studio

su 17.622 donne: avevano contratto l'HPV e sviluppato lesioni (di tipo CIN1 e CIN2) al collo dell'utero, ed era-

no già state curate con le terapie tradizionali. Sono state poi vaccinate col «quadrivalente»: ben il 40 per cento non ha più presentato recidive! Può quindi essere indicato vaccinarsi anche dopo una diagnosi di lesioni da HPV, sapendo che si può avere una riduzione del rischio di recidive. Non la certezza, però!

**I** Le lettere vanno indirizzate a: **Alessandra Graziottin**, «Oggi», via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. graziottin.oggi@rcs.it (www.alessandragraziottin.it)

**IL VACCINO PUÒ  
ESSERE INDICATO  
PER ARGINARE  
LE RICADUTE**

### prevenire&curare

## A caccia del germe sul corpo di lui

Come capire se anche lui è affetto?

● Con il virapap (a DNA o RNA): basta un prelievo sul glande per verificare se lui ha il virus. Il test è positivo in circa il 52-58% dei partner di donne con lesioni da HPV.

● Con la penoscopia (è l'equivalente della colposcopia, l'esame che visualizza l'interno della vagina e il collo dell'utero): è così possibile evidenziare microcondilomatosi virali, in circa il 30-40 per cento dei partner.

● Con la visita medica, in caso di condilomatosi evidente, in circa il 10-15 per cento dei casi. L'uomo è comunque meno vulnerabile all'azione tumorale del Papillomavirus.

# LA PILLOLA HA

# 50 ANNI

## Ma nel nostro Paese ha davvero cambiato la vita sessuale delle donne?

La contraccezione ormonale ha siglato la più grande rivoluzione mai avvenuta nella storia dell'umanità. Eppure in Italia sono ancora poche le estimatrici di questa risorsa...



**RISPONDE**  
**Alessandra Graziottin**  
 Ginecologa  
 Ospedale S. Raffaele  
 Resnati, Milano

«**C**osì piccola, così potente, così incompresa», scrive *Time* in copertina, celebrando i 50 anni dalla nascita della pillola contraccettiva. E da noi? «Così temuta, così denigrata, così negletta», dovremmo scrivere.

Di fatto, in Italia, in copertina la pillola non ci va, se non nei reportage terroristici. Come conseguenza, **nel nostro Paese la utilizza solo il 16,3 per cento delle donne in età fertile**, contro il 51,9 dell'Olanda, il 47,4 del Belgio e il 42,4 della Francia. Dopo di noi, su 28 Paesi, solo Polonia e Grecia. In (triste) compenso, nel 2008, in Italia sono state usate oltre 381 mila «pillole del giorno dopo» (contraccezione d'emergenza), consumo che ci colloca al sesto posto in Europa. Non bastasse, il 55 per cento di queste pillole del «dopo-rapporto a rischio» viene utilizzato da ragazze tra i 14 e i 20 anni. Donne chiuse sul fronte della con-

traccezione preventiva. E gli uomini? Solo il 32 per cento dei maschi italiani sa come funziona la pillola contraccettiva; ma il 91 per cento sa che esiste la «contraccezione d'emergenza», e il 16 sa per certo che la partner l'ha usata. Come dire: si apre il paracadute dopo il lancio, invece di cautelarsi prima.

Perché questa resistenza? Solo nel 1971 è stato abrogato in Italia l'articolo 553 del Codice penale che prevedeva la reclusione (!) per chi facesse propaganda di pratiche contro la procreazione. Eppure la guerra psicologica, non solo religiosa, contro la contraccezione scelta dalla donna, continua eccome, con «spettri» non confermati dalla scienza: **altrimenti perché nel Nord-Europa da decenni la usa quasi una donna su due, e nel mondo decine di milioni?**

Ci si chiede: la pillola ha

cambiato davvero la vita delle italiane? *Ni*: no, sui grandi numeri; *si*, per quel (piccolo) gruppo di italiane consapevoli e determinate che nel tempo l'hanno scelta perché **vogliono prevenire e non abortire. Ed essere madri felici per scelta.**

«*Si*», aggiungo, anche per quel crescente gruppo che ha compreso i molti vantaggi che la pillola può offrire alla salute: basta mestruazioni dolorose e flussi abbondanti, basta anemia e stanchezza (soprattutto con la pillola al dienogest); basta sindrome premenstruale severa, depressioni, pianti e crisi familiari prima del ciclo (con la pillola al drospirenone, approvata per curare questi disturbi anche dalla severissima Food and Drug Administration americana). Basta sintomi premenopausali. E basta acne e irsutismo: ragion per cui nelle zone dove le donne più ne soffrono, le pillole «antiandrogeniche» vengono usate più del doppio che nel resto d'Italia. Per sentirsi più soddisfatte di sé. Con l'abito contraccettivo giusto. Scelto su misura.



## Rassegna del 12/05/2010

---

- OGGI - Come la Chiesa, anche le altre religioni condannano questa scelta? - Naso Paolo 1
- OGGI - La scienza conferma: protegge dai tumori - Veronesi Umberto 3

## Come la Chiesa, anche le altre religioni condannano questa scelta?

La posizione dei cattolici è ben nota: il loro è un fermo

«no» al contraccettivo ormonale. Le altre fedi religiose, però, non la pensano così



### RISPONDE

Paolo Naso  
 docente  
 di Scienza politica,  
 La Sapienza  
 Università di Roma

**N**o. Premessa: un conto sono i principi (e i divieti) di una comunità di fede, e un altro i reali comportamenti dei suoi membri. Inoltre non tutte le religioni hanno un «centro» riconosciuto e universale, come accade per il cattolicesimo, e praticamente so-

lo per questa confessione: nell'Islam come nel Buddhismo, nell'Ebraismo come nell'Induismo, su temi delicati e sensibili, qual è la libertà di «pillola», **si esprimono posizioni diverse** e comunque si riconosce un ampio spazio alla decisione e all'orientamento personale o della coppia.

Detto questo, il fermo no cattolico all'uso della pillola ha pochi riscontri nelle altre religioni. Contrariamente a un comune pregiudizio,

**l'Islam è favorevole al controllo delle nascite nelle sue diverse forme**, tranne la sterilizzazione e il *coitus interruptus*: il primo perché ha carattere permanente e quindi impedisce definitivamente la procreazione; il secondo perché può negare il piacere sessuale della donna. **Libertà di contraccezione e di pillola anche per gli ebrei**, a condizione che si sia assolto il dovere della procreazione e, soprattutto per gli

ebrei ortodossi, che non si utilizzino sistemi che distruggono o contengono il seme maschile. Insomma pillola sì, condom no.

Più sofferto e problematico il sì dei cristiani ortodossi che, in maggioranza, non hanno accolto il fermo no cattolico espresso nell'*Humanae Vitae*. **Via libera alla pillola anche per i Buddhisti**, col monito a decidere senza egoismi e comunque a non ricorrere mai all'aborto.

Non sorprende il sì alla pillola dei protestanti (luterani, calvinisti, metodisti...), nel nome della libertà e della responsabilità di ogni credente di fronte a Dio. **Più prudenti i loro fratelli «evangelici»** (pentecostali, battisti soprattutto quelli americani...) che più che di contraccezione preferiscono parlare di «prevenzione del concepimento»: un modo tortuoso per dire che l'astinenza è meglio della pillola.

## La nostra salute

di **Umberto Veronesi**  
direttore scientifico,  
Istituto Europeo di Oncologia di Milano



### La scienza conferma: protegge dai tumori

*Caro professore, vorrei avere una risposta definitiva: ma la pillola anticoncezionale è sicura o aumenta il rischio di sviluppare un cancro, come si sente dire?* **Gloria P., Milano**

**L**e rispondo con i risultati di uno studio pubblicato nel 2007 sull'autorevole *British Medical Journal*. Condotta dall'università scozzese di Aberdeen, l'indagine ha analizzato ben 46 mila donne, seguite per un tempo lunghissimo, 40 anni. Ebbene, i risultati sono stati chiari e incoraggianti: dimostrano, infatti, che **se assunta per un periodo inferiore agli otto anni, la pillola non aumenta le possibilità di ammalarsi di cancro, anzi le riduce in media del 12-15 per cento.**

«Non è molto, ma se si considera che nel mondo circa 100 milioni di donne assumono la pillola, anche un piccolo abbassamento del rischio diventa un grande vantaggio», ha affermato il professor Philip Hannaford, coordinatore della ricerca.

La pillola anticoncezionale riduce in modo significativo il rischio di tumore all'intestino, all'utero e alle ovaie, e quest'azione protettiva parrebbe perdurare nel tempo, perché agisce ancora a 15 anni dalla sospensione del trattamento, e sembra essere particolarmente efficace nelle donne con più di 50 anni.

Per lo Iarc, l'International Agency for Research on Cancer, si rileva invece un lievissimo aumento nel ri-

schio di tumore al seno, che però scompare dopo 10 anni dalla cessata assunzione della pillola. La pillola è comunque ritenuta ragionevolmente sicura, e dal 6 maggio 1960, quando venne legalizzata negli Stati Uniti, è passata dai dosaggi ormonali «pesanti» a quelli leggeri del giorno d'oggi, mantenendo sia l'efficacia contraccettiva (oltre il 93 per cento), sia gli effetti protettivi contro i tumori.

Il farmaco agisce grazie alla combinazione di piccole quantità di un estrogeno (generalmente etinilestradiolo) e di un progestinico. L'assunzione quotidiana di questi due ormoni inibisce gli eventi ormonali che inducono l'ovulazione, e un altro studio ha dimostrato un'interessante relazione tra il numero di cicli ovulatori e il rischio di sviluppare il cancro dell'ovaio: **meno cicli ovulatori si hanno, più diminuisce il rischio.**

Si sapeva già che la gravidanza abbatte tale rischio dell'8-10 per cento, e che il rischio cala rispettivamente dell'1 e del 3 per cento se la prima mestruazione arriva in ritardo o la menopausa giunge in anticipo. Ora s'è scoperto che è benefico anche il «riposo» indotto dalla pillola, pur se i meccanismi d'azione sono diversi.

**1** Le lettere vanno indirizzate a: **La nostra salute «Oggi»**, via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. Oppure: [veronesi.oggi@rcs.it](mailto:veronesi.oggi@rcs.it)



Il test è sugli scaffali americani, ma è già polemica  
I genetisti: “Un business che danneggia il nostro lavoro”

# Il Dna al supermercato arriva il kit fai-da-te per scoprire i mali futuri

## Il test del Dna

- 1** Il kit in vendita al supermercato contiene un cotton fioc che va imbevuto di saliva e spedito alla ditta che effettuerà il test
- 2** In laboratorio il Dna viene estratto dal campione di saliva e tagliato in frammenti con particolari enzimi
- 3** Alcuni frammenti di Dna vengono analizzati. Se sono mutati, possono indicare la predisposizione ad alcune malattie
- 4** I pronostici possono riguardare malattie cardiovascolari, Alzheimer, diabete, tumori
- 5** Il test del Dna può fornire al massimo un'indicazione del rischio in termini percentuali. Non fa mai previsioni precise
- 6** Anche se i test sono già in vendita su internet, quasi tutti i paesi impongono la presenza di un medico per interpretare i risultati

**Si spedisce il campione di saliva e il risultato è online in pochi giorni**

ELENA DUSI

ROMA  
“Scopri il tuo Dna” è la scritta stampata sulla scatola. Il primo passo è facile e invitante. Si tratta di pagare 20 dollari per un raccogli-tore di saliva che per la prima volta da ieri è in vendita nei supermarket americani. Poi, per conoscere quali mali ha in serbo per lui il suo genoma, il cliente dovrà spedire il campione all'azienda “Pathway Genomics” e aspettare i risultati online per un costo massimo di 249 dollari. Tra le malattie di cui è possibile prevedere il rischio: Alzheimer, tumori, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, glaucoma, obesità e osteoartrite, oltre al rischio di allergie o reazioni avverse da alcuni farmaci, il livello di sensibilità individuale alla caffeina e molto altro.

Semplicissimo, forse troppo, per chi teme che la rivoluzione della medicina del ventunesimo secolo — il sequenziamento del Dna umano — si riduca a un business da supermarket senza supervisione medica né assistenza ai pazienti nell'interpretazione tutt'altro che semplice dei dati. Per questo ieri, quando la catena di grandi magazzini Walgreens ha annun-

ciato che sui suoi scaffali comparirà il kit per il test del Dna, il disappunto ha avuto il meglio sulla soddisfazione. E lo stato di New York ha ribadito il suo divieto alla vendita di quello che considera un “test medico” e non un prodotto di “informazione per i clienti”, che non ha ricevuto la licenza della Food and Drug Administration pone seri problemi di privacy.

“Scopri il tuo Dna” sarà in vendita nei 7.500 supermercati Walgreens del resto degli Stati Uniti. Il settore della genomica cercherà così di risollevarsi le sue sorti dopo un avvio poco brillante. Dal 2007 (nascita del mercato dei test), la manciata di aziende specializzate ha raccolto meno di 100 mila clienti. Il dato è al di sotto delle aspettative nonostante i kit siano già in vendita su internet.

«Che si tratti di una manovra commerciale è chiaro, e non può che danneggiare il nostro lavoro» commenta Giuseppe Novelli, genetista e preside di medicina all'università di Roma Tor Vergata. «I test genetici sono uno strumento di estremo valore, ma vanno effettuati e interpretati con cura. Banalizzandoli così, c'è il rischio che il pubblico si disaffezioni e finisca col rifiutarli». In Italia gli ambulatori di genetica di ospedali e università offrono i test solo dopo una consulenza preliminare (per scoprire le malattie ricorrenti in famiglia) e una successiva per interpretare i risultati. Il test predittivo del Dna infatti non dà un “sì” o un “no” come risosta, ma identifica la presenza

di eventuali mutazioni tra alcuni geni che sono già noti agli scienziati. A queste mutazioni può essere associata una percentuale di rischio di contrarre una certa malattia. Ma rischio non equivale a certezza e oltre alla predisposizione genetica esistono fattori ambientali che influenzano la salute in maniera altrettanto importante.

Anche il direttore del Progetto Genoma, l'americano Francis Collins che nel 2000 guidò il sequenziamento del Dna umano, si è sottoposto a un test predittivo delle malattie inviando il suo Dna a tre ditte diverse, solo per raccontare un po' perplesso sul *New England Journal of Medicine* di ottobre 2009 che le interpretazioni dei risultati erano in contraddizione fra loro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## LA REGIONE MENO SPRECHI PIÙ QUALITÀ

Taglio delle Asl, riconversione dei piccoli ospedali e governance  
La strategia della Polverini per risanare la sanità della Regione

# Rivoluzione nel Lazio

di DANIELE DI MARIO

Riorganizzazione del sistema sanitario senza derogare alle linee guida della centralità del paziente e del miglioramento dell'offerta.

Insomma, la sanità laziale uscirà rivoluzionata e «dimagrita» ma non abdiccherà alle sue funzioni di assistenza.

Questo il contenuto del «Programma sulla salute» il manifesto di governo della governatrice del Lazio Renata Polverini redatto dai tecnici del Pdl. Una cinquantina di pagine per articolare in dieci punti la nuova concezione della sanità: centralità del paziente, semplificazione di accesso al servizio sanitario, integrazione dei servizi socio-sanitari, riduzione del numero delle Asl, superamento della concezione «contabile», riconversione dei fattori di spesa senza tagli indiscriminati, verifica della qualità delle prestazioni, controllo della spesa (anche di quella farmaceutica, al di sopra della media nazionale), appropriatezza delle prestazioni e integrazione tra pubblico e privato.

La premessa è semplice quanto drammatica: la sani-

tà del Lazio è un sistema ormai schizofrenico ed economicamente al collasso, con un debito astronomico (9,9 miliardi) produce altro debito, senza peraltro garantire ai cittadini un'adeguata assistenza, con un forte squilibrio tra l'offerta

nella Capitale e nelle altre province. La conclusione è altrettanto semplice quanto ambiziosa: il servizio sanitario regionale va completamente trasformato e reso produttivo. Un'impresa da libri di storia. La Polverini ha intenzione di tener fede alle promesse fatte in campagna elettorale, quando garantì: «Sin dal primo giorno mi occuperò della sanità. Intendo farlo personalmente». Già dal prossimo fine settimana, inizierà a discutere coi partiti della coalizione delle nomine tecniche, premessa indispensabile per procedere alla «rivoluzione».

Primo passo: la riduzione delle Asl previo commissariamento. Da dodici passeranno a sei: due in provincia di Roma e una ciascuna per le altre province. Con un passaggio intermedio: quelle romane passeranno prima da otto a quattro. Primo step il 31 dicembre 2010; operazione conclusa nel primo triennio di gover-

no per un risparmio stimato tra i 711 e i 785 milioni di euro. La riorganizzazione prevede l'accorpamento delle aziende, delle funzioni amministrative e della gestione del personale, risparmiando anche sul costo del management.

Secondo passo: la riorganizzazione della rete ospedaliera e il riordino dei posti letto. Quelli per acuti diminuiranno a fronte del potenziamento dei servizi di Day hospital e Day Service, dell'attivazione dell'Osservazione Breve e del potenziamento dei servizi diagnostici. I piccoli ospedali verranno riconvertiti in Presidi territoriali di prossimità e Unità territoriali di assistenza primaria e i posti letto per acuti riconvertiti in Rsa, Hospice e poliambulatori multispecialistici. Le liste d'attesa abbattute con percorsi diversi tra emergenza-urgenza e attività programmata.

La rete ospedaliera e il parco tecnologico verranno ammodernati. Gli obiettivi sono chiari: contenimento della criticità finanziaria senza sforbiciate indiscriminate, taglio e riconversione dei posti letto in eccesso senza penalizzare il territorio dove verrà potenziata l'offerta socio-sanitaria. au-

mento della specializzazione, lotta all'inappropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni. In ogni provincia verrà istituito un Dea di II livello e verrà riqualificata l'azienda Ares 118 per garantire la «rete dell'emergenza».

La riqualificazione prevede, in generale, la razionalizzazione e il miglioramento della rete d'assistenza e processi clinico-assistenziali più efficienti. Per far ciò il terzo passo necessario è la creazione di una Direzione regionale di governance a stretto contatto con la Presidenza e finalizzata al controllo della spesa sanitaria e farmaceutica, della qualità e omogeneità dei livelli di assistenza e della congruità del rapporto costi-prestazioni. La governance sarà, insomma, il braccio armato del presidente da cui dipenderà tutto il sistema.

Il modello a cui ispirarsi sarà quello inglese e della Regione Lombardia con la distinzione tra soggetti erogatori di prestazioni (con la crescente aziendalizzazione degli ospedali) e pagato-



ri (le Asl dotate di personalità giuridica). Le strutture private in convenzione verranno tutelate per garantire l'integrazione pubblico-privato, l'offerta in eccesso non sarà tagliata ma riconvertita e verranno ridefiniti i criteri d'accreditamento, accelerando i tempi.

Indispensabile, infine, per completare il quadro, il potenziamento dei servizi sociali, tra cui la «rete delle fragilità», l'assegno di cura (con la costituzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza), l'assistenza domiciliare e l'incremento della prevenzione con la Direzione unica e un finanziamento pari al 5% del fondo sanitario regionale.

---

### **Emergenza**

**Dea di secondo livello**

**in ogni provincia**

**Potenziato l'Ares 118**

---

**Privati**

**Ridefiniti i criteri**

**per l'accreditamento**

**No tagli indiscriminati**

## Sanità. Con il federalismo 500 milioni in più al Pirellone

CORRIS

**Rivoluzione.** Mezzo miliardo di euro in più ai cittadini lombardi. Con una diversa redistribuzione in senso federalista del fondo sanitario nazionale la Regione Lombardia potrebbe ricevere tra i 50 e i 60 euro pro capite in più. Una "fetta" di risorse consistente che, secondo le prime indicazioni del dipartimento regionale alla Sanità, potrebbe essere indirizzata al sostegno dell'assistenza territoriale e alla prevenzione. Tempi, modalità, risorse e leve fiscali sono al momento ancora allo studio del Pirellone.

Monaci &gt; pagine 4 e 5

### TRA NORDE E SUD I CONTI DELLE REGIONI

# Con il federalismo sanità più ricca

La nuova ripartizione del fondo porterebbe mezzo miliardo in più ai lombardi

#### MILANO

Sara Monaci

Se ancora non è chiaro dove esattamente andrà a parare il federalismo fiscale nel paese, i vertici della Regione Lombardia qualche idea se la stanno facendo. Tempi, modalità e soprattutto risorse e leve fiscali sono allo studio dei tecnici del Pirellone. Poche le linee guida, ma quelle poche sembrano ormai abbastanza sicure: con una diversa redistribuzione del fondo sanitario nazionale la Lombardia potrebbe ricevere tra i 50 e i 60 euro pro capite in più, il che vuol dire praticamente 500 milioni aggiuntivi. Questo, tanto per cominciare, sembrerebbe il primo obiettivo; il resto - cioè le risorse che potrebbero derivare da una diversa organizzazione della fiscalità - si vedrà.

#### I primi calcoli

A fine maggio la Commissione tecnica per l'attuazione del federalismo fiscale produrrà i primi documenti ufficiali, con cui il governo relazionerà al Parlamento lo stato dell'arte della riforma, con i primi riscontri concreti. Intanto però le Regioni, rappresentate all'interno

della stessa Commissione da 7 membri, stanno valutando i primi effetti materiali della riforma.

In base a quanto risulta al Sole 24 Ore Lombardia, la prima riflessione, molto concreta, gira intorno alla ripartizione del fondo nazionale sanitario, che, con la riforma federalista, dovrebbe trovare una nuova organizzazione.

Fino ad oggi, infatti, alla Lombardia sono arrivati circa 1.600 euro all'anno pro capite, contro una media nazionale di circa 1.700 euro. Questo squilibrio è dovuto al fatto che nella ripartizione tra regioni si tiene conto di parametri che penalizzano la Lombardia (come l'età media degli abitanti). La Lombardia sta ora spingendo affinché i parametri vengano modificati e in parte aggiornati, così da ottenere 50-60 euro in più per cittadino. Risultato finale: subito 500 milioni in più per la Lombardia, forse ancora prima di vedere gli effetti dei decreti attuativi per la definizione dei costi standard.

Dove potrebbero essere impiegate queste nuove risorse? Per il dipartimento regionale alla Sanità la sede "naturale" di spesa dovrebbe

essere l'assistenza territoriale (supporto domiciliare ai malati e agli anziani, cure post-ricovero ecc.) e la prevenzione.

#### I costi standard

Accanto alla questione finanziaria, c'è quella, fondamentale, del metodo di calcolo dei "mitici" costi standard, ovvero i parametri di spesa che tutte le regioni dovranno prendere come riferimento. Anche su questo punto gli esperti lombardi sembrano avere le idee abbastanza chiare.

Se da una parte, infatti, i politici lombardi, primo fra tutti lo stesso presidente della Regione Roberto Formigoni, sottolineano che la Lombardia ha la sanità più efficiente e risparmiata di tutta Italia, dall'altra sanno bene che mettere troppo in basso l'asticella, chiedendo a tutti grandi risparmi, non conviene a nessuno, nemmeno alla Lombardia. Quindi l'accordo, con il nulla osta del Pirellone, verrà probabilmente trovato calcolando la media dei costi di tutte le regioni. In questo modo anche la Lombardia, con un tetto di spesa teorico più alto, potrebbe ottenere dal fondo di perequazione nazionale

qualche risorsa in più.

Altra questione fondamentale è cosa si debba intendere per costi standard: le prestazioni, i costi pro capite, i fabbisogni integrati con i fattori produttivi delle regioni? Calcolare le prestazioni, dicono in Lombardia, è cosa troppo lunga. Meglio partire dalla spesa pro capite di ogni regione. La media di questo fattore potrebbe dunque rappresentare il costo "equo" per tutti i cittadini italiani.

#### La leva fiscale

Sembra che ad oggi il dibattito si concentri tutto sull'Irap. Dovrebbe essere questa l'imposta che garantirà la copertura del sistema sanitario regionale. Se le regioni riusciranno ad avere un'aliquota elevata autogestita, l'Irap (che ad oggi finanzia metà della sanità) potrebbe essere superata. Questo, almeno, in Lombardia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Asse bipartisan.** Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana alleate per la revisione dei parametri

## 50 euro

**Pro capite.** Il beneficio lombardo con una redistribuzione delle risorse italiane

**Il gap.** La Lombardia riceve da Roma 1.600 euro per cittadino contro una media nazionale di 1.700 euro

**I modelli.** Le case di cura private sono diffuse tanto in Lombardia quanto in Emilia-Romagna






## 3

**Gli anni di «passaggio».** Le zone più dissestate avranno almeno 3 anni per migliorare e stabilizzare il bilancio

## Le differenze fra territori

Le tariffe sono fissate da ogni Regione in base alle stime dei costi: hanno la funzione di "prezzo" per l'acquisto di prestazioni dai privati, e sono uno strumento per il finanziamento degli ospedali pubblici. Le tariffe (in euro) qui considerate riguardano prestazioni e ricoveri ordinari nei casi di parto

cesareo (Drg 371), intervento sul cristallino (Drg 39), appendicectomia (Drg 167). Le tariffe fissate per ogni Drg (Diagnosis related groups) sono uno strumento decisivo della programmazione sanitaria regionale. La mobilità tra regioni è regolata da una tariffa unica concordata: Tuc.(Si.Spe.)

TARIFE (EURO)	PIEMONTE	VALLE D'AOSTA	LOMBARDIA	P.A. BOLZANO	P.A. TRENTO	VENETO	FRIULI-V.G.	LIGURIA	EMILIA-R.
<b>PARTO CESAREO</b> 	2.374	2.404	2.112*	2.626	3.152	2.198	3.283	2.596	1.806
<b>APPENDICECTOMIA</b> 	1.611	2.655	2.233*	1.815	2.179	1.632	2.269	1.794	2.224
<b>CATARATTA</b> 	1.106	1.504	899*	2.089	2.405	1.725	2.611	1.756	1.033
<b>SPESA PRO CAPITE **</b> 	1.776	2.109	1.648	2.168	1.894	1.677	1.764	1.938	1.729
<b>AVANZO REGIONALE (miliardi)</b> 	3	-15	21	15	-2	16	8	-109	7

\* Si tratta della versione 19 del Drg, mentre i restanti Drg sono in versione 24 \*\* Al netto della mobilità

TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA
2.906	3.656	2.596	2.360*	2.124	2.360	2.360	2.360	2.653	n.d.	2.360*	2.360
1.570	4.038	1.794	1.631*	1.468	1.631	1.631	1.631	1.834	n.d.	1.631*	1.631
1.000	1.271	1.106	1.877*	1.689	1.877	1.877	1.877	1.224	n.d.	1.877*	1.106
1.731	1.703	1.672	1.968	1.782	1.875	1.725	1.702	1.708	1.740	1.699	1.668
39	17	19	-1.639	-88	-73	-497	-414	-26	-114	-332	-38

Fonte: Agenas (per le tariffe regionali); **Rapporto Oasi 2009 - Cergas Bocconi** (per la spesa pro capite e per il disavanzo sanitario)

**Sanità.** Il rapporto 2008

# Diminuiscono i ricoveri

## IL QUADRO DELLA SALUTE

La Lombardia attrae 86.500 pazienti da altre regioni  
 Mobilità sanitaria più elevata in Campania  
 Degenza media di 6,8 giorni

**Roberto Turno**

ROMA

Duecentomila ricoveri in meno in ospedale con una riduzione di 850mila giornate di degenza da un anno all'altro. Ma ancora 868mila ricoveri in una regione diversa da quella di residenza, sebbene (20mila in meno) in leggero calo nel giro di dodici mesi, con la Lombardia che resta al top di attrattività per i pazienti extra regione con un saldo positivo di 86.500 pazienti e la Campania invece in fondo alla classifica con un saldo negativo di 63.500 ricoverati. Mobilità sanitaria che vale ancora ben 1,2 miliardi l'anno.

Non è certo la quadratura del cerchio, ovvero la dimostrazione che i conti del servizio sanitario nazionale sono sotto controllo. Anzi, la prossima tappa della verifica semestrale dei bilanci già fa tremare tutte le regioni, e non solo quelle commissariate o ancora "soltanto" sottoposte a piani di rientro dal disavanzo. Ma il rapporto 2008 appena diffuso dal ministero della Salute sui ricoveri ospedalieri - che sarà analizzato in dettaglio dal prossimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» - pur tra le ombre che riguardano ancora e soprattutto il Sud, apre le porte a qualche speranza nel miglioramento della gestione della sanità pubblica. A dimostrazione che la maggiore attenzione per l'appropriatezza delle cure, con i primi risultati nelle regioni chiamate al risanamento, comincia ad avere qualche effetto.

La rilevazione del ministero sulle schede di dimissione ospedaliera (le cosiddette Sdo) ha calcolato nel 2008 poco più di 12 milioni di pazienti dimessi e 75 milioni e 371mila giornate di degenza. I ricoveri in regime ordinario sono diminuiti dell'1,91%, con un calo più sensibile (-2,43%) delle dimissioni

dall'ospedale per i ricoveri diurni in day hospital e day surgery, e, ancora con una ulteriore riduzione (sotto i due giorni in media) delle giornate di degenza prima del ricovero. La degenza media in ospedale (6,8 giorni) è risultata in leggera crescita (6,7 nel 2007) anche per l'aumento della complessità dei ricoveri, dal minimo della Campania (5,45 giorni) al massimo del Piemonte (8,15). Il ricorso alle case di cura private accreditate per i ricoveri ordinari per casi acuti è più elevato al Sud, col valore più alto in Campania (27%, rispetto alla media nazionale del 14,4%), in Calabria (24%) e Abruzzo (19,9%). I parti cesarei (38,3% del totale dei parti) restano su soglie altissime (sebbene in calo quasi impercettibile sul 2007) con la Campania leader al 61,89% e Trento (23,4%) ai valori più bassi.

Pressoché stabile - sebbene con un dato finale in calo di 20mila unità - resta però la mobilità in cerca di cura da una regione all'altra. Il censimento finale del 2008 ha calcolato 868.992 pazienti in viaggio: si fugge soprattutto dal Sud, che a fine 2008 ha fatto segnare un indice di fuga a saldo di oltre 225mila pazienti.

## I numeri

### 12 milioni

#### I ricoveri ospedalieri

Il numero di ricoveri ospedalieri nel 2008 è stato di poco più di 12 milioni, 200mila in meno rispetto al 2007

### 73 milioni

#### Le giornate di degenza

Sono state esattamente 75.371.789 le giornate di ricovero registrate, in calo dell'1,9%

### 38,3%

#### I parti cesarei

I parti cesarei sono il 38,3% del totale dei parti, la Campania leader al 61,89% e Trento, con il 23,4%, ai valori più bassi.



**RAPPORTO PHARMINTECH****Farmaci, indotto superstar**

Comparto da 10 mld l'anno in crescita nonostante la crisi

**D**ieci miliardi l'anno di fatturato, 3,4 miliardi di valore aggiunto, 700 milioni di investimenti e 61mila addetti: questo l'identikit di successo dell'indotto farmaceutico, filiera d'eccellenza del settore manifatturiero che fornisce semilavorati, macchine, tecno-

logie e servizi a Big Pharma. La performance del settore, che punta all'aumento dei fatturati anche in tempo di crisi, nel terzo Rapporto Pharmintech, realizzato da Ipack-Ima col supporto di Farmindustria.

A PAG. 16

*I dati del III rapporto dell'Osservatorio Pharmintech***Il farmindotto fiorisce e guarda oltre la crisi**

**F**anno stampi per pillole, producono tubetti, chiudono blister e astucci, esportano in tutto il mondo. Sono i gioielli di una imprenditoria di eccellenza tecnologica che occupa 61mila persone e fattura 10 miliardi l'anno, qualificando l'indotto farmaceutico come filiera d'eccellenza del settore. Eccellenza peraltro vitalissima: a dispetto della crisi l'oroscopo annuncia fatturati stabili o in crescita per l'80% delle imprese del comparto.

Ad accendere i riflettori sulle performance della business community a monte della filiera **farmaceutica** è il terzo Rapporto dell'Osservatorio Pharmintech 2009, progetto di ricerca varato da Ipack-Ima Spa, organizzatrice della mostra internazionale in programma a Bologna dal 12 maggio.

Presentato venerdì scorso a Milano, lo studio - sostenuto da **Farmindustria** e coordinato da **Giampaolo Vitali**, responsabile dell'Osservatorio e segretario del Gruppo economisti d'impresa - si basa su un campione di 95 imprese, in maggioranza di piccole o medie dimensioni che occupano più di 10mila addetti e fatturano circa 2.2 miliardi di euro.

Solo lo specchio d'eccellenza di un settore che complessivamente distribuisce 1,3 miliardi di salari, vanta 3,4 miliardi di valore aggiunto e determina 700 milioni di investimenti l'anno. Numeri che giustificano l'entusiasmo matematico di **Sergio Dompé**, presidente Farmindustria e presidente Pharmintech: «Qualche volta uno più uno fa tre» - spiega. «Ad esempio, quando l'industria farmaceutica e l'indotto hi-tech si uniscono creando un network - con eccellenze riconosciute a livello interna-

zionale - che ha un valore superiore a quello delle due realtà prese separatamente. Per questo le imprese del farmaco e quelle del pharmintech rappresentano un patrimonio industriale che ha saputo reagire alla crisi».

«Senza un'industria farmaceutica che esporta il 54% della produzione, ha 230 progetti di nuovi farmaci in sviluppo e investe nel Paese 2,3 miliardi all'anno, difficilmente ci sarebbe un indotto così dinamico», è la tesi di **Dompé**. E i valori economici strutturali identificativi del settore sembrano dargli ragione. Protagonisti del miracolo di "tenuta" dell'indotto, 15mila occupati del settore servizi alle imprese dedicati alla filiera farmaceutica, 7mila della chimica, 9mila dei macchinari, 3mila del vetro, 2mila della ricerca e altri 15mila afferenti a settori manifatturieri diversi, dalla plastica all'elettronica, alle costruzioni, all'energia. Tutti assieme realizzano una produttività superiore del 28% rispetto alla media industria, generano un valore aggiunto per addetto superiore del 14%, guadagnano il +21% in più e consentono all'indotto di investire il 17% in più della media e di realizzare un +44% di export.

Risultati che fanno anche la fortuna di alcuni territori: la Regione con la maggiore presenza di occupati è la Lombardia (16.199 addetti dell'indotto farmaceutico), seguita da Veneto (6.615), Emilia-Romagna (6.229), Piemonte (5.605), Lazio (5.365); la Lombardia rappresenta più di un quarto dell'indotto regionale, il Veneto, l'Emilia-Romagna, il Piemonte e il Lazio pesano per circa il 10%. Nel dettaglio, in Lombardia farmindotto significa soprattutto chimica, metallurgia e plastica, in Veneto elettromedicali, macchinari, meccanica, carta e minerali, in Emilia packaging e macchinari di processo, in Piemonte gomma e plastica, nel Lazio servizi, a partire dall'in-



formatica.

«È una massa critica estremamente importante per l'economia nazionale», ribadisce **Guido Corbella**, amministratore delegato di Ipack-Ima Spa.

A tirare le somme è ancora Vitali: «Nel secondo semestre del 2009, rispetto alla prima metà dell'anno, il fatturato è in aumento per il 26% del campione, è invariato per il 41% e in calo per il 33%. L'export è cresciuto per il 26% delle imprese, è rimasto stabile per il 40% e in calo per il 34%. L'occupazione ha tenuto per il 67% ed è aumentata per il 16%. All'interno del comparto, le performance migliori spettano al settore dei servizi, qualche sofferenza c'è stata per le tecnologie». Di più: i pronostici 2010 danno fatturati stabili per il 55%

delle imprese e in crescita per un altro 28%. Risultati cui potrebbero contribuire in modo determinante due comparti del farmindotto messi in luce nell'Osservatorio: il contract manufacturing e l'engineering. Le Cmo (contract manufacturing organization), ovvero le aziende che consentono alle farmaceutiche di operare in outsourcing per ridurre i costi fissi di produzione, abbassare il punto di pareggio e aumentare la flessibilità produttiva, sono rappresentate da un drappello di circa 100-120 tra contoterziste, contoterziste diversificate nel farmaceutico e farmaceutiche diversificate nel contract manufacturing. Il 40% delle 13 contoterziste aderenti al gruppo produttori conto terzi costituito presso **Farmindustria** (2.300 addetti, 1,4 miliardi di fatturato, 25 milioni di investimenti l'anno) ha dichiarato una crescita di fatturato nel II semestre 2009; un terzo si attende la stessa brillante performance nel 2010.

Stesse confortanti notizie dal pianeta engineering, che negli ultimi anni ha ricevuto una determinante spinta propulsiva dall'imprescindibile necessità di realizzare stabilimenti produttivi a misura di Gmp (good manufacturing practice): in una fase che vede il farmaceutico in una fase di profonda ristrutturazione anche le fortune delle 35 imprese di settore censite dall'Osservatorio (oltre 8mila addetti; più di 4 miliardi di fatturato realizzati personalizzando la progettazione in funzione delle esigenze del cliente finale) non potranno che crescere.

Sara Todaro

## Previsioni 2010: fatturati stabili o in aumento per l'80% delle imprese

	Totale
Occupazione	128.483
Produzione	32.589
Valore aggiunto	10.037
Monte salari	4.100
Investimenti	1.777

### Qualche esempio d'eccellenza del farmindotto

**OFFICINE MECCANICHE RONCHI** - L'azienda nata nel 1947 produce comprimetrici e stampi per l'industria farmaceutica, fattura 7 milioni di euro l'anno (40% di export) e conta 60 addetti. Ultimo vanto dell'azienda, la realizzazione di un sistema di monitoraggio elettronico della dinamica di compressione delle polveri che compongono una compressa che non ha uguali al mondo. Messo a punto con l'Università di Camerino, il dispositivo - già validato - garantisce qualità assoluta e notevoli risparmi nel processo industriale.

**ANTARES VISION** - L'azienda domiciliata a Castellaneta, fondata due anni fa e con dieci anni di esperienza nel campo medico-farmaceutico occupa 52 persone nella produzione di sistemi di controllo visuale e di tracciatura che le procurano 9,2 milioni di euro di fatturato, di cui l'80% derivante dall'export. Lavorando a stretto contatto con i più grossi nomi della farmaceutica mondiale e con il gruppo Ima la Antares ha sviluppato il Bfc (blister filling control), oggi punto di riferimento del mercato nei sistemi di controllo delle linee di blister: punto di forza dell'azienda, l'internazionalizzazione, basata su una rete distributiva che tocca India, Turchia, Grecia, Germania, Francia (con centro di assistenza), Spagna, Portogallo, Regno Unito ed Europa dell'Est.

**CUCCOLINI** - Caso emblematico di eccellenza trasversale l'azienda, domiciliata a Reggio Emilia, ha esordito affermandosi nel settore ceramico per poi sfruttare il know how messo a frutto risolvendo il problema della vagliatura (cioè il passare al setaccio le polveri, tipico dell'industria ceramica, ndr.) rispondendo alla richiesta specifica di realizzare un un vibrovaglio per la produzione farmaceutica. Il Vaglio Vpf di Cuccolini - basato su un particolare sistema di colatura del silicone e rivelatosi capace di rispondere all'obbligo di assoluta assenza di ristagno delle polveri in tutte le fasi di lavorazione dei medicinali - oggi è presente in tutti i più grandi impianti di produzione farmaceutica mondiale. Oggi l'azienda occupa 65 persone e realizza circa 2 milioni di euro di fatturato, di cui il 20% dal ramo pharma.

**IMA** - Leader mondiale per la produzione di macchine automatiche di processo e confezionamento, l'azienda - monopolista del ramo per farmaci, cosmetici, caffè, e tè - fattura circa 505,8 milioni di euro di cui il 90% derivato dall'export. All'attivo di Ima, che l'anno prossimo festeggia il mezzo secolo di vita, oltre 1.000 brevetti depositati in tutto il mondo, ben 400 tecnici e progettisti, su un totale di 3mila dipendenti, 1.600 dei quali in Italia e un totale di 18 stabilimenti di produzione dislocati oltre che in Italia anche in Germania, Regno Unito, Olanda, Stati Uniti, India e Cina.

**MARCHESINI** - Fiore all'occhiello della packaging valley bolognese l'azienda riconosce il proprio Dna nella macchina astucciatrice che Massimo Marchesini costruì nel garage di casa circa 30 anni fa. Oggi i suoi discendenti controllano un gruppo da 181 milioni di euro di fatturato, con 9mila impianti installati in tutto il mondo, 14 divisioni produttive, 7 aziende acquisite e 1 azienda partner. Oggi la Marchesini è in grado di far fronte all'intero processo di confezionamento, da monte a valle, per le industrie farmaceutica e cosmetica: oltre l'85% del fatturato è generato dalle esportazioni, che riguardano principalmente Europa e Usa; circa l'85% della produzione è destinata al pharma.

**GRUPPO SCANDOLARA** - Sede centrale a Milano e quartier generale a Garbagnate Milanese, il Gruppo - che ha taglia internazionale - produce tubetti in alluminio, plastica e laminati sia in Italia (Ascoli e Cisterna di Latina) che all'estero (Svizzera, Russia, Slovacchia), realizzando un fatturato annuale da 60 milioni di euro (50% dall'export) con circa 400 addetti. Caratteristiche dell'azienda, il costante aggiornamento tecnologico nei materiali, la creatività delle soluzioni, la grande attenzione all'impatto ambientale. L'idea vincente: il tubetto germicida grazie all'argento nanometrico inserito nella matrice polimerica del prodotto. Per una formidabile produzione di 700 milioni di tubetti l'anno.

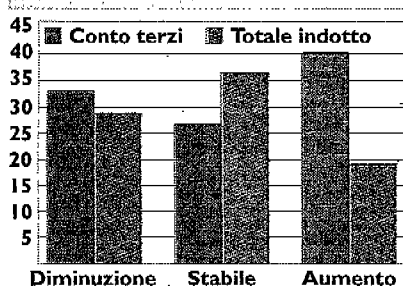


## La stima dell'indotto farmaceutico nelle singole Regioni (2009)

Regione	Occupazione	Produzione	Valore aggiunto	Monte salari	Investimenti
Piemonte	5.605	906	304	120	57
V. d'Aosta	81	10	5	1	1
Liguria	1.079	139	61	21	17
Lombardia	16.199	2.916	909	369	179
Trentino	1.106	175	64	23	11
Veneto	6.615	1.079	360	142	69
Friuli	1.608	240	83	33	16
Emilia-R.	6.229	993	341	137	67
Toscana	3.959	657	229	85	45
Umbria	914	151	49	19	9
Marche	1.625	251	87	34	16
Lazio	5.365	908	325	120	68
Abruzzo	1.206	192	64	25	12
Molise	173	26	9	3	1
Campania	2.867	413	157	58	33
Puglia	1.965	276	107	39	20
Basilicata	325	45	16	6	3
Calabria	745	96	37	14	7
Sicilia	2.280	359	128	46	26
Sardegna	1.037	174	61	21	13
<b>Totale</b>	<b>60.983</b>	<b>10.006</b>	<b>3.398</b>	<b>1.316</b>	<b>667</b>

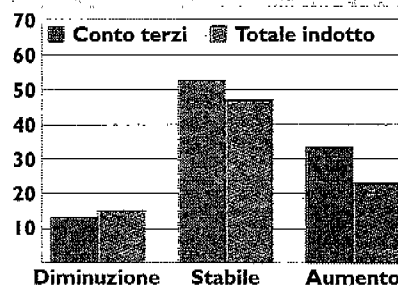
## Fatturato II semestre 2009

## Variazione su I semestre 2009



## Aspettative fatturato I semestre 2010

## Variazione su II semestre 2009



### Tavolo e manovra attorno alle pillole

Il tavolo sulla **farmaceutica** Governo-Regioni alle prese con la gestione delle cure innovative più costose: ospedalieri e oncologici sul piatto delle strategie in vista della manovra di giugno.

A PAG. 7

*Negli incontri in sede tecnica tiene banco la questione dei medicinali innovativi costosi*

# Tavolo farmaci nel rebus H

## Verso una nuova governance del settore - Generici: si riparla di aste

Sarà indispensabile rivedere tutto il sistema di governance della spesa **farmaceutica** per fare chiarezza sulla catena di responsabilità Aifa-Regioni-aziende sanitarie. E in questo ambito ci saranno da risolvere questioni delicate e cruciali, come la registrazione di farmaci oncologici dotati di scarsa efficacia terapeutica aggiuntiva rispetto alle terapie esistenti ma assai più costosi. Ma dovrebbe però esser dato ancora per scontato che negarne l'erogabilità a carico del Ssn sarebbe eticamente inaccettabile.

È questo uno dei punti chiave che saranno dibattuti al tavolo Governo-Regioni sulla spesa **farmaceutica**, che ha proseguito in queste settimane i propri incontri in sede tecnica, avendo come primo obiettivo quello di definire con certezza la stima del disavanzo atteso a fine 2010.

I dati messi in fila dovrebbero confermare quelli già fatti circolare in precedenza: a fine anno lo sfioramento complessivo ammonterà a 2,9 milioni di euro, di cui 2,3 per l'ospedaliera e 0,6 per la territoriale. Il nodo esplosivo resta dunque quello dell'ospedaliera: secondo i calcoli in via di definizione l'extraspesa attesterebbe il relativo tetto a quota 4,4-4,9% del Fsn, contro il 2,4% fissato per legge.

Ridottissime - secondo alcune indiscrezioni - le "economie" che Regioni e Aifa potrebbero riuscire a concretizzare a bocce invariate: circa mezzo punto percentuale. I Governi locali restano convinti

che il resto dovrebbe mettercelo lo Stato, spostando a quota 4% il paletto economico del settore.

Radicalmente opposto - come è

noto e come ribadito praticamente a ogni giro di tavolo - il parere dell'Economia, feroce nel richiamare il rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

È quasi scontato che le soluzioni - destinate a confluire nella manovra estiva di cui già si discorre nelle cronache - dovranno essere trovate esclusivamente all'interno del comparto. Qualche spunto da cui partire pare ci sia già, magari

mutuato da idee ed esperimenti effettuati a livello locale: dalle gare a minor costo per equivalenza terapeutica alla creazione di registri specifici per disciplinare l'accesso dei pazienti ai farmaci più costosi (antiretrovirali, biologici, oncologici).

Ipotesi in campo anche per la territoriale, dove il cavallo di battaglia resta la questione degli off patent, peraltro con una certa "disponibilità" da parte dei produttori del comparto (vedi box).

Tra le misure ipotizzate proprio in merito ai generici andrebbero ancora per la maggiore le gare al ribasso per l'ammissione alla rimborsabilità da parte del Ssn, vista come arma efficace per rianimare una concorrenza che non c'è mai stata.

Sempre in auge e sempre più data per scontata anche dalla filiera, infine, la sforbiciata ai costi della distribuzione intermedia e finale del farmaco: in origine si era parlato di abbattere di 3 punti percentuali il margine di grossisti e farmacie. Ma finché si resta a livello di appunti e indiscrezioni tutto è ancora trattabile.

S.Tod.



**Trial europei  
in retromarcia**

**L'**Ue è pronta a cambiare: entro il 2011 nuove regole per le sperimentazioni. Quelle in vigore hanno rallentato la ricerca, tra costi più alti e troppa burocrazia.

A PAG. 12

*Bruxelles pronta a cambiare: entro il 2011 nuove regole per le sperimentazioni*

# Trial clinici, retromarcia Ue

**Nel mirino la direttiva del 2004: burocrazia e costi rallentano la ricerca**

**B**ruelles recita il mea culpa. Le regole ideate e applicate dal 2004 nell'Unione europea non funzionano. Tra burocrazia e costi più alti i trial clinici nel Vecchio Continente sono in continuo calo. E la ricerca di nuovi farmaci e terapie diventa una corsa a ostacoli. Per questo la Commissione europea ha deciso di correre ai ripari: in pista una "road map" per scrivere nuove regole entro il prossimo anno. Per l'esattezza una nuova proposta normativa è stata annunciata entro ottobre del 2011. Forse una nuova direttiva o forse qualcosa di più immediato e semplice, visto che le direttive devono poi essere "trasposte" negli ordinamenti nazionali con il rischio anche di ritrovarsi con un complicato puzzle di regole.

Ma cos'è che non funziona delle norme Ue (a partire dalla direttiva 20/2001) finora in vigore? A quanto pare le regole attuali per i trial clinici in Europa hanno fatto lievitare i costi e la burocrazia. A dirlo è la comunità scientifica, mentre l'industria farmaceutica sembra essersela cavata meglio anche se a prezzi salati. Molte imprese hanno dovuto assumere personale per adeguarsi alle procedure richieste, mentre i centri di ricerca indipendenti hanno avuto più difficoltà: «Una volta era possibile realizzare le sperimentazioni cliniche con budget più bassi - ha spiegato tra

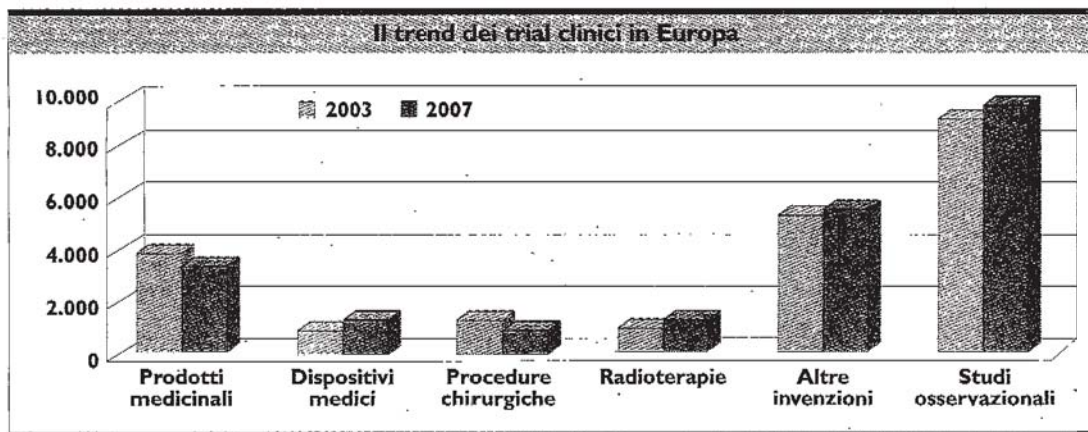
gli altri **Ingrid Klingmann** del Forum europeo per le buone pratiche cliniche (Efgcp) - ora bisogna affrontare costi più alti e questo significa che molti trial non possono essere più fatti».

Molte delle misure che erano state ideate per ridurre la burocrazia sono fallite. E anzi alla fine hanno prodotto risultati opposti. Come il sistema di "reporting" che i ricercatori devono inviare alle autorità europee sugli effetti collaterali delle terapie studiate. A complicare le cose ci sono anche le differenze normative tra i Paesi europei che hanno recepito spesso in modo diverso le regole rendendo sempre più complicati i trial multi-stato. Costringendo, così, i ricercatori a difficili gincane tra comitati etici e autorità regolatorie nazionali. Un problema, questo, che si è fatto sentire soprattutto sul fronte della ricerca per le malattie rare che richiede spesso sperimentazioni cliniche in più Paesi in modo da raggiungere il numero di pazienti necessario.

Per non parlare infine del rischio di esodo dei ricercatori e dei fondi verso Paesi emergenti come la Cina o l'India che da anni continuano a investire nella ricerca farmaceutica. Bruxelles se n'è accorta. E giura di voler correre ai ripari.

**Marzio Bartoloni**





#### LE MISURE APPROVATE DALLA COMMISSIONE SANITÀ DELL'EUROPARLAMENTO

### Farmaci venduti on line solo se c'è il bollino dell'Unione europea

**N**iente più far west per i farmaci venduti on line. Per combattere la minaccia dei medicinali falsi e contraffatti sul web l'Europarlamento ha deciso di piantare un paletto importante: chi commercia cure e terapie su internet dovrà ottenere una licenza ad hoc e dovrà essere inserito in un registro pubblico speciale con tutto l'elenco dei siti autorizzati. Elenco che dovrà essere accessibile a tutti. Non solo. Gli stessi siti dovranno possedere un "bollino" Ue: dovranno cioè essere caratterizzati da un logo comunitario ben visibile che garantirà la sicurezza dei cittadini europei.

A introdurre il giro di vite sui farmaci on line è stata la commissione Sanità e ambiente dell'Europarlamento

che a fine aprile ha approvato una serie di emendamenti alle norme sulla farmacovigilanza e la contraffazione dei farmaci, parte del pacchetto farmaceutico da mesi all'esame di Strasburgo. Gli eurodeputati della commissione hanno chiesto anche di estendere i sistemi di sicurezza - dai numeri di serie ai bollini sulle scatole - a tutti i farmaci, non solo a quelli su prescrizione.

Nel pacchetto farmaceutico sono previste anche le contestate norme che aprono alla possibilità per le aziende farmaceutiche di dare direttamente informazioni ai cittadini sui farmaci su prescrizione. Queste norme saranno esaminate dalla commissione Ambiente e Sanità solo da giugno.

## TOSCANA

## Versilia: i volontari raccontano il vissuto dei malati

In un mondo ospedaliero che sempre più si confronta con l'idea, la definizione, la rappresentazione dell'umanizzazione, ci siamo domandati se avesse ancora senso parlare di umanità. Il termine ci piace di più. Contiene un elemento di calore empatico e allo stesso tempo non è privo di quella dignità scientifica che caratterizza da sempre il rapporto con le professioni di aiuto. Il libro «Narrazioni. La malattia oncologica raccontata dai volontari» è nato proprio da questa visione dell'Oncologia Medica. Il volume, una raccolta di venti racconti scritti dai volontari che ruotano intorno allo stesso reparto di Oncologia e al sistema di Cure Palliative domiciliari, è nato da una nostra idea.

Insieme, abbiamo cercato di collocare l'idea stessa di umanità dentro un più ampio significato, che comprendesse non soltanto l'approccio e la comunicazione con il paziente oncologico, ma l'intero sistema di cura che, ormai, comprende fattualmente il mondo del volontariato ospedaliero e domiciliare. Lo abbiamo fatto partendo dalla considerazione di quello che noi oggi intendiamo per informazione verso il paziente. Due "amici" ci hanno aiutato in quest'operazione: **Dacia Maraini**, che con grande sensibilità ha curato la prefazione del volume, e **Sergio Staino**, il quale ha fatto sì che il suo conoscitissimo personaggio, Bobo, potesse dare un'immagine efficace all'idea di malattia oncologica, attraverso la copertina dell'opera.

Sempre di più, infatti, ai giorni nostri, l'ospedale è chiamato a condividere una parte del suo sistema organizzativo con il mondo del volontariato. I volontari ormai fanno parte della rete di cura che si muove intorno al paziente e al suo mondo personale.

Il rapporto tra pazienti, operatori ospedalieri e volontari diviene, giorno dopo giorno, sempre più stretto e interconnesso. Per questo motivo, l'opportunità di individuare e costruire un linguaggio comune diventa una vera e propria necessità. Un linguaggio capace di individuare una rappresentazione il più possibile chiara e trasparente della malattia. Ma adatto anche a infondere, per quanto possibile, un certo grado di serenità nel paziente che si affida alle nostre cure. Per questo motivo, abbiamo deciso di trasformare l'idea di informazione e divulgazione, intesa in senso generale, utilizzando un criterio narrativo che contenesse in sé un incoraggiante elemento emotivo. L'abilità narrativa è, a nostro modo di vedere, un ottimo strumento molto utile ai fini della comunicazione, e uno strumento che può riuscire ad allontanarsi da quel tecnicismo formale a cui spesso noi operatori siamo abituati.

Ma il libro «Narrazioni. La malattia oncologica raccontata dai volontari» ha voluto coniugare l'intento divulgati-

vo con la volontà di individuazione di un'ulteriore possibilità di aiuto per i pazienti. L'idea non poteva che svilupparsi a seguito dell'esperienza quotidiana e di impegno profondo vissuto con i pazienti e con i loro familiari, insieme con l'osservazione attenta di quelle figure che ruotano intorno all'ospedale e vivono attivamente l'assistenza e il supporto ai malati oncologici: i volontari. L'obiettivo principale di questo lavoro si è strutturato intorno alla possibilità di dare voce alle numerose esperienze delle figure afferenti al volontariato ospedaliero con parole ed emozioni limpide, semplici e decisamente intense. Parole che potessero regalare un senso diverso all'idea di divulgazione legata all'informazione intorno alla malattia oncologica.

E intensi sono stati i venti racconti scritti dai volontari e raccolti all'interno dell'opera. Racconti di vita vissuta, immaginata, di riflessioni aspre e amare, a tratti, ma altrettanto cariche di speranza e di altruismo. Racconti che hanno reso possibile collocare la malattia tumorale in un ambito di "normalizzazione" dell'evento stesso. E di fermo mantenimento, nel quotidiano, di un pensiero legato alla possibilità di guarire o, comunque, di conservare il più possibile inalterato uno status di vita qualitativamente buono.

Tutte le sezioni provinciali versiliesi delle associazioni di volontariato ospedaliero e domiciliare hanno partecipato al lavoro. Le ricordiamo brevemente: Lega per la lotta contro i tumori (sezione lucchese), associazione "Per Te Donna", Associazione volontari ospedalieri (sezione Versilia), Associazione volontari della Versilia.

L'azione informativa e divulgativa che ha caratterizzato l'attività psi-

oncologica del Dipartimento di Oncologia medica, intesa come stretta collaborazione tra la psicologia e l'oncologia, si sta dirigendo proprio in questa direzione, con numerose attività rivolte a pazienti e familiari, per le quali l'individuazione di un linguaggio il più possibile condiviso e condivisibile ha acquisito caratteristiche prioritarie. Pensiamo infatti che una parte dell'efficacia nella stessa idea di approccio alla malattia riguardi il poter pensare di stare tutti "dalla stessa parte".

**Domenico Amoroso**

Direttore del Dipartimento di Oncologia medica  
Ospedale unico della Versilia di Lido di Camaiore

**Barbara Buralli**

Psiconcologa, Lega italiana per la Lotta  
contro i tumori

Uoc di Oncologia medica

Ospedale unico della Versilia di Lido di Camaiore



La copertina illustrata da Staino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▼ **Piemonte: un percorso Doc per la psiconcologia**

Varato dal Piemonte un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale ad hoc in psicologia oncologica. Per assicurare livelli uniformi di sostegno ai malati. (Servizio a pag. 15)

**PIEMONTE/** Approvato il percorso diagnostico-terapeutico in psicologia oncologica

# Tumori, cure psicologiche Doc

**Linee guida per garantire livelli essenziali e uniformi di sostegno**

**N**on ci si improvvisa psicologi in corsia. A maggior ragione quando si deve sostenere e accompagnare nel cammino di cura chi ha appena scoperto di avere un cancro. Nasce proprio per garantire livelli essenziali e uniformi di intervento psicologico ai malati oncologici piemontesi il «percorso diagnostico-terapeutico assistenziale in psicologia oncologica», messo a punto definitivamente a dicembre 2009 e parte integrante dei Lea psicologi approvati dalla Giunta del Piemonte con la delibera n. 101-13754 del 29 marzo scorso. Un tentativo lodevole di governance dell'area della psicologia sanitaria sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Il Pdta in psicologia oncologica è stato «commissionato» dall'assessorato alla Sanità all'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress) del Piemonte ed è il frutto di un gruppo di lavoro ad hoc, coordinato da Sergio Martelli e Sebastiana Giordana dell'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress) del Piemonte. «Una squadra composta da oncologi, psicologi, psichiatri, palliativisti e infermieri impegnati nell'assistenza agli adulti e ai bambini», racconta Marina Bertolotti, psicologa in forze all'Oncoematologia pediatrica dell'Ao OIRM Sant'Anna di Torino, referente scientifico e responsabile del progetto. L'iniziativa è partita dai dati epidemiologici: il Piemonte ha tassi di prevalenza e di mortalità per neoplasie lievemente superiori a quelli nazionali e un'incidenza in aumento. Per il 2010 si stimano 509 nuovi casi per 100mila donne e 563 per 100mila uomini, e un totale di circa 110mila malati che necessitano di sostegno psiconcologico.

È seguita una ricognizione dei modelli organizzativi di assistenza psicologica esistenti nella rete socio-sanitaria piemontese. «Estremamente disomogenei per risorse professionali, ambiti di intervento e attività», dice Bertolotti. Di qui l'obiettivo del gruppo di lavoro: individuare tipologie di

intervento di base, attuabili in tutte le realtà. E disegnare un «percorso possibile» di presa in cura psico-oncologica.

La premessa è una: il numero di psicologi presenti nelle aziende sanitarie piemontesi non permette a tutti i malati di beneficiare di sostegno psicologico. Che va dunque limitato agli under 18 - che hanno diritto a un intervento di primo livello - e a tutti i casi «complessi». Come selezionarli? Il team ha costruito uno strumento di valutazione basato su 29 indicatori per quattro aree: biologica, psicologica, sociale e assistenziale. Indicatori in grado di fornire, attraverso una scala a quattro punti, una valutazione complessiva di «impatto sulla vita» per le aree biologica e psicologica, di «vulnerabilità» per quella sociale e di «criticità» per l'area assistenziale. Alla fine una griglia permette di definire la «complessità globale», che va ricalcolata per ogni fase della malattia.

Tre i livelli di intervento previsti secondo lo «score» assegnato al paziente nei Centri di accoglienza e servizi (Cas) della rete oncologica piemontese: il primo, di base, prevede la condivisione delle ansie del malato e dei familiari, un buon livello di comunicazione con l'équipe curante e lo sviluppo di competenze di base per gestire la malattia. Il secondo comprende colloqui strutturati di valutazione e di sostegno. Il terzo livello, riservato ai casi più gravi, prevede la presa in carico psicologica continuativa, la psicoterapia e anche la terapia farmacologica.

«L'approccio - conclude Bertolotti - deve essere multidisciplinare. Con il Pdta puntiamo a diffondere gli interventi di primo livello, in un'ottica di prevenzione dei disagi più gravi». Oncologi, psicologi, infermieri e servizi sociali dovranno saper collaborare, comunicare e sostenersi a vicenda. Con uno scopo comune: mettere al centro il malato, e il suo benessere.

**Manuela Perrone**



**Le raccomandazioni finali**

- Si raccomanda che tutti i pazienti adulti, affetti da patologia neoplastica, valutati come "complessi", criteri A o B che definiscono la "complessità globale", possano fruire di un intervento psicologico
- Si raccomanda che tutti i bambini/adolescenti, affetti da patologia neoplastica, possano fruire di un intervento psicologico di "primo livello"
- Si raccomanda l'approccio multidisciplinare in tutti i casi valutati con un punteggio elevato (2-3)
- Si consiglia il contatto con il Servizio di salute mentale in tutti i casi in cui sia presente una patologia psichiatrica maggiore ed il soggetto sia già seguito dal Servizio di salute mentale stesso
- Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della "complessità" sia parte integrante del dossier che accompagna il paziente
- Si raccomanda che lo strumento per la valutazione della "complessità" sia riproposto in ognuna delle fasi del percorso di malattia (diagnosi, terapia attiva, terapia palliativa, cure di fine vita, off therapy, lutto)
- Si raccomanda che nello strumento per la valutazione della "complessità" siano sempre indicati gli interventi predisposti e/o effettuati

## Oncologia: un paziente su due non vuole soffrire

ROMA - Accanimento terapeutico, testamento biologico, direttive anticipate sono problemi concreti nei reparti di **oncologia** ma solo 4 medici su 10 si sentono adeguatamente informati su come gestire le questioni del 'fine vita'. Il 56% degli specialisti si è sentito chiedere almeno una volta

dai propri pazienti terminali di accorciare le loro sofferenze. Un bisogno reale che va affrontato sul piano della conoscenza e con specifiche normative: ne è convinto il 75% dei soci di AIOM (Associazione Italiana di **Onco****logia** Medica), secondo un'indagine presentata a Valderice (TP) con il Collegio Nazionale dei

Primari Oncologi (CIPOMO). «Non siamo solo prescrittori di medicine ma il punto di riferimento del malato e della sua famiglia per tutto l'iter terapeutico - afferma Carmelo Iacono, presidente AIOM - è importante allora offrire la continuità di cura, affinché il paziente non si senta mai abbandonato».

